

CENTRO DE ENSEÑANZA TÉCNICA Y SUPERIOR



UNIVERSIDAD DE MURCIA

COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

DOCTORADO EN EDUCACIÓN Y VALORES



ACTITUDES DE LOS ADOLESCENTES FRENTE AL CONSUMO DE DROGAS, EN MEXICALI, B.C.

TESIS DOCTORAL

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

DOCTOR EN EDUCACIÓN Y VALORES

PRESENTA

HÉCTOR SANDOVAL MARTÍNEZ

DIRECTOR DE TESIS: DR. RAMÓN MÍNGUEZ VALLEJOS

DEDICATORIA

A LA MEMORIA DE:

TRINIDAD VILLA Y RAMONA CALVA.

ARNOLDO MARTÍNEZ VILLA.

TOMAS PIÑA CALVA.

AGRADECIMIENTOS.

Deseo expresar mi más sincero agradecimiento a todas aquellas personas que, de un modo u otro, han contribuido a la elaboración de esta tesis doctoral.

Al Dr. Ramón Mínguez Vallejos por su completa disponibilidad y por sus continuas aportaciones, críticas y sugerencias que han facilitado este trabajo. Tenerlo como Director ha supuesto desde el primer momento no sólo un orgullo para mí sino también un aval de excelencia y rigor metodológico.

Al Dr. Pedro Ortega por la confianza y el ánimo que me han aportado durante la larga gestación de este trabajo. Su orientación y apoyo en todo momento, y especialmente en aquellos difíciles en los que se necesita un sabio consejo y una palabra de aliento, han sido vitales para mí.

Gracias por todo.

INDICE

DEDICATORIA	1
INDICE	2
INTRODUCCIÓN.	5
MARCO TEÓRICO.	8
CAPÍTULO 1. PERSPECTIVA TEÓRICA DE LAS DROGODEPENDENCIAS	8
1.1. CONCEPTOS FUNDAMENTALES DE DROGODEPENDENCIA	8
1.1.1. CONCEPTOS BÁSICOS.	8
1.1.2. TIPOS DE DROGAS.	14
1.1.3. DEL USO AL ABUSO DE LAS DROGAS.	36
1.2. CLASIFICACIÓN DE LAS DROGAS.	47
1.2.1. CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN.	47
1.3. PERTURBADORES DE LA ACTIVIDAD DE SNC.	53
1.3.1. SEGÚN LOS EFECTOS EN EL COMPORTAMIENTO	55
1.3.2. DE CARÁCTER SOCIAL Y CULTURAL.	57
1.3.3. ¿DROGAS DURAS O DROGAS BLANDAS?	59
CAPÍTULO 2. EL FENÓMENO DE LAS DROGAS EN LA SOCIEDAD ACTUAL	61
2.1. CULTURA Y CONSUMO DE DROGAS.	61
2.2. PUBERTAD Y ADOLESCENCIA: ETAPAS DE RIESGO.	67
2.3. CONTEXTOS Y AGENCIAS FAVORECEDORAS DEL CONSUMO DE DROGAS.	76
2.3.1. GRUPOS DE IGUALES.	76
2.3.2. MEDIOS DE COMUNICACIÓN.	81
2.3.3. EL VALOR DEL CUERPO.	83
2.4. EL CONSUMO DE DROGAS EN MÉXICO Y EN BAJA CALIFORNIA.	100
2.4. ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS.	100
2.4.2. ESTUDIOS SOCIOLÓGICOS.	103
2.5. CONCLUSIONES DEL CAPÍTULO.	113
CAPÍTULO 3. LAS ACTITUDES: MARCO TEÓRICO Y EVALUACIÓN.	116
3.1. CONCEPTO DE ACTITUD.	116
3.1.1. CARACTERÍSTICAS DE LA ACTITUD.	128
3.1.2. COMPONENTES DE LAS ACTITUDES.	130
3.2. LA TEORÍA DE ACCIÓN RAZONADA DE FISHBEIN Y AJZEN.	134
3.2.1. JUSTIFICACIÓN.	134
3.2.2. EL MODELO DE FISHBEIN Y AJZEN.	139
3.2.3. CRÍTICAS.	144
3.3. LA EVALUACIÓN DE LAS ACTITUDES.	154
3.3.1. INSTRUMENTOS DE MEDIDA DE LAS ACTITUDES: LA ESCALA DE ACTITUDES.	159
MARCO METODOLÓGICO.	161
CAPÍTULO 4. DISEÑO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN.	161

4.1. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.	161
4.2. CARACTERÍSTICAS DE LA INVESTIGACIÓN.	162
4.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.	163
4.4. INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE LA INFORMACIÓN: LA ESCALA DE ACTITUDES HACIA EL CONSUMO DE DROGAS.	163
4.5. POBLACIÓN Y MUESTRA.	164
4.6. VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN.	166
4.7. LÍMITES DE LA INVESTIGACIÓN.	166
CAPÍTULO 5. ANÁLISIS DE LOS DATOS OBTENIDOS.	167
5.1. LECTURA DIRECTA.	167
5.1.1. VARIABLES INDEPENDIENTES.	167
5.1.1.1. SEXO.	167
5.1.1.2. EDAD.	168
5.1.1.3. TIPO DE ESCUELA.	169
5.1.1.4. ESCOLARIDAD DE LOS PADRES.	170
5.1.1.5. PROFESIÓN DEL PADRE O CABEZA DE FAMILIA.	171
5.1.2. VARIABLES DEPENDIENTE, REPORTE GLOBAL.	172
5.1.2.1. LAS DROGAS NO PERJUDICAN LA SALUD.	172
5.1.2.2. PRESIÓN SOCIAL PARA EL CONSUMO.	174
5.1.2.3. LAS DROGAS NO GENERAN DEPENDENCIA.	176
5.1.2.4. EFECTOS PLACENTEROS DEL CONSUMO DE DROGAS.	177
5.1.2.5. EL CONSUMO DE DROGAS NO PERJUDICA PARA LA PRÁCTICA DEL DEPORTE Y EL RENDIMIENTO ESCOLAR.	179
5.1.2.6. TOLERANCIA-ACEPTACIÓN SOCIAL DEL CONSUMO DE DROGAS.	180
5.1.3. VARIABLES DEPENDIENTES POR ZONAS GEOGRÁFICAS.	182
5.1.3.1. LAS DROGAS NO PERJUDICAN LA SALUD.	182
5.1.3.2. PRESIÓN SOCIAL PARA EL CONSUMO.	183
5.1.3.3. LAS DROGAS NO GENERAN DEPENDENCIA.	183
5.1.3.4. EFECTOS PLACENTEROS DEL CONSUMO DE DROGAS.	184
5.1.3.5. EL CONSUMO DE DROGAS NO PERJUDICA PARA LA PRÁCTICA DEL DEPORTE Y EL RENDIMIENTO ESCOLAR.	185
5.1.3.6. TOLERANCIA-ACEPTACIÓN SOCIAL DEL CONSUMO DE DROGAS.	186
5.2. LECTURA CRUZADA.	187
5.2.1. LAS DROGAS NO PERJUDICAN LA SALUD.	187
5.2.2. PRESIÓN SOCIAL PARA EL CONSUMO.	189
5.2.3. LAS DROGAS NO GENERAN DEPENDENCIA.	190
5.2.4. EFECTOS PLACENTEROS DEL CONSUMO DE DROGAS.	191
5.2.5. EL CONSUMO DE DROGAS NO PERJUDICA PARA LA PRÁCTICA DEL DEPORTE Y EL RENDIMIENTO ESCOLAR.	192
5.2.6. TOLERANCIA-ACEPTACIÓN SOCIAL DEL CONSUMO DE DROGAS.	193
CAPÍTULO 6. CONCLUSIONES.	195
6.1. VERIFICACIÓN DE OBJETIVOS.	195
6.2. APORTES Y LÍMITES DE ESTA INVESTIGACIÓN.	198
6.3. SUGERENCIAS FUTURAS.	199
BIBLIOGRAFÍA.	200

CAPÍTULO 7. ANEXOS.

204

7.1. INSTRUMENTO.

204

INTRODUCCIÓN.

El consumo de drogas es uno de los temas que más atención ha recibido desde los más diversos estamentos a lo largo de las últimas décadas, es un ámbito que ha sido abordado por colectivos políticos, militares, policiales, asociaciones ciudadanas, farmacólogos, médicos, psicólogos, antropólogos, historiadores, educadores, etcétera.

También cabe mencionar que se han llevado a cabo análisis de dicho fenómeno desde las más diversas perspectivas que van desde el análisis molecular de las sustancias y su interacción con el sistema nervioso central que gobierna todas las funciones mentales superiores hasta el establecimiento de políticas mundiales sobre qué sustancias y en qué medida pueden o no estar disponibles a los usuarios.

Por lo tanto recientemente estamos asistiendo a una abundante publicación de estudios en nuestro país sobre el problema de las drogas, manifestación sin duda de la gran preocupación que la sociedad tiene sobre el futuro de las próximas generaciones, por otra parte, los distintos medios de comunicación (prensa, radio, televisión y redes sociales) nos mantiene constantemente informados, casi a diario de hechos relacionados con las distintas aristas que configuran este fenómeno.

El estado de Baja California y su capital Mexicali tiene a nivel nacional una particular importancia en las problemáticas relativas a las adicciones a las drogas ilegales y al narcotráfico, en virtud de las características geográficas y sociales que presenta la entidad, entre las que destaca primero su carácter fronterizo y segundo la cercanía con el estado con la economía más desarrollada y mayor riqueza de unión americana: California.

Es por estas características que Mexicali, en el 2002 ocupó junto con la ciudad de Tijuana el primer lugar a nivel nacional en consumo de drogas ilegales a nivel nacional por arriba la media nacional y actualmente ocupa el segundo lugar en el consumo de drogas ilegales solamente superado por el Distrito Federal de acuerdo a la Encuesta Nacional de Adicciones 2012 (ENA, 2012).

Las principales investigaciones realizadas por las diferentes dependencias y organismos a nivel nacional miden las conductas de consumo proporcionando información sobre prevalencia, para describir el panorama epidemiológico imperante así como aportar información de corte sociológica descriptiva de la realidad actual.

Observamos sin embargo, que la mayoría de las investigaciones realizadas tienen una orientación marcadamente sociológica y descriptiva de una determinada realidad: estudian las conductas de los individuos respecto al consumo de las drogas.

Este trabajo no pretende detectar las conductas sobre el uso, abuso, dependencia y prevalencia, marcado por el consumo, sino las actitudes de la población encuestada.

En este sentido, la presente investigación pretende conocer las actitudes de los adolescentes frente al consumo de droga de los estudiantes de nivel preparatoria en la comunidad educativa de centros escolares de Mexicali, Baja California en el primer semestre del año 2012.

Esto permitirá definir si los adolescentes tienen una actitud positiva o negativa hacia el consumo de drogas en función de su sexo y edad, con la finalidad de con los datos obtenidos se pueda concientizar más a los adolescentes sobre este tema y que los planteles educativos ya sean públicos o privados se puedan realizar programas de intervención preventiva hacia el consumo de drogas.

El trabajo consta de seis grandes apartados, el primero hace referencia a la perspectiva teórica del problema de las drogodependencias y su bagaje de conocimientos, así como el estado de la investigación, seguidamente encontramos la continuidad del marco teórico donde se sustenta el por qué del problema, es decir, la necesidad de conocer la complejidad del fenómeno de las drogas en la sociedad actual. El tercer apartado se corresponde a una de las categorías centrales de esta investigación concretamente las actitudes y los elementos que de ellas es necesario conocer, en el cuarto apartado del diseño metodológico se delimita el plan de actuación, este incluye la delimitación del problema de investigación, las características de la misma, los objetivos, instrumentos de recogida de la información, la población y la

muestra, la identificación de variables y el procedimiento que llevó a cabo la investigación. Correlativamente encontramos el apartado análisis de los datos obtenidos, la lectura directa, global y por zonas geográficas y lectura cruzada de los resultados de la investigación, y para finalizar el sexto apartado de las conclusiones, que abarca la verificación de objetivos, así como aportes y límites de esta investigación y sugerencias futuras.

MARCO TEÓRICO.

CAPÍTULO 1. PERSPECTIVA TEÓRICA DE LAS DROGODEPENDENCIAS

1.1. CONCEPTOS FUNDAMENTALES DE DROGODEPENDENCIA

1.1.1. CONCEPTOS BÁSICOS.

Es conveniente definir algunos conceptos que nos van a seguir a lo largo de nuestro recorrido, como droga, drogodependencia o prevención, que a continuación desarrollaremos en este apartado. Por *droga* entendemos, siguiendo la clásica definición de la OMS: "toda sustancia que introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más funciones de éste" (Kramer y Cameron, 1975, p. 13) y por *droga de abuso* "cualquier sustancia, tomada a través de cualquier vía de administración, que altera el estado de ánimo, el nivel de percepción o el funcionamiento cerebral" (Schuckit, 2000, p. 4). Por ello hay que considerar según esta definición de drogas, tanto las que son de uso legal, el tabaco y el alcohol, como las de uso ilegal, como hachís, heroína, cocaína, drogas de síntesis, etc. El resto de las definiciones insisten en lo mismo. Por ejemplo la de la Asociación Americana de Psiquiatría, cuando se refiere a los *trastornos relacionados con sustancias*, según el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000)¹, se aplica a todas aquellas sustancias que introducidas en el organismo afectan o alteran el estado de ánimo y la conducta, acarrear trastornos incapacitantes para el consumidor en la esfera personal, laboral, social, física y familiar, así como síntomas y estados característicos como intoxicación, tolerancia, dependencia y síndrome de abstinencia. Incluye tanto las de tipo legal, como ilegal, como veremos más adelante, junto a ciertos medicamentos y tóxicos.

Por *drogodependencia* entendemos, tal como la definió la OMS el "estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga natural o sintetizada y caracterizado por: 1) deseo dominante para continuar tomando la droga y obtenerla por cualquier medio, 2) tendencia a incrementar la dosis, 3) dependencia física y generalmente psíquica, con síndrome de abstinencia por retirada

¹ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. IV-TR 4th edition (2000) American Psychiatric Association, Washington, USA.

de la droga, y 4) efectos nocivos para el individuo y para la sociedad"². Más actualmente en vez de drogodependencia, técnicamente, solemos hablar de dependencia de drogas o de dependencia de sustancias, aunque es lo mismo a nivel semántico ya que drogo-dependencias es equivalente a dependencia de drogas. Más adelante veremos las características de la dependencia de las distintas drogas.

Hay varios conceptos que nos permiten comprender a qué nos referimos cuando hablamos sobre drogas. Vista ya su definición, así como la de la prevención de las drogodependencias, otros conceptos relevantes son los de dependencia, síndrome de abstinencia, intoxicación, tolerancia, etc. En la tabla 1 indicamos la definición de los conceptos más relevantes que ya hemos visto o que veremos en las páginas siguientes. Las drogas se han clasificado en distintas categorías. Una de la más utilizadas es la de Shuckit (2000), que las agrupa en depresoras del SNC (por ejemplo, alcohol), estimulantes o simpaticomiméticos del SNC (por ejemplo, cocaína), opiáceos, cannabinoides, alucinógenos, solventes, drogas para contrarrestar otros efectos y otras. El DSM-IV-TR sigue una clasificación semejante en 11 clases.

No vamos a detenernos en cuestiones de tratamiento. Referido a la prevención, una definición útil es la de Martín (1995), quien definió la prevención de las drogodependencias del siguiente modo: "es un proceso activo de implementación de iniciativas tendentes a modificar y mejorar la formación integral y la calidad de vida de los individuos, fomentando el autocontrol individual y la resistencia colectiva ante la oferta de drogas"(p.55).

Cuando hablamos de prevención de drogas hay que hablar de prevención y de programa preventivo. La prevención ya está definida. Un programa preventivo es un conjunto de actuaciones con el objetivo específico de impedir, o retrasar, la aparición del problema al que se dirige dicho programa preventivo, que en el caso de las drogas es impedir, o retrasar, la aparición de conductas de consumo y abuso de las distintas drogas (Becoña,1995). La mayoría de los programas preventivos del abuso de drogas

² Organización Mundial de la Salud 1994, editada por el ministerio de sanidad y consumo. Centro de publicaciones de Madrid, España.

se orientan a la prevención de drogas legales (tabaco y alcohol), en algún caso a prevenir el consumo de marihuana, y prácticamente ninguno a drogas ilegales (ver Hansen, 1992). Lo que pretendemos es que las personas no lleguen a probar y luego consumir regularmente esas sustancias o a retrasar la edad de inicio de la prueba y posterior consumo regular, abuso y dependencia. Subyacente a todo ello está la idea de que si prevenimos, impidiendo el consumo o retrasando el inicio del mismo, de las drogas por así decir de iniciación, evitaremos no sólo los graves problemas físicos, psicológicos y sociales que las drogas legales producen, sino que también impediremos que las personas pasen al consumo de sustancias consideradas más peligrosas, las drogas ilegales, como es por excelencia la heroína.

Tabla 1

CONCEPTOS BÁSICOS SOBRE DROGAS

Concepto	Definición
<i>Abuso de sustancias psicoactivas</i>	Se produce cuando hay un uso continuado a pesar de las consecuencias negativas que ello acarrea para el individuo.
<i>Dependencia de sustancias psicoactivas.</i>	Se produce cuando hay un uso excesivo de la sustancia que produce consecuencias negativas significativas a lo largo de un amplio periodo de tiempo.
<i>Dependencia física</i>	. Estado de adaptación que se manifiesta por la aparición de intensos trastornos físicos cuando se interrumpe la administración de la droga o se influye en su acción por la administración de un antagonista específico. El síndrome de abstinencia está constituido por series específicas de síntomas y signos de carácter psíquico y físico peculiares de cada tipo de droga.

Dependencia psicológica	psíquica	o	. Situación en la que existe un sentimiento de satisfacción y un impulso psíquico que exigen la administración regular o continúa de la droga para producir placer o evitar malestar.
Droga.			Toda sustancia psicoactiva que, introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más funciones de éste.
Droga de abuso			. Cualquier sustancia, tomada a través de cualquier vía de administración, que altera el estado de ánimo, el nivel de percepción o el funcionamiento cerebral.
Drogodependencias.			Término genérico utilizado para referirnos a todas las drogas o sustancias con poder psicoactivo o psicótropo.
Intoxicación aguda			. Estado transitorio consecutivo a la ingestión o asimilación de sustancia psicótropa o de alcohol que produce alteraciones del nivel de conciencia, de la cognición, de la percepción, del estado afectivo, del comportamiento o de otras funciones y respuestas fisiológicas y psicológicas.
Poli toxicomanía, poli adicción			O uso de sustancias múltiples. Abuso y dependencia que suelen darse en las personas que teniendo un diagnóstico principal de dependencia en una sustancia psicoactiva al mismo tiempo están consumiendo otra.

<p><i>Síndrome de abstinencia</i></p>	<p>. Es el conjunto de síntomas y signos que aparecen en una persona dependiente de una sustancia psicoactiva cuando deja bruscamente de consumirla o la cantidad consumida es insuficiente.</p>
<p><i>Síndrome de dependencia.</i></p>	<p>Conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto. La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo, a menudo fuerte y a veces insuperable, de ingerir sustancias psicoactivas ilegales o legales, aun cuando hayan sido prescritas por un médico. La recaída en el consumo de una sustancia, después de un periodo de abstinencia, lleva a la instauración más rápida del resto de las características de la dependencia, de lo que sucede en individuos no dependientes.</p>
<p><i>Tolerancia.</i></p>	<p>Estado de adaptación caracterizado por la disminución de la respuesta a la misma cantidad de droga o por la necesidad de una dosis mayor para provocar el mismo grado de efecto fármaco dinámico.</p>

<i>Trastorno dual.</i>	Nombre que recibe la coexistencia de patología psíquica y de algún tipo de dependencia.
<i>Trastornos por uso de sustancias psicoactivas.</i>	Denominación que se aplica a todas aquellas sustancias que introducidas en el organismo afectan o alteran el estado de ánimo y la conducta, acarrear trastornos incapacitantes para el consumidor en la esfera personal, laboral, social, física y familiar, y padece síntomas y estados característicos como intoxicación, tolerancia, dependencia y síndrome de abstinencia.
<i>Vías de administración de drogas</i>	. Hay seis vías de administración: la oral, en forma de ingestión, mascado o sublingual; la pulmonar, inhalada y/o fumada; nasal (esnifada); intravenosa; intramuscular o subcutánea; y, rectal. La vía pulmonar es la que permite que la sustancia llegue con mayor rapidez al cerebro, en menos de diez segundos en la mayoría de las sustancias psicoactivas. En todo caso la dosis y frecuencia de consumo es importante para pasar del uso al abuso y la dependencia

1.1.2. TIPOS DE DROGAS.

Para clasificar las drogas se pueden seguir diferentes criterios, por ejemplo, por su origen: (naturales, sintéticas, semi sintéticas), por su estructura química, por su acción farmacológica, por el medio socio-cultural. (legales-ilegales, institucionalizadas-no institucionalizadas, duras-blandas, más peligrosas-menos peligrosas) o con respecto al sujeto, utilizándose en este caso clasificaciones clínicas. Sin duda alguna, la clasificación de las drogas depende del contexto. Shuckit (2000) considera 8 tipos de drogas. El DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) considera 11 clases: alcohol; anfetaminas o simpaticomiméticos de acción similar; *cannabis*; alucinógenos; inhalantes; cocaína; opiáceos; fenciclidina (PCP) o arilciclo hexilaminas de acción similar; y, sedantes, hipnóticos o ansiolíticos. Se considera también a la nicotina, pero dentro de la categoría de trastorno por consumo de nicotina sólo se considera la de la nicotina (no existe el diagnóstico de abuso de la nicotina). Igualmente la cafeína. Por lo que hemos visto hasta aquí hay un importante número de drogas. Sin embargo, conocemos la relevancia de las mismas en el ser humano por los niveles de prevalencia existentes de su consumo y de los efectos que producen en el organismo humano a nivel de morbi mortalidad y otros problemas asociados con su consumo. De ellas hay que destacar primero las legales, alcohol y tabaco, luego la marihuana, y en tercer lugar la cocaína, las drogas de síntesis y la heroína, que van desde los mayores niveles de prevalencia a los problemas más graves e inmediatos que producen en los individuos. Pero también tenemos que hablar de los alucinógenos, de los inhalantes y de otras que pasamos a ver a continuación.

Nicotina (tabaco).

El tabaco es un producto originario de América que es consumido por los hombres de esas tierras desde hace miles de años. Inicialmente se utilizaba por motivos religiosos y de placer, siendo introducido en Europa a la vuelta de Cristobal Colón (Becoña et al., 1994). Con el transcurso de los años su consumo se ha ido popularizando, produciéndose un gran incremento en su consumo a principios de siglo y un empuje impensable años atrás a partir de la segunda guerra mundial, llegando en el momento

actual a ser una "epidemia" su consumo, dado el gran número de personas que fuman, cigarrillos principalmente, en cada país (Becoña, Galego y Lorenzo, 1987). Actualmente, la tendencia en los países desarrollados es a reducir su consumo, como realmente ocurre en España (Villalbí y Ariza, 1998). El tabaco se extrae de la planta *Nicotiana tabacum*, fumándose habitualmente en forma de cigarrillos; en menor grado en cigarros puros y pipa. También se puede tomar en forma de polvo esnifado, mascado, etc. El nivel de dependencia que produce el tabaco es muy elevado, semejante al de las restantes drogas (U.S.D.H.H.S., 1988), a pesar de estar legalizado junto con el alcohol. El gran problema que acarrea el tabaco en nuestro mundo actual es la alta mortalidad que produce, debido básicamente a los alquitranes que van en la hoja del tabaco y otros compuestos que se producen en la combustión del papel que envuelve al tabaco (U.S.D.H.H.S., 2000). En pequeñas dosis, la nicotina es estimulante del SNC, actuando a dosis altas como bloqueador de la transmisión ganglionar.

La dependencia de la nicotina se produce por el humo fumado de los cigarrillos y pipas, aspirado por vía pulmonar, por las sales básicas de los puros, absorbidas por los plexos venosos sublinguales y por el tabaco en polvo aspirado por la nariz. Existen otras formas de consumo (ej., mascado) que no se dan en nuestra cultura. La predominancia del consumo, como es bien sabido, es en forma de cigarrillos.

Hasta el momento el consumo de la droga que contiene el tabaco, la nicotina, ha estado permitida o se ha sido flexible con la misma. Con la aparición de restricciones legales a su consumo, debido a las graves consecuencias que el fumar produce en la salud, surge con frecuencia el síndrome de abstinencia de la nicotina en fumadores que tienen que echar varias horas sin fumar, dada la corta vida media de la nicotina, de 30 a 120 minutos.

Los síntomas más importantes del síndrome de abstinencia de la nicotina son: estado de ánimo disfórico o depresivo; insomnio; irritabilidad, frustración o ira; ansiedad, dificultad de concentración; inquietud; disminución de la frecuencia cardíaca; y, aumento del apetito o del peso (American Psychiatric Association, 2000). Dado el fuerte poder adictivo de la nicotina, semejante al de la heroína y de la cocaína (U.S.D.H.H.S., 1988), dejar de fumar es difícil, a pesar de que uno de cada tres fumadores desea dejar

de fumar. Los que lo dejan sufren el síndrome de abstinencia de la nicotina, que depende de la dosis previa, y que resulta molesto o muy molesto para el fumador y es la causa de que casi el 90% de los que dejan de fumar de golpe vuelvan de nuevo a fumar (Becoña y Vázquez, 1998). La diferencia que tiene la nicotina respecto a otras drogas es que no acarrea problemas en el área laboral, familiar o social, o éstos son manejables.

Sin embargo, en etapas medias de la vida, especialmente entre 40 y 50 años, acarrea en un porcentaje importante de fumadores graves problemas de salud y en muchos de ellos la muerte (actualmente aproximadamente en España el 16% de las muertes anuales son atribuibles al tabaco (55.613 en 1998) (Banegas et al., 2001); esto es, una de cada seis muertes de las que se producen a diario), dada su alta incidencia en cáncer de pulmón, enfisema, bronquitis crónica, problemas circulatorios, etc.

Dada la alta prevalencia de fumadores en la población, actualmente el 36% en España, es necesario incidir con medidas de choque en esta adicción que produce anualmente tantas muertes prematuras en España (Becoña, 1998). Además, en torno al 100% de los adictos a la heroína y cocaína, como al cannabis, son fumadores de cigarrillos, con cifras muy elevadas en consumidores de otras sustancias psicoactivas.

Alcohol.

El consumo de alcohol está muy arraigado en los patrones culturales vigentes en nuestra sociedad. Ello se debe a que el alcohol es una sustancia que viene siendo elaborada y consumida desde hace miles de años. El alcohol se obtiene de la fermentación de carbohidratos vegetales (ej., granos, frutas). La fermentación da lugar a una bebida que contiene entre el 14% y 15% de alcohol, mientras que con la destilación se obtienen mayores concentraciones (Echeburúa, 1996). Es soluble tanto en un medio lipídico como acuoso. Esto le permite atravesar fácilmente las membranas de las paredes del estómago y ser rápidamente absorbido y distribuido por el sistema circulatorio a los tejidos, incluido el cerebro (Hunt, 1993). El alcohol que bebemos (alcohol etílico o etanol) pertenece a la familia farmacológica de depresores del sistema nervioso central. No obstante, en concentraciones bajas sus efectos iniciales sobre la

conducta son estimulantes, reducen la tensión y puede ser una herramienta útil para enfrentarse a situaciones sociales (Calimari y Cox, 1996).

El alcohol en nuestra sociedad actual cumple muchas funciones. Di Pardo (1993) enumera las siguientes: psicotrópica, terapéutica, alimentaria, como fuente de calorías para el esfuerzo laboral, como mecanismo de cohesión, integración y estructuración cultural, como mecanismo de control social, como instrumento de identificación y diferenciación cultural y/o social, como mecanismo de transgresiones estructurales, como mecanismo de adaptación en situaciones de cambio, como mecanismo de «solución» al tiempo «vacío» social y/o individual, y como mecanismo casi irremplazable de sociabilidad. De ahí que el alcohol se consume frecuentemente, a diario o esporádicamente, acarreado a un gran número de personas graves problemas, tanto a nivel físico, como familiar, psicológico, psiquiátrico y social. Como es hoy bien sabido, el consumo de alcohol es un problema que rebasa los límites de la patología médica propiamente dicha, afectando a la vida social, familiar (García, 2002) y en muchos casos transformándose en un grave problema de salud mental donde, a su vez, puede tener otros trastornos asociados (Casas y Guardia, 2002). De igual manera, el síndrome de abstinencia causado por la exposición crónica a las benzodiazepinas o a los barbitúricos se alivia con el alcohol. España es uno de los países a la cabeza mundial del consumo de alcohol y, consiguientemente, con mayor número de personas dependientes del alcohol. Datos oficiales indican que aproximadamente el 20% de la población adulta consume alcohol de forma arriesgada o perjudicial. Los mayores consumos se dan en el Norte (Galicia, Asturias y País Vasco) y Andalucía.

Hoy se considera un consumo prudencial de alcohol aquel que no supera el límite, en mujeres, de 14 unidades/semana (112 gr./semana) y 21 unidades/semana en el varón (168 gr./semana), lo que representa 2 y 3 unidades de bebida estándar al día en varones y mujeres. A partir de dicho límite existiría un riesgo progresivo, aunque el criterio de intervención se sitúa en 21 unidades/semana (168 gr./semana) en la mujer y 35 unidades/semana (280 gr./semana) en el varón, y siempre que sean personas sanas (Rodríguez-Martos, 1999). Estos son los límites normales que no se deben

sobrepasar, aunque a algunos les pueden afectar niveles inferiores, especialmente si tienen problemas de dependencia de otras sustancias psicoactivas, o si son jóvenes o muy jóvenes. El alcoholismo se da más frecuentemente en el varón, la mujer con problemas de alcohol comienza a beber más tardíamente, apreciándose en los últimos años un cambio en los patrones de bebida tradicionales hacia el modelo de bebida anglosajón en los más jóvenes (beber el fin de semana cantidades muy importantes de alcohol hasta llegar a la embriaguez), lo que está produciendo también un cambio en el tipo de bebedores y alcohólicos y en la asistencia a los recursos asistenciales. Como nota positiva, a pesar de la gravedad del problema, y del surgimiento de nuevas formas de consumo, hay que indicar que en los últimos 30 años, en España, como en los países tradicionalmente productores de vino (Francia, Italia, Portugal y Grecia), se ha producido globalmente un descenso en la cantidad de alcohol puro per cápita en todos estos países (Gual y Colom, 1997). Es de esperar que esta tendencia, aunque lenta en el descenso, siga manteniéndose en los próximos años. El alcoholismo juvenil es uno de los problemas importantes en esta etapa de la vida por las consecuencias negativas que les acarrea a muchos de sus consumidores (Secades, 1997) y al que se están dedicando muchos esfuerzos preventivos (Calafat, 2002). Probablemente haya que dedicarle aún más que los que hoy se le dedican en los próximos años.

Cannabis.

La *cannabis* (*cannabis sativa*) es una planta de la que se pueden fumar sus hojas, en este caso se habla de marihuana ("grifa", "maría" o "hierba") o fumar su resina, el hachís ("hachís", "chocolate", "mierda", "costo", "goma"), recibiendo el cigarrillo de hachís nombres como «porro», «canuto», «petardo», etc. El hachís es más potente que las hojas de marihuana y se elabora por agitación, presión o raspadura de las hojas y flores de la planta. Existen otras variedades de plantas que aun conteniendo *cannabinoles*, o *cannabinoides*, los principios activos del cannabis, son muy bajos con respecto a la *cannabis sativa*. En la "*cannabis sativa*" se han identificado 60 cannabinoides, siendo el más importante y principal componente psicoactivo el *tetrahidrocannabinol* (THC). Además, hoy sabemos que existe un sistema cannabinoide endógeno (Ramos y Fernández, 2000a), sobre el que se han realizado un buen número

de investigaciones en los últimos años y descubierto en parte el funcionamiento del mismo. El origen de la planta parece situarse en Asia, habiéndose utilizado desde la antigüedad dentro de prácticas religiosas, para la búsqueda del placer y en terapéutica (Ramos y Fernández, 2000b). Es actualmente la droga ilegal más consumida y en muchos casos la puerta de entrada a drogas de mayor poder adictivo, como la heroína y la cocaína (Becoña, 1999). Su consumo penetra en la cultura occidental a mediados del siglo pasado, destacando anecdóticamente el famoso Club de Fumadores de Hachís, fundado en París por Moreau en el Hotel Pimodan, al que acudían escritores tan importantes como Víctor Hugo, Balzac, Baudelaire, Gautier, Dumas, Heinrich, etc. (León, 1990). Movimientos de nuestro siglo, como el *beat*, *hippie*, etc., se identificaron totalmente o en parte con el consumo de marihuana (Escohotado, 1998). Como dice Martín (1994), a la amapola (del opio) se le llamó la "planta de la alegría", al alcohol el «elixir de los dioses» y a la planta de la marihuana el «dulce de las palomas». En países como Estados Unidos o Marruecos se encuentra muy arraigado su cultivo y consumo.

Actualmente, como ya indicamos, el cannabis es la droga ilegal más consumida (Bobes y Calafat, 2000; Plan Nacional sobre Drogas, 2002). En los últimos años el consumo de cannabis, como el de otras drogas, va muy unido al fenómeno de la vida recreativa (Calafat, Juan, Becoña et al., 2000), destacando junto a ello una industria cada vez más potente, en torno al cannabis y su promoción. El consumo de cannabis no está exento de problemas (Schuckit, 2000). La mayor preocupación actual está en la repercusión que tiene la banalización del uso de cannabis por los adolescentes (Bobes y Calafat, 2000). Como un ejemplo, Navarro y Rodríguez (2000) indican como la administración crónica de cannabinoides provoca tolerancia y dependencia, e induce neuro adaptaciones en el circuito de recompensa que son idénticas a las inducidas por las principales drogas de abuso y que se pueden poner de manifiesto mediante el cese de la administración de estos compuestos (síndrome de abstinencia comportamental y bioquímico específico). El cannabis tiene efectos nocivos para la salud física y para la salud mental. Sobre la salud física se han encontrado efectos agudos: sobre la cognición, bronco dilatación, taquicardia, desmayo, infarto, sobre la testosterona y la

progesterona, sobre la conducta sexual, etc. (Quiroga, 2000a). Y, sobre la salud mental, junto a los distintos signos del síndrome de abstinencia, el mayor problema es que el THC puede causar episodios psicóticos agudos sin alteración del nivel de conciencia que son diferenciables de las psicosis. De darse, la psicosis no sería producida directamente por el THC, siendo compleja la relación, aunque parece que el THC aceleraría el proceso de aparición de la esquizofrenia en personas genéticamente predisuestas (Quiroga, 2000b). El consumo prolongado de dosis altas de THC puede conducir a un estado de pasividad e indiferencia (síndrome a motivacional) (Quiroga, 2000b), el cual se caracteriza por un estado de pasividad e indiferencia, caracterizado por disfunción generalizada de las capacidades cognitivas, interpersonales y sociales debido al consumo de cannabis durante años y que persisten una vez interrumpido dicho consumo. Un debate de los últimos años es el referido a la utilidad terapéutica del cannabis (Lorenzo y Leza, 2000). Lo que subyace en muchos casos a esta discusión es la falacia entre la utilización de un fármaco derivado del cannabis (como ocurre con la metadona respecto a los opiáceos), que tenga garantías de uso y seguridad terapéutica, de la legalización del consumo del cannabis, que es una cuestión radicalmente distinta. Sobre lo primero se está investigando y existe alguna prueba de que puede ser útil para distintos problemas físicos (ej., produce analgesia, disminuye la presión, es antiemético, etc.) (Lorenzo y Leza, 2000), aunque no siempre exento de polémica en ocasiones y resultados prometedores en otros (Meana y Pantoja, 1998), aunque es una línea de trabajo interesante, probablemente útil y sobre la que habrá que seguir investigando. Sobre lo segundo poco hay que decir, como veremos a lo largo de estas páginas, ya que lo que subyace es un interés meramente legalizador, para que los que lo consumen tengan mayor facilidad de acceso a la sustancia, y que También tiene en muchas ocasiones ramificaciones con claros intereses económicos (Calafat, Juan, Becoña et al., 2000a). Será un debate que se mantendrá vigente en los próximos años.

Por ello, ante el importante nivel de prevalencia que tiene el consumo de hachís en nuestro medio, especialmente en los adolescentes, las consecuencias que produce su consumo, el ser puerta de acceso a otras drogas en algunas personas (Becoña, 1999),

es claro que la prevención es el abordaje más lógico y adecuado para las edades de inicio del mismo (Amengual, 2000).

Heroína.

La heroína es un opiáceo y, como todos ellos, un derivado del opio ("*Papaver somniferum*"). La *heroína* fue descubierta en 1874 en la empresa farmacéutica Bayer por el Dr. Heinrich Dresser. Cuando se comercializó, a finales del siglo pasado, se decía de ella que era una sustancia cuyas cualidades no producían hábito, era fácil de usar y, curiosamente, era la única sustancia con la que se podía curar con rapidez a los morfinómanos (Becoña, 1995a). Además, al ser un derivado del opio, era eficaz para el tratamiento de la tos y de la disnea en asmáticos y tuberculosos. Durante los diez años en que estuvo comercializada su difusión fue enorme, incluso la heroína llegó a sustituir a la morfina en China donde hubo las conocidas guerras del opio (Escohotado, 1998), que nos permiten comprender mejor el fenómeno de las drogodependencias. En la actualidad, la heroína sigue siendo la droga que acarrea más problemas sanitarios, de orden público y de alarma social.

La morfina.

La *morfina* es el principal alcaloide del opio, y ese nombre se le puso en honor de Morfeo, el dios del sueño. Tiene excelentes cualidades para aliviar el dolor y, en la actualidad, es una terapéutica habitual en cánceres terminales. Es el mejor analgésico natural que se conoce. Los primeros «morfinómanos» fueron fundamentalmente profesionales de la medicina. En las guerras, la aparición de la jeringa y su poder analgésico permitieron una rápida difusión de la misma. El control actual de la morfina hace que no sea una droga de abuso importante fuera de su administración terapéutica para el dolor.

La metadona.

Otro opiáceo es la *metadona*, en este caso sintético, que se utiliza como sustitutivo de la heroína en muchos programas de tratamiento. Igual ocurre con el *Laam*, otro opiáceo que se ha utilizado para el tratamiento de los heroínómanos. Hasta hace unos años la heroína se administraba fundamentalmente por vía intravenosa; hoy sólo lo hace de esta forma un 26% de sus consumidores (Plan Nacional sobre Drogas, 2002). También es posible fumarla ("chinos") o esnifarla. El primer consumo de heroína produce náuseas, vómitos y disforia; tras estas molestias propias de las primeras ocasiones aparecen los síntomas buscados, como placer, euforia y reducción de la ansiedad; si el consumo continúa, estos efectos placenteros se siguen produciendo durante un tiempo, conocido como la «fase de luna de miel». En la siguiente fase se consume sólo con el objetivo de encontrarse bien y evitar el síndrome de abstinencia. La inyección intravenosa produce inicialmente una sensación de éxtasis muy intensa (*el flash*) durante 5 a 15 minutos. Después se experimenta una sensación, menos intensa, de satisfacción, euforia y bienestar, que dura de 3 a 6 horas. Después de la misma hay un fuerte deseo de conseguir más droga para obtener esos efectos (American Psychiatric Association, 2000).

Hay que diferenciar la heroína blanca de la marrón. La blanca es soluble, es una sal; la marrón es base y para poder inyectarla es necesario mezclarla con limón. Gusta más la heroína blanca, siendo predominante, por ejemplo, en ciudades como Barcelona. El que exista un tipo u otro de heroína es importante para la vía de uso (inyectada, fumada). La intoxicación por heroína tiene síntomas muy característicos, como una miosis muy intensa (pupilas en punta de alfiler), junto a otros como euforia, apatía, irritabilidad o disforia, retardo psicomotor, somnolencia, lenguaje farfullante, reducción de la atención y deterioro de la capacidad de juicio. Otros síntomas asociados son bradicardia, hipotensión, hipotermia, analgesia y, en muchas ocasiones, un estreñimiento pertinaz (Pérez de los Cobos, 1996). Cuando la intoxicación es muy intensa puede desembocar en una sobredosis, que en muchos casos produce la muerte (Darton y Dilts, 1998).

El síndrome de abstinencia de la heroína aparece varias horas después desde que el individuo tenía que haberse administrado la dosis, sobre las 8 horas desde el último consumo. Alcanza su punto álgido a los dos o tres días y desaparece tras siete a diez días. Los signos y síntomas más importantes, semejantes a una gripe fuerte, son: pilo erección, sudoración, lagrimeo, bostezos y rinorrea, al principio; luego, diarrea, dolor generalizado en las articulaciones, incremento de la frecuencia respiratoria, vómitos, dilatación pupilar y pérdida de peso. Transcurridas 36 horas desde el último consumo, los síntomas de abstinencia aumentan en gravedad, pudiendo aparecer contracciones musculares incontrolables, calambres, escalofríos alternando con sudoración, aumento de la tasa cardíaca y de la presión sanguínea y perturbaciones del sueño. Los síntomas más intensos duran unas 72 horas y disminuyen gradualmente durante los siguientes 5 a 10 días (Pérez de los Cobos, 1996).

El consumo regular de heroína provoca niveles considerablemente altos de tolerancia. No suele ser la primera sustancia consumida, que posee efectos psicoactivos. Una vez establecido un patrón de dependencia o abuso de opiáceos, algo que sucede rápidamente, la búsqueda de la droga se convierte en el centro de la vida del individuo. Los estudios realizados con morfinómanos indican una elevación del estado de ánimo y una sensación placentera de bienestar asociada a su consumo. Al tiempo que es un analgésico eficaz también es un potente de los centros respiratorios y la tos. Produce un intenso estreñimiento y la característica miosis o constricción pupilar. La heroína tiene efectos similares a la morfina, salvo que con una dosis diez veces menor de heroína se obtienen efectos comparables (Martín, 1994). Ambas sustancias son muy adictivas; desarrollan rápidamente tolerancia y dependencia.

Algunos autores llegan a afirmar que una simple dosis de morfina puede producir dependencia física y, en ciertas circunstancias, también psicológica, aunque en este último caso resulta fundamental la posibilidad de la autoadministración.

La frecuencia de enfermedades infecciosas (por ejemplo, tuberculosis, hepatitis B, sida) es alta, lo que produce una elevada mortalidad (Cadafalch, Domingo y López-Navidad, 1993). Se producen numerosas muertes por sobredosis debidas a depresión respiratoria. En muchos casos la sobredosis se produce al aparecer en el mercado una partida de heroína con mayor nivel de pureza que la habitual. Los adulterantes más

comunes de la heroína son los polvos de talco y el almidón, aunque pueden encontrarse muchos otros.

También en los últimos años ha cobrado relevancia el preparado conocido como *speed ball*, donde se mezcla heroína con cocaína, al ser ambas solubles. Este preparado es peligroso porque ambas sustancias actúan sinérgicamente deprimiendo la función respiratoria.

Cocaína.

La cocaína se extrae del arbusto de la coca (Erythroxylum coca). Se puede tomar en forma de hojas de coca y, en su estado manufacturado, su alcaloide cocaína o el subproducto crack. La cocaína propiamente dicha es clorhidrato de cocaína; el crack es pasta base de coca amalgamada con bicarbonato sódico.

En toda América del Sur el consumo de coca en forma de hojas masticadas es muy antiguo. Sus propiedades, como impedir la aparición del cansancio, eliminar la sensación de hambre, perder la sensación de frío y actuar como anestésico, tenían una enorme utilidad en muchas zonas donde el hombre vivía y vive a miles de metros de altitud sobre el nivel del mar (Pascual, 2001). Los conquistadores españoles utilizaron mucho las hojas de coca para el control de los indios: les pagaban con ellas para así conseguir que trabajasen más y comiesen menos. Llegó a ser tan importante su consumo que se estableció una medida de distancia, la *cocada*, que era el tiempo que tardaba el indio en masticar una bola de hojas de coca de un punto a otro (León, 1990). A mediados del siglo pasado Niemann y Wolter aislaron el alcaloide cocaína. Se utilizó inicialmente para el tratamiento de los morfinómanos con resultados desastrosos. Señalar aquí los estudios sobre la cocaína de Sigmund Freud, originalmente publicados en 1884, donde concluyó que su uso moderado "no perjudicaba al cuerpo" (Escohotado, 1998). El fracaso del tratamiento de su amigo Fleischl le afectó de forma considerable. A principios de este siglo se produjo una epidemia de cocaína en Europa, que empezó a remitir a partir de la Convención del Opio de 1925. En los últimos años se está produciendo una introducción masiva de dicha sustancia. Muchos de sus

consumidores creen que no tiene efectos o graves efectos en la salud, cuando sí realmente los produce. La coca se puede tomar en forma de hojas masticadas, polvos de clorhidrato de cocaína para esnifar o inyectarse, y el *crack* para fumar o, como ya se ha dicho anteriormente, mezclada con heroína (*speedball*). En nuestro medio está comercializado el clorhidrato de cocaína, que es el que recibe realmente el nombre de cocaína. El modo más rápido de absorción de la cocaína es fumada, llegando en este caso por vía pulmonar al cerebro en pocos segundos (San, 1996b).

En el consumo de cocaína se distinguen dos tipos claramente diferenciados: el episódico y el crónico, diario o cuasi-diario. En el primer caso, el consumo se hace en fines de semana, en fiestas, ante una sobrecarga de trabajo, etc. A veces se produce el «colocarse», consistente en consumir esporádicamente pero a dosis altas. Cuando esto ocurre la bajada suele ser intensa y en ocasiones se produce un síndrome de abstinencia que dura varios días. En el consumo crónico, éste se da diariamente o casi diariamente, en dosis moderadas o altas, a lo largo de todo el día o a unas horas determinadas. Conforme transcurre el tiempo se produce el fenómeno de tolerancia, lo que exige ir incrementando la dosis. En un momento determinado la droga deja de producir efectos placenteros o éstos son muy escasos, por lo que se consume básicamente más para evitar el síndrome de abstinencia (American Psychiatric Association, 2000; Llopis, 2001).

Los principales efectos de la cocaína son euforia, labilidad emocional, grandiosidad, híper alerta, agitación psicomotriz, insomnio, anorexia, híper sexualidad, tendencia a la violencia y deterioro de la capacidad de juicio. Como ocurre en otras drogas, el consumidor de cocaína suele serlo también de otras drogas, con abuso o dependencia, como alcohol, hipnóticos o ansiolíticos, con el objetivo de aliviar los efectos negativos de la intoxicación por cocaína (Karan, Haller y Schnoll, 1998). Algunos de los efectos producidos por la abstinencia de cocaína son depresión, irritabilidad, anhedonia, falta de energía y aislamiento social. Igual que ocurre con *cannabis*, puede haber disfunción sexual, ideación paranoide, alteraciones de la atención y problemas de memoria (Llopis, 2001). Cuando se deja de consumir cocaína se produce un intenso *crash* (síndrome de abstinencia), caracterizado por disforia, dolores gastrointestinales y otras sensaciones desagradables como *craving* (o deseo intenso de consumir), depresión,

trastorno de los patrones del sueño, hípersomnolencia e hiperalgesia. Distintos estudios han encontrado relación entre trastornos afectivos y abuso de cocaína, lo que sugeriría un uso de la misma para controlar el estado de ánimo depresivo. Esto parece claro cuando después del síndrome de abstinencia no remite la depresión, que puede confundirse inicialmente con uno de los síntomas del síndrome de abstinencia de la cocaína. Este hecho se aduce con frecuencia como apoyo de la hipótesis de la automedicación. Los síntomas de abstinencia no dejan ninguna secuela fisiológica, aunque los síntomas como disforia, falta de energía y anhedonia pueden durar de una a diez semanas. Ello facilita la recaída ante el recuerdo de los efectos eufóricos que produce la cocaína.

La cocaína produce un elevadísimo grado de dependencia psicológica y poca dependencia física, como ha demostrado la investigación con animales. Así, cuando se suspende bruscamente la administración de cocaína no se producen trastornos fisiológicos tan graves como los observados con otras sustancias.

Un derivado reciente de la coca es el *crack*. Se consume de forma fumada. Recibe su nombre del ruido que producen los cristales del mismo al romperlo, conocido también por «la cocaína de los pobres», ya que es mucho más barata que la cocaína. En los últimos años el consumo de cocaína se ha incrementado de modo notable en España (Bobes et al., 2001), unido al fenómeno de la vida recreativa (Calafat, Juan y Becoña et al., 2000c, 2001). Calafat et al. (2001) considera la existencia de tres iniciales tipos de consumidores: los aristocráticos, los recreativos y los atrapados, basado en distintos estudios de campo. Los *consumidores aristocráticos* consumen vía nasal, se rodean de consumidores de su misma clase, mezclan lo menos posible coca con otras sustancias, en todo caso con alcohol y de buena marca; consumen en ocasiones especiales de manera muy discreta, sin llamar la atención, y se jactan de saber controlar el consumo. Se consideran superiores por ser un grupo con un estatus social alto, muchos de ellos son profesionales y se mueven en ambientes prestigiosos.

Los *consumidores recreativos* usan la cocaína como una droga más, aunque es la más codiciada, de las que usan para divertirse cuando salen de marcha. Son consumidores más jóvenes, de nueva incorporación, la mayoría en proceso de situarse en un espacio social más consolidado como adultos y profesionales. Utilizan la cocaína por vía nasal

aunque les gusta probarla fumada. Suelen mezclarla con alcohol y cannabis. Consumen cocaína y quieren aprender a controlarla, lo que no siempre consiguen. Los *consumidores atrapados*, o de riesgo, son aquellos en los que las drogas ocupan un lugar central en su dinámica vital, consumen diversas sustancias y de forma más compulsiva, buscan a través de las sustancias y en el consumo la solución a sus intereses emotivos, económicos y sociales. Se mantienen muy cerca del narcotráfico, conocen a los vendedores y en ocasiones ellos mismos lo han sido. Tienen periodos de uso compulsivo seguidos de breves periodos de abstinencia autoimpuesto. Consumen por cualquier vía, con predominio de la esnifada y fumada. También consumen otras drogas. Es un grupo de alto riesgo. Junto a los anteriores tres tipos donde lo que predomina es el consumo de cocaína, o es la droga principal de consumo, todavía hay que considerar otros dos tipos más. El primero sería el de los *consumidores marginales*, que son los heroinómanos y ex-heroinómanos, algunos en tratamiento con metadona, que consumen cocaína para paliar los efectos de la abstinencia de la heroína, o de los efectos de la metadona, o en busca de sensaciones perdidas. Habría además el grupo de los *consumidores de crack*, que en España son una minoría. Las complicaciones orgánicas más importantes que produce el consumo de cocaína son distintas alteraciones cardiovasculares, como arritmias, infartos agudos de miocardio e ictus, lo que llama la atención cuando estos cuadros se dan en personas jóvenes, lo que no ocurriría de consumir cocaína (Balcells, 2001). También pueden aparecer alteraciones neurológicas, como convulsiones, vasculitis cerebral, cefaleas, etc. Igualmente pueden aparecer complicaciones respiratorias, en los que la esnifan, como es bien conocida la perforación del tabique nasal; complicaciones en las vías aéreas inferiores (ej., hemorragia pulmonar); fallo renal agudo, infarto de la arteria renal, o facilitar la progresión de una insuficiencia renal crónica; ginecomastia (impotencia), amenorrea, infertilidad; perforación yuxtapilórica, lo que exige una intervención quirúrgica, etc. (Balcells, 2001). Todo ello indica el gran número de complicaciones médicas que su consumo puede acarrear. En algunos casos pueden llegar a producir la muerte. Igualmente, a nivel psicológico y psiquiátrico, el consumo agudo o crónico de cocaína puede producir depresión, paranoia transitoria, alucinaciones, psicosis inducida

por cocaína, etc. La comorbilidad del consumo de cocaína con otros trastornos suele ser frecuente (Becoña y Lorenzo, 2001).

Drogas de síntesis.

Se engloban con la denominación de *drogas de síntesis* una serie de sustancias psicoactivas sintetizadas químicamente de forma ilegal, con una estructura química parecida a la de algunos fármacos que son o fueron utilizados en terapéutica. Pertenecen a varios grupos farmacológicos, aunque entre las drogas de síntesis destacan las de tipo anfetamínico. (Bobes et al., 1998; Calafat et al., 1998; Salazar y Rodríguez, 1996) La de uso más común es el éxtasis (MDMA), que fue sintetizada en 1912 en Alemania como anorexígeno. La MDMA, o 3-4-metilendioximetanfetamina, tiene efectos neuroquímicos sobre los sistemas serotoninérgico y dopaminérgico. Aunque predominan los efectos estimulantes de las mismas tampoco son extraños los efectos alucinógenos; los problemas de desorientación y las distorsiones perceptivas son menores que las de los alucinógenos clásicos, como el LSD (Weiss y Millman, 1998).

Este tipo de drogas se pueden obtener fácilmente en un laboratorio a partir de la metanfetamina y otras sustancias, teniendo múltiples posibilidades su fabricación, sin necesidad de sustancias naturales ni de productos químicos sofisticados sino de sustancias de fácil compra para combinar con la metanfetamina. Pueden llegar a tener un poder enorme y, aparte, ocupan muy poco espacio al ser algunos de estos productos muy concentrados. Estas sustancias, al igual que la cocaína, ejercen una acción estimulante sobre el SNC. Sus principales efectos son la elevación del estado de ánimo, disminución de la sensación de fatiga y del apetito. Al finalizar los efectos estimulantes iniciales surge la depresión y la fatiga. La supresión súbita del consumo provoca la aparición de signos contrarios a la intoxicación: agotamiento, sueño excesivo, apetito voraz y depresión. Su intoxicación produce euforia, un sentimiento de espiritualidad y cercanía, incremento de la presión sanguínea, de las pulsaciones y de la sudoración. También se asocia con ansiedad, ataques de pánico, contracciones musculares, sequedad de boca y estado de ánimo lábil (Schuckit, 2000). Este tipo de drogas va muy unido a la vida recreativa (Calafat et al., 1998; 1999, 2000). Con ellas es

posible aguantar mejor la marcha y pasárselo bien. Además, se piensa que su consumo no tiene riesgos, que es una droga segura. La realidad indica que ello no siempre es así, como tristemente apreciamos por el goteo de muertes que su consumo precipita en España, como en otros países de Europa, cada año. Habitualmente las drogas de síntesis lo que hacen es acelerar otros procesos fisiológicos o patológicos que ya tenían las personas antes de su consumo y que les lleva a la muerte (ej., problemas renales).

Alucinógenos.

El descubrimiento del *LSD-25* por Hoffman y Stoll en 1938 tendría una enorme importancia en la aparición de distintos movimientos culturales, movimientos contestatarios, así como la aparición del abuso de esta sustancia en décadas posteriores (Weiss y Millman, 1998). Este alucinógeno tiene como nombre químico el de dietilamida del ácido lisérgico, LSD como iniciales y 25 por ser el compuesto número 25 sintetizado en aquel entonces por el laboratorio Sandoz. No fue hasta 1943 cuando Hoffman, por accidente, ingirió una pequeña cantidad de LSD y pudo apreciar sus propiedades como alucinógeno. Sobre el LSD-25 y otros alucinógenos han corrido ríos de tinta, docenas de libros y miles de artículos publicados (cfr. Escohotado, 1998). El denominado "movimiento psicodélico", o "psicodélico", llegó a ser relevante en Estados Unidos en la década de los 50 y 60 (Buchanan, 1992) al tiempo que se hicieron muchas investigaciones con el LSD-25 para estudiar sus propiedades terapéuticas. A mediados de los años 60 fue prohibido en distintos estados norteamericanos y, en 1971, en la Convención para el control de sustancias psicotropas, realizado en Viena y auspiciado por la ONU. Aunque existen catalogadas alrededor de 100 especies alucinógenas en el mundo vegetal, destacan la psilocibina (sustancia activa de algunos hongos alucinógenos), la mezcalina (sustancia activa del peyote) y el producto químico y más conocido LSD-25. Los alucinógenos también se les conoce con el nombre de psicodélicos o psicodélicos (reveladores de la mente) y psicotomiméticos (que simulan estados psicóticos). Los alucinógenos producen cambios en la percepción, el

pensamiento y el estado de ánimo sin producir confusión mental, pérdida de la memoria o desorientación en el espacio y el tiempo (Martín, 1994). Las alucinaciones que producen estas sustancias se ven influidas de modo importante por las expectativas del sujeto.

La primera experiencia con los alucinógenos resulta negativa o aversiva lo que facilita que muchas personas después de la primera prueba no realicen otras, aunque hay personas a las que le divierte la experiencia y continúan con su uso. Cuando el consumo estaba extendido, sus consumidores habituales y expertos en su uso, indicaban la necesidad de tener un "guía" en la experiencia con alucinógenos, especialmente cuando se ingiere LSD-25. Se ingieren por vía oral y alteran las funciones cognitivas y perceptivas del sujeto de modo importante, por lo que su uso suele ser episódico. Cuando hay un uso continuo se desarrolla rápidamente tolerancia. La realidad indica que sus consumidores, sean dependientes o no de otras sustancias psicoactivas, lo usan mayoritariamente de forma esporádica.

La ingestión de LSD-25 produce mareos, debilidad, náuseas y visión borrosa. Pero también alteraciones de las formas y colores, dificultad para enfocar objetos y agudización del sentido del oído. Puede igualmente producir alteraciones del estado de ánimo, dificultad para expresar los pensamientos, despersonalización y alucinaciones visuales. Estos suelen considerarse efectos agudos. Los efectos crónicos incluyen estados psicóticos prolongados, depresión, estado de ansiedad crónica y cambios crónicos de la personalidad (Weiss y Millman, 1998). Algunos consumidores pueden seguir teniendo algunos efectos durante meses o años, especialmente trastornos perceptivos (ej., percibir con mayor intensidad de lo normal colores y sabores). La experiencia con alucinógenos se considera que varía de modo importante de persona a persona e incluso en la misma persona bajo distintas condiciones (Weiss y Millman, 1998).

Los alucinógenos tienen, con frecuencia, reacciones adversas como reacción aguda de pánico, alucinaciones desagradables, miedo por las sensaciones experimentadas, estados psicóticos, *flashbacks* o volver a revivir posteriormente lo que experimentó durante la intoxicación pero sin estar ahora presente el consumo de la sustancia

(Schuckit, 2000). Los *flashbacks* pueden ser recurrentes y mantenerse mucho tiempo, incluso años.

Anfetaminas o simpaticomiméticos de acción similar.

En este grupo se incluyen las anfetaminas, las dextroanfetaminas y las metanfetaminas, así como aquellas que tienen una estructura similar a las anfetaminas (ej., metilfenidato) o que suprimen el apetito. Su vía de administración es oral o intravenosa y algunas, como las metanfetaminas, también se pueden inhalar por vía nasal.

Las anfetaminas son, como la cocaína, estimulantes del SNC. Descubiertas en los años 30 se utilizaron inicialmente como descongestivo nasal. Sus efectos euforizantes produjeron pronto los primeros casos de abuso.

Sus principales efectos son: elevación del estado de ánimo, disminución de la sensación de fatiga y del apetito. Finalizados los efectos estimulantes iniciales surge la depresión y la fatiga. La supresión súbita del consumo provoca la aparición de signos contrarios a la intoxicación: agotamiento, sueño excesivo, apetito voraz y depresión (American Psychiatric Association, 2000; San, 1996a).

Como estimulante del SNC, sus efectos son similares a los de la cocaína.

Muchas personas dependientes de las anfetaminas tienen como antecedente el uso de esa sustancia u otras para suprimir el apetito o controlar el peso. El consumo de anfetaminas en personas con abuso o dependencia de las mismas puede ser episódico o crónico y diario o casi diario. En el primer caso hay un alto consumo episódico seguido por varios días sin consumir (ej., sólo los fines de semana); en el segundo el consumo puede ser alto o bajo pero a diario o casi a diario. El consumo se detiene cuando queda físicamente exhausto o no puede obtener más anfetaminas. El síndrome de abstinencia de las anfetaminas cuando la dosis es alta dura muchos días. Para evitar los efectos negativos de la intoxicación por anfetaminas también suelen consumir, abusar o depender del alcohol, sedantes, hipnóticos o ansiolíticos para aliviar los efectos desagradables de la intoxicación por anfetaminas (American Psychiatric Association, 2000).

Algunos de los efectos conductuales más importantes que producen las anfetaminas son depresión, irritabilidad, anhedonia, falta de energía, aislamiento social y, en otros casos, disfunción social, ideación paranoide, alteraciones de la atención y problemas de memoria (Schuckit, 2000). En ocasiones, tanto con cocaína como con anfetaminas, se incrementa la agresividad del consumidor en el período de intoxicación.

Dado el importante consumo que ha habido de anfetaminas hasta años recientes y el rápido descenso de personas dependientes a las mismas, cuando se introdujeron restricciones importantes a su consumo, es un buen ejemplo para mostrar como la dependencia de cualquier sustancia psicoactiva depende de la sustancia y de su poder adictivo (dosis y vía de administración), del consumidor y del ambiente (San, 1996a). Todos estos factores los hay que tener siempre presentes.

Inhalantes.

Los *inhalantes*, *inhalables* o *sustancias volátiles*, contenidas en algunos de los siguientes productos: laca de uñas, disolventes, insecticidas, quitamanchas, pinturas, pegamentos, colas, gasolina de coches, barnices, desodorantes, cementos plásticos y aerosoles, se caracterizan por contener productos químicos como acetona, alcohol butílico, tolueno o bencina (Rodríguez-Martos, 1996; Shuckit, 2000). Es, como le pasa al crack, otra droga de los pobres, que tiene una enorme relevancia en los barrios marginales de latino América pero que apenas se consume en nuestro país. Su obtención es fácil y gratuita o de muy bajo coste. Se consume introduciendo la sustancia en un plástico e inhalando sus gases o impregnando con la sustancia un paño y luego aspirar los vapores del mismo por la nariz. La duración de sus efectos es corta. Los inhalantes toman su definición del modo en que se consumen: inhalados, bien a través de la nariz o de la boca. El compuesto químico que produce efectos psicoactivos son los hidrocarburos alifáticos y aromáticos que se encuentran, básicamente, en la gasolina, pinturas disolventes (ej., tolueno, benceno). Existen muchos otros productos que se pueden inhalar (ej., líquidos correctores de máquinas de escribir) dado que compuestos como éteres, cetonas y glicoles son comunes en múltiples productos comercializados. En sustancias como pegamentos, disolventes y aerosoles pueden encontrarse estos productos fácilmente (Schuckit, 2000).

El consumo de estas sustancias, propias de zonas marginales, suele comenzar a una edad muy joven. Los efectos producidos por cada inhalación duran sólo unos pocos minutos, aunque pueden realizarse múltiples inhalaciones para conseguir efectos de horas. Los efectos psicoactivos iniciales son similares a la intoxicación alcohólica (Weiss y Millman, 1998), buscando sus usuarios el *rush*, para conseguir de modo rápido un sentimiento de euforia que puede estar asociado con una sensación de flotar y desaparición de las inhibiciones. Este estadio inicial de excitación va seguido de otro de sedación, pudiendo, frecuentemente, aparecer otro final de irritabilidad. Posteriormente, aparecen síntomas físicos como dolor de cabeza y trastornos gastrointestinales (náusea y vómitos, diarrea, calambres intestinales, etc.). Si el consumo de inhalantes persiste a lo largo del tiempo surgen problemas más graves de tipo pulmonar, circulatorio, anemia, hepatitis, trastornos del desarrollo, neuropatías, etc. (Rodríguez-Martos, 1996; Schuckit, 2000; Weiss y Millman, 1998). Esto es, los efectos de los inhalantes son devastadores, con la aparición de problemas físicos y mentales graves. Las complicaciones renales y hepáticas en estos consumidores son frecuentes. Para los consumidores habituales de inhalantes ésta suele ser la droga de elección, aunque pueden también haber probado otras. En otros casos se ha encontrado dependencia de distintos inhalantes en obreros que manipulan a nivel industrial sustancias con poder adictivo, aunque la legislación tiene normas claras para que no ocurra esta dependencia (ej., utilizar mascarillas, protecciones adecuadas, etc.).

Otras drogas y otros tipos de drogas.

Existe un gran número de drogas como ya hemos visto. Las anteriores son las que se consideran de más relevancia, por su prevalencia del consumo o sus efectos en la salud. Hay otras, como veremos a continuación, que también hay que considerar, entre otras existentes, como son la fenciclidina, las drogas de prescripción, y concretamente los sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, y la cafeína.

Así dentro de la fenciclidina (PCP) y arilciclohexilaminas de acción similar se incluyen la fenciclidina (PCP) y aquellos compuestos que actúan de forma similar como son la quetamina (ketalar) y el tiofeno, que es análogo a la fenciclidina (PCP). Estas

sustancias admiten la vía oral, intravenosa, fumada e inhalada. En la calle a la PCP se le conoce con el nombre de "polvo de ángel". Se comenzó a utilizar como anestésico en 1957 y fue suspendido su uso por los efectos secundarios, ya que producía un estado mental similar al de los alucinógenos. Se utiliza de mezcla con otras sustancias y su uso suele ser a altas dosis y de forma episódica. Es raro encontrar personas con una clara dependencia a esta sustancia que, por otro lado, se usa por sus propiedades euforizantes. Sus principales efectos son distorsión de las imágenes, cambios en el estado de ánimo, alucinaciones, desorientación, mareo, taquicardia, sudoración e incremento del tono muscular (Martín, 1994).

El grupo de fármacos incluidos en los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos es amplio y de una enorme utilización por parte de la población, tanto a nivel médico como auto medicados (Dupont y Saylor, 1998). Dentro de los hipnóticos, también a veces denominados «píldoras para dormir», por ser éste su uso más habitual, se incluyen las benzodiazepinas, los barbitúricos y otras sustancias (ej., hidrato de cloral). Las benzodiazepinas también se utilizan para el tratamiento de la ansiedad y son el tipo de medicación psicoactiva más comúnmente prescrita. A pesar de que hay enormes variaciones de unas a otras sustancias todas tienen el potencial de producir síndromes de intoxicación y abstinencia. Son una de las sustancias de mayor potencial de abuso y dependencia en la actualidad, especialmente fuera del control médico.

La ingestión de estas sustancias suele hacerse por vía oral. El caso más frecuente de dependencia o abuso es después de una prescripción médica para el tratamiento de la ansiedad o del insomnio, cuando la persona incrementa la dosis y la frecuencia de consumo. El fenómeno de la tolerancia aparece y tiene que entrar en una escalada de incremento de la dosis o frecuencia del consumo para conseguir el mismo efecto del principio. Suele diferenciarse una dependencia física "normal" que ocurre en muchos casos, dado que de suspenderse la medicación se produciría síndrome de abstinencia, pero la dependencia "real" o síndrome de dependencia ocurre cuando la persona, como ocurre con las otras sustancias psicoactivas, tiene una intensa preocupación por la búsqueda y consumo de la sustancia y ello le altera el rendimiento y las esferas laboral, familiar y social (American Psychiatric Association, 2000). Los efectos a largo

plazo varían de la sustancia consumida, de la detección temprana o tardía de su abuso y de los años que la lleva consumiendo (Dupont y Saylor, 1998).

De las sustancias anteriores destacan las benzodiazepinas, que es la medicina psicotrópica más medicada a nivel mundial para el tratamiento de la ansiedad, insomnio, epilepsia, etc. (Dupont y Saylor, 1998). En 1977 se identificaron los receptores de las benzodiazepinas, siendo parte del complejo receptor GABA. La benzodiazepina más utilizada es el diazepam (Valium) y es, por tanto, la sustancia de mayor abuso, aunque éste suele producirse dentro de la propia dosificación del paciente que las está tomando para un problema de tipo médico o psiquiátrico. En las encuestas epidemiológicas, como ya hemos visto, aparece un uso importante de las mismas por parte de la población.

Existe otro patrón de consumo de estas sustancias que se da básicamente en jóvenes, consistente en consumirlas para incrementar o disminuir el efecto de otras sustancias psicoactivas. Por ejemplo, consumirlas con opiáceos para incrementar el efecto de la misma o con cocaína o anfetaminas para contrarrestar los efectos estimulantes de ambas.

Finalmente, la cafeína, como sustancia psicoactiva, produce adicción. Es un estimulante, de la familia de las xantinas, aunque en la dosis que se toma (taza de café) no tiene la potencia de otras drogas estimulantes. El efecto estimulante agudo se puede lograr con dosis altas (ej., 10 tazas de café). Produce intoxicación, tolerancia, síndrome de abstinencia, etc. como cualquier otra droga, aunque sus efectos para la salud son inexistentes en pequeñas dosis, o moderados habitualmente. En dosis altas puede producir tanto trastornos físicos como psiquiátricos (Becoña, 1995).

Muchas otras drogas pueden tener picos de consumo puntuales (ej., la conocida con el nombre de yagé, yaguasa o ayahuasca en una zona; el gamma hidroxibutirato (GHB), denominado erróneamente éxtasis líquido; etc.), a diferencia de las drogas más consolidadas en el mercado, que son las que hemos visto hasta aquí.

1.1.3. DEL USO AL ABUSO DE LAS DROGAS.

Por *uso* de una droga se entiende el consumo de una sustancia que no produce consecuencias negativas en el individuo. Este tipo de consumo es el más habitual cuando se usa una droga de forma esporádica. El *abuso* se da cuando hay un uso continuado a pesar de las consecuencias negativas derivadas del mismo. La *dependencia* surge con el uso excesivo de una sustancia, que genera consecuencias negativas significativas a lo largo de un amplio período de tiempo. También puede ocurrir que se produzca un uso continuado intermitente o un alto consumo sólo los fines de semana.

Por *dependencia*, denominado *síndrome de dependencia*, según la CIE-10 (OMS, 1992), se entiende: un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto. La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo, a menudo fuerte y a veces insuperable, de ingerir sustancias psicoactivas ilegales o legales, aun cuando hayan sido prescritas por un médico. La recaída en el consumo de una sustancia, después de un período de abstinencia, lleva a la instauración más rápida del resto de las características de la dependencia, de lo que sucede en individuos no dependientes.

Según la CIE-10 (OMS, 1992), para diagnosticar dependencia de una droga, se debe considerar: a) la evidencia subjetiva de compulsión para la utilización de la sustancia durante los intentos de abandono de su consumo; b) el deseo de dejar de consumir; c) un hábito de consumo de drogas relativamente estereotipado; d) evidencia de fenómenos de neuro adaptación como la tolerancia o la dependencia; e) si hay un consumo de drogas con la finalidad de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia; f) el predominio de conductas de búsqueda de droga en decremento de otras prioridades importantes en la vida del individuo; y, g) un rápido resurgimiento de la dependencia después de un período de abstinencia.

Los criterios de la CIE-10 sugieren la existencia de dependencia física, psicológica y social en una persona, pero no como elementos separados sino complementarios y

entrelazados. Así, tendríamos los factores físicos (tolerancia, neuro adaptación y abstinencia), los psicológicos (aprendizaje y características personales) y los sociales (grupo de afinidad, cultura de grupo y medio ambiente).

Tanto las clasificaciones de la CIE de la OMS, como otros autores relevantes, han diferenciado siempre la dependencia física de la psíquica (ej., Schuckit, 2000). Dentro de la dependencia física los dos aspectos principales son la tolerancia y el síndrome de abstinencia. La CIE-10 define la *dependencia física* como el estado de adaptación que se manifiesta por la aparición de intensos trastornos físicos cuando se interrumpe la administración de la droga o se influye en su acción por la administración de un antagonista específico. Esos trastornos, esto es, los síndromes de abstinencia, están constituidos por series específicas de síntomas y signos de carácter psíquico y físico peculiares de cada tipo de droga. Por *dependencia psíquica o psicológica* entiende la situación en la que existe un sentimiento de satisfacción y un impulso psíquico que exigen la administración regular o continua de la droga para producir placer o evitar el malestar.

Otro concepto relevante es el de *potencial adictivo de una droga* (Medina-Mora, 1994), entendiendo por el mismo la propensión que tiene una sustancia de producir dependencia en aquellos que la usan. Así, por ejemplo, en lo que se refiere a las drogas legales, el tabaco tiene un alto poder adictivo, ya que el fumador no puede controlar su consumo ni fumar con moderación, excepto en raras excepciones. En cambio la mayor parte de consumidores de alcohol son bebedores sociales, que pueden controlar sin problemas su consumo y no beber nada durante días o semanas.

Por su parte, los criterios de la American Psychiatric Association (2000) son semejantes en su DSM-IV-TR a los anteriores, y son más utilizados en las revistas especializadas y en los manuales anglosajones, que son los predominantes, como también ocurre en la gran mayoría de los nuestros.

En las tablas 5 y 6 presentamos los criterios del DSM-IV-TR para el abuso y dependencia de drogas.

Tabla 2

CRITERIOS PARA EL ABUSO DE SUSTANCIAS, SEGÚN EL DSM-IV-TR

A) Un patrón des adaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un período de 12 meses:

1. consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (por ejemplo, ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionados con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la sustancia; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa);

2. consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (por ejemplo, conducir el automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia);

3. problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (por ejemplo, arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia);

4. consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (por ejemplo, discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación, o violencia física).

B) Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancia.

Tabla 3

CRITERIOS PARA LA DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS, SEGÚN EL DSM-IV-TR

A) Un patrón des adaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:

1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems: a) Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.

b) El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.

2. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

a) El síndrome de abstinencia característico para la sustancia (criterio A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas).

b) Se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

3. La sustancia se toma con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.

4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.

5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (por ejemplo, visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (por ejemplo, una dosis tras otra) o en la recuperación de los efectos de la sustancia.

6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.

7. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (por ejemplo, consumo de cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera).

Codificación del curso de la dependencia: 0 Remisión total temprana; 0 Remisión parcial temprana; 0 Remisión total sostenida; 0 Remisión parcial sostenida;

2 En terapéutica con agonistas; 1 En entorno controlado; 4 Leve/moderado/ grave o especificar si:

– Con dependencia fisiológica: signos de tolerancia o abstinencia (por ejemplo, si se cumplen cualquiera de los puntos 1 ó 2).

– Sin dependencia fisiológica: no hay signos de tolerancia o abstinencia (por ejemplo, si no se cumplen los puntos 1 y 2).

Junto a los conceptos de dependencia y abuso de sustancias hay otros conceptos de enorme relevancia en el campo de las drogodependencias. Dos de los más importantes son los de *intoxicación* y *síndrome de abstinencia*.

La *intoxicación* es un estado transitorio que sigue a la ingestión o asimilación de sustancias psicótropas o de alcohol, en el que se producen alteraciones del nivel de conciencia, de la cognición, de la percepción, del estado afectivo, del comportamiento o de otras funciones y respuestas fisiológicas y psicológicas. Los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR para la intoxicación por sustancias se indican en la tabla 7 y, como un ejemplo específico para una sustancia, el cannabis, en la tabla 8. Los síntomas van más allá de la mera intoxicación física, ya que con ella se consigue producir trastornos de la percepción, de la vigilia, de la atención, del pensamiento, de la capacidad de juicio, del control emocional y de la conducta psicomotora.

Tabla 4

**CRITERIOS GENERALES PARA LA INTOXICACIÓN POR SUSTANCIAS
EN EL DSM-IV-TR**

- A) Presencia de un síndrome reversible específico de una sustancia debido a su ingestión reciente (o a su exposición). Diferentes sustancias pueden producir síndromes idénticos o similares.
- B) Cambios psicológicos o de comportamiento desadaptativos clínicamente significativos debidos al efecto de la sustancia sobre el sistema nervioso central (p. ej., irritabilidad, labilidad emocional, deterioro cognoscitivo, deterioro de la capacidad de juicio, deterioro de la actividad laboral o social), que se presentan durante el consumo de la sustancia o poco tiempo después.
- C) Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Tabla 5

CRITERIOS PARA LA INTOXICACIÓN POR CANNABIS EN EL DSM-IV-TR

- A) Consumo reciente de cannabis.
- B) Cambios psicológicos o de comportamiento desadaptativos clínicamente significativos (p. ej., deterioro de la coordinación motora, euforia, ansiedad, sensación de que el tiempo transcurre lentamente, deterioro de la capacidad de juicio, retraimiento social) que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de cannabis.
- C) Dos o más de los siguientes síntomas que aparecen a las dos horas del consumo de cannabis: 1) inyección conjuntival; 2) aumento de apetito; 3) sequedad de boca; y 4) taquicardia.
- D) Los síntomas no son debidos a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Tabla 6

**CRITERIOS PARA EL SÍNDROME DE ABSTINENCIA DEL ALCOHOL
EN EL DSM-IV-TR**

- A) Interrupción (o disminución) del consumo de alcohol después de su consumo prolongado y en grandes cantidades.
- B) Dos o más de los siguientes síntomas desarrollados horas o días después de cumplirse el criterio A: 1) hiperactividad autonómica (ej., sudoración o más de 100 pulsaciones); 2) temblor distal de las manos; 3) insomnio; 4) náuseas o vómitos; 5) alucinaciones visuales, táctiles o auditivas transitorias, o ilusiones; 6) agitación psicomotriz; 7) ansiedad; y 8) crisis comiciales de gran mal (crisis epilépticas).
- C) Los síntomas del criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto.
- D) Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Uno de los efectos más indeseables del consumo de drogas es el *síndrome de abstinencia*. Se produce cuando la persona manifiesta un estado de abuso o dependencia de una sustancia y deja de consumirla bruscamente o la dosis consumida es insuficiente. El reforzamiento negativo, que se produce por el alivio de ese estado cuando la persona toma la cantidad de droga necesaria para evitarlo, es el que induce las típicas conductas de búsqueda de la droga. La persona busca la droga con persistencia y, conforme transcurre el tiempo, la consecución de nuevas dosis se convierte en una parte básica y, a veces, la más importante de su vida. En la tabla 9 ejemplificamos los signos del síndrome de abstinencia para una sustancia concreta, el alcohol.

En el caso de los opiáceos, se diferencia el síndrome de abstinencia agudo, el síndrome de abstinencia tardío y el síndrome de abstinencia condicionada (Casas,

Duro y Guardia, 1993). El *síndrome de abstinencia agudo* consiste en un conjunto de síntomas y signos orgánicos y psíquicos, que aparecen inmediatamente después de interrumpir el consumo del opiáceo del que la persona es dependiente. El síndrome de abstinencia agudo en consumidores de opiáceos suele ser espectacular, pero poco peligroso, a diferencia de otros síndromes de abstinencia agudos, como ocurre con el del alcohol y el de los barbitúricos; son menos impactantes, pero muy peligrosos e incluso pueden conducir al sujeto a la muerte.

El *síndrome de abstinencia tardío* aparece de 4 a 12 días después del síndrome de abstinencia agudo. Se caracteriza por un conjunto de disfunciones del sistema nervioso neurovegetativo y de las funciones psíquicas

Tabla 7

CRITERIOS PARA EL SÍNDROME DE ABSTINENCIA DEL ALCOHOL EN EL DSM-IV-TR

A) Interrupción (o disminución) del consumo de alcohol después de su consumo prolongado y en grandes cantidades.

B) Dos o más de los siguientes síntomas desarrollados horas o días después de cumplirse el criterio A: 1) hiperactividad autonómica (ej., sudoración o más de 100 pulsaciones); 2) temblor distal de las manos; 3) insomnio; 4) náuseas o vómitos; 5) alucinaciones visuales, táctiles o auditivas transitorias, o ilusiones; 6) agitación psicomotriz; 7) ansiedad; y 8) crisis comiciales de gran mal (crisis epilépticas).

C) Los síntomas del criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto.

D) Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental. básicas, que persisten durante un largo período de tiempo, meses o años, después de haber logrado la abstinencia.

El *síndrome de abstinencia condicionado* consiste en la aparición de la sintomatología típica de un síndrome de abstinencia agudo en un individuo que ya no toma droga, al

exponerse a los estímulos ambientales que fueron condicionados al consumo de la sustancia de la que era dependiente, a través de un proceso de aprendizaje de tipo Pavloviano. El sujeto experimenta períodos de gran ansiedad y miedo al revivir la situación que siguió a la abstinencia. Se incrementa el riesgo de que vuelva a usar droga con la finalidad de evitar esos efectos negativos que se producen en su organismo sin razón aparente. Este síndrome se le conoce popularmente con el nombre de *flash-back* (Mothner y Weitz, 1986).

La tolerancia, la vía de administración y la poli toxicomanía son conceptos clave cuando hablamos de adicciones. La *tolerancia* es un estado de adaptación caracterizado por la disminución de la respuesta a la misma cantidad de droga o por la necesidad de una dosis mayor para provocar el mismo grado de efecto fármaco dinámico. El proceso de metabolización de la droga limita la duración de su efecto. La exposición iterativa ocasiona que la droga se metabolice con mayor rapidez y la duración e intensidad del efecto deseado se reduzca considerablemente. Para obtener el mismo efecto anterior hay que aumentar la dosis y la frecuencia de administración de la misma.

Se conocen varios tipos de tolerancia. La *tolerancia cruzada*, que es un fenómeno en el que se toma una droga y aparece tolerancia no sólo a esa droga sino también a otra del mismo tipo o a veces de otro conexo, por ejemplo, la heroína provoca tolerancia cruzada a la morfina y viceversa, y en menor grado el consumo intenso de bebidas alcohólicas produce tolerancia cruzada a los fármacos del tipo de los barbitúricos. La tolerancia está muy relacionada con la dependencia. Así, también existe el fenómeno de *la dependencia cruzada*, que se refiere a la capacidad de una droga para suprimir el síndrome de abstinencia producido por otra. Por ejemplo, la metadona puede suprimir el síndrome de la abstinencia de la heroína y, los tranquilizantes, el del alcohol. De hecho, la mayoría de los métodos de desintoxicación se basan en el fenómeno de la dependencia cruzada.

Las drogas se pueden tomar a través de seis *vías de administración*: la oral, en forma de ingestión, mascado o sublingual; la pulmonar, inhalada y/o fumada; nasal (esnifada); intravenosa; intramuscular o subcutánea; y, rectal. La vía pulmonar es la que permite que la droga llegue con mayor rapidez al cerebro, en menos de diez segundos en la mayoría de las sustancias psicoactivas. En todo caso, la dosis y la frecuencia de consumo desempeñan un papel importante para pasar del uso al abuso y, finalmente, a la dependencia. En función de la vía de administración y del tipo de drogas, así será el efecto más o menos inmediato de ellas y las consecuencias físicas y psicológicas que produzcan. La vía de administración más problemática es la intravenosa, especialmente en el caso de la heroína.

Por último, se habla de *poli toxicomanía*, *poli adicción* o *uso de sustancias múltiples* cuando una persona con un diagnóstico principal de dependencia de una sustancia psicoactiva presenta al mismo tiempo dependencia de otra u otras sustancias. Por ejemplo, el consumidor de heroína que consume cocaína cuando escasea la primera o, el consumidor de cocaína, que toma con frecuencia alcohol o ansiolíticos para contrarrestar el efecto de la ansiedad. Los consumidores de heroína o *cannabis* también suelen consumir sedantes, hipnóticos, ansiolíticos, etc. En la actualidad, éste es un fenómeno frecuente, fundamentalmente cuando el consumo principal es la heroína. El sujeto puede usar otras sustancias psicoactivas, bien porque no hay heroína disponible en un momento puntual, bien para contrarrestar los efectos del síndrome de abstinencia o también para incrementar los efectos de la misma. ánimo, trastorno sexual, trastorno del sueño, trastorno perceptivo u otros.

Realmente, aunque pueden darse todos éstos, en la práctica van a variar unos u otros en función del tipo de sustancia. Para algunas sustancias, como es por ejemplo la heroína, las consecuencias físicas son claras, especialmente cuando se inyecta con agujas usadas. En este caso la persona se expone a contraer la hepatitis, la tuberculosis y el VIH o SIDA. A su vez distintas drogas producen los denominados trastornos mentales inducidos por sustancias (ej., insomnio, depresión, psicosis, etc.). Los problemas médicos y legales derivados del consumo de heroína han provocado una gran alarma social, lo que a su vez ha facilitado la aparición de una amplia red de

tratamiento. En la actualidad, la gran mayoría de las personas dependientes de la heroína están en tratamiento, aunque no siempre se han conseguido resultados exitosos, ni se ha podido contener o disminuir de modo significativo la problemática de este consumo. A su vez, para cada sustancia hay problemas concretos y patologías específicas asociadas.

Algunos ya los hemos visto; otros pueden verse en otras publicaciones (ej., American Psychiatric Association, 2000; OMS, 1992; Schuckit, 2000, etc.)

1.2. CLASIFICACIÓN DE LAS DROGAS.

1.2.1. CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN.

La existencia de las drogas como fenómeno sociológico actual impone al método científico la necesidad metodológica de agrupar los objetos de estudio en grupos según las características comunes y excluyentes como un paso previo e inmediato a su clasificación, misma que por ser rigorista puede adolecer de ser perfecta, presentándose más bien como una clasificación parcial e insuficiente.

Sin embargo existen determinados criterios que permiten tener una aproximación a su clasificación atendiendo a su utilidad, como la que a continuación se presenta:

- Atendiendo a su origen.
- Según su estructura química.
- Según su acción farmacológica (cómo actúan a nivel bioquímico y metabólico; qué cambios metabólicos producen y a que niveles).
- Según las manifestaciones que su administración produce en la conducta (clasificaciones clínicas o psicopatológicas).
- Según su consideración sociológica.

SEGÚN SU ORIGEN

En cuanto al criterio que atiende su origen, las drogas pueden ser:

1. Naturales.
2. Sintéticas.

Que una droga sea sintética quiere decir que se ha precisado de una elaboración técnica para su obtención: se han necesitado medios técnicos para obtenerla. El DMT es una anfetamina alucinógena, para obtenerla hay que "fabricarla" mediante unos procesos químicos en un laboratorio: es una droga sintética, "natural".

Está claro que ambas acepciones son absolutamente dispares y que ello da lugar a múltiples confusiones y contradicciones. Por ejemplo: aunque decimos que es "natural" ir en automóvil, ello no quiere decir que "los automóviles no nacen de la tierra", y al revés: aunque digamos que el opio es un producto natural, porque es una planta y nace de la tierra, no podemos decir que sea "natural" porque todo el mundo lo toma..

En realidad, se entremezclan dos ideas: el origen y el uso social y estadístico, pero ello no lo diferencia el lenguaje.

Además existen productos que se denominan semi-sintéticos: como la heroína, porque son derivados obtenidos mediante elaboración química de sustancias que ya existen "la naturaleza" (la morfina en este caso); o productos, como el alcohol, cuya clasificación es difícil: el alcohol no existe prácticamente en la naturaleza; se aplican unas técnicas para obtener cualquier de bebidas alcohólicas, puede obtenerse alcohol por fermentación "espontanea" de algunas cosas (la uva, por ejemplo) y también puede obtenerse mediante el laboratorio (la destilación); el alcohol es siempre el mismo, pero es que según su origen....¿Existen dos clases de alcohol etílico, uno natural y otro sintético..? ¿Y qué quiere decir que el vino es un producto natural?

CLASIFICACIÓN SEGÚN LA ESTRUCTURA QUÍMICA.

Tiene dos inconvenientes muy graves:

1º. Con los conocimientos actuales es imposible tal clasificación: aún no se conocen con precisión ni la estructura exacta de muchas sustancias ni la composición exacta de muchas drogas.

2º. Dos sustancias similares en su estructura química debieran poseer acciones fármaco dinámicas similares y producir efectos similares en la conducta: ello no es así. Por ejemplo: dos opiáceos como la morfina y la nalorfina, de estructura química casi idéntica tienen efectos opuestos; las hidantoínas y los barbitúricos se asemejan químicamente y tienen muy diferentes efectos sedantes e hipnóticos; el L.S.D. y la serotonina se asemejan químicamente y sus efectos

son absolutamente diferentes, etc. Además: sustancias muy distintas en cuanto a su estructura química pueden tener efectos muy similares.

CLASIFICACIÓN SEGÚN SU ACCIÓN BIOQUÍMICA Y METABÓLICA. CLASIFICACIÓN FARMACOLÓGICA

1º. Con los conocimientos actuales no sabemos qué modificación bioquímica o metabólica producen, ni cuáles son responsables de su psicoactividad, etc.

2º. Aunque se conocieran, los conocimientos que poseemos actualmente, tampoco nos permiten relacionar esos cambios con los cambios de conducta; aunque sabemos que el L.S.D. produce algunos cambios bioquímicos no podemos saber por qué esos cambios se traducen en alucinaciones, etc.

CLASIFICACIÓN SEGÚN SUS EFECTOS SOBRE EL COMPORTAMIENTO. CLASIFICACIÓN CLÍNICA.

Implica también los siguientes inconvenientes:

- a) Una misma droga puede producir diferentes efectos: según la situación del consumo, según el sujeto consumidor (personalidad, hábito, etc.), según la vía y la forma de administración y, sobre todo, según la dosis administrada.
- b) Una droga nunca produce un solo efecto sobre el comportamiento, si no siempre varios; por ejemplo: es un depresor, produce sueño, es un anestésico, puede producir alucinaciones, etc.
- c) Al elaborar clasificaciones sobre las modificaciones en el comportamiento, éstas se refieren siempre al hombre, excluyéndose los animales inferiores.
- d) A los efectos sobre el comportamiento se le denomina de forma vaga e indeterminada; los diferentes términos (euforizante, alucinógeno, etc.), son además, con frecuencia, utilizados con diferentes significados por los diferentes autores e investigadores.

A pesar de tales inconvenientes:, las clasificaciones existen y tienen valor orientativo importante. La primera de ellas fue elaborada en 1924 por Lewin y nos puede servir de ejemplo gráfico:

EUPHORICA: opio, morfina, heroína, coca, cocaína, etc. "suspenden las facultades de emotividad y de percepción...poniendo al sujeto en un estado de bienestar físico y psíquico".

PHANTASTICA: mezcalina, cannabis..."son los agentes de las ilusiones....deforman las sensaciones".

INEBRANTIA: éter, cloroformo, alcohol, etc. "son embriagantes...después de una primera fase de excitación cerebral dan lugar a una depresión de dicha excitabilidad".

HYPNOTICA: Barbitúricos, bromuro, cloral..."producen el sueño".

EXCITANTIA: Cafeína, nuez de cola, cacao, te, tabaco, arsénico..."sin alterar la conciencia procuran un estado de estimulación cerebral subjetivamente".

Otro criterio utilizado para la clasificación, es el clínico, utilizado por Chaloult en 1971 en el que introduce nuevas sustancias y que a continuación se presenta:

I.- Depresores de actividades del SNC.

- a) El Alcohol
- b) Los hipnóticos

1.-Barbituricos.

- a) de acción ultra corta: ej. Tiopental.
- b) de acción corta: ej. Pentobarbital, secobarbital.
- c) de acción intermedia: ej. Amobarbital, secobarbital.
- d) de acción prolongada: ej. Fenobarbital, Gardenal.

2.-No barbitúricos.

- a) Glutetimida.

b) Metripilon.

c) Metaquelona.

c) Los Ansiolíticos.

a) Clordiazepoxido.

b) Diazapan.

c) Meprobamato.

d) Los Analgésicos narcóticos.

1.- El opio y sus derivados naturales y semisintéticos:

a) La morfina, la codeína.

b) La heroína.

2.- Los narcóticos sintéticos.

a) Mepiridina.

b) Metadona.

c) Oxycodona.

e) Los Anti psicóticos (tranquilizantes mayores).

a) Levopromasina.

b) Cloropromacina.

c) Trifluoperacina.

f) Otros.

a) Bromuros.

b) Antihistamínicos.

II. Estimulantes de la actividad del SNC.

A) Estimulantes de la vigilancia.

1.- Estimulantes mayores:

- a) Anfetaminas.
Ej. Anfetamina.
Dextroanfetamina.
Metanfetaminas.
- b) Anorexígenos no anfetamínicos.
Ej. Fenmetracina.
Dietilpropion HCL.
- c) Cocaína (T. pop: coke snow).

2.- Estimulantes menores:

- a) Cafeína y otras xantinas: té, café, etc.
- b) Nicotina.

3.- Otros:

- a) Clorhidrato de metilfenidato.
- b) Sulfato de metilfenidato.
- c) Sulfato de estricnina.
- d) Aminas simpaticomiméticas: efedrina, etc.

B) Estimulantes del humor (antidepresivos).

1. Inhibidores de MAO:

- Ej. Imipramina.
Disipramina.
Amitriptilina.

2. NO IMAO (tricíclicos).

Ej. Tranilcipromina y Fenelcina.

1.3. PERTURBADORES DE LA ACTIVIDAD DE SNC.

A) Alucinógenos propiamente dichos

1. El L.S.D.
2. La mezcalina.
3. Psilocibina.
4. El DOM o STP (2.5 dimetoxi-4metilamfetamina)

B) Derivados de la Cannabis.

1. Marihuana.
2. Hachis.
3. El THC

C) Los disolventes volátiles :

1. Las colas: especialmente las plásticas
2. Las esencias: nafta, bencinas y Cl4C
3. Los disolventes: acetona +acetatos alifáticos+tolueno.
4. El éter.

D) Los anti colinérgicos:

1. Alcaloides naturales de la belladona.
 - a) Atropinas.
 - b) Hiosciamina.
 - c) Escopolamina.
2. Los productos sintéticos :
Sernil.
Ditran.

E) Otros:

1. MDA (3.4 metilendioxi-amfetamina).
2. EL DMT(dimetiltriptamina).
3. EL DET(dietiltriptamina).

4. EL DOET (2.5 dimetoxi 4 etil anfetamina).
5. Los granos de Volubilis (moring glory sedes).
6. La nuez moscada (prod. Activo: miristicina)
7. etc.

1.3.1. SEGÚN LOS EFECTOS EN EL COMPORTAMIENTO

Cuando hablamos de "efectos sobre el comportamiento" y si tenemos en cuenta que estos pueden ser varios, para clasificar las drogas podemos escoger el más llamativo y sobresaliente, lo que llamamos el "principal efecto psíquico". Algunos autores han clasificado las drogas según un principal "efecto psíquico" ideado y definido por el propio autor; así tenemos una nueva clasificación que nos puede servir de ejemplo en este sentido, la de DELAY, 1957-1961. Delay clasifica las drogas según su acción sobre lo que P. Janet llamo el "tonus psicológico", que es la resultante del nivel de vigilancia y del estado de humor; dicho de otra forma: el "tonus" combina la situación entre despierto-dormido con la de eufórico-deprimido.

Según ellos existen:

a) PSICOLEPTICOS: disminuyen el "tonus"

--- Hipnóticos (actúan sobre la vigilancia)

--- barbitúricos

--- otros

---Neurolépticos (actúan sobre el humor)

--- fenotiazinas

--- butirofenonas

--- etc.

Tranquilizantes (sobre la vigilancia y el humor)

--- diazepinas

--- etc.

b) PSICOANALEPTICOS: elevan el "tonus"

(Estimulan la vigilancia)

--- anfetaminas

--- cafeínas,

--- etc.

Antidepresivos (estimulan el humor)

--- tricíclicos

--- IMAO

--- etc.

c) PSICODISLEPTICOS: desvían el "tonus" (alucinógenos onirógenos)

--- mescalina

--- L.S.D. etc.

1.3.2. DE CARÁCTER SOCIAL Y CULTURAL.

Las diferentes drogas se encuentran en cada cultura en diferente situación. Nos interesa la situación de las diferentes drogas en nuestra cultura, es decir: la historia la tradición, las ideas, el modo de desarrollo económico, el modo de convivencia –político- y todas las demás actividades del hombre en un lugar y momento dado –considerando ahora nuestro presente y la llamada civilización occidental; apoya y valora o rechaza y castiga determinados actos y cosas. También apoya o castiga el consumo de determinadas cosas y lo mismo ocurre con aquellas cosas que llamamos drogas; algunas drogas son apoyadas y otras castigadas y el mismo trato recibe su consumo. Así que existen:

- a) DROGAS INSTITUCIONALIZADAS: son aquellas que son apoyadas que gozan del respaldo de la tradición, que están integradas en nuestra cultura y a las cuales "no se les tiene miedo", incluso no se les llama "droga" tampoco su consumo está castigado por la ley, ejemplo más claro es el alcohol.
- b) DROGAS NO INSTITUCIONALIZADAS: no son apoyadas, no gozan del respaldo de la tradición, no pertenecen a nuestra cultura, se les llama siempre <<droga>>y su consumo está castigado por la ley por ejemplo : la heroína

De acuerdo con ello es necesario saber:

1.- Que el hecho de que una droga este institucionalizada o no legalizada o no, no tiene nada que ver con su peligrosidad: comparar, sino, esta clasificación con la O.M.S.

2.- Si esto es así, los criterios de utilización, aceptación cultural y legal no se corresponden a los de salud.

3.-Está clasificación sociológica:

---relaciona evidentemente la institucionalización con la existencia de una producción y un mercado: occidente produce y vende alcohol, el alcohol es peligroso pero forma parte de nuestra cultura y es legal, etc.

---relaciona la institucionalización con la cultura que, en definitiva es la institucionaliza o no, así el alcohol tiene significados culturales en nuestros

medios (litúrgicos, nutricios, etc.) que llegan a poder calificarlo de <<sano>> aunque objetivamente sea todo lo contrario.

---se relaciona con el tipo de consumidor: su <<personalidad>>, su ideología, etc. los consumidores de droga institucionalizada o no, puede m diferenciarse por este hecho en algunas aspectos.

Las drogas, por definición, no solo son psicoactivas y, por lo tanto modificadoras del comportamiento, también crean dependencia y esta puede ser de dos tipos: psicosocial y/o física. Tenemos, por tanto otra posibilidad de clasificación. En este sentido la elaborada por Isbell, en1959:

A) Originan dependencia psicosocial y física:

---opio, y derivados: morfina, heroína, metadona, pentazocina, etc.

--- alcohol

--- barbitúricos: luminal, pentotal, etc.

B) Originan solo dependencia psicosocial:

---derivados de la cannabis: marihuana, hashis, etc.

--- coca y cocaína

--- L.S.D, mescalina, etc.

Isbell incluía en este grupo B a las anfetaminas. Actualmente esta Demostrado que pertenece al grupo A.

1.3.3. ¿DROGAS DURAS O DROGAS BLANDAS?

Debemos empezar con una manifestación rotunda: todas las drogas debieran ser ilegales desde el punto de vista estrictamente sanitario.

Entrar en el dilema de las drogas "duras" y "blandas" es, sencillamente, intentar dilucidar cuales son menos peligrosas. O establecer realmente a ¿qué se refiere?

Cuando, en cualquier lugar, surge la pregunta "la cannabis" ¿Es más o menos peligrosa que el alcohol? "se puede responder", simplemente, que se sepa ninguna es beneficiosa. Es decir, plantearse el problema así, intentando cuantificar la "peligrosidad" es ya de por si absurdo y capcioso. Es a través de argumentos negativos que va a plantearse, en consecuencia, la cuestión de la legalización de algunas drogas ("blandas"): que una cosa no sea peor que otra, no quiere decir que sea buena.

Naturalmente, en este capítulo mismo, hemos reseñado como la O.M.S. clasificaba a las drogas según su peligrosidad. Debe tenerse en cuenta, sin embargo, que Kramer y Cameron, por una parte se refieren a "tipos de dependencia" y por otra se refirieren a peligrosidad médica única y exclusivamente. Existen riesgo psicosociales como los legales o el simple rechazo social, u otros como el de la marginalidad –marginación social (y "fenómeno del pase" tan discutible como se quiera , pero probado) --, que no puede ser considerados como aceptados a priori y libremente por el consumidor.

En general parecen considerarse "duras" las drogas que crean en el cuerpo del individuo una dependencia física o mental (psíquica), además son aquellas que pueden transformar el comportamiento del ser humano y convertirlo en poco tiempo en adictos, ejemplos de ello son la cocaína, la morfina y la heroína, aunque también caben dentro de la definición el alcohol y las anfetaminas y "blandas" a las que no la crean dependencia física, pero si mental , entre ellas encontramos productos naturales como la marihuana, el hachís y hasta la cafeína, Vale la pena mencionar que el tabaco si bien es cierto que por la

nicotina genera dependencia física, también es calificada como una droga blanda. En primer lugar señalaríamos que la dependencia física podría considerarse algo cuantificable (rapidez de aparición e intensidad de la clínica de abstinencia), lo que establecería una gradación de drogas "duras" (la heroína, así, "más duras" que la metadona, por ejemplo); además, según las características y tiempo de evolución del hábito tóxico para un mismo sujeto una misma droga podría ser más o menos "dura" a los 5 "picos" de heroína no ha creado una dependencia comparable a los que habría creado después de 500, por ejemplo).

Considerar la simple capacidad de crear dependencia es atender a un criterio tan parcial y reducido que además de inútil debemos pensar es malintencionado. No puede existir argumento lógico en favor de consumo de drogas (se entiende que exceptuando los psicofármacos en situaciones concretas). La dependencia sin más calificativos, no es cuantificable, el consumidor es o no es libre de abandonar el consumo, esta es la cuestión y, por tanto, un problema cualitativo. Tampoco podemos olvidar la ecuación "qué hace qué a quién". Cualquier explicación del porqué es obvia.

La distinción entre drogas duras y drogas blandas es importante en la política de drogas de cualquier país, donde ciertas drogas blandas gozan de cierta tolerancia oficial, como acontece en la actualidad en el 2013, en donde Estados Unidos ha permitido que legalmente se consuma marihuana en los estados de Washington y Colorado aunado a otros estados de la unión americana donde su consumo es legal como California.

CAPÍTULO 2. EL FENÓMENO DE LAS DROGAS EN LA SOCIEDAD ACTUAL

2.1. CULTURA Y CONSUMO DE DROGAS.

En los momentos de cambio dentro de una sociedad donde se agudizan las situaciones problemáticas, se intensifican situaciones que antes tenían sólo cierto cariz de potencial peligrosidad, para convertirse en ese periodo de crisis en uno más de los síntomas del mismo, en un problema real en el que se exacerban sus consecuencias negativas, como es el caso de los consumos de drogas (FAD, 2013).

Por eso los problemas de drogas nunca aparecen aislados, normalmente se correlacionan con otros conflictos o ayudan a agravar otros problemas. Más que un problema en sí mismos, se producen en un contexto de conflictos tanto individuales como sociales.

Las crisis de consumo de drogas que la Humanidad ha vivido tienen un aspecto común y es que su consumo está asociado a un cambio cultural, que produce una conversión de ciertas drogas en productos de consumo.

Otros elementos que influyen en la génesis actual del problema, además de los cambios culturales y sociales tan vertiginosos de esta época, han sido la facilidad de las comunicaciones y de los intercambios y la progresiva sofisticación del comercio que ha facilitado el creciente comercio internacional y la creciente complejidad de redes ilícitas de tráfico. Asimismo, la existencia de amplias zonas geográficas en gravísima situación económica, social e institucional ha propiciado que extensos territorios se dediquen al cultivo de productos naturales básicos y a la producción de otras sustancias con distinto nivel de elaboración.

La influencia de estos aspectos en interacción con otros como los valores predominantes de un pueblo o país, el grado de bienestar alcanzado, la presencia y accesibilidad a las drogas, la aceptación social de las mismas, la influencia de los mass-media, el grado de participación ciudadana, etc. hace que sea inevitable acudir a

una visión comprensiva cuando se quiere entender fenómenos como éste, al que no se puede acceder si no se atiende a la interrelación de los distintos factores que lo conforman y a que la relación entre ellos configura la situación que entendemos como problema.

Desde este punto de vista, esta última crisis de drogas viene acompañada de una globalización y homogeneización de los problemas, es decir, la mayoría de los países están afectados por los mismos problemas, aunque en cada país haya manifestaciones singulares y concretas.

En estas décadas se ha extendido el consumo de sustancias socialmente no aceptadas afectando a todos los estratos sociales de alguna manera. Ha surgido de forma creciente un colectivo muy significativo con necesidad de atención socio-sanitaria debido al abuso de drogas. Se han multiplicado los delitos asociados a consumo de drogas o de personas con problemas de drogas que robaban o agredían en busca de financiación del consumo. Además se han expandido enfermedades infectocontagiosas aparejadas a ciertos patrones de consumo, como el SIDA que tiene, entre sus vías de transmisión, las prácticas asociadas al consumo por vía parenteral. Todos ellos han sido problemas de impacto internacional con singularidades concretas en cada país, ya sea en la sustancia principal consumida o el patrón de consumo.

En estos años, en la mayoría de los países, se han instrumentalizado planes de actuación en los que se ha contemplado la sensibilización de la población frente al problema. Sin embargo, el fenómeno del consumo de drogas es dinámico y cambiante y desde su eclosión hasta la actualidad ha sufrido ciertas variaciones.

No sólo han cambiado los patrones de consumo sino que cada vez hay más oferta de sustancias para responder a la demanda de cualquier potencial usuario. La diferenciación entre países productores y consumidores se desdibuja cada vez más, entremezclándose la producción y el consumo en los mismos espacios.

El perfil de consumidor de drogas, tan presente en la memoria colectiva, ha comenzado a perder las características inicialmente tipificadas para resurgir como sujetos

socialmente integrados lejos de la marginalidad. Igual ocurre con estereotipo de traficantes de drogas, cada vez más próximos en algunos países a estratos sociales acomodados y carentes de otra práctica delictiva.

El impacto del abuso es amplio en la actualidad. Puede tener efectos sustanciales en el individuo, su salud o su estilo de vida. Puede tener efectos significativamente negativos en la familia y amigos del consumidor así como en su salud y bienestar. Hay también efectos potenciales en el trabajo y en el rendimiento. Solamente debemos pensar en el número de accidentes de tráfico y sus efectos en las personas, derivados del abuso de alcohol y de otras sustancias.

La violencia es otra área que aparece frecuentemente asociada al abuso de sustancias. Violencia que puede adquirir diversas formas: crímenes o actos violentos relacionados con la obtención de recursos económicos para mantener el hábito; crímenes que se cometen bajo la influencia de las drogas y violencia unida a tráfico de drogas.

El coste social y personal para las personas que tienen un problema de abuso, sus amigos, familia y el impacto que tiene en las comunidades es evidente y puede ser muy destructivo. Asimismo existen costes ocultos, a menudo económicos, que se relacionan con el abuso de drogas. Estos costes incluyen el sanitario, legal, prisiones, reinserción, absentismo laboral, baja producción laboral, etc. Los costes macro--sociales se pueden observar en la desorganización, el riesgo para la democracia y el estado de derecho, etc.

Es muy difícil cuantificar las consecuencias personales, sociales y económicas del abuso de sustancias a escala internacional pero es necesario indicar que son significativas y preocupantes.

Los usos de las drogas no son nuevos, tienen el mismo recorrido y en paralelo que la historia de la Humanidad. Las sustancias, algunas de ellas actualmente en desuso, han sido objetos de constante convivencia e intercambio dentro de los pueblos y entre ellos.

El significado de las drogas ha variado según la cultura y el momento histórico. Los fines de su uso han sido muy dispares, desde rituales mágicos, religiosos, terapéuticos, festivos, hasta simplemente ociosos. El significado y el sentido que se les atribuye ha determinado la relación que el individuo o el grupo establece con ellas.

Según el significado atribuido se ha dignificado o se ha despreciado el uso de algunas sustancias. Ha habido periodos en los que se ha legitimado el uso de ciertas sustancias y otros en los que las mismas han sido prohibidas. Épocas en las que el consumo de ciertas sustancias se ha extendido de forma masiva en el seno de la sociedad a pesar de las prohibiciones de su uso. También en alguna de estas etapas el consumo se ha convertido en un problema para ciertos grupos humanos. Y por último, en más de una ocasión se ha experimentado terapéuticamente con una sustancia, se ha venerado su facultad curativa y al poco tiempo ha sido retirada por sus efectos secundarios y su peligrosidad para, con el tiempo, salir nuevamente a la luz con una connotación nueva: droga.

Las drogas están integradas dentro de las culturas con diversos significados y funciones. Esta convivencia histórica da a entender que el uso de drogas no siempre ha sido exclusivamente disfuncional y disruptivo sino que también ha tenido un carácter funcional y benefactor, individual y socialmente, en algunos momentos y situaciones concretas de la historia de las sociedades. No se pueden entender los riesgos de las drogas sin entender los beneficios que producen y los que se le atribuyen.

Hablar de la funcionalidad de las drogas en el seno de una sociedad es sumamente delicado ya que se puede interpretar fácilmente como la aprobación, el fomento de situaciones de consumo irresponsable y la banalización de todos los problemas asociados al mismo. Sin embargo, la convivencia con ciertas drogas se ha dado con la misma naturalidad que la convivencia con otros objetos de consumo cuyo uso se instrumenta con un sentido dentro de la comunidad.

Cuando el significado de esa sustancia no estigmatiza ni a su uso ni al usuario, aunque la relación que algunos sujetos puedan establecer sea problemática, no tiene

trascendencia en la comunidad. Esto no excluye que en otras épocas el consumo de ciertas sustancias haya implicado también riesgos.

No faltan documentos de los que se deduce la preocupación sobre los efectos indeseables que produce el consumo de ciertas sustancias, donde se remarcaba el límite de lo tolerable tanto en cantidad, en forma de consumo y comportamiento social con el fin de que no se produzcan situaciones deplorables tanto para individuos como grupos.

Por lo que, al margen del momento histórico, el consumo de ciertas sustancias ha supuesto riesgos claramente asociados a la vulnerabilidad del sujeto. Fragilidad en el individuo que asociada a circunstancias ambientales puede generar problemas.

Lo cierto es que, cuando ha aumentado la demanda de ciertas drogas, se han incrementado los riesgos que conlleva el consumo. El origen del incremento de la demanda puede ser múltiple, pero el hecho de que se popularice el consumo de una sustancia supone muy probablemente la pérdida o banalización del significado original y, a su vez, la descontextualización de su uso.

Si al hecho del riesgo asociado a los efectos que la composición de la sustancia ejerce sobre el individuo que la consume, se le suma la pérdida del significado original de la sustancia consumida y la descontextualización del uso, los riesgos de establecer una relación problemática con esa sustancia aumentan considerablemente. Esta situación se agrava cuando se extiende el consumo dentro de los distintos estratos sociales y cada vez es mayor el número de individuos potencialmente susceptibles de problemas.

Si en una sociedad se tipifica una sustancia como droga con un valor nocivo y se le atribuye una peligrosidad, generando una percepción negativa que actúa como filtro, se disminuye la probabilidad de que se consuma debido al temor y recelo que provoca en algunos grupos sociales. En el caso de ser consumida, los usuarios se encuentran en una situación de mayor riesgo. Sin embargo, cuando las sustancias forman parte de la idiosincrasia de una cultura, y están socialmente aceptadas, el uso se vive con tal

naturalidad que la percepción de riesgo queda disminuida hasta tal punto que sólo es palpable cuando el problema ya es muy grave.

La convivencia que la sociedad tiene con las drogas socialmente aceptadas y las no aceptadas genera percepciones parciales y comportamientos muy contradictorios. Los estragos que han causado las no aceptadas, como por ejemplo la heroína o algunos derivados de la cocaína, han disminuido la percepción del riesgo que conlleva el consumo de las drogas aceptadas dentro de la cultura. Éstas, causantes también de un sin fin de malestares -a nivel individual, familiar y socio-sanitario- carecen de la atribución necesaria para que se perciba el riesgo que conlleva su consumo.

Otra de las consecuencias de la polarización entre las drogas aceptadas y no aceptadas es que favorecen la estigmatización de un perfil concreto de consumidor de drogas y contribuyen a potenciar la percepción de invulnerabilidad frente a los riesgos de los consumos de sustancias socialmente aceptadas.

No obstante, contemplar la importancia que tiene el significado de una sustancia, la contextualización de su uso, el rol funcional y/o disfuncional que desempeñan según el momento y la construcción de la percepción social de los riesgos que conlleva consumir drogas, nos permite analizar de una manera más amplia el fenómeno del consumo de drogas del último tercio del siglo XX.

2.2. PUBERTAD Y ADOLESCENCIA: ETAPAS DE RIESGO.

Si como ya hemos dejado claro, la prevención se orienta fundamentalmente al periodo adolescente y al comienzo de la adultez, es necesario que tengamos un buen conocimiento sobre esta etapa del desarrollo. La adolescencia es una etapa importante en la vida de cualquier persona. En ella se forma la identidad y adquiere la independencia que tiene que tener como un adulto maduro. Ello implica conocer los procesos psicológicos básicos y otros procesos que se relacionan con el funcionamiento personal de estas personas en este periodo temporal de sus vidas. Igualmente el proceso de la adultez temprana. Por ello posteriormente se analizarán distintos procesos psicológicos básicos (ej., cómo percibimos y sentimos, cómo aprendemos, cómo pensamos, etc.) y otros procesos claramente relacionados con el desarrollo específico de la persona (ej., el análisis del periodo adolescente, adultez temprana, el proceso de socialización, los estilos de crianza, etc.). Todos estos procesos se analizan con el objetivo de conocer más sobre nuestro objeto de estudio y sobre cómo podemos conocer un poco mejor, o poder explicar, el consumo o no de las distintas drogas. Lo que sí es claro es que dichos conocimientos no solo son útiles sino que son imprescindibles, para poder saber realizar adecuadamente una buena intervención preventiva en los mismos.

La adolescencia temprana o pre-adolescencia se extendería de los 11 a los 13 años, la adolescencia media de los 14 a los 16 años, y la adolescencia tardía de los 16 y rondando los 20.

El foco de este trabajo se centra en los periodos de la adolescencia media y tardía, es decir, en el tramo de edad desde los 14 a los 20 años.

Entendemos por adolescencia el período de desarrollo humano (hoy prolongado en el tiempo) que se inicia al finalizar la infancia con la pubertad y termina en la etapa adulta. El niño ha abandonado la niñez, pero aún no se ha desarrollado como persona adulta. Se trata, por tanto, de una etapa de transición llena de ambigüedades e incertidumbres. El sujeto está experimentando una serie de cambios decisivos para su vida futura. No olvidemos que en esta etapa evolutiva, el universo de valores, intereses, actitudes vitales y comportamientos adultos quedan, sino fijados, al menos orientados y la propia identidad personal se va configurando, experimentando un desarrollo emocional,

comportamental y físico que los llevará a tratar de independizarse de sus padres y buscar su propia identidad.

Antes de pasar a señalar algunas características definitorias de esta etapa, consideramos importante destacar tres aspectos:

1.- Además de ser transitoria, se trata de una etapa especialmente dinámica y cambiante. Es un proceso en el cual hay una dinámica evolutiva, que se da en un marco social e histórico concreto. Como señala Funes J. (1998) “en este proceso se suceden etapas, acontecimientos y circunstancias, algunas de los cuales serán enriquecedoras y estabilizadoras y otras problemáticas”.

2.- Cada adolescente vive esta etapa de una manera particular y subjetiva. En este sentido, podemos afirmar que no existe “el adolescente” sino “los adolescentes”, ya que cada uno de ellos es resultado directo del medio social en que se desenvuelve, es decir, espacios y comunidades humanas que producen diferentes maneras de ser adolescente. En la aproximación a la problemática de los menores consumidores de drogas aceptamos, como punto de partida, que el sujeto se desarrolla en interacción con su medio ambiente. Este desarrollo, vivido como transición, es más efecto de variables ambientales que de variables estrictamente ligadas al crecimiento físico, lo que hace que no podamos hablar de una sola adolescencia, sino de una pluralidad de adolescencias. Como expresa R. Zazzo (1972) “la adolescencia verdadera no existe y no se puede observar más que en su medio.

3. Los adolescentes expresan sus dificultades y conflictos normalmente en términos sociales. Gran parte de las dificultades con que se encuentra un adolescente en su proceso evolutivo, suelen expresarse de manera social, es decir, desembocan en conductas y en comportamientos problemáticos en el área social: conductas de gamberrismo, actuaciones arriesgadas, afirmación mediante la transgresión de las normas en vigor, demostración de la diferencia asumiendo estilos de vida poco integrados, etc

A continuación, resumimos algunos de los cambios antes mencionados y las características más relevantes que enmarcan esta etapa.

Algunas de estas características, convierten a la etapa adolescente en un período de especial vulnerabilidad con relación al consumo de drogas, por supuesto dependiendo de la intensidad con que se manifiesten algunos de los rasgos adolescentes y con el manejo adecuado/inadecuado que de los mismos realicen los sujetos.

No es casualidad, que el inicio del consumo de drogas, tanto legales como ilegales, tenga lugar precisamente y en su mayor parte en esta etapa de la vida.

Podríamos considerar que el período crítico para la experimentación inicial con una o más sustancias psicoactivas comprende desde el comienzo hasta mediados de la adolescencia (Botvin, 1996). Ahora bien, el que este consumo experimental u ocasional, sea algo transitorio y anecdótico en la vida de un adolescente o se convierta en un consumo problemático que dificulte su maduración y desarrollo personal, va a depender de cómo el menor maneje la situación, lo cual vendrá determinado por un entramado de factores de riesgo y factores de protección presentes en sus recursos personales y en su realidad social que analizaremos posteriormente.

En conclusión, algunas de las características evolutivas propias de la adolescencia pueden incrementar la vulnerabilidad de las personas que se encuentran en este momento vital. Pasemos a destacar las más relevantes:

Necesidad de reafirmación

La formación de una identidad propia es una de las tareas evolutivas más críticas de la adolescencia, junto a ella se produce una tendencia a preocuparse en exceso de su imagen y por cómo son percibidos por los demás. Muchas veces, esa imagen pública puede ser perseguida activamente, involucrándose en conductas asociadas con esa imagen.

Los adolescentes necesitan reafirmar su identidad y para ello han de compartir unos “ritos” específicos. La gestación de las identidades grupales adolescentes ha estado asociada con una serie de “ritos” y está en la actualidad íntimamente ligada a los ritos propios de los fines de semana nocturnos, entre ellos el consumo del alcohol y de otro tipo de drogas, utilizadas como objetos/sustancias iniciáticas generadoras de vínculos sociales. Estos consumos forman parte de los propios ritos iniciáticos de la condición del “ser joven” en nuestra sociedad. (Conde F. 1997)

Reivindican una identidad que no alcanzan por su procedencia social o su actividad laboral y por lo tanto la buscan en el ambiente de lo festivo y el movimiento estereotipado del fin de semana.

A la vez que el consumo les confiere identidad frente a los adultos, también les proporciona símbolos propios, que redundan en el sentido de pertenencia grupal e identidad frente a otros grupos de jóvenes, incorporándose en determinadas subculturas juveniles.

Necesidad de transgresión

Entre estos rasgos que confirman su condición de adolescentes, se encuentran también la rebeldía y la transgresión.

El problema para los adolescentes actuales es que no les hemos dejado siquiera espacio para la transgresión. El conflicto generacional apenas es perceptible, pues para transgredir se necesita que alguien esté dispuesto a ofenderse, ya sea en lo militar, en lo civil, en lo político, en lo familiar, en lo sexual...

Los padres de los adolescentes actuales, a fuerza de querer ser liberales, han perdido la capacidad de indignación con sus hijos quedándose estos sin muñeco contra el que tirar sus dardos. Como señala Marina J.A. (2001) "se trata de una generación de padres que ha venido predicando la idea de libertad como el valor supremo, como la idea central del ambiente cultural, del orden de los valores... y ahora no encuentra ningún otro valor que justifique las limitaciones de ésta"(citado por Arbex,2002, p.14).

Hay incluso quien dice que la capacidad de "tragarse" que tiene la sociedad de la indiferencia es tal que la transgresión es imposible para la generación del milenio.

En este contexto, el espacio de la transgresión para nuestros adolescentes parece reducirse a muy pocos aspectos, uno de ellos es el consumo de drogas vinculado habitualmente a sus tiempos y espacios de ocio. Creen que están contraviniendo el orden social establecido y lo viven como un acto de provocación frente al mundo adulto y sus normas.

Necesidad de conformidad intra-grupal

El grupo de iguales pasa a ser un elemento de referencia fundamental para el adolescente. Sirve como refugio del mundo adulto en el que pueden explorar una gran

variedad de papeles. No extraña, por consiguiente, que la experimentación precoz con el tabaco, el alcohol y otras drogas tenga lugar dentro del grupo de iguales.

El adolescente adquiere una mayor orientación social y dependencia de sus amigos del grupo y se observa una mayor tendencia a la conformidad con el mismo.

Si el menor se relaciona y se inscribe en un grupo con actitudes positivas y proclives al consumo de drogas, donde éste ocupa una función importante (diversión, experimentación de sensaciones nuevas, transgresión, signo de identidad grupal, escapar de las tensiones o los problemas...) le será muy difícil resistir la presión del grupo. No obstante, conviene apuntar que la vulnerabilidad a la presión de grupo, vienen modulada en gran medida por los recursos personales del menor, tales como la autoestima, asertividad, capacidad de enfrentarse a los conflictos típicos, habilidades sociales, etc.

Sensación de invulnerabilidad

La conducta temeraria de los adolescentes se produce por dos de las principales condiciones que se incrementan en esta edad: el egocentrismo y la búsqueda de nuevas sensaciones derivada de su orientación a la novedad y a la independencia (Arnett, 1992).

El egocentrismo del adolescente y su necesidad de diferenciación le llevan a construir los que se ha denominado "la fábula personal" (Díaz-Aguado M^a J. 1996).

Los adolescentes tienden a pensar que sus experiencias son tan únicas e irrepetibles que nadie las ha vivido anteriormente, ni sería capaz de entenderlas.

Esta circunstancia puede alimentar en mayor medida la sensación de invulnerabilidad respecto a los efectos perjudiciales de las drogas, ya que se produce una distorsión cognitiva que les hace creer que las consecuencias negativas más probables de sus conductas de riesgo no pueden sucederles a ellos, porque ellos son especiales

Por otro lado, suelen ser poco receptivos a determinados mensajes de salud que les advierten del peligro de las drogas, ya que se sienten envueltos en una coraza personal que les protege mágicamente de todos los peligros. Se sienten en un período pletórico de salud, de vitalidad, y por tanto, las advertencias sobre los efectos de las drogas sobre su salud, en numerosos casos, no se tienen en consideración.

Si además de todo esto, los adolescentes han tenido experiencias positivas previas con el consumo de drogas, tal experiencia pondrá en entredicho los mensajes “atemorizantes” que recibieron y su sentimiento de invulnerabilidad se verá aún más reforzado; “yo controlo”.

El rechazo a la ayuda del adulto

El niño/a suele reclamar la presencia de los adultos encargados de su cuidado ante situaciones que podrían representar una amenaza para su seguridad, aceptan la protección y ayuda que necesitan. Por el contrario, la creciente necesidad de que experimenta el adolescente, le lleva a rechazar la protección de los adultos y a enfrentarse a conductas de riesgo que pueden representar una importante amenaza para su desarrollo posterior. Las advertencias sobre los riesgos que provienen de los adultos, normalmente, caen en saco roto.

Susceptibilidad frente a las presiones del entorno

Los adolescentes pueden ser particularmente sensibles a las campañas sofisticadas de publicidad diseñadas para asociar el consumo de drogas (tanto legales como ilegales) con una determinada imagen. “Temas relacionados con la identidad y la imagen pública, la curiosidad y las ganas de experimentar sensaciones nuevas... pueden aumentar de forma sustancial la susceptibilidad general frente a la publicidad y otras influencias sociales que promueven el uso de sustancias” (Botvin, 1996).

La realidad social de los adolescentes actuales

Como señala Luria, “el desarrollo es un proceso continuo de adaptación en el que los procesos internos interactúan con los procesos ambientales y socio-históricos” (Garbarino y Stott 1993).

Cada sociedad en un momento determinado genera formas específicas de socialización y por tanto cada adolescencia se forma con unas características diferenciales y propias. Los adolescentes son particularmente sensibles ante la sociedad que les rodea: sus valores, tensiones políticas y económicas, sus reglas, las modas, las actitudes vitales dominantes...

¿Cuáles son las características socioculturales de nuestra sociedad actual en que se están socializando los adolescentes?

Algunos de los valores y actitudes vitales que están definiendo a parte de la adolescencia del milenio, son señalados en numerosas investigaciones como posibles “explicaciones” de los comportamientos “descontrolados” y los consumos compulsivos de drogas durante los fines de semana, especialmente durante el ocio nocturno. Veamos algunos de ellos.

Perspectivas de futuro negativas

El período necesario para la emancipación y la independencia se alarga sin horizontes claros y desde la incertidumbre: el temor al paro, la tensión de la competitividad, y el escepticismo en la utilidad de los estudios que lleva a la desmotivación hacia éstos... conducen a la utilización de recursos alternativos que prometen felicidad a corto plazo, permitiendo cuando menos el olvido momentáneo de los problemas.

El consumo de drogas recreativas, fundamentalmente en el fin de semana, se transforma en algunos casos, en válvula de escape de buena parte de sus frustraciones cotidianas y salida de la apatía personal, “ahora toca pasarlo bien y “des Controlar”.

Tendencia al hedonismo

Una de las características de la sociedad postmoderna es su temor al aburrimiento. Los adolescentes actuales no hacen sino reproducir un modelo cultural muy extendido en la sociedad del milenio actual.

“La diversión en nuestro mundo se ha convertido no sólo en una necesidad individual sino también en una necesidad social. El no divertirse implica una carencia personal con la consiguiente pérdida de autoestima y es un motivo de compasión social del que se huye como de la peste. El hedonismo se hace cada vez más persistente para ellos, poniéndose en manos de la pura experiencia de diversión, un estado de ánimo que les abstrae del mundo real y de sus complicaciones”. (J. A. Marina 2000).

La facilidad para aburrirse y la incapacidad para soportar el aburrimiento caracteriza a ciertas personalidades de adolescentes que buscan compulsivamente excitación y placer inmediato: “ante todo hay que pasarlo bien y divertirse”.

Esta característica personal en algunos menores, está en la base de numerosos consumos.

El presentismo

Una parte considerable de los adolescentes actuales están marcados por el vivir el aquí y el ahora; puesto que el futuro se les presenta un tanto incierto y no sintiéndose motivados por los estudios y ante un panorama laboral nada optimista, optan por vivir al día.

La transformación química de los estados de ánimo

Nuestro modelo social refuerza la idea de que existen “pociones” mágicas, a través de la farmacología, que ofrecen soluciones y satisfacción a todos los problemas y deseos que las personas podamos tener: pastillas para dormir, para espabilarse, para relajarse, para estimularse, para abrir el apetito, para inhibirlo... de igual modo, los menores han interiorizado que el estado de ánimo o la activación vital puede modularse mediante sustancias de todo tipo. Este modelo es trasladado a los espacios de ocio de los adolescentes y con esta transferencia se incorporan sustancias para sacar mayor rendimiento a la fiesta, al fin de semana y a la noche.

La impulsividad

Esta actitud vital aumenta también en las sociedades postmodernas desarrolladas. “Se potencia continuamente el sentir, el placer, el bienestar... y los sujetos se vuelven cada vez más incapaces de soportar el más mínimo malestar, sufrimiento... Los adolescentes socializados en esta cultura (la generación “mimada”), se hallan inmersos en la búsqueda de la satisfacción y el placer inmediato, de la emoción, de aquello que estimule sus sentidos y se encuentran excesivamente sometido a las incitaciones del ambiente” (Laespada.T y Pallares 2001)(citado por Arbex,p.18).

El individualismo y la desintegración social

La sociedad del milenio que comienza también viene marcada por el aislamiento y la desintegración social.

“El descontrol” de algunos menores, especialmente en los fines de semana nocturnos y el consumo de drogas asociado a estos momentos, les facilita la interacción con otras personas, no importa que sean más o menos conocidas. Muchos de los nuevos patrones de consumos de drogas recreativas se utilizan como ritos de búsqueda de relaciones y sociabilidad entre los propios jóvenes, son un “instrumento” para favorecer las relaciones personales. “Lo que se busca es la fusión grupal, sentirse más cerca de

sus semejantes y ahuyentar la soledad” (Fundación de Ayuda contra la drogadicción. Dossier “De marcha” 2000).

Bajo nivel de tolerancia a la frustración

La desconfianza en la rentabilidad del esfuerzo también está muy contrastada entre algunos de los adolescentes actuales.

Los padres han contribuido en gran parte a la extensión de esta carencia personal al convertirse en propagandistas de la recompensa inmediata. Se potencia una sociedad con una baja tolerancia a la frustración, de ahí la búsqueda compulsiva, apresurada e inmediata de la satisfacción y la diversión durante los fines de semana.

En síntesis, “la susceptibilidad al aburrimiento y la incapacidad de soportar la monotonía, junto a la sed de experiencias, unido a una impulsividad creciente muy extendida en los jóvenes actuales, conduce a que muchos de ellos se conviertan en buscadores de emociones, que ansían la estimulación continua y la desinhibición, cobijándose para ello en los largos periplos nocturnos “de marcha”, unido a unos ritos en los cuales el alcohol y el consumo de todo tipo de drogas recreativas son una manera fácil de conseguir todo esto que se busca” (J.A. Marina 2001).

Problemas de integración social

Algunos adolescentes se están socializando en entornos socioeconómicos llenos de dificultades. La vulnerabilidad no es la misma para todos. En este sentido no podemos pasar por alto las dificultades de integración social de numerosos menores inmigrantes o pertenecientes a minorías étnicas que están intentando incorporarse a nuestra sociedad como ciudadanos de pleno derecho y se encuentran con grandes problemas en su camino y no siempre con el apoyo necesario.

2.3. CONTEXTOS Y AGENCIAS FAVORECEDORAS DEL CONSUMO DE DROGAS.

2.3.1. GRUPOS DE IGUALES.

Si bien cada uno de estos apartados requeriría de un espacio por sí mismo, dada la rica información que han arrojado los estudios que se han realizado sobre el tema, me referiré a continuación a algunas de las características que acompañan la etapa adolescente así como a la influencia que el grupo de iguales tiene sobre determinadas conductas de riesgo, especialmente sobre el consumo de drogas.

La adolescencia como etapa de riesgo

Ya he comentado más arriba cómo la aparición de determinadas conductas problemáticas o de riesgo, entre las que se incluye el consumo de drogas, se produce con una mayor frecuencia durante la etapa adolescente; de igual modo parece probado el hecho de que, en la mayoría de los casos, estas conductas tienden a disminuir o desaparecer con el crecimiento y la salida de esta fase del desarrollo. Es importante, por lo tanto, conocer qué está ocurriendo durante este período de la vida que pueda explicar, al menos en parte, esa especial vulnerabilidad ante el riesgo.

La adolescencia trae consigo una serie de cambios a diferentes niveles (cambios físicos, intelectuales, emocionales...) que van a suponer una auténtica revolución en todas las áreas de la vida del joven o la joven. Por otra parte, es necesario tener en cuenta que estos cambios no sólo afectan a los individuos sino también, de modo muy importante, a su entorno inmediato y principalmente a la familia.

Veamos brevemente algunas de las características que definen la adolescencia como etapa evolutiva y que nos permitirán entender las nuevas necesidades que se plantean en este momento del desarrollo.

- **Cambios a nivel corporal.** Con la pubertad aparecen transformaciones fisiológicas importantes y rápidas, unidas al despertar y el empuje de las necesidades sexuales, lo que constituye un acontecimiento que viene a derrumbar el equilibrio logrado hasta el momento, desencadenando una auténtica revolución interna que propiciará las transformaciones que van a producirse en el plano psicológico. La evolución en el

plano psíquico, sin embargo, no siempre sigue el ritmo de los cambios corporales, produciéndose una desarmonía que, en los casos más extremos, puede incrementar el desequilibrio y generar otros conflictos. Los consumos de drogas en adolescentes que atraviesan esta crisis, pueden alimentar una fantasía de control que alivia transitoriamente su malestar.

- **La adolescencia como época de duelos.** Los cambios que afectan a esta etapa de la vida suponen logros y adquisiciones importantes, pero también, paralelamente, se producen pérdidas que precisan de una elaboración. Autores como A. Aberastury (1978) describen tres duelos importantes que deben realizarse durante la adolescencia: El duelo por el cuerpo infantil perdido, el duelo por el rol y la identidad infantiles, que obligan a una renuncia a la dependencia y a una aceptación de responsabilidades, y el duelo por los padres de la infancia, a los que persistentemente se trata de retener buscando refugio y protección. El dolor psíquico que acompaña a estos duelos contribuye a configurar el carácter y los cambios del estado de ánimo típicos de muchos adolescentes que van a tener también su influencia en el ámbito de sus relaciones familiares y sociales y de su conducta. En algunos casos, el consumo de drogas se inscribe en el deseo de aliviar o posponer el dolor que acompaña a estos procesos.

- **Cambios en la visión de los padres y otras figuras de autoridad.** La idealización de los padres y otras figuras como profesores, parientes, etc., que se mantiene hasta la entrada en la adolescencia, deja paso a una visión más realista de los mismos, a veces con el “necesario” paso intermedio de ruptura y desprecio hacia los antiguos modelos infantiles. Como consecuencia de este proceso se produce un cierto distanciamiento entre el adolescente y sus padres, pasando a ocupar sus iguales (amigos, compañeros) un papel de mayor peso y convirtiéndose en ocasiones en el refugio y la sustitución de la relación perdida. Si bien la capacidad de influencia de los padres y del medio familiar no tiene por qué desaparecer completamente durante esta etapa, especialmente cuando los vínculos familiares han sido sólidos, es el grupo de iguales el que asumirá ahora un mayor protagonismo.

- **Pensamiento abstracto.** Constituye la gran innovación en lo que se refiere a los cambios a nivel intelectual. Hasta los 11 ó 12 años el pensamiento y las reflexiones que

hace el niño se hallan ligadas a lo concreto; lo real y lo presente van paralelos a la acción y a la observación directa. Con la aparición del pensamiento abstracto o formal, el adolescente puede evadirse fuera de lo real, de lo directamente observable, trasciende lo actual y lo concreto, para llegar a reflexionar sobre lo posible, lo abstracto, el pasado y el futuro. Todo ello propicia una gran revolución interna que abre al joven y a la joven el camino de la reflexión filosófica, religiosa, política, estética, etc y que algunos autores han denominado “pubertad mental”.

• **Búsqueda de nueva identidad.** Durante la adolescencia se reedita de alguna forma todo el proceso de identificación progresiva que se inicia desde el comienzo de la vida y que surge ahora como una nueva búsqueda que define y jalona toda esta etapa. Los cambios acontecidos en todos los planos de la vida, el empuje de los impulsos sexuales y la pérdida de los modelos de identificación infantiles obligan al adolescente a buscar nuevos modelos de identificación que le faciliten el tránsito hacia un nuevo concepto de sí mismo como persona adulta. Para lograrlo, exploran otros lugares de identificación fuera de la familia. Las amistades entre los iguales cobran en esta etapa una gran fuerza e importancia, llenando el vacío que producen las pérdidas y los duelos infantiles y actuando como soporte en esa búsqueda de la identidad de adulto. Si bien en la mayoría de los casos, al final de la etapa adolescente este proceso se resuelve adecuadamente mediante el logro de una identidad diferenciada y coherente, en ocasiones se producen fracasos en este delicado proceso. Una de las posibilidades de este fracaso lo constituye lo que se denomina “identidad negativa” (por ejemplo, mediante la identificación con figuras violentas o antisociales), lo que estaría en la base de muchas de las conductas problemáticas en adolescentes.

Adolescencia y grupo de iguales

Tal y como he señalado, el grupo de iguales supone un importante apoyo en ese proceso de búsqueda de identidad por parte de los y las adolescentes. Algunos hechos bien conocidos que se producen en esta etapa, como el fenómeno del “conformismo grupal” y la búsqueda de originalidad a través de este conformismo constituyen un elemento defensivo de apoyo, que les brinda el sentimiento de pertenencia, la seguridad y la estima personal que precisan en esta etapa de tránsito hacia la propia originalidad y autonomía personales. El grupo de iguales proporciona al adolescente

una serie de ventajas que van a facilitar la transición hacia el mundo adulto; da apoyo y seguridad, facilita la separación de los padres y modelos anteriores, proporciona unos ideales, intereses y valores, y presta una “identidad transitoria” que apoya a un yo todavía frágil. La interacción con los iguales proporciona una posibilidad única para superar el egocentrismo infantil y para conocerse a si mismo y a los demás logrando una nueva perspectiva social de mayor madurez. Al compartir sentimientos y comparar puntos de vista con los compañeros y compañeras se abre un campo ilimitado a la maduración personal y a la adaptación social. Sin embargo, también el grupo puede suponer un riesgo en la medida en que una tendencia grupal excesiva o un deseo violento de ruptura con la etapa infantil o los modelos de autoridad empujen a ello. Así, el grupo puede inhibir la responsabilidad individual, favorecer la excesiva dependencia y conformismo, inhibir la toma de decisiones libre y personal o facilitar conductas inadecuadas, entre las que se incluye el consumo de alcohol u otras drogas y otras conductas problema.

La aparición de estas conductas en la adolescencia no puede, por lo tanto, interpretarse de un modo descontextualizado sino que deberá entenderse desde el significado que adquieren en el proceso evolutivo. Por otra parte, no debemos olvidar que los consumos recreativos de alcohol y de otras drogas entre jóvenes se realizan en un contexto grupal y juegan muchas veces un papel socializador. El sentimiento de pertenencia a estos grupos de iguales facilita el acceso a nuevas formas de relación y ayuda a tomar distancia del núcleo familiar y del control por parte del mundo adulto. El adolescente o la adolescente que comienzan a consumir en el grupo de amigos viven la sensación de acceder a algo prohibido, que escapa a la tutela de los padres o de otras figuras de autoridad y que proporciona la posibilidad de compartir nuevas experiencias con sus iguales, en lugares y horarios que hacen propios, por contraposición a los del mundo adulto.

Han sido muchos los estudios realizados acerca de la capacidad de influencia del grupo de iguales sobre las conductas problemáticas durante la adolescencia, tratando de averiguar además cómo se produce y qué tipo de factores intervienen en este proceso. En general, podemos decir que existe un consenso generalizado sobre la

importancia de esta capacidad, explicándose la misma desde diferentes constructos teóricos.

Cabría destacar aquí dos importantes aportaciones explicativas de este fenómeno, que resultan complementarias. Por una parte, el aprendizaje social que se realiza en el grupo de iguales y los procesos de reforzamiento que se producen en el seno del mismo suponen un factor clave en la determinación de toda una serie de conductas problemáticas. En el párrafo anterior se da cuenta de algunos de los procesos que actúan como reforzadores de la conducta de beber o consumir drogas en contextos grupales. Por otra parte, hay que tener en cuenta la capacidad del adolescente para elegir los grupos de pertenencia.

Esta hipótesis señala el hecho de que los y las adolescentes eligen los grupos de pertenencia en función de sus conductas previas, de sus actitudes y de sus valores, de forma que la existencia previa de una conducta desviada les haría sentirse más aceptados e integrados en un grupo de iguales en el que esa conducta exista y sea valorada por sus miembros. Por último, es necesario tener en cuenta el hecho de que también los grupos tienden a aceptar o a rechazar a determinados individuos como miembros en función de sus conductas. En el trabajo socioeducativo con adolescentes de riesgo se ha observado cómo, en ocasiones, grupos de adolescentes consumidores de drogas tienden a excluir a otros menores consumidores de otras sustancias o con conductas que consideran inapropiadas. El consumo de drogas en el grupo de iguales actuaría, por lo tanto, como una forma más de cohesión y de identidad grupal, al igual que sucede con la imagen física (forma de vestir de llevar el pelo, o portar cualquier accesorio de identificación), el tipo de música que eligen o cualquier otra conducta, que defina un estilo de vida vivido como propio.

Un proceso similar explicaría la aparición de conductas violentas, como actos vandálicos o agresiones xenófobas realizadas en grupo, de las que frecuentemente se hacen eco los medios de comunicación, que pueden ir asociadas al uso de alcohol o de otras drogas y que constituyen, en muchos casos, una forma inadecuada y extrema de lograr una identidad y cohesión frente a otros grupos.

2.3.2. MEDIOS DE COMUNICACIÓN.

La fuerza de la comunicación de masas a la hora de crear criterios, hábitos, modas o de destruir imágenes públicas, afecta también a la representación social del fenómeno de las drogas. Juega un papel importante en la construcción de una realidad determinada, que no está basada en una comunicación espontánea, sino que está creada bajo intereses determinados difíciles de descubrir y que responden a objetivos muy concretos. Por ello, resulta bastante complejo manejar estos intereses o actuar con el deseo de que se conviertan, en todos los casos, en un elemento colaborador en las drogodependencias.

Existen criterios muy dispares, a veces enfrentados, sobre el papel de los medios de comunicación en la prevención de las drogodependencias. Para unos han jugado y juegan un importante papel en cuanto a su labor de informar, concienciar y sensibilizar a la población, aún a riesgo de que esta información no sea " controlada" para el discurso sobre las adicciones y su prevención.

Puede ser que todas estas razones, unidas a la creencia generalizada de la mayoría de los ciudadanos de que cuentan con una opinión más o menos elaborada con respecto al fenómeno drogas y su incidencia en distintos ámbitos personales y sociales, sea lo que nos lleve a considerar la utilización de los medios de comunicación a la hora de transmitir mensajes sobre drogas y su prevención.

Los ciudadanos entienden que de acuerdo a su nivel educativo se puede discutir sobre la valoración del problema y las consiguientes medidas a adoptar. Así vemos cómo lo que los medios de comunicación y la opinión pública definen "el problema de la droga" hace referencia a una concepción intuitiva y global con la que se identifican el conjunto de todos los conflictos psicológicos, económicos, sociales y políticos que vienen, directa o indirectamente, causados por el consumo de sustancias ilegales y exigen una urgente solución de las instituciones sociales. Siendo así podemos afirmar que se producen unas ciertas creencias en torno al fenómeno que están condicionadas por opiniones previamente creadas y que no suponen un acercamiento al problema.

Un tema parece claro al respecto, existen diversas imágenes sociales sobre las drogas que requieren ser contextualizadas. Se hace necesario modificar la realidad social del fenómeno tanto en los aspectos verbales, que de forma consciente y racional se pone de manifiesto en los ciudadanos, como en las imágenes no verbales y en las dimensiones afectivas e irracionales que a veces se producen en éstas.

Las creencias sociales respecto a las drogas se han ido perfilando en torno a unas determinadas sustancias que han configurado el fenómeno en estos años. Ello ha supuesto que se asuman como reales conceptos y relaciones causales que no corresponden a hechos objetivables. Podemos estar entendiendo que existan una serie de prejuicios sociales en torno al tema que, querámoslo o no, nos obligan, y de forma especial a las instituciones, a la realización de campañas dirigidas a informar y a intentar cambiar algunos de los estereotipos que existen con respecto a la naturaleza de la imagen social del problema y de los propios consumidores.

También se produce un estado de opinión que reclama soluciones por parte de los poderes públicos. A partir de aquí entendemos como necesarias las campañas de sensibilización dirigidas a toda la población, no sólo como forma de acallar las conciencias, sino como un instrumento de ubicar en su justa medida la dimensión social del problema. En este sentido la televisión, con respecto a otros medios, juega un importante papel como forma de difusión del mensaje, con su poderosa capacidad tecnológica e ideológica.

Los medios de comunicación social o "mas-media" según el lenguaje sociólogo norteamericano reflejan la realidad social; explican crean y reproducen valorativamente patrones de conducta y estilo de vida, legitimando comportamientos de personas, grupos e instituciones en numerosos campos han sustituido a la iglesia, familia, escuela, partidos políticos y sindicatos en cuanto a instancias de socialización: transmiten saberes, valores, patrones de conducta, ideales, etc. Ellos lo exhiben todo o casi todo pero juzgan poco. De ese modo, contribuyen a configurar un nuevo perfil individualista y narcisista, ansioso y tolerante, de moral abierta y relativa, de un súper ego débil y fluctuante tanto cuanto las circunstancias ofrecen.

Hoy el mundo de la imagen, y singularmente la T.V. goza de un atractivo especial. Las generaciones jóvenes son cada vez menos lectoras y cada día más televisivas según el Instituto de la juventud quienes en 1983 tenían 15 y 24 años dedicaban 23 minutos diarios a la lectura. En 1988 quienes tenían la misma edad, dedicaban solo 12 minutos, en cambio, en esos mismos años , el tiempo dedicado a la T.V., en un día laboral, aumento de 1.59 horas a 2.29 horas (González,1993).

La fuerza seductora de la T.V. reside que su comunicación se realiza desde el marco del placer de la renovación y de la distracción. Todas sus emisiones deben de adoptar la perspectiva del ocio. El objetivo fundamental es "enganchar" a la mayor parte del público mediante la tecnología del ritmo rápido y placentero seducir es lo primero. Basta observar los presentadores/as de informativos, concursos y sobre todo publicidad: jóvenes, sexis, simpáticos, atractivos, encantadores, de voz tranquilizadora, etc.

De este modo, los medios de comunicación son "medios privilegiados" de creación y transición de valores y por tanto, de innovación, cambio o potenciación de una determinada cultura y mentalidad. Valores, por ejemplo, como el esfuerzo, el sacrificio, el ahorro, la autoridad o la castidad – como escribe Lipovestky –ya no inspiran respeto e invitan mas a la sonrisa que a la veneración su lugar lo ocupan hoy, para no pocas personas , el individualismo hedonista y narcisista, el esteticismo, el relativismo, el humorismo frente al realismo, el consumo, la inmediatez, la liberación de toda atadura...El derecho, en definitiva, a ser uno mismo y a disfrutar al máximo la vida. Valores estos, como a continuación detallamos, reflejados respectivamente, de múltiples y variadas formas, en los medios de comunicación social.

2.3.3. EL VALOR DEL CUERPO.

- El cuerpo un lugar muy alto en la jerarquía axiológica de la posmodernidad en prensa, radio, y T.V. se exalta un modelo estético en el que se valora el cuerpo: alto, delgado, moreno, joven, pelo largo...Su vestido es desenfadado, de fuertes colores, vivos y combinados e imitado el mundo del trabajo: pantalones y calzado vaquero, a

veces, rotos y parcheados, zapatillas, botas, etc. Es necesario aparentar dinamismo, belleza, deportividad, ser sexi y atractivo, rico y actuar. El cuerpo es, no solo algo que tenemos, sino lo que somos; un instrumento u objeto de placer lo que en primer momento, nos identifica y nos facilita o entorpece la relación con los demás: "pasteleo" y "ligues" fiesta, amigos, posición social y en ocasiones, hasta trabajo. De ahí que, en una sociedad en la que predomina la apariencia sobre el ser, el cuidado, y hasta el "culto" al cuerpo ocupen un lugar privilegiado.

Las manifestaciones de este modo de entender y dar sentido al cuerpo son visibles en nuestra vida social y reflejados en todos los grandes medios de comunicación, revistas, vallas, periódicos, radio, y T.V. nos ofrecen spots publicitarios, invitando y prometiendo:

-- dietas de adelgazamiento, en escaso tiempo y sin esfuerzo.

--- productos eficaces contra la caída del cabello, las canas, las arrugas o para fomentar el moreno de la piel.

--Modos de gozar sexualmente. El cuerpo ya no es algo negativo, y menos aun el enemigo que es necesario combatir.

Es nuestra identidad profunda, medio y fin de gozo y placer, del que no cabe avergonzarse por eso, se exhibe desnudo o semidesnudo en playas, revistas y espectáculos, constituyendo su desnudez, y sobre todo la sexualidad, momentos y motivos de placer. el cine y revistas porno, la línea 903 de teléfono erótico, las salas X, los sex shop, el strip tease, las escenas eróticas, (presentes hoy en la mayoría de las películas y concursos de T.V. y hasta su mismo vocabulario , son datos que hablan por sí mismos sumemos a ello los siguiente datos estadísticos suficientemente significativos: De acuerdo a la Encuesta Nacional de la Juventud 2005, el 48 % de los jóvenes han tenido relaciones sexuales ante de los veinte años, mientras que porcentajes más elevados entre 20 y 24 años (71 %) y para aquellos entre 25 y 29 años (86 %). La edad a la que los jóvenes mexicanos tienen su primera experiencia sexual es muy diversa, pero en promedio 43 de cada 100 jóvenes tuvieron su primera relación sexual entre los 15 y los 17 años. Este comportamiento indica que los jóvenes

tienden a iniciar su actividad sexual a temprana edad, ya antes de terminar el bachillerato más del 55 % ha vivido esta experiencia.

Los medios de comunicación, de modo acelerado y permanente, nos crean necesidades innecesarias "pseudo-necesidades", ofreciéndonos, en cantidad y variedad, toda clase de productos de caducidad acelerada. Su poder de seducción es tal que se hace difícil resistir a su fuerza, pues en un mismo mensaje, directa o indirectamente, junto al bienestar y utilidad del producto, se ofrece también la distinción y pertenencia a un status social superior. De este modo, más o menos conscientemente, el consumismo nos conduce a un materialismo hedonista y narcisista sin límites, en el que tener, gozar y aparentar vale más que el ser.

Así pues, aunque en ocasiones consumamos un producto por el valor o uso del objeto en sí, frecuentemente también lo hacemos por "su valor de cambio", es decir, en razón del prestigio, del status, o del rango social que nos confiere. Como sostiene J. Baudrillard, por encima de la satisfacción espontánea de las necesidades, hay que reconocer en el consumo un instrumento de jerarquía social. Tal artículo asegura prestigio, calidad de vida, seguridad, personalidad o independencia, no se consume un objeto por sí mismo, según su valor utilitario, sino como signo que nos distingue, esta cultura de simulacro termina alumbrando "estrategias fatales": los objetos, privados de su esencia y utilidad se convierten en esencias vacías y fascinantes, ante cuya seducción no se resiste la persona. La astucia del objetivo acaba imponiéndose al sujeto. De aquí que una determinada marca o etiqueta en zapatillas, blusa o pantalón diga, a veces, más que la utilidad de la misma prenda en sí. Por eso, ahora las marcas se exhiben en lugares visibles, puede ser la señal de clasificación y pertenencia a la "beautiful people". Se trata de un proceso de producción de los "valores signos", cuya función es manifestar las diferencias sociales, La carrera del consumo y el afán de novedades operan bajo el impulso de consumo de la competición de clases. Los objetos son "exponentes de clase", significantes y discriminadores sociales que funcionan como signos de movilidad y aspiración. No siempre queremos las cosas por sí mismas, frecuentemente las deseamos por su apariencias, por su alarde y

ostentación, por la personalidad que ellas nos confiere ante los demás. El consumismo se torna, en estos casos, individualismo narcisista.

La publicidad, en sus distintos medios y modalidades, presente hoy en todos los grandes medios, alcanza sus objetivos consumistas "atacando" por sorpresa y suavemente, invitando provocativamente, pero sin agredir. Por ello, agita el deseo a la renovación permanente, se desvincula de lo tradicional, poetiza el producto e idealiza la marca sacraliza lo nuevo y muestra el look social. Muy frecuentemente acompañan a sus mensajes cuerpos bellos y eróticos, situaciones placenteras de confort, virilidad o feminidad, juventud, sonrisa y dinamismo. La seducción va más al sentimiento, a las emociones, y a las resonancias estéticas que al razonamiento, intelectual o a justificar la excelencia objetiva del producto. Se sitúa pues más allá de lo verdadero y lo falso, con cierto sentido humorístico y fruitivo slogans que no dicen nada, más que cambiar, aparentar, vestir de un modo u otro, comprar sin importar demasiado el que, basta que se lleve, que sea de hoy, actual.

La publicidad funciona si como estética de la comunicación: se dirige a la vista, a la emoción, a la belleza, a la seducción; de substancializar las cosas en pro de la novedad, y la pasión por lo nuevo hace que lo efímero lo invada todo esta espiral de lo imaginario es la respuesta a la demanda del individualismo hedonista y emocional de la postmodernidad.

LAS CANCIONES.

Las canciones son hoy un elemento esencial en los medios de comunicación, especialmente en la radio y en la T.V. así como el campo más llamativo de los jóvenes. En la música encuentra la joven generación un ámbito de diversión, de evasión, de compañía, y hasta un ambiente para el estudio o el dialogo. La radio, el ipod, o el equipo de música forman parte inseparable del equipaje de cualquier viaje, de la sala de estudio o de estar, del coche, del caminar rápido o tranquilo por la calle o jardines, en los que frecuentemente, observamos jóvenes con sus auriculares, sintonizando su emisora o su disco compacto (CD) preferido.

Todo este mundo musical conlleva un estilo y forma de vida que influye poderosamente en la educación de nuestros jóvenes. Los mensajes que estas canciones transmiten , como a continuación veremos, contrastan con aquellos otros que, en el tiempos y situaciones no lejanas , exaltaban el valor de los padres y el trabajo sudoroso del campo, o bien expresaban la dureza de la vida o los sacrificios de la emigración.

En cuanto a las preferencias de los jóvenes, es importante resaltar la diversidad del sector juvenil, es pertinente observar las preferencias que estos tienen por aspectos como la música, los lugares que frecuentan y los amigos que los rodean, ya que esto permite tener un patrón importante de sus preferencias.

En cuanto a los gustos musicales, la mayoría de los jóvenes se inclina por la música pop (56 %), seguida de la música grupera (43 %) y en menor popularidad se encuentra la música ranchera (28 %) y el rock en español (25,5 %). Cabe destacar que existe diferencia entre los gustos femeninos y masculinos, ya que los hombres tienen mayor inclinación por el rock en español y en inglés y las mujeres por la balada romántica y el pop, como se puede observar en el siguiente cuadro.

Grupo de edad	Tabla correspondiente a pregunta de respuesta múltiple, por lo tanto los porcentajes no suman 100.							
	7.5 ¿Qué tipo de música escuchas con más frecuencia?							
	Balada-romántica, pop	Clásica	Grupera	New age	Ranchera	Religiosa	Rock en español	Rock en inglés.
12 a 14	54.3%	6.7%	45.6%	1.6%	19.8%	1.5%	27.7%	20.4%
15 a 19	60.0%	7.0%	38.1%	1.6%	25.9%	2.1%	30.9%	22.3%
20 a 24	53.6%	7.7%	42.6%	2.2%	31.3%	3.6%	25.4%	20.5%
25 a 29	55.2%	6.7%	46.9%	1.3%	33.3%	3.4%	17.4%	17.1%
Total	56.1%	7.1%	42.9%	1.7%	28.0%	2.7%	25.5%	20.2%

FUENTE: IMJ-CIEJ, Encuesta Nacional de Juventud 2005, México 2006.

Otro aspecto que define la personalidad de los jóvenes son los lugares que frecuentan, los cuales, dependen del producto que van a consumir y de las circunstancias económicas. Por ejemplo, de los que compran música, el 40 de cada 100 lo hace en el tianguis, 16 de cada 100 acude a los centros comerciales y 15 de cada 100 en el mercado. Aquellos que van a adquirir ropa, 28 de cada 100 lo hace en el tianguis, 23 de cada 100 en tiendas departamentales, 21 de cada 100 en centros comerciales y 16 de cada 100 en el mercado. Por último, para el caso de películas, 31 de cada 100 lo hace en el tianguis, 12 de cada 100 en centros comerciales, y sólo 3 de cada 100 en el supermercado.

Sin duda, las cifras más altas están enfocadas en aquellos lugares que tienden a formar parte del mercado informal. Lo anterior no es otra cosa que una respuesta de los jóvenes a la ley de la demanda 18, ya que no es casualidad que se inclinen por los lugares donde pueden encontrar mejores precios ante el reducido ingreso que poseen. Continuando con el aspecto del ingreso reducido, se debe hacer mención a lo complicado que resulta en algunas ocasiones que los jóvenes accedan a la tecnología, sin embargo, es de esperarse que esto no sea un impedimento para saber usarla. Por ejemplo, en el caso de la computadora, 69 de cada 100 jóvenes sabe usarla pero sólo 28 de cada 100 posee una, 60 de cada 100 sabe usar un reproductor de MP3 pero sólo 39 de cada 100 posee uno, 80 de cada 100 sabe usar el celular pero sólo 57 de cada 100 tiene uno, pero quizá el caso más significativo sea el siguiente: 60 de cada 100 sabe usar una palm, pero sólo 6 de cada 100 pueden acceder a ella. De esta manera es claro que el joven conoce, por las redes que forma, como usar la tecnología pero debido a lo cara que resulta son pocos los que pueden tenerla.

Debe mencionarse que el fenómeno de las adicciones ha dado surgimiento a un tipo de cultura asociado a ella conocida como la "Narco-cultura" surgido a raíz de la aparición de organizaciones criminales que se dedican a traficar con narcóticos o drogas dentro de nuestro país y que operan a nivel nacional en forma de cárteles, dentro de los cuales tenemos: El Cártel de Sinaloa, el de Tijuana, el Cártel del Golfo, El Cártel de los Caballeros Templarios, El Nueva Generación de Jalisco, El Cártel de Juárez y otros más.

La palabra "Narco" evoca fortunas de la noche a la mañana de políticos, jefes de la policía, militares, en cuya noción del deber cumplido, jamás interviene la ley, asesinatos que de tan frecuentes dibujan las reacciones morales de la sociedad, encrucijadas existenciales donde el narcotraficante acepta los riesgos inmensos con tal de cumplir de modo extraordinario las sensaciones de poder, y por supuesto que estos personajes se transforman a través de la música por medio de los corridos en arquetipos a imitar por la juventud, corridos como el Jefe de Jefe, Lamberto Quintero, Camelia la Tejana, La banda del carro rojo que se escuchan en las estaciones radiofónicas suelen ensalzar las hazañas de estos personajes.

El valor de lo cotidiano de las apariencias, de lo superficial. Valores estos sin merito alguno en los tiempos de la modernidad, los encontramos presentes en múltiples canciones actuales. Basta recordar a Emilio Aragón con el tema "tengo una bolita que me sube y me baja" a Radio Futura con la canción "corazón de tiza" a No me pienses que llevo chanclas con "no, no veo ná" a Mecano con Maquillaje, a Luz Casal cantando a "Rufino".

El valor del hedonismo y del sexo, con o sin amor, fuera de toda norma o control moral, lo encontramos presente bajo múltiples aspectos: erotismo, celos, hedonismo, diversión... Señalamos al respecto a Héroes del Silencio con su canción "con nombres de Guerra", a Danza Invisible con "sabor de amor" o bien a la Unión con el tema "fueron los Celos" a Duncan Dhu con su canción "mundo de cristal", a la década Prodigiosa con "Devórame otra vez", a Sergio Dalma con su ya famosa canción de Eurovisión "Bailar pegados" o el último L.P. de Jorge Martínez – según el ideal 11-X-92 el mejor compositor de Rock de este país – bajo el título "Sexo químicamente puro"

Los valores de la diversión y la evasión como salida al aburrimiento son temas presentes en las canciones de Cómplices: "ésta llorando el sol", de Mecano; "Hawái Bonvai", Gabinete Caligari "Esta canción no Existe", de Danza Invisible, "Vida Pasajera", de Duncan Dhu: "Rozando la eternidad" de Mecano, "Hoy no me puedo levantar" y "Perdido en mi habitación" etc.

El valor de la libertad fuera de todo control: familiar, escolar, político o militar. Claros ejemplos sobre el tema son las siguientes canciones "todo va bien" del último disco de

Luz Casal ("a contra luz"), el antimilitarismo de Gabinet Caligari "Rey o Vasallo" "¿qué voy a hacer yo? De Celtas Cortos, "no controles" "de Ole, Ole, etc.

Es importante descartar el cambio e inversión de valores que manifiestan las canciones y hasta el mismo título de los conjuntos o grupos, lo que antes era un contravalor: ser el último, la oveja negra, lo inhumano, etc. Hoy se convierten en valores a destacar. De ese modo, los CONJUNTOS toman nombres irrelevantes o bien se oponen a cuanta anteriormente valía. Esto ya es un valor. He aquí algunos nombres bastante significativos, impensables como denominación de un grupo hace solo algunos años:

Los Inhumanos, El último de la Fila, Presuntos Implicados, La maldita vecindad, Cómplices, Panteón Rococo, Maná, Los Ilegales, Los Limones, Modestia Aparte, No me pises que llevo Chanclas, Celtas Cortos, La Oveja Negra, Los rebeldes, Un pingüino en mi Ascensor, Mano Negra, Siniestro Total, Ole Ole, Polla Record, Seres Vacíos, Golpe Bajos, King Kong, UVI, Dinamita pa los Pollos, Ángeles del Infierno, Sex Pistols, Pistolas Vicius, THE Who, Amistades Peligrosas, etc.

La indumentaria de quienes cantan---Lo mismo en discotecas que en salas de fiesta o T.V. --- con frecuencia, se alejan del uniformismo, lo serio o formal, manifestando el triunfo de los sentidos, el éxito de la apariencia y el predominio de lo exótico : Alaska, Martirio, Madona...

El cine, la radio y la televisión.

Estos tres medios ---posiblemente los "privilegiados" de la comunicación--- reproducen, expanden y fomentan diariamente los valores más vigentes, presentes en el mundo de la canción, de la moda y el consumismo...pretendiendo una mayor audiencia y presencia. Son vehículos---nada asépticos--- de selección e inculcación axiológica. Los distintos canales de T.V. Las diversas emisoras en radio y hasta las diferentes salas cinematográficas hablan al respecto. No obstante, hay valores bastante comunes, hoy de una mayor sensibilidad y, por lo mismo, frecuentemente repetidos, dentro de esta pluralidad: el dinero, la juventud, el sexo, el culto al cuerpo, el

hedonismo o narcisismo; otros, por el contrario, son casi permanente silenciados como la pureza, virginidad, esfuerzo, trabajo, autoridad, disciplina, sacrificio o ahorro.

Actualmente la unidad en la diversidad, según la peculiaridad del medio y la ideología subyacente, diferencia esta variedad de medios al enfatizar unos u otros valores en sus ofertas cinematográficas, concursos galas, noticieros, novelas y hasta spots publicitarios. Basta citar a "A vivir que son dos días" de la cadena SER, dirigido por concha García Campoy, cuyo principio es: hay que disfrutar; o el narcisismo de las películas de Woody Allen, proliferación de las películas pornográficas, o la programación entre los distintos canales de T.V. En la T.V. merece la pena destacar, por mayor audiencia, los concursos y las series o "culebrones" los concursos como el precio justo, o el UN DOS TRES, llaman poderosamente la atención por su gran valor: el dinero. Un dinero ganado sin esfuerzo y rápidamente, aquí reside precisamente su gran valor si a ello añadimos el aspecto sexy de sus presentadoras y la invitación al consumismo parece evidente su éxito en nuestra sociedad.

Otro tanto cabe afirmar de la cinematografía, Las películas de Pedro Almodóvar--- de fuerte fundamento hedonista, amor efímero y frecuentemente escenas eróticas --- gozan hoy de gran aceptación en nuestro país: " Mujeres al borde de un ataque de nervios" (no. 1 en recaudación en 1990), "Átame" (4to. En recaudación en 1991) "Tacones lejanos" "Entre tinieblas" etc. El modelo de mujer, en ellas manifiesto, lo ha popularizado Joaquín Sabina en su canción "yo quiero ser una chica Almodóvar".

Películas mexicanas como "Infierno" en donde se describe la cruda realidad de la sociedad actual en una región fronteriza con Estados Unidos en donde Benny un inmigrante mexicano es deportado y regresa a su pueblo después vivir algunos años en el otro lado, encontrándose un panorama desolador en donde la violencia, la corrupción y la crisis económica que azota el país, desbastado, se involucra en el negocio del narco, en donde tiene una fulgurante prosperidad, llena de dinero, mujeres y violencia.

Junto a estas películas, otros filmes, también hoy de gran éxito, invitan a la amistad, sin distinción de razas o clases, valentía, tolerancia e incluso heroísmo en el marco de la naturaleza. Nos referimos, en concreto, a la película Dances with wolves

(Bailando, con lobos) que en el ranking de las diez películas extranjeras de mayor audiencia y recaudación ha alcanzado el primer puesto y solo en unos meses de proyección. Su director Kevin Costner, ha llevado con acierto a la pantalla la vida de un valiente teniente norteamericano que decidió vivir en la frontera con la tribu de los Sioux. La buena amistad con los miembros de esta tribu determinan su integración y la lucha a su favor.

Digna de mención son también Batman y E.T. El extraterrestre por su interés y aceptación popular.

Un lugar destacado en este estudio merecen las tres películas españolas de mayor recaudación y de mayor número de espectadores, su base axiológica puede concretarse en valores tales como el individualismo, amor inestable hedonismo, sexo. He aquí sus argumentos:

Cómo ser mujer y no morir en el intento Autorizada: Todos los públicos.

Protagonistas: Carmen Maura y Antonio Resines

Directora: Ana Belén.

Es la traducción cinematográfica de la novela del mismo nombre. Carmen se encuentra casada por tercera vez con Antonio. Ambos tienen hijos de sus anteriores matrimonios. EL agobio del trabajo crea una situación de stress que les impide una vida familiar en armonía, Antonio encarna los valores tradicionales del esposo: desordenado, poco puntual, preocupado por su trabajo, iniciativa. Carmen refleja una de mujer que quiere liberarse del modelo de esposa tradicional la convivencia entre ambos se hace difícil: discusiones, enfrentamientos, tacos, y hasta alguna blasfemia. Es toda una crítica a la familia tradicional en la que la esposa debía ser: callada, laboriosa, servicial, obediente al matrimonio, etc.

Al igual que la anterior, es la traducción cinematográfica de la novela del mismo título. El sexo en todas sus variadas formas ocupa el argumento central. Se ofrecen escenas de relaciones sexuales con y sin amor, homosexuales y heterosexuales, en pareja y en grupo, de travesti, incestuosas y sdomasquistas. Abundan los tacos y el lenguaje vulgar es todo un alarde de placer sexual separado del amor, aunque, a

veces, accidentalmente, se den unidos. Como afirma pablo a Lulú : " Sexo y amor no tiene nada que ver" Bien podría recibir el calificativo de película porno.

Película de sexo, amor, celos, pasión, engaño, juventud...

Paco es novio de Trini. Al terminar el servicio militar empieza a buscar trabajo. Alquila una habitación en casa de la viuda luisa de quien se enamora. Paco mantiene relaciones sexuales con su novia y con la casera, sin saber por cual decidirse, termina asesinando a su novia, a la que previamente engaña para que le entregue 30.000 pts. De sus ahorros y así sacar de problemas a la casera. Es toda una tragedia amorosa y pasional.

No alejada de los mismos valores, y con una notable afluencia notable del público, tenemos hoy la recién estrenada película "Bajos instintos" de Michael Douglas-Sharon Stone, cuya definición podrá sintetizar los vocablos: sexo, violencia, y amor. Posiblemente en el Anuario El país del próximo año figure entre las primeras en el ranking de espectadores.

Con los filmes reseñados solo hemos pretendido un acercamiento mínimo, a título de ejemplo—aunque bastante significativo por ser los más vistos—al amplio mundo cinematográfico, con la intención de constatar la presencia de valores de la postmodernidad en ellos. Sería interesante una amplia investigación al respecto, dada la incidencia de este medio en nuestra sociedad (salas, T.V. videoclubs) y por tanto, su fuerza en la educación informal.

Con lo expuesto, algo parece evidente: nunca se a experimentando un cambio de orientación cultural e ideológica tan acelerado como en la actualidad al romperse las convicciones escatológicas y las creencias en verdades absolutas, aparece un nuevo régimen de valores, de validez tan fuerte para quienes lo aceptan, como sus opuestos para los tradicionales.

En la caída de estos valores tradicionales han jugado un papel predominante los medios de comunicación social, que al informar de todo o casi de todo y no juzgar nada o casi nada, han contribuido a configurar un nuevo perfil del individualismo

hedonista y narcisista, ansioso y tolerante, de moralidad abierta, un súper ego débil y fluctuante. La nueva cultura de masas, de aquí nacida, cuyo éxito radica en informar desde el placer, la distracción y la renovación, frecuentemente y fácilmente, se convierte en un nuevo "opio del pueblo" al proponerse en su tarea de olvidar la miseria y la monotonía de la vida, satisfacer necesidades de evasión y proponer nuevos estilos de vida basada en la diversión, consumo, placer y amor a sí mismo.

c) PUBLICIDAD.

Es una disciplina que se encarga de generar, planear y desarrollar ideas creativas que tienen como fin común convencer al ser humano, esta comunicación persuasiva se da cuando se prepara conscientemente sus mensajes y erige los canales que ejercen un efecto calculado sobre la actitud o comportamiento de un público específico.

¿Cuál es el objetivo de la publicidad?

- Inducir al consumo de un producto o servicio mediante la atracción de nuevos clientes o la invitación a los que ya compran a cambiar de marca.
- La publicidad recurre a estrategias de persuasión bien conocidas, las cuales adjudican valores o atributos a los productos, más allá de sus cualidades reales o esenciales.

¿Qué oferta la publicidad?

Pero no sólo intenta vender un producto además oferta algunos de los siguientes atributos supuestamente vinculados al producto:

- Felicidad
- Descanso
- Belleza
- Glamour
- Juventud
- Excitación
- Buen desempeño sexual

¿Qué oferta la publicidad?

- Diversión
- Placer
- Salud
- Poder
- Feminidad
- Virilidad
- Inteligencia
- Libertad
- Camaradería
- Compañía
- Distinción

¿A quién se dirige la publicidad de alcohol y tabaco?

La población objetivo de la publicidad de estas drogas hoy en día son los niños, adolescentes, jóvenes y mujeres ya que si se logra generar hábito en ellos, probablemente se consiga un consumidor para toda la vida.

¿Es efectiva la publicidad?

Se ha determinado que después de ver cuatro anuncios de bebidas en un programa televisivo, los estudiantes que participaron en el estudio tendieron a servirse una mayor cantidad de alcohol.

¿Cómo se regula la publicidad?

Muchos países han establecido leyes que regulen y restrinjan la publicidad de alcohol y tabaco, En México, por ejemplo, la legislación prohíbe hacer publicidad de tabaco afirmando que el producto aumenta el prestigio social, que es un sedante o que reduce la fatiga, que impulsa el éxito, etc. (OMS, 1995). Por ese motivo los publicistas han desarrollado estrategias para promocionar sus productos como:

- Utilización de las marcas de cigarros y alcohol en otros productos (gorras, chamarras, encendedores, playeras, relojes)
- Patrocinio de eventos culturales y deportivos

¿Qué estrategias emplean los publicistas para promocionar sus productos?

Imágenes: Personas jóvenes, atractivas, sanas, sonriendo, elegantes, seguras de si mismas, vistiendo ropa elegante, cuerpos musculosos, en escenarios de ligue,

conviviendo, disfrutando actividades divertidas, atrevidos, involucrados en actividades de riesgo, etc. Además se emplean colores como el dorado, negro, rojo que son símbolos de poder, prestigio, estatus social alto.

Mensajes escritos: que invitan a la conquista, el disfrute, la elegancia, la aventura, el glamour, que señalan que fumar y beber es símbolo de virilidad o feminidad. La mayoría está destinada a los adolescentes y jóvenes y explotan el apego por el riesgo, el atrevimiento, el placer.

¿Cómo contribuye la publicidad en el proceso de normalización?

Uno de los efectos más considerable de la publicidad es la tendencia a incidir en el proceso de normalización del uso de alcohol y tabaco, es decir, que las personas, sobre todo los jóvenes, vean cada vez más normal, común o adecuado ingerir bebidas alcohólicas y fumar. Los estudios realizados en poblaciones de niños y adolescentes indica que estos grupos recuerdan las marcas de bebidas que han visto; son más propensos a expresar que beberán como lo hacen los adultos y a conservar las creencias acerca del consumo ritual y social de las bebidas.

Ante la pregunta ¿es la publicidad la causa principal de las adicciones? No se puede dejar de pensar en lo que la publicidad hace para fomentar el consumo, ni en lo que la sociedad hace para fortalecer la calidad moral de las personas que la componen.

En esta sociedad en la que el ser humano ha dejado de ser definido por lo que es, y en cambio, se define por lo que tiene, se acusa a la publicidad de ser culpable de muchos de los problemas sociales, y ¿cómo negar el hecho de que todos tenemos un... al menos en la cabeza, es nada más y nada menos que gracias a lo que la publicidad ha hecho en los últimos tiempos?, pero pensemos un poco más a fondo en un tema tan delicado antes de culpar a la publicidad de ser responsable de la mayoría de las adicciones actuales.

Es bien cierto que muchos de nosotros en algún momento, si no es que con frecuencia, hemos sido seducidos por uno de esos viles y maliciosos comerciales a los que estamos expuestos, que cabe resaltar, que incluso actualmente los encontramos hasta en el baño, y como no declarar culpabilidad en su contra si no hay un solo momento del

día en que no nos diga que es lo que debemos o no consumir, como debemos ser, que auto debemos comprar, e incluso el tipo de persona que debemos ser y el tipo de pareja que debemos tener. Bien es cierto que esas mentes malévolas que están detrás de la publicidad de todo el mundo quieren que consumamos tal o cual cosa, y para esto nos muestran cómo debemos ser y como seremos si consumimos tal producto. No podemos dejar de lado que el sistema económico que nos rige es el capitalismo, por lo tanto, su base fundamental es el consumo de productos y servicios, por lo que debemos ser realistas y estar conscientes de la falta de escrúpulos de los empresarios de la actualidad, mismos que están sujetos a un sistema donde lo más importante es la rentabilidad y las ganancias que se puedan obtener. Sin tomar en cuenta que son ellos mismos quienes están más expuestos a todas estas adicciones y que en muchos casos son ellos mismos los primeros que requieren una concientización y el apoyo para dejar adicciones que van desde el tabaquismo hasta la drogadicción, pasando por cualquier adicción que se nos pueda ocurrir; y para muestra de esto tenemos a muchos exitosos comunicadores como lo fue el caso de Paco Stanley, actores o hasta deportistas.

Pero, ¿Qué pasa con nosotros?, ¿Por qué si alguien viene a decirnos que debemos fumar para ser aceptados socialmente, hay quienes hagan caso sin dudar un segundo?, personalmente he preguntado a quienes fuman el por qué lo hacen y es risible su respuesta, ya que la gran mayoría de ellos no saben porque lo hacen, o más increíble me parece la respuesta de que es un hábito de familia, o que pasa con los alcohólicos, es conocido que personas que se sientan a tomar con el pretexto de que se convive más a gusto pero si los observamos con detenimiento solo lo hacen por hacerlo o porque todos lo hacen y ellos no pueden quedarse fuera y ni que decir de quienes consumen alguna droga que lo hacen para olvidarse de todos sus problemas o porque como ellos dicen: se sienten más felices, pero en fin ellos sabrán las maravillas que hacen con su salud.

No podemos culpar a la publicidad de los grandes crímenes que se le imputan actualmente, si bien es cierto que la publicidad es una de las principales causas de la enajenación que vive la sociedad actualmente, no puedo dejar de lado el que es lo que la sociedad está haciendo con la publicidad y lo que cada persona hace por sí mismo y por la gente que supuestamente le importa.

La Academia Estadounidense de Pediatría está solicitando que el gobierno federal intervenga para frenar la **publicidad de cigarrillos y alcohol** que acelera la conversión de adolescentes en fumadores y bebedores, según estudios realizados.

Asegura que pese a los esfuerzos de padres, maestros y gobierno federal para motivar a los adolescentes a que rechacen el consumo de cigarro, alcohol y drogas, las empresas gastan más de 25 mil millones de dólares en su publicidad para atraer a este sector poblacional. Como ejemplo, difunde en febrero, en su revista *Pediatrics*, los resultados del estudio *Publicidad de cigarrillos y el inicio del tabaquismo en adolescentes*, realizado por investigadores de las universidades de Kiel, Alemania y New Hampshire, Estados Unidos, que analiza el papel que juega la publicidad en el inicio de su consumo (Hanewinkel, Isensee, Sargent y Morgenstem,2011).

La mencionada investigación, coordinada por Reiner Hanewinkel, se realizó entre dos mil 102 adolescentes de 10 a 17 años, que nunca habían fumado, a quienes se les mostraron seis anuncios de cigarrillos y ocho de otros productos, como caramelos y teléfonos celulares, sin señalar marcas. (Hanewinkel, Isensee, Sargent y Morgenstem, 2011). Los investigadores les preguntaron a los adolescentes la frecuencia con la que habían visto los anuncios y posteriormente se realizó un control del grupo durante nueve meses para determinar el tipo de inicio del consumo. Del grupo original, aproximadamente 277 adolescentes empezaron a fumar durante el transcurso del estudio. El inicio del hábito de fumar se asoció con una mayor exposición a la **publicidad de cigarrillos**, pero no con los otros anuncios.

Los que vieron más la **publicidad de cigarrillos** eran más propensos a empezar a fumar en el futuro. Los autores señalan que la publicidad de cigarrillos es un poderoso atractivo para comenzar a fumar y que estos resultados apoyan una prohibición total de la misma. La Academia de Pediatría también difunde la declaración pública *Niños y adolescentes: abuso de sustancia y los medios*, donde cita que existe gran inversión en publicidad para atraer a jóvenes al tabaco y el alcohol, y está llamando a buscar nuevos límites a los anuncios publicitarios del tabaco y el alcohol.

Se pronuncia por prohibir la **publicidad de tabaco** en todos los medios, limitar la de alcohol y evitar la difusión de anuncios sobre medicinas para la disfunción eréctil antes de las 22:00 horas. También pide que la oficina de control de drogas de la Casa Blanca inicie la producción y transmisión de anuncios anti tabaco y anti alcohol.

Además, recomienda que los padres tengan una extrema precaución para que niños y adolescentes no vean programación con clasificación para mayores de edad, incluidas películas y programas de televisión que ofrecen a menudo anuncios de abuso de sustancias. Considera que el papel de los pediatras debe ser el de animar a los padres a limitar el uso no supervisado de canales de televisión y otros medios que muestren un uso excesivo del abuso de sustancias, y que todos los programas de prevención del consumo de estos productos, incluidos los escolares, incorporen una educación sobre medios.

2.4 .EL CONSUMO DE DROGAS EN MÉXICO Y EN BAJA CALIFORNIA.

2.4. ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS.

La epidemiología es una rama de la Salud Pública, que tiene a su cargo el estudio de la magnitud, distribución y etiología (causas) de las enfermedades al interior de de los grupos humanos, constituyendo una fuente de valiosa información para conocer mejor el problema de las adicciones, así como para el diseño de las alternativas necesaria y viables para su atención.

En materia de de epidemiología de las adicciones, México cuenta con múltiples investigaciones que han venido realizando desde hace ya un largo periodo, y en que las meritoriamente han participado varias instituciones.

La línea de investigación sobre el uso y abuso de drogas entre la población escolar mexicana inicia en 1975, en el Centro Mexicano de Estudios de Farmacodependencia y es continuada posteriormente por el Instituto Mexicano de Psiquiatría de manera que en los últimos 37 años han permitido contar con una amplia base de datos de utilidad en la vigilancia epidemiológica para conocer tendencias y factores de riesgo

El uso y abuso de sustancias psicotrópicas, sin duda alguna constituye uno de los problemas de salud pública de los tiempos postmodernos y en la era de la globalización que afecta sin distinción de género, incidiendo en la parte más sensible de la sociedad (niños y adolescentes) de cualquier estrato social, de todas las regiones de nuestro país.

Las investigaciones epidemiológicas, tanto nacionales como mundiales, muestran que es un fenómeno cambiante que ataca con mayor frecuencia a jóvenes y con sustancias más dañinas, en donde la mujer compite con el hombre con aumento en los consumos de drogas tanto legales como ilegales.

La complejidad de este fenómeno invita a las distintas instancias de la sociedad y del gobierno a crear los mecanismos tendientes a buscar a atacar este problema desde

diferentes aristas: creación de leyes, para el control de tabaco, alcohol, estimular el concurso de diferentes secretarías de estado (S.S., DIF, SEP, SDN, SEMAR, CONADIC, CENADIC, CENTRO NUEVA VIDA, CIJ) además de instituciones públicas y privadas de la sociedad civil, para llevar un mensaje preventivo con el objetivo de impactar a toda la sociedad pero especialmente a los niños, adolescentes y padres de familia.

Sin embargo el principal problema de adicción en la población del país es el alcohol de acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones (2011) como droga legal, mientras para las drogas ilegales este estudio reveló que su consumo se ha estabilizado.

Los datos más preocupantes tiene que ver con el consumo de alcohol y es que su consumo aumento significativamente en los adolescentes de 35.6% (2008) alguna vez a 42.9 % (2011) la dependencia se disparó de 2.7 % en el 2008 a 4.1 % en 2011, revelando que la principal bebida de preferencia es la cerveza, seguida de los destilados como el brandy, tequila, ron, whisky, coñac y vodka.

Por sexo en los adolescentes las cifras arrojan que de 2002 a 2011, la dependencia al alcohol aumento en los hombres de 3.5% a 6.2% y en las mujeres se triplico al pasar de 0.8 % a 2.0%, mientras que los adolescentes comienzan a beber alcohol a los 16.62 % y en ellas se mantiene la tendencia a los 19 años.

Del 2008 a 2011 creció el número de bebedores, más del 55% de la población había iniciado en consumo de alcohol, inició antes de los 17 años. La información oficial destaca que la principal causa de muerte entre los jóvenes son los accidentes de tránsito, en la mayoría de los cuales están involucradas las bebidas embriagantes. (Cruz Martinez, 2013.)

La región centro del país (Puebla, Morelos, Tlaxcala, Estado de México, Hidalgo, Querétaro y Guanajuato) así como la región Nor central (Coahuila, Chihuahua, y Durango) presentan una prevalencia en último año por arriba del promedio nacional. Mientras que la región Centro Sur (Veracruz, Oaxaca, Michoacán y Guerrero) y Sur (Campeche, Quintana Roo, Chiapas, Tabasco y Yucatán) tienen la prevalencia menor.

Actualmente la epidemia de tabaquismo en México se encuentra focalizada en los adolescentes, adultos jóvenes y las mujeres de acuerdo a la E.N.A.

En el rubro de adolescentes, principalmente en el grupo de 13 a 15 años de edad, destaca que hubo un incremento en la prevalencia de fumadoras activas al pasar de 3.8 % en 2008 a 8.1 % en el 2011.

En el consumo de tabaco hay 17.3 millones de mexicanos que son fumadores activos (12 millones son hombre y 5.2 millones mujeres. Hay 1.7 millones de adolescentes (de 12 a 17 años) que fuman de los cuales 1.1 millones son hombres y 539 mil mujeres, según la encuesta.

Mientras tanto las drogas ilegales han estabilizado su consumo sin mostrar un descenso significativo de las mismas, 1.5 % de la población ha consumido cualquier tipo de ellas; 1.2 % de la población consume marihuana, 0.5 % cocaína y otras drogas (inhalables, anfetaminas y alucinógenos presentan prevalencias inferiores al 0.2 %. En los hombres sí hubo un incremento en el consumo de marihuana que paso de 1.7 % en el 2008 a 2.2 % en 2011. La edad de inicio en el consumo de drogas ilícitas se mantiene en los 18.8 años. La marihuana es la que más se consume en todas las regiones del país, seguidos de la cocaína.

Por regiones, las prevalencias más elevada en el consumo de drogas está en la región Noroccidental a la que pertenece Baja California, Baja California Sur, Sonora y Sinaloa, en comparación con región Centro y Sur del país.

2.4.2. ESTUDIOS SOCIOLÓGICOS.

El consumo de drogas en nuestro país es un gran problema social que se ha introducido hasta lo más íntimo de las familias y a lo cual nos enfrentamos en la actualidad. Este fenómeno crece día con día, tanto en número de personas como en las complicaciones y las muertes por enfermedades relacionadas con la adicción. Este problema se ha hecho aún más crítico desde que niños y adolescentes están expuestos a la gran variedad de drogas que hay en las calles y se han convertido en los nuevos objetivos de la delincuencia organizada, constituyendo un problema de seguridad y de salud pública que tiene consecuencias en nuestra sociedad.

Si bien es cierto que las drogas han cumplido una función utilitaria desde los tiempos más remotos de la humanidad, en las últimas décadas el incremento en las adicciones a las drogas en diversos países del mundo, ha representado un severo problema social en la población de ambos sexos. Es tan serio el abuso en el consumo de drogas y la penetración del narcotráfico que alimenta a nivel mundial, que algunos países lo consideren no sólo un flagelo para la salud sino también un problema de seguridad nacional (Kaplan, 1995).

En efecto, desde los años setentas del siglo pasado se concreto la irrupción del sistema internacional de producción, distribución y consumo de drogas psicoactivas de origen natural. La década de 1980 fue la su crecimiento y expansión, y la década de 1990 estuvo marcada por la sensibilización de ese sistema conformado por tres bienes transable ilícitos: la marihuana, la cocaína y los opiáceos (Rementería, 1997).

En el caso particular de México, los problemas relacionados con el abuso en el consumo de drogas constituyen un motivo de preocupación, debido a su alto costo social y a las dificultades que el Estado y las comunidades enfrentan para contrarrestarlo. De hecho las consecuencias del consumo en exceso de algunas drogas resultan más graves que en el de otras, ya que el fenómeno de la adicción tiene sus características propias.

Así la dependencia a la heroína implica un síndrome de abstinencia que se acompaña de gran sufrimiento, por lo que para los adictos el obtener la droga se vuelve una compulsión o necesidad imperiosa. De ahí también la asociación inevitable de esta adicción con el tráfico ilícito y con acciones delictivas.

Con el proceso de globalización en curso, el tráfico de drogas se ha venido transformando en una actividad cada vez más compleja e interdependiente, cuya influencia penetra las diferentes capas sociales y las estructuras del gobierno (Medina-Mora y Rojas, 2003). El tráfico ilegal de drogas es el problema más serio que se deriva de la evolución del crimen organizado, pues junto a con la dependencia a las drogas y la criminalidad, generan a nivel mundial incalculables costos individuales, familiares, comunitarios y gubernamentales (Reid, 2003:322).

Desde la década de 1960 en México se hizo aparente que el abuso en el consumo de drogas ya no quedaba restringido a grupos minoritarios, sino que se extendía a otros grupos de nuestra sociedad, especialmente en los jóvenes, pero es en las siguientes décadas donde el tráfico de las drogas ha impactado de manera alarmante y con ello, también las adicciones a la droga (De la Fuente 1987; Tello, 1993).

Cabe mencionar en términos contextuales, que la mayor parte de ese periodo se caracterizó por una inestabilidad en la estructura económica nacional. En efecto la devaluación del peso, en 1976 dio inicio a un periodo de deterioro de la economía mexicana, agravado en la década de 1980 con el desplome del producto interno bruto que llevo al despido a miles de trabajadores. Las condiciones inflacionarias y la recurrente devaluación monetaria propiciaron irremediablemente el decremento en los niveles de ingreso de los trabajadores y, por lo tanto, el aumento en la generación de población en condiciones de extrema pobreza y exclusión social (Barreto y Alvarez, 1987).

En el área rural la miseria obligó a los habitantes a abandonar sus tierras y a emigrar, complicando aún más el escenario de las áreas urbanas, en donde las adicciones a las drogas, la criminalidad asociada al robo calificado, y los delitos por lesiones y daños en propiedad ajena, se reprodujeron con extraordinaria rapidez (Vargas, 1992).

La crisis económica del país tiene profundas implicaciones sociales en la población mexicana. Entre ellas destacan la proliferación de las adicciones a las drogas y la conducta delictiva (Del Olmo, 1997), al reducirse los márgenes de las oportunidades, así como los canales legales para la obtención de los satisfactores y aspiraciones sociales de la población. No es fortuito entonces el hecho de que durante esa etapa de crisis económica, aumentara el consumo de drogas y se tuviera un notable incremento de reos en un sistema penitenciario prácticamente convulsionado debido al sobrecupo de las prisiones, ocasionando con ello la manifestación de violentas rebeliones y motines en diversas entidades de la nación (Roldan y Hernández, 199:34).

Aunado a lo anterior, destaca la férrea penetración del narcotráfico, que capitaliza las ventajas comparativas de la localización geográfica del país como puente para el suministro de drogas al mayor mercado del mundo de las drogas, el vecino país del norte, mediante la comercialización de enervantes procedentes de diversas regiones del mundo, pero principalmente de los países andinos como Colombia, Perú y Bolivia (Cocaína).

Igualmente la expansión de zonas de cultivo de amapola y marihuana en la cordillera de la Sierra Madre Occidental (Triangulo Dorado: Sinaloa, Durango y Chihuahua) y Sierra Madre del Sur, llevo a entidades de Oaxaca hasta Sonora a contribuir en el incremento de la oferta de drogas y la ampliación de las redes del narcotráfico nacional e internacional. Bajo estas condiciones, las entidades fronterizas empezaron a destacar respecto el resto del país en relación con las tasas de consumo de drogas (Secretaria de Salud, 1999), así como en la detención y procesamiento legal de personas de ambos sexos, aunque mayoritariamente del sexo masculino, acusadas por delitos contra la salud, ya sea en una o varias de sus modalidades como producción, tenencia, tráfico y proselitismo (González, 1993).

En las décadas recientes, el estado de Baja California se convirtió en una de las entidades preferidas de los narcotraficantes, debido a su ubicación estratégica para la transportación de drogas a los Estados Unidos. Su carácter fronterizo con California, le permite acceso a un amplio mercado urbano para el consumo de drogas desde las

regiones metropolitanas de San Diego has San Francisco, además de convertirse en zona de transferencia de drogas para el resto de ese país (Ramos, 2004:123).

En la medida en que las adicciones a la droga comenzaron a volverse más visibles y notorias, principalmente en los centros más urbanizados del país, diversos organismos asumieron la responsabilidad de generar, de manera más o menos permanente, múltiples encuestas y cuestionarios así como investigaciones orientados a proporcionar información estadística y epidemiológica relacionada con el consumo de drogas en el país. Entre las pocas investigaciones que existen destaca un estudio epidemiológico realizado en 1973 en seis ciudades de la república mexicana (Distrito federal, La Paz, Monterrey, San Luis Potosí, Puebla y Mexicali) en la que se aplicó una encuesta probabilística por hogares, obteniéndose entre los resultados, que Mexicali, registro el porcentaje más alto de marihuana (6.7%) y de cocaína (1.6 %) (Terroba y Medina Mora, 1979:130).

La sistematización de los datos derivados de las recientes encuestas realizadas a nivel nacional sobre consumo de drogas, permite conocer que las tasas más altas de consumo se ubican en la región fronteriza del norte del país, particularmente en lo respecta a drogas de mayor riesgo como la heroína y la cocaína (Castro et al., 1986).

Tanto las encuestas como otras fuentes de información de instituciones relacionadas con la problemática de la adicción a las drogas, muestran que la prevalencia en el consumo de drogas en la frontera norte no es homogénea, sino que presenta una variación consistente en tasas más altas en los estados del noroeste, entre los cuales destacan Baja California, Baja California sur, y Sonora (Secretaria de Salud, 1991; CIJ, 1996). De acuerdo a la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA 1998) la ciudad de Tijuana presentó la tasa más alta de consumo de drogas ilícitas "alguna vez en la vida" (14.7 %) en todo el país, misma que significa la prevalencia o proporción de individuos en la población urbana entre 12 y 65 años de edad que reportó haber consumido alguna droga en el transcurso de su vida. Igualmente, Tijuana ocupó el primer lugar a nivel nacional en consumo de marihuana (13.4%), y en prevalencia a un año en el uso de alguna droga ilegal (4.4%) (Souza y Machorro, 2000).

En la actualidad la mayoría de las investigaciones en México sobre el uso de drogas se ha enfocado al estudio del consumo y, por desgracia, se disponen de muy pocos datos epidemiológicos que indiquen la magnitud del problema de la dependencia a las drogas (Villoro et al., 1996) Esto hace que toda encuesta con rigor científico que se realice en Baja California adquiera importancia en virtud de la necesidad de contar con información detallada y confiable sobre el uso de drogas en la entidad. Sólo con datos que se produzcan por medio de de la investigación científica se podrá avanzar en el conocimiento detallado y profundo de las dimensiones del problema de la región. Mientras tanto, el narcotráfico continúa imparables operando con vitalidad en Baja California. En estudio reciente se afirma que en los años 1998 a 2001, México suministró aproximadamente 60 % de la cocaína y el 20 % de la heroína que se consumió en los Estados Unidos. Así mismo, se destaca que casi el 60 % de los narcóticos y drogas sintéticas que se enviaron ilegalmente a ese país por territorio mexicano, cruzaron la frontera entre Baja California y California (Ramos, 2002 [b]: 7).

Estos datos nos dan una idea muy clara de las magnitudes de los flujos de droga que se presentan en la región en los años recientes.

La ubicación geográfica de Baja California es fundamental para entender estos procesos y si la corrupción existente le agregamos las dificultades que implica vigilar una entidad en donde llega droga por aire, mar y tierra, las posibilidades de detener esos flujos son muy limitadas.

En el año 2004, el Ejecutivo del Estado mencionó en su informe de gobierno que en Baja California se "desmantelaron 11 laboratorios de drogas sintéticas,; 5 en Playas de Rosarito, cuatro en Mexicali, y dos en Tijuana....,y se decomisaron 142 415 dosis, de la droga sintética "ice" en su mayoría, cuya venta en el mercado representaría aproximadamente 3, 400 000 pesos" (Poder Ejecutivo,2004:99).

Este dato oficial es importante porque da cuenta de un proceso social que ha venido manifestando en Baja California en los últimos años, como es la reproducción de los laboratorios clandestinos en donde se producen nuevas drogas de origen sintético debido a la relativa facilidad con que se puede conseguir la materia prima y el equipo

indispensable para fabricar la droga. Una de las drogas que tiene actualmente más demanda en la región por parte de la población de adictos que provienen de los grupos económicamente más desfavorecidos, es el cristal o "ice" que puede ser obtenido a precios mucho más accesibles comparados con los de otras drogas, como por ejemplo, la marihuana, la heroína y cocaína.

La venta al menudeo en Baja California se ha expandido en forma alarmante. Así lo demuestra un estudio realizado por el Consejo Ciudadano de Seguridad Pública durante el presente año, en el que se aplicó una encuesta representativa a 1928 viviendas en los cinco municipios de la entidad, de acuerdo con esta investigación en 42% de los hogares se admitió que en su colonia existen "tienditas" o lugares clandestinos de venta de drogas ilícitas al menudeo. A su vez, del total de estos hogares, 61 % respondió que han visto que la policía proteja esos lugares (CCSP, 2005:19).

En ese mismo estudio también se obtuvo que el 6 % de los hogares entrevistados, se reconoció que en ellos habita cuando menos una persona que tenga problemas de abuso en el consumo de drogas. Pero habría que mencionar que en otro 5 % de los hogares se negaron rotundamente a responder la pregunta, lo cual deja la posibilidad de que esta respuesta oculta, por pena, temor o desconfianza, la existencia de personas que abusan de las drogas (CCSP, 2005:20).

Las estadísticas que registraron los centros especializados en el tratamiento de adictos a las drogas en el año de 1995, indican que mientras el promedio nacional de pacientes tratados por consumo de heroína fue de 5.3 %, en los centros de tratamiento de las ciudades fronterizas la proporción fue considerablemente más alta, alcanzando 33% de los pacientes de Tijuana y 20 % de los pacientes de Mexicali; el consumo de cocaína se elevó a 66 % en los centros de estas dos ciudades, comparado con el promedio nacional de 32 % (CIJ,1996:16).

De los datos mencionados en el párrafo anterior, es conveniente agregar el hecho de que las drogas tienen diferentes vías de administración, ya sea nasal, fumada o inyectada, dependiendo del tipo de droga en cuestión. Esta situación adquiere especial

relevancia para el campo de la salud, por ejemplo, en la medida en una vez identificado el patrón de consumo de droga en una región, es conveniente valorar las condiciones de riesgo y el estado de vulnerabilidad en que se encuentra esa población de consumidores.

Así tenemos que entre los heroinómanos se corren diversos riesgos en la salud en virtud de las características asociadas a su consumo. Debido a que la heroína es una droga que se administra por vía intravenosa, el intercambio de agujas hipodérmicas hace a sus consumidores más vulnerables a contraer VIH-sida y hepatitis c.

Así mismo, el factor de tolerancia a la heroína ocasiona que el adicto incremente la dosis para poder experimentar el mismo efecto que antes sentía con menor cantidad de droga. Esto suele conducir a la posibilidad de que al perder el adicto el control de su consumo le ocasione la muerte por sobredosis.

Así tenemos que en el caso particular de Mexicali, en un estudio en el que se efectuó una revisión de las actas de defunción en el periodo de 1975 a 1980 existentes en el Registro Civil de la ciudad, se obtuvo que en esos años murieron sólo 33 personas (una de las cuales era mujer) por sobredosis de droga (González, 1982:155).

En cambio, en otro estudio más actual realizado en la misma ciudad, de 2 971 personas fallecidas por muerte violenta y turnadas al a los Servicios Médico Forense de la localidad durante los años 1999 a 2003, se encontró que 404 de esas personas murieron debido a sobredosis de droga; es decir, 14 % del total, con lo cual ocupó el tercer lugar entre los motivos de muertes violentas, después de accidentes de tránsito y homicidios (Fuentes, 2004).

Estos datos revelan la evolución del riesgo asociado a la muerte por sobredosis de droga en esa ciudad, lo cual resulta en un contexto en donde las relaciones entre demanda y oferta de drogas va en aumento, al igual que el problema de las adicciones a las drogas en la región.

En lo que corresponde al cristal y la cocaína, la vía de administración más frecuente es nasal, aunque también recurren los adictos a la vía intravenosa, con lo cual se suman

al riesgo que corren los heroinómanos en cuanto a contraer enfermedades contagiosa o incurrir en el peligro de la sobredosis de droga.

En un estudio realizado en el 2002 a adictos a las drogas, internados en centros de rehabilitación de Baja California, 45 % admitió que la combinación de drogas---cristal, heroína, cocaína, tranquilizantes y marihuana---representaba su principal problema de adicción, en 25 % fueron los estimulantes---cristal y cocaína-----y 20 % los opiáceos---heroína----. A su vez, las tres cuartas partes de los consumidores de heroína utilizaron la vía intravenosa como medio de administración de la droga, una tercera parte entre los consumidores de cocaína, y una quinta parte entre los consumidores de cristal (González, 2003:30-32).

En los últimos años, las mujeres adictas a las drogas han "llamado la atención de los investigadores de las diversas disciplinas de las ciencias sociales y de la salud" (Romero et al. 1996:3). La adicción a las drogas en las mujeres guarda estrecha relación con otro tipo de problemas sociales, como la violencia de género, la violencia doméstica y la prostitución, por citar algunos de ellos. Si bien es cierto que en caso de Baja California la prostitución está presente en todos los municipios, el problema mayor se presenta en las ciudades de Mexicali y Tijuana. Una parte de la historia de esta última localidad está referida al desarrollo de una vocación económica en la que prolifera el establecimiento de negocios relacionados con la venta de licor, apuestas, prostitución y drogas ilegales. La práctica de la prostitución y la adicción a las drogas en las mujeres crea condiciones de riesgo que las hace más vulnerables a contraer enfermedades contagiosas como el VIH-sida y la hepatitis c, así como las enfermedades de transmisión sexual (Bellis, 1999:2).

Los adictos a las drogas, en especial aquéllos que provienen de las clases sociales más bajas, se les estrechan los márgenes de oportunidades de empleo socialmente considerados como legítimos, ya que la mayoría de las empresas maquiladoras del estado, existen políticas de contratación en las cuales aplican sistemáticamente exámenes o pruebas antidoping para detectar usuarios de las distintas drogas prevalentes en la entidad, por lo cual al detectar presencia de drogas en la orina

principalmente, el candidato a empleado es rechazado por dar los controles positivos, por lo cual recurren con mayor facilidad al desarrollo de patrones de conducta delictiva como son: el robo a casa habitación, el robo de vehículos, el robo a escuelas públicas y privadas, el robo a empresas, el asalto a mano armada de bancos, tiendas, el secuestro o bien se integran al narcotráfico y sus diferentes cárteles. Es decir, el adicto o drogodependiente queda atrapado en la dependencia y la búsqueda recurrente de recursos económicos por la vía ilegal que le garanticen el suministro de drogas de manera permanente. Lo anterior conduce a conflictos constantes con las autoridades policíacas y judiciales, debido a que ante el estereotipo y la estigmatización que se deriva del binomio adicto-delincuente, suelen desencadenarse mecanismos de persecución, detención y eventual ingreso a la prisión en donde suelen posteriormente nuevamente en la calle puestos en libertad por mecanismo aún desconocido.

En una encuesta realizada en el año 2002 a nivel nacional por el Instituto Ciudadano de Estudios Sobre la Inseguridad A.C., el estado de Baja California obtuvo la tercer tasa de delitos más alta en el país (ICESI, 2002:13). Tres años después, el mismo instituto aplicó otra encuesta en la que Baja California encabezó las tasas de delitos a nivel nacional, (ICESI, 2005 [a]: 28). A su vez Tijuana y Mexicali ocuparon el segundo y tercer lugar respectivamente –seguidas por Culiacán- en cuanto a tasas más altas de delitos entre las trece ciudades del país que se seleccionaron para ser encuestadas (ICESI,2005[b]:17). En otro estudio reciente efectuado en el estado de Baja California sobre incidencia delictiva en la entidad, se abordó la importancia de la drogadicción y su nexos con la criminalidad, por lo que entre las principales recomendaciones se planteaba el dar una mayor atención al problema de las adicciones en la región (CCSP, 2002: 51). De acuerdo a con las investigaciones de diversos autores, las condiciones prevalecientes en la mayoría de las cárceles mexicanas, donde impera la sobrepoblación, corrupción, violencia, consumo de drogas, alimentación deficiente e incluso enfermedades contagiosas (tuberculosis, VIH-sida, Hepatitis C entre otras), generan un clima desfavorable para los adictos a las drogas, al igual que para los internos que inician allí su adicción (Rodríguez, 2002; Neuman, 1998).

Las cárceles de Baja California no son la excepción. La introducción de drogas al interior de los penales es una actividad muy generalizada, y pese a los intentos que se han realizado por erradicarla, finalmente prevalecen los intereses económicos involucrados. Según datos recientes obtenidos del Centro de Readaptación Social (Cereso) de Mexicali, seis de cada diez internos declararon consumir algún tipo de droga al interior de la prisión, de los cuales, casi el 40 % mencionó consumir más de una (Fuentes et al., 2003: 27).

Los adictos a las drogas desarrollan una trayectoria social caracterizada por el rechazo iniciado a nivel familiar, en virtud de las relaciones conflictivas que se establecen con los integrantes del hogar, sucedida de abandono o deserción escolar, e inestabilidad en el empleo debido al abandono o despido laboral, al no poder establecer una disciplina de trabajo que les imponen sus empleadores, pasando por la reacción social comunitaria a nivel de colonia en la que habitan, en donde se les rehúye y desaprueba su conducta, orillándolos a establecer lazos de comunicación con grupos de personas que los aceptan y en donde expresan su propia identidad. Su apariencia física los vuelve fácilmente identificables como adictos a las drogas, al ser portadores de signos visibles como el uso de tatuajes en el cuerpo, heridas o cicatrices derivadas del uso de jeringas al suministrarse la droga, lenguaje y vestimenta utilizada, entre otros rasgos.

En un estudio realizado a principios del 2001 en el penal de Mexicali, se encontró que seis de cada diez eran consumidores habituales de drogas, principalmente marihuana, heroína y cristal. Sin embargo la permanencia en esa prisión les incrementa la adicción a las drogas, ya que el 40 % de los reos internos ingresaron siendo ya adictos, mientras que el porcentaje de los que consumían algún tipo de drogas en el penal era de 60 %; o sea, se incrementa 20 % (Fuentes, et al., 2003:27-30).

2.5. CONCLUSIONES DEL CAPÍTULO.

El uso y abuso de sustancias psicotrópicas, sin duda alguna constituye uno de los problemas de salud pública de los tiempos postmodernos y en la era de la globalización que afecta sin distinción de género, incidiendo en la parte más sensible de la sociedad (niños y adolescentes) de cualquier estrato social, de todas las regiones de nuestro país.

Las investigaciones epidemiológicas, tanto nacionales como mundiales, muestran que es un fenómeno cambiante que ataca con mayor frecuencia a jóvenes y con sustancias más dañinas, en donde la mujer compite con el hombre con aumento en los consumos de drogas tanto legales como ilegales.

La complejidad de este fenómeno invita a las distintas instancias de la sociedad y del gobierno a crear los mecanismos tendientes a buscar a atacar este problema desde diferentes aristas: creación de leyes, para el control de tabaco, alcohol, estimular el concurso de diferentes secretarías de estado (S.S., DIF, SEP, SDN, SEMAR, CONADIC, CENADIC, CENTRO NUEVA VIDA, CIJ) además de instituciones públicas y privadas de la sociedad civil, para llevar un mensaje preventivo con el objetivo de impactar a toda la sociedad pero especialmente a los niños, adolescentes y padres de familia.

Sin embargo el principal problema de adicción en la población del país es el alcohol de acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones (2011) como droga legal, mientras para las drogas ilegales este estudio reveló que su consumo se ha estabilizado.

Los datos más preocupantes tiene que ver con el consumo de alcohol y es que su consumo aumento significativamente en los adolescentes de 35.6% (2008) alguna vez a 42.9 % (2011) la dependencia se disparó de 2.7 % en el 2008 a 4.1 % en 2011, revelando que la principal bebida de preferencia es la cerveza, seguida de los destilados como el brandy, tequila, ron, whisky, coñac y vodka.

Por sexo en los adolescentes las cifras arrojan que de 2002 a 2011, la dependencia al alcohol aumento en los hombres de 3.5% a 6.2% y en las mujeres se triplico al pasar de 0.8 % a 2.0%, mientras que los adolescentes comienzan a beber alcohol a los 16.62 % y en ellas se mantiene la tendencia a los 19 años.

Del 2008 a 2011 creció el número de bebedores, más del 55% de la población había iniciado en consumo de alcohol, inició antes de los 17 años. La información oficial destaca que la principal causa de muerte entre los jóvenes son los accidentes de tránsito, en la mayoría de los cuales están involucradas las bebidas embriagantes. (Cruz Martinez, 2013.)

La región centro del país (Puebla, Morelos, Tlaxcala, Estado de México, Hidalgo, Querétaro y Guanajuato) así como la región Nor central (Coahuila, Chihuahua, y Durango) presentan una prevalencia en último año por arriba del promedio nacional. Mientras que la región Centro Sur (Veracruz, Oaxaca, Michoacán y Guerrero) y Sur (Campeche, Quintana Roo, Chiapas, Tabasco y Yucatán) tienen la prevalencia menor.

Actualmente la epidemia de tabaquismo en México se encuentra focalizada en los adolescentes, adultos jóvenes y las mujeres de acuerdo a la E.N.A.

En el rubro de adolescentes, principalmente en el grupo de 13 a 15 años de edad, destaca que hubo un incremento en la prevalencia de fumadoras activas al pasar de 3.8 % en 2008 a 8.1 % en el 2011.

En el consumo de tabaco hay 17.3 millones de mexicanos que son fumadores activos (12 millones son hombre y 5.2 millones mujeres. Hay 1.7 millones de adolescentes (de 12 a 17 años) que fuman de los cuales 1.1 millones son hombres y 539 mil mujeres, según la encuesta.

Mientras tanto las drogas ilegales han estabilizado su consumo sin mostrar un descenso significativo de las mismas, 1.5 % de la población ha consumido cualquier tipo de ellas; 1.2 % de la población consume marihuana, 0.5 % cocaína y otras drogas (inhalables, anfetaminas y alucinógenos presentan prevalencias inferiores al 0.2 %. En los hombres sí hubo un incremento en el consumo de marihuana que paso de 1.7 % en

el 2008 a 2.2 % en 2011. La edad de inicio en el consumo de drogas ilícitas se mantiene en los 18.8 años. La marihuana es la que más se consume en todas las regiones del país, seguidos de la cocaína.

Por regiones, las prevalencias más elevada en el consumo de drogas está en la región Noroccidental a la que pertenece Baja California, Baja California Sur, Sonora y Sinaloa, en comparación con región Centro y Sur del país.

CAPÍTULO 3. LAS ACTITUDES: MARCO TEÓRICO Y EVALUACIÓN.

3.1. CONCEPTO DE ACTITUD.

La importancia e interés de las actitudes, como objeto de estudio en diversas ciencias, radica en el hecho de que ésta no se encuentre vinculada exclusivamente a ninguna escuela o tendencia particular; de que se trate de un concepto que escapa a la problemática herencia-ambiente, pero sobre todo, porque las actitudes condicionan fuertemente las distintas respuestas a los diversos estímulos que un individuo recibe de personas, grupos, objetos o situaciones sociales (Ortega, 1986). No obstante, si nos remontamos al origen del concepto de actitud, podemos comprobar que la Psicología Social y la Sociología han destacado especialmente, entre todas las demás ciencias en el estudio de las actitudes. Este término aparece por primera vez en 1.862 de la mano H. Spencer quien definía las actitudes como patrones disposicionales que están en la mente del individuo y que facilitan las respuestas de los individuos frente a determinados estímulos. El éxito de este constructo acuñado por H. Spencer fue tal que durante mucho tiempo la psicología social se centró exclusivamente en el estudio de las actitudes.

Los sociólogos que desde siempre habían estado preocupados por describir los motores que impulsan la conducta social, encontraron en este concepto de “actitud” la explicación necesaria a los comportamientos de los ciudadanos. De tal modo que dada una actitud necesariamente tendremos una determinada conducta social. Durante mucho tiempo se entendía la actitud como la única variable responsable de las conductas sociales, llegando a afirmar que si se conocían las actitudes de las personas se podían determinar, predecir o conocer cuál sería el comportamiento de las personas ante una determinada situación social. Pero no solo eso, pues entre las actitudes y la conducta social existe una relación bidireccional, donde dada una actitud social se da una determinada conducta social, y viceversa, dado un determinado comportamiento social podemos determinar las actitudes de las personas.

La Piere (1934) en un sencillo estudio realizado con una pareja de jóvenes Chinos recorrió 250 hoteles y restaurantes de diversos puntos de EEUU y tan sólo en uno de ellos se negaron a atenderlos. Sin embargo cuando La Piere escribió a todos y cada uno de los establecimientos visitados preguntando si aceptaban clientes Chinos, el 50% respondió y de ellos 92% dijo que no. Este estudio puso de manifiesto que esa supuesta reciprocidad o linealidad entre actitud y conducta no se da en todos los casos, es decir, las actitudes no siempre se traducen en unas determinadas conductas y además, tampoco podemos asegurar al 100% que todas y cada una de nuestras conductas respondan necesariamente a unas determinadas actitudes. Ahora bien, tampoco podemos negar la relación existente entre las actitudes y el comportamiento de las personas. Es cierto que gran parte de nuestras conductas se explican mediante las actitudes, pero no podemos caer en el extremismo radical de pensar que todas nuestras conductas se deben a las actitudes. Los seres humanos también actuamos impulsados por otros motivos.

En esta misma línea, son muchos los estudios que investigan sobre los factores que intervienen en el interés del alumno hacia el aprendizaje. Efectivamente la actitud del alumno así como la actitud de profesor en la clase son elementos esenciales, pero no exclusivos. En una revisión bibliográfica de los elementos que están relacionados con la valoración y el interés que los alumnos tienen hacia las clases de Educación Física, Moreno y Cervelló (2004) señalan: la preparación o capacitación del profesor, la motivación del alumno, el contenido del currículo, la práctica deportiva extracurricular del alumno o de algún miembro de su unidad familiar, el género del profesor y del alumno, persistencia ante las dificultades...y acaban concluyendo que las vivencias específicas que suponen dichas clases dan lugar a una valoración de las mismas por parte del alumno. Como indica Reeve (1996), las necesidades de los estudiantes, cogniciones y emociones son las fuentes primarias de motivación que influyen en el inicio y modificación de la conducta de aprendizaje.

Actualmente, se ha popularizado mucho el término actitud, lo que supone un reconocimiento de la importancia que este concepto tiene en todos los ámbitos en los

que se encuentra presente el ser humano: escolar, familia, social,... De forma general y coloquial se entiende como una postura que expresa un estado de ánimo o una intención, como una visión del mundo. Su interés radica en que se tratan de elementos valiosos para predecir conductas, ayudan a establecer la propia identidad o la concepción de sí mismo, y se encuentran en la base de una serie de situaciones sociales.

El concepto de actitud nace del intento, por parte de los psicólogos sociales, sociólogos, filósofos, de explicar la conducta humana. Con esta finalidad, Gordon Allport dedicó todo su trabajo a estudiar la conducta humana, poniendo de manifiesto en sus teorías que las necesidades de supervivencia constituyen uno de los factores desencadenantes de la conducta humana fuertemente vinculado a lo genético, a lo heredado, pero insuficientes para comprender o explicar el funcionamiento de la mayor parte de la conducta humana. Mientras que la actitud, definida por dicho autor como un “estado mental y emotivo de disposición para responder, adquirido a través de la experiencia, que ejerce una influencia directiva y dinámica sobre la conducta respecto a todos los objetos y situaciones con los que la persona se relaciona” (Allport, 1935), permite explicar el porqué y el cómo de la conducta humana.

Para Allport, la actitud se aprende a través de la experiencia, no es algo inherente al ser humano, es adquirido, por lo que hace posible su aprendizaje a través del campo educativo y puede dirigirse en función de aquellas actitudes que se pretenden transmitir o de aquellas que se pretenden modificar. Ahora bien, esa experiencia puede ser *directa*, a partir del contacto con la persona u objeto al que se refiere tal actitud, o bien *indirecta*, si se genera a partir de lo que otros dicen o hacen, lo que dificulta, al disponer de dos vías de aprendizaje, el conocimiento sobre el proceso de construcción personal de la actitud.

Otro de los elementos distintivos de la actitud que nos aporta la definición de Allport es la influencia que ésta ejerce sobre la conducta, tanto orientando nuestros movimientos en una determinada dirección, como moviendo a la persona a actuar en el

sentido en el que ha sido educada. Es decir, la actitud ejerce una influencia directiva sobre la conducta. La persona va a tener un sentimiento de ayuda a resolver el problema o de rechazo, dependiendo de la relación de congruencia entre la actitud aprendida con la conducta deseable.

En la definición aportada por Rockeach (1976, 214) la actitud es una organización, relativamente estable, de creencias acerca de un objeto o situación que predispone al sujeto para responder preferentemente en un determinado sentido. Se trata de predisposiciones, relativamente estables, formadas por la experiencia que tienen permanencia en el tiempo, en contraposición a aquellas predisposiciones momentáneas que no pueden ser consideradas actitudes, sino actuaciones puntuales de respuesta ante un hecho dado. La actitud es una organización de creencias consideradas por el sujeto como un conjunto de ideas, opiniones e informaciones asumidas por la persona y que les atribuye un valor, positivo o negativo, independientemente de la objetividad que pueda presentar esa actitud para los demás.

Para Morales (1988,8) la actitud es “una predisposición aprendida, no innata, y estable aunque puede cambiar, al reaccionar de una manera valorativa, favorable o desfavorable, ante un objeto (individuos, grupos, ideas, situaciones, etc.)”. En esta misma línea, Pérez Juste y García Ramos (1989, 185) consideran que la actitud “puede ser entendida como una predisposición relativamente estable de la conducta de carácter bipolar y de diversa intensidad, que nos lleva a reaccionar ante determinados objetos de una forma concreta”.

Las actitudes, señala Rodríguez (1989), son constructos desde los que se va a explicar el por qué y el cómo de la conducta humana; entendemos que actúan como instrumentos de influencia en los comportamientos de los individuos, grupos o colectivos, es decir, que existe una relación directa entre actitud y conducta, según el postulado de congruencia al que nos hemos referido. El análisis conceptual que sobre actitudes realiza este autor nos aporta diversas definiciones (Rodríguez, 1989):

- La actitud como respuesta implícita, capaz de producir tensión, considerada significativa en el entorno social del individuo (Doob, 1947).
- Para Krech y Crutchfield (1948) la actitud es un sistema estable de evaluaciones positivas o negativas, sentimientos, emociones y tendencias de acción favorable o desfavorable, respecto a objetos sociales.
- La actitud es una forma de ver algo con agrado o desagrado (Newcomb, 1959)
- Las actitudes son ciertas regularidades en los sentimientos, pensamientos y predisposiciones a actuar respecto a algún aspecto del entorno (Secord y Backman, 1964)
- Para Sherig y Sherif (1965) son las posiciones que la persona adopta y aprueba respecto a objetos, asuntos controvertidos, personas, grupos o instituciones.
- La actitud es la resultante de la combinación de una creencia y un valor importante (Jones y Gerard, 1967).
- Por último, para Triandis (1971) las actitudes son una idea cargada de emotividad que predispone a una clase de acciones ante una clase particular de situaciones sociales.

De todas estas definiciones Rodríguez (1989) destaca tres elementos básicos en el concepto de actitud: en primer lugar, que se trata de un conjunto organizado de creencias o convicciones; en segundo lugar, conllevan una determinada actuación respecto de un objeto social; y por último, en tercer lugar, las actitudes predisponen favorable o desfavorablemente. De manos de este autor, proviene una definición ecléctica sobre las actitudes (1976) “una organización duradera de creencias y cogniciones en general, dotada de una carga afectiva a favor o en contra de un objeto social definido, que predispone a una acción coherente con las cogniciones y afectos relativos a dicho objeto”

Para Cobo (1993) lo más característico de una actitud es que está sostenida por energía psíquica. En las actitudes se hacen presentes como componente de las mismas, los sentimientos y las reacciones orgánicas, consistentes en palpitaciones,

sudoraciones u otras, y todo esto es posible porque en estos fenómenos está operando la energía psíquica del sujeto. Una energía que la actitud dirige en una dirección, favorable o desfavorable, al objeto y que la misma actitud gradúa recabando más o menos energía según sea su propia consistencia e intensidad.

En dos momentos hay energía psíquica en la actitud: en el momento de la predisposición a realizar una conducta y en el momento de realizarla, en el que la energía sirve de refuerzo al tener una conducta acorde con la actitud. La actitud es pues una predisposición a actuar de una determinada manera, que inclina a la persona a obrar en una determinada dirección. Esta predisposición que no es innata, como las inclinaciones que llamamos “tendencias”, sino que es adquirida por la persona en el curso de su existencia, puede modificarse o cambiar en el transcurso de su vida. Por otro lado, cabe resaltar el carácter indeterminado de la actitud, ya que no siempre se manifiesta en la conducta. Otros factores pueden determinar o desencadenar una determinada conducta:

- Un *componente neurológico* que se manifiesta en las diversas reacciones orgánicas que se observan en las actitudes, como pueden ser las palpitaciones, sudoraciones y reacciones de tipo verbal como exclamaciones, etc.

- Un *componente cognitivo* constituido por el conocimiento que tiene el sujeto del objeto de la actitud. La información que posee el sujeto influye en la actitud que manifiesta y la influencia es mayor cuanto mayor sea el conocimiento que se refiere a las emociones y los sentimientos; aunque en ocasiones la actitud hacia algo es tan fuerte que, aún teniendo un conocimiento contrario a su actitud, ésta no le deja actuar por razón de prejuicio u otras razones.

- Un *componente afectivo* o emocional. Este es un componente central en el que no cabe hablar de una verdadera actitud si no se hacen presentes en ella algunos sentimientos, aceptación-rechazo, de gusto o de disgusto. Podemos decir que las actitudes están vinculadas a los sentimientos. Por esta razón decíamos, anteriormente, que las actitudes tienen un componente emotivo y por lo tanto están vinculadas a

sentimientos, de ahí la presencia de manifestaciones como palpitaciones o sudoraciones que pueden ser utilizadas para medir la intensidad de una actitud.

Respecto a las funciones de las actitudes, señala las siguientes: de predisposición, económica, expresiva y de adaptación, las cuales describimos brevemente:

A) De *predisposición* a la acción congruente con ella misma y de refuerzo de esa acción cuando el sujeto la lleva a cabo, de forma que, si la persona tiene un conocimiento de que algo es bueno y le gusta llevar a cabo dicha acción, cada vez que la realice se verá reforzada su actitud, pudiendo llegar a alcanzar un hábito ligado a dicha conducta.

B) *Económica*, pues toda actitud hace que el sujeto sepa, de forma sencilla y clara, cómo comportarse en cada situación sin tener que estar cada vez ordenando los estímulos y valorando los pros y contras en cada caso.

C) *Expresiva*, cuando se adopta una actitud, ante los demás, que ayuda a la identificación propia y a la autoafirmación de uno mismo. Así cuando manifestamos una conducta reafirmamos, ante los demás, que estamos convencidos de esa conducta y que esperamos su aprobación.

D) De *adaptación*, cuando una persona se acomoda a los gustos y costumbres de otros o a las de un grupo donde desea integrarse, con independencia de los gustos propios. En el caso concreto de los adolescentes es importante señalar este apartado por la influencia que ejerce el colectivo social con el que quiere identificarse.

Como postulado general indica la disponibilidad de generar una actitud ética ante la vida, que se puede considerar como actitud central, ya que predispone a obrar de acuerdo a principios y valores morales, a tener autocontrol en sus impulsos, al respeto

por la familia o por la profesión. En una persona equilibrada sus actitudes centrales son pocas, todo lo contrario de lo que le pasa a un fanático para el cual todas las actitudes relacionadas con su fanatismo son centrales.

En las actitudes está implicado el hombre en todas sus dimensiones. Así convergen en la persona la capacidad de comprender la realidad, la capacidad de sentirla a través de su inteligencia emocional y la predisposición a actuar. Se presentan las actitudes como disposiciones internas e individuales para la acción; también aparecen como el producto y el resumen de todas las experiencias, directas o indirectas, que el individuo ha tenido. En las percepciones, en las motivaciones, en las emociones, en el proceso del pensamiento, en todos ellos, las actitudes nos ofrecen aspectos parciales de la persona; pero ésta es un ser indivisible, en donde las relaciones de los anteriores conceptos, la integración de lo que percibe, siente, vive, piensa, actúa, todo ello constituye su personalidad (Worchel y Shebilske, 1997). De esta manera la actitud es subjetiva, es una característica propia del individuo, una parte de su personalidad, una marca de su individualidad y su diferencia.

Para Guitart (2002, 11) la actitud “es una tendencia psicológica que se expresa en la evaluación de un objeto o de una actividad particular con algún grado a favor o en contra”. La actitud, según Eagly y Chaiken (1993), comporta dos tipos de tendencias, por un lado la psicológica y por otro la evaluativa, sus postulados serían:

- a) La actitud, como una tendencia psicológica, pertenece al estado interno de cada uno y no es observable directamente, sino que se infiere a partir de las respuestas de la persona; respuestas que pueden pertenecer al campo de lo cognitivo, de lo afectivo o de lo comportamental. Por lo que podría predecirse una actitud a partir de una emoción, de una idea o de un comportamiento determinado, pudiendo manifestarse varias respuestas a la vez o por separado. Así podemos encontrar respuestas únicamente conductuales, afectivas y afectivas-cognitivas. Existe también la posibilidad de que si se presenta más de una respuesta haya tendencia a establecer una coherencia, de manera que no se contradigan entre

ellas.

b) La actitud, expresada como la evaluación de un objeto, comporta algún grado a favor o en contra del mismo, dándole un carácter de predisposición, positiva o negativa, hacia el objeto o la actividad. Entendemos por objeto de la actitud cualquier elemento diferenciable del medio en el que se encuentra la persona. Así, es posible encontrar objetos abstractos o concretos, individuales o colectivos, comportamientos, ideas, situaciones, grupos sociales, etnias, personas concretas, e incluso uno mismo. No obstante, la evaluación no siempre supone un juicio evaluativo consciente en la persona que lo realiza, ya que a veces se actúa de forma instintiva.

Existe un acuerdo aparente en concebir la actitud como “una predisposición aprendida para responder consistentemente de un modo favorable o desfavorable con respecto a un objeto social dado” (Ortega, 1985, 37). Así mismo, Ortega manifiesta que hay tres notas distintivas en la definición de actitud: a) que se trata de una predisposición orientada a la praxis, a la acción; b) que es aprendida, y por tanto educable; y c) la doble direccionalidad que puede adoptar la actitud, y a que puede ser favorable o desfavorable hacia un objeto dado. Este último aspecto hace referencia a uno de los componentes de la actitud, concretamente al afectivo.

Las actitudes han sido concebidas como una predisposición que influye en la conducta, pero éstas no pueden ser confundidas con las habilidades, capacidades o destrezas para ejecutar una acción. Las actitudes manifiestan la favorabilidad o desfavorabilidad del sujeto hacia ciertos comportamientos, teniendo en cuenta los resultados de la evaluación de la acción en la que el sujeto se prevé implicado, mientras que las habilidades, capacidades o destrezas son posteriores a la acción y su campo de influencia no incide tanto en la toma de decisiones o intención.

También se presta a confusión la relación entre actitud y valor. Es necesario delimitar la frontera entre estos conceptos, ya que hay autores, como afirma Campbell

(1963) que los emplean indistintamente considerándolos como sinónimos. Para Rokeach (1968, 1973, 1979) el valor es un tipo de creencia localizada en el centro del sistema total de creencias de una persona acerca de cómo se debe, o no se debe, comportar. En general, los valores representan las creencias de una persona sobre los modelos ideales de conducta. Son ideales abstractos independientes de cualquier objeto específico o situación concreta de actitud.

Definimos el valor como “un modelo ideal de realización personal que intentamos, a lo largo de nuestra vida, plasmar en nuestra conducta, sin llegar a agotar nunca la realización del valor. El valor es como una creencia básica a través de la cual interpretamos el mundo, damos significado a los acontecimientos y a nuestra propia existencia” (Ortega y Mínguez, 2001). El valor, al igual que la creencia, no es la idea que se piensa, sino aquello en lo que se cree. Ortega y Gasset (1973, 18) lo dice de un modo inigualable: “es un error definir la creencia como idea. La idea agota su papel y consistencia con ser pensada, y un hombre puede pensar cuanto se le antoje y aun muchas cosas contra su antojo. En la mente surgen espontáneamente pensamientos sin nuestra voluntad ni deliberación y sin que produzcan efecto alguno en nuestro comportamiento. La creencia no es, sin más, la idea que se piensa, sino aquella en que además se cree. Y el creer no es ya una operación del mecanismo "intelectual", sino que es una función del viviente como tal, la función de orientar su conducta, su quehacer”.

Las diferencias entre actitud y valor que se exponen a continuación, quedan claramente recogidas por Escámez (1995) en su aportación “La enseñanza de valores”:

1. La actitud se centra más en la dimensión afectiva o evaluativo, mientras que los valores pertenecen al ámbito de las creencias.
2. La actitud es la preferencia, favorabilidad o desfavorabilidad de un sujeto hacia un objeto dado. Por el contrario, el valor es el concepto de lo preferible.
3. Son elementos distintos del proceso psicológico.

4. El valor es un ideal que trasciende las situaciones, es más general, tiene carácter global. En contraposición, las actitudes hacen referencia a situaciones particulares.
5. Los valores tienen rango de obligatoriedad y la actitud no presenta esta característica.
6. El valor son patrones normativos de conducta, y la actitud, simplemente, señala la favorabilidad o des-favorabilidad del sujeto hacia algo en unas circunstancias concretas.
7. Los valores ocupan un lugar más central que las actitudes dentro de la estructura de personalidad y del sistema cognitivo.

Para algunos autores las actitudes cumplen una función dinámica en el sentido de que disponen al individuo hacia la conducta, pero además otros autores reconocen que las actitudes cumplen una función directa y orientadora en el sentido de que impulsan al individuo a una determinada conducta, le orientan de acuerdo con el sistema de valores que tenemos. Según, Ortega atribuir la función orientadora a las actitudes es algo exagerado, porque eso es algo que depende en gran medida del sistema de valores del individuo. El valor supone una estructura más profunda, más radical y se entiende como aquello que en última instancia está explicando nuestro modo de actuar, nuestros comportamientos. Las actitudes más bien se ocupan de dinamizar aquellas conductas que previamente están orientadas por el sistema de valores, siempre y cuando sean conductas que impliquen la presencia de valores.

Otro de los aspectos problemáticos en este campo de estudio, derivados de la imprecisión del lenguaje, es la confusión existente entre actitudes y rasgo de personalidad. El rasgo se puede conceptualizar como una disposición relativamente consistente y estable de un individuo a responder de una cierta manera. Los rasgos

nos permiten diferenciar a unos individuos de otros. Podría definirse como un atributo funcional, relativamente persistente y generalizado, que inclina al individuo hacia cierto tipo de repuestas ante situaciones concretas. Con bastante frecuencia el rasgo y el componente afectivo de la actitud suelen confundirse, cuando en realidad la actitud tiene un objetivo específico, definido y concreto, mientras que el rasgo de personalidad es más general, menos definido, pues se trata de una disposición menos específica del comportamiento. La actitud entraña aceptación o rechazo hacia un objeto o situación, mientras que el rasgo no tiene una dirección definida, se trata más bien de una orientación no específica y más generalizada del individuo a un modo de comportarse.

3.1.1. CARACTERÍSTICAS DE LA ACTITUD.

De todo lo dicho hasta el momento podemos extraer, además de un concepto de actitud, la percepción de encontrarnos ante un término complejo, multifactorial, pero con una gran utilidad explicativa del comportamiento humano y de sucesos educativos. Para Bautista (2008) la dificultad de definir las actitudes radica fundamentalmente en la diversidad de elementos inclusivos en el propio concepto, siendo precisamente eso lo que provoca la “inestabilidad” en las definiciones. Para salvar estas dificultades existe un acuerdo esencial en varias áreas en torno al significado de actitud (Summers,1976):

1. *Una actitud es una predisposición a responder a un objeto, y no la conducta efectiva hacia él.*
2. *La actitud es persistente, lo que no significa que sea inmutable.*
3. *La actitud produce consistencia en las manifestaciones conductuales.*
4. *La actitud tiene una cualidad direccional.*

Para Eiser (1989) las características de las actitudes son:

- Son experiencias subjetivas.
- Hacen referencia a un objeto en términos de dimensión evaluable.
- Se pueden expresar mediante el lenguaje.
- Son inteligibles.
- Son comunicables.
- Los individuos pueden estar o no en desacuerdo en sus actitudes.
- Y, por último, las actitudes son predecibles en relación con la conducta social.

Otros rasgos distintivos de las actitudes que podemos extraer de las definiciones recogidas anteriormente son:

- Las actitudes no son consideradas como un estado inherente al sujeto que las posee, sino como un estado adquirido, las actitudes se aprenden, y se refieren a la mente y al sistema nervioso-emotivo. Las actitudes no son innatas, no nacemos

con ellas, sino que las vamos adquiriendo a través de la experiencia.

- Son consideradas disposiciones internas de un individuo a actuar respecto a una persona, un objeto o una situación. Los seres humanos actuamos en función de nuestras actitudes y valores.
- Constituyen una predisposición a responder, por lo que preparan al sujeto para actuar en una determinada orientación, pero no se confunden con la conducta misma.
- Relativamente estables en el tiempo.
- Las actitudes consisten en evaluaciones positivas o negativas de los comportamientos. En función de lo dicho, no resulta arriesgado afirmar que las conductas gratificantes o valoradas positivamente por el individuo, tienen más probabilidad de repetirse, pues generan mayor seguridad, disponibilidad, aceptación y predisposición hacia esos comportamientos. En definitiva, lo que se está desarrollando o adquiriendo en la personalidad es una actitud favorable hacia esos comportamientos. Por el contrario, con las conductas negativas, desagradables, sucede justamente lo opuesto, disminuye la probabilidad de llevarse a cabo y generan unas actitudes negativas hacia esas conductas.
- Ejercen una influencia directiva o dinámica sobre la conducta, orientan los movimientos en una determinada dirección, moviendo al sujeto a actuar.
- Las actitudes tienen un carácter multidimensional, es decir, se trata de un constructo formado por varios componentes, concretamente, el componente cognitivo, afectivo y conductual, como se muestra a continuación en el siguiente sub apartado.

3.1.2. COMPONENTES DE LAS ACTITUDES.

Tradicionalmente, uno de los aspectos de mayor interés en el campo de las actitudes es el de sus componentes fundamentales: cognitivo, afectivo y conductual. Rosenberg y Hovland (1960) propugnan este modelo tridimensional donde las actitudes son entendidas como variables intervinientes frente a respuestas de afecto (respuestas nerviosas simpáticas y afirmaciones verbales de afecto), cognición (respuestas perceptivas y afirmaciones verbales de creencias) y de conducta (acciones manifiestas y afirmaciones verbales relativas a la conducta). La mayoría de autores conciben esta división tripartida de los componentes (Secord y Backman, 1964; Eiser, 1986; Mueller, 1986; Rajeck, 1983; Breckler, 1984), aunque otros autores de la época como Shaw y Wright (1967) atienden únicamente a dos componentes: el cognitivo y el afectivo. La discusión sobre el número de componentes de la actitud estuvo presente en los estudios sobre esta temática durante años, predominando los modelos unidimensionales y tridimensionales. Actualmente, a pesar de las dificultades empíricas para diferenciar a través de análisis factorial estos componentes tan estrechamente interconectados, los estudios sustentan que el modelo adecuado es el que reconoce la correlación entre el componente cognitivo, afectivo y conductual.

El primer componente, el *cognitivo*, representa los conocimientos que posee la persona sobre las situaciones que se presentan, con un grado de certeza sobre lo que es verdadero o falso, bueno o malo. El componente cognitivo denota conocimiento, opinión, idea, creencia o pensamiento entorno a un objeto. Se admite que la actitud conlleva un componente cognitivo o unidad de información acerca de la probabilidad de que un objeto concreto posea unos determinados atributos. El componente cognitivo de la actitud hace referencia a las informaciones, opiniones, creencias primarias, ideas,... de las que dispone el sujeto y constituyen el origen necesario de toda actitud. De tal modo que si no existe ningún tipo de información previa no es posible que se de una actitud, dicho de otro modo, para que tengamos una actitud es preciso que tengamos

una información previa, porque de lo que se desconoce no se puede tener ninguna actitud. Por lo tanto, la única manera de cambiar una actitud es presentándole al individuo una información nueva (información divergente) que la acepte y que en base a esa información guíe sus preferencias, sus gustos y sus rechazos.

El segundo de ellos, el componente *afectivo*, se introduce en el terreno de los sentimientos o evaluación de la persona sobre algún objeto, persona, resultado o suceso. Este componente constituye la predisposición, favorable o desfavorable, hacia el objeto de la creencia, de gusto o disgusto, siendo cuestionado y argumentado para asegurar su aceptación, aunque ello no suponga el deseo de llevar a cabo dicha actuación. La información que recibimos puede ser aceptada o rechazada, de tal modo que para poder aceptar o rechazar algo es necesario conocer bien las cosas, por lo tanto es necesario recibir primero información. Según esto, podemos afirmar que existe una estrecha relación entre el componente cognitivo y el componente afectivo, ya que el uno no se puede explicar sin el otro. Sin embargo, reconocemos que el componente afectivo es el que más radicalmente está definiendo a la actitud, de tal modo, que entendemos por actitud la aceptación o rechazo de algo o alguien (parte emotiva) por alguna razón (parte cognitiva). De hecho, todos los instrumentos de medida o evaluación de las actitudes se van a construir en base al componente afectivo, ya que todos los ítems de una escala métrica de actitudes se refieren a la aceptación o rechazo hacia una determinada disposición.

El tercero de estos componentes es la resultante de la combinación de los dos anteriores. Las actitudes son disposiciones que preparan a unos determinados comportamientos o conductas. La esencia misma de una actitud es crear una disposición en el individuo hacia algo, otra cosa muy distinta es que el sujeto actúe siempre de acuerdo con esa actitud, tendencia o disposición a actuar como consecuencia de una creencia.

Estos tres componentes que conforman la actitud, son dependientes entre sí, de modo que se necesitará que aparezca una analogía congruente entre los aspectos

cognitivos y afectivos para que pueda darse el comportamiento deseado. Pero esto no sucede siempre. A veces se tiene el conocimiento de que algo es perjudicial a la persona, valorándolo cognitivamente como algo negativo, pero afectivamente placentero; como por ejemplo el caso del tabaco, que a pesar de saberse perjudicial para la salud, no se deja de fumar por la sensación de agrado que encuentra en ello. Este ejemplo refleja una contradicción entre la valoración cognitiva de la sustancia y la disposición afectiva ante ella.

Resulta complicado distinguir o separar el componente cognitivo y afectivo en la actitud, ya que la creencia (componente cognitivo) considerada independientemente conlleva un componente afectivo evaluativo (Rokeach 1974). Es decir, la misma idea o creencia se forja impregnada de una carga afectiva. Del mismo modo, consideramos que la dimensión evaluativa de la actitud que nos permite posicionarnos en favorabilidad o des-favorabilidad respecto de un objeto concreto, no se hace en el vacío, sino que parte de las creencias que tenemos. Para Rokeach (1974) la actitud es una organización de creencias interrelacionadas alrededor de un foco común, que tiene propiedades cognitivas y afectivas por el hecho de que las diversas creencias que constituyen la actitud tienen también propiedades cognitivas y afectivas que influyen y se refuerzan entre sí. La distinción entre ambas, si existe, ha de ser conceptual, y posiciona a las creencias en un nivel inferior respecto de la afectividad.

A pesar de la interconexión o interdependencia que existe entre estos componentes de la actitud, es el componente afectivo el que mayor peso tiene en la determinación de la conducta a manifestar. En la investigación tradicional se ha dado mayor importancia al componente afectivo-evaluativo que refleja la favorabilidad o desfavorabilidad respecto a un objeto dado (Petty y Cacioppo, 1986; Zanna y Rempel, 1988; Pratkanis, 1989), tomando éste componente como punto de referencia en la mediación de las actitudes. La evaluación es el componente central de las actitudes, hasta el punto de que las actitudes deberían ser definidas, según Fazio (1989) como respuestas evaluativas que tienen una función de conocimiento. En esta misma línea el profesor Ortega (1995) reconoce que el componente afectivo detalla la correlación

entre la actitud y la conducta.

Sin embargo, esta dimensión afectiva de la actitud no implica, según reconoce Castillejo (1981), que las actitudes sean originadas desde estructuras irracionales, ni desde circunstancias inexplicables, más bien son aprendidas y existe un vínculo de retroalimentación entre lo cognitivo y afectivo. En este sentido, Schlegel y Ditecco (1982) demostraron que las actitudes pueden sustentarse en una sola respuesta afectiva cuando las creencias relevantes sobre el objeto de estudio son pocas y simples, evitando contradicciones entre ellas. Por el contrario, cuando las creencias son numerosas, complicadas y parcialmente contradictorias, entonces no será suficiente con una respuesta afectiva-evaluativa. Por otra parte, la dimensionalidad de la actitud puede variar según la clase de objeto actitudinal estudiado (Breckler, 1984).

Otro aspecto problemático en la investigación sobre actitudes radica en la relación que existe entre actitud y conducta. Al definir la actitud como la predisposición a actuar de una determinada manera ante un objeto o situación específica, podemos interpretar que existe una relación directa entre ellos, de modo que dada una actitud tenemos una determinada conducta y dada esa conducta podemos determinar que se debe a una determinada actitud. Sin embargo, algunas investigaciones empíricas llegaron a conclusiones negativas sobre la consistencia de la relación entre actitud y conducta (Wicker, 1969; Kahle y Berman, 1979; Brinberg, 1979; etc.), poniendo de manifiesto la escasa correlación existente entre ambas. Sin embargo, la respuesta a este problema de consistencia entre actitud y conducta se solventa con la teoría de Fishbein (1975) para quien la conducta no está en función directa de la actitud que nos predispone a realizar esa conducta, sino en función de la intención de llevarla a cabo, la cual puede verse influida por la actitud, aunque también por las circunstancias concretas en la que se da esa conducta. Actualmente, existe un amplio acuerdo de que la actitud hacia un objeto exige de la contextualización de dicha relación, ya que la actitud no es el único determinante de la conducta. Por el contrario, existen otros factores presentes en el contexto y en la situación que influyen en la realización de una determinada conducta.

A modo de síntesis, podemos señalar que la actitud se genera a través de la experiencia, que predispone a actuar de una forma relativamente estable, y que consiste en evaluaciones positivas o negativas hacia un objeto dado. Las diversas definiciones sobre actitud, también ponen de manifiesto su carácter multidimensional, haciendo referencia al componente cognitivo, afectivo y conductual. Finalmente, la mayoría de las investigaciones otorgan un papel destacado del componente afectivo o evaluativo en la actitud.

3.2. LA TEORÍA DE ACCIÓN RAZONADA DE FISHBEIN Y AJZEN.

3.2.1. JUSTIFICACIÓN.

Este modelo se enmarca dentro del conjunto de teorías que asientan sobre el campo actitudinal su cuerpo explicativo. El impulso de autores como los mencionados han hecho posible predecir en grado importante la conducta desde la actitud y las creencias del sujeto, introduciendo elementos intermedios para explicar adecuadamente dicha relación.

La Teoría de la Acción Razonada es uno de los modelos más difundidos sobre la relación entre factores cognitivos y consumo de drogas. Aunque el modelo no fue diseñado específicamente para explicar el consumo de sustancias, se ha revelado útil para comprenderlo y predecirlo, lo que ha hecho que sea uno de los modelos más citados en este ámbito y más influyentes en muchos programas de prevención.

Esta teoría expone la existencia de determinadas influencias más directas que otras que actúan sobre el consumo. En este sentido, las expectativas, las creencias, las actitudes y, en definitiva, las variables relacionadas con la cognición social, actúan de forma más directa que otras como la familia y el grupo de amigos, cuya proximidad vendrá mediatizada por las anteriores.

El objetivo central de este modelo es la predicción de la conducta desde la actitud del sujeto y de las normas subjetivas, estando ambas mediadas por la intención conductual. Es decir, aplicando la teoría al fenómeno que nos ocupa, tener intención de consumir es la “causa” más inmediata del consumo. Sin intenciones, lógicamente, no

habría consumos. Ahora bien, la pregunta que inmediatamente nos podemos plantear es la siguiente: ¿Qué provoca la intención de consumo? Dos son las variables responsables:

Las actitudes hacia el consumo

Las normas subjetivas sobre el mismo.

Las actitudes vienen dadas por las consecuencias que los jóvenes esperan del consumo de drogas y por la importancia que conceden a esas consecuencias personal y subjetivamente. Si el joven concede más valor a los beneficios que a los costes del consumo o si magnifica los primeros en detrimento de los efectos negativos, mostrará actitudes positivas hacia él.

Las normas subjetivas vienen determinadas por la percepción que tiene el joven de que otras personas importantes para él aprueban y esperan que él consuma, además de por su motivación para acomodarse a las expectativas de esas personas. Si el adolescente cree que sus amigos esperan que consuma y él desea agradarles, esto es, no defraudar sus expectativas, su decisión tenderá a inclinarse hacia el consumo. En relación con esto y no menos importante, la creencia de que el consumo está ampliamente extendido entre los jóvenes, que es algo normal y que “todo el mundo” lo hace, influirá también sobre la decisión de consumir.

Estos dos componentes no tienen igual peso en todas las personas. En algunas, la decisión de consumir estará más influida por los efectos positivos esperados, es decir, por las actitudes hacia el consumo. En otras en cambio, puede pesar más el segundo elemento, el querer ajustarse a las expectativas de los demás.

En los últimos años Ajzen (1988) ha incluido en su teoría un nuevo elemento: la percepción sobre la capacidad para controlar la conducta. Además de tener actitudes positivas hacia una conducta concreta y/o desear acomodarse a lo que los demás hacen o esperan, es necesario que la persona se crea capaz de realizar dicha conducta. Según Petraitis y cols. (1995) esta percepción de control en el ámbito de las drogas influye de dos maneras. Por un lado, es preciso que el joven crea que puede acceder a las drogas y utilizarlas para consumir. De otro, es importante la percepción sobre la capacidad personal para resistir la presión de los demás. Si un adolescente

siente que no tienen habilidades suficientes para enfrentarse a los mensajes que le incitan a consumir, tenderá a consumir.

Las implicaciones preventivas que derivan de la adopción de este modelo son tenidas en cuenta por muchos programas. La mayoría de ellos intenta actuar sobre las actitudes proporcionando información sobre las consecuencias negativas del consumo, no sólo a largo plazo sino también a corto y medio plazo, con el ánimo de modificar las inclinaciones positivas hacia él. Asimismo, intentan corregir mitos o creencias erróneas sobre la pretendida generalización o normalización del consumo entre los jóvenes. El tercer elemento de la teoría, la percepción de control, es también una variable muy trabajada porque precisamente, dada la presencia ineludible de las drogas, intenta desarrollar en los niños y adolescentes habilidades para resistir la presión de los iguales, la publicidad, el fácil acceso a las sustancias, etc.

TEÓRIAS EXPLICATIVAS DE LA EXPERIENCIA CON EL USO DE SUSTANCIAS.

(Petraitis, Flay y Miller, 1995)

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Teorías cognitivo-afectivas:<ul style="list-style-type: none">➤ Teoría de la acción razonada (Ajzen y Fishbein, 1980; Fishbein y Ajzen, 1975)➤ Teoría de la conducta planificada (Ajzen 1985, 1988)➤ Teorías del aprendizaje Social: Teoría del aprendizaje social (Akers et al., 1979)➤ Teoría del aprendizaje social/cognitiva social (Bandura, 1986)➤ Teorías del apego social Teoría del control social (Elliot et al., 1985, 1989)• Modelo del desarrollo social (Hawkins y Weis, 1985)<ul style="list-style-type: none">➤ Teorías en las que las características intra personales juegan un papel esencial |
| <ul style="list-style-type: none">• El modelo de ecología social (Kumpfer y Turner, 1990-1991)<ul style="list-style-type: none">➤ Teoría del auto desprecio (Kaplan, Martin y Robbins, 1982, 1984) |
| <ul style="list-style-type: none">• Modelo de varias etapas de aprendizaje social (Simons et al., 1988)<ul style="list-style-type: none">➤ Teoría de la interacción familiar (Brooks et al., 1990) |
| <ul style="list-style-type: none">• Teorías que integran constructos cognitivo-afectivos, de aprendizaje, compromiso y apego e intra personales |

- Teoría de la conducta problema (Jessor y Jessor, 1977)
- Teoría del clúster de iguales (Oetting y Beauvais, 1986^a, 1986b, 1987)
- Modelo de vulnerabilidad de Sher (1991)
- Modelo del dominio (Huba y Bentler, 1982)

El objetivo de este trabajo es la detección de las actitudes que mantienen los jóvenes ante el consumo de drogas en su entorno, lo que nos obliga a tener que fundamentar esta investigación en el marco teórico de las actitudes. Las referencias sobre el conocimiento de las actitudes no han dejado de sucederse tanto en el campo de la psicología, la sociología como en el ámbito educativo. Definir las actitudes no es tarea fácil por las múltiples definiciones que se han prodigado y la complejidad de su estudio, también añade dificultad al término la ambigüedad de su semántica, que ha llevado a identificarlas o confundirlas con términos como: valores, creencias, ideología, opinión, estereotipo. Todo ello ha generado la convicción, en muchos investigadores, que es necesario construir un modelo teórico de actitud. La formación de actitudes se explica bajo diversas teorías, dos de las más aceptadas son la teoría del aprendizaje y la teoría de la consistencia cognitiva (Escámez, 1995).

Según la teoría del aprendizaje, las actitudes no son algo innato a la persona, sino que son adquiridas, por lo tanto pueden ser enseñadas y modificadas. Las actitudes ejercen una influencia sobre la conducta, moviendo a la persona a actuar en el sentido en el que ha sido educada; de ahí la importancia de la intervención educativa para conseguir el modelo de persona y sociedad deseada.

La teoría de la consistencia cognitiva pone de manifiesto que la incoherencia entre dos estados de conciencia hace que las personas se sientan incómodas y, en consecuencia, cambian o bien su pensamiento o bien sus acciones con tal de ser coherentes. Como contrapunto a la consistencia cognitiva existe la tesis de la disonancia cognitiva. Por otro lado, al estudiar las actitudes de una persona debemos tener en consideración otros factores que influyen en las mismas. Para Escámez (1986) estos factores pueden estar vinculados a los *rasgos de personalidad* tales como

introversión-extroversión, egoísmo, altruismo, tolerancia, flexibilidad, autoritarismo,...; o *factores contextuales* como ocupación laboral, estructura educación, religión imperante, situación socioeconómica,...; u otros factores relativos a la edad, sexo, nivel de estudios, etc. Todo ello pone en evidencia la complejidad del comportamiento humano, y la dificultad propia de toda investigación que tenga por objeto al ser humano por la diversidad de factores y de datos a tener en cuenta para estudiar el comportamiento humano. No obstante, son diversos los motivos que sustentan la necesidad de tener que ubicar las investigaciones sobre actitudes dentro de un marco teórico explicativo del funcionamiento de las mismas, tal y como señala Escámez (1986):

- La actitud es un tema central en la historia de la Psicología social hasta nuestros días (Cacioppo, Cialdini, Petty, 1981)
- La significación de un concepto sólo puede emerger cuando se enmarca en una teoría general
- El modelo teórico es una necesidad que se requiere tanto para la evaluación de las investigaciones empíricas como para su propia planificación.

En el campo de la investigación sobre las actitudes, cabe destacar el modelo teórico de Fishbein y Ajzen (1975, 1980) por diversos motivos que avalan su adecuación. Se trata de un modelo operativo que explica la relación existente entre los elementos que lo configuran; supone una clarificación precisa de los términos que intervienen en las actitudes y se sustenta en una clarificación de la imagen antropológica. Es un modelo resistente a los intentos de falsificación de las investigaciones de campo que rompe con las rigideces escolares de algunas corrientes psicológicas.

3.2.2. EL MODELO DE FISHBEIN Y AJZEN.

La teoría de la acción razonada de Fishbein y Ajzen, parte de que el hombre se entiende como un ser esencialmente racional que usa la información de que dispone para hacer juicios, evaluación y tomar decisiones. Este modelo sostiene que la conducta humana no está determinada inconscientemente por deseos irresistibles o creencias irracionales y caprichosas, sino que responde a un proceso de toma de decisiones en la que el individuo considera las implicaciones de su acción ante de decidirse a actuar de una forma concreta y específica. De modo que el ser humano controla su propia conducta a partir de la información que tiene, ya que es la base de su decisión. Sin embargo, en palabras de Rodríguez (1984), hablar de decisiones razonadas no significa que éstas sean razonables, ya que el individuo puede estar limitado por su propia capacidad de razonamiento o por la insuficiencia de la información que dispone.

Desde este modelo, todas las conductas del hombre quedan mediatizadas por la razón, al concebir al hombre como una estructura psicosomática en la que todo queda regido por el cerebro, como nivel superior, y los demás niveles inferiores aparecen como subsistemas. Puede observarse que esta concepción antropológica del modelo es coherente con la concesión de la educación como un proceso informativo y comunicativo (Sanvisens, 1983). Ahora bien, una lectura superficial del mismo, podría dar lugar a interpretaciones erróneas en las que se reconoce cierta marginación de los rasgos de personalidad del individuo, así como de variables sociales externas, y reduciendo al hombre a un ser en el que solo la razón está presente. Para los autores, el hombre usa la información de la que dispone para hacer juicios, evaluaciones y llevar a cabo el proceso de toma de decisiones, y es precisamente en el modo en cómo se procesa la información donde influyen tanto las variables personales como ambientales.

Ajzen y Fishbein (1975) definen la actitud como una predisposición aprendida (positiva o negativa) para dar una respuesta (favorable o desfavorable) a una

determinada persona, objeto o situación, siendo la base informativa (creencias, ideas, opiniones) de favorabilidad-desfavorabilidad (aceptación-rechazo) a sus elementos esenciales. Son tres las dimensiones fundamentales de la actitud que podríamos extraer de esta definición: la actitud como consistencia, como predisposición a responder y como disposición aprendida. Asimismo, podríamos destacar un cuarto elemento que concede identidad a la actitud y nos permite diferenciarla de las creencias: el componente afectivo.

Según explica Escámez (1995) en este modelo, la intención de acción de la que depende la conducta, está mediatizada por dos grandes vectores que emanan de la personalidad configurada del individuo y con la que se posiciona ante la realidad, personalidad que se define por poseer un determinado nivel cultural, un estatus socioeconómico, edad, sexo, unos determinados valores y actitudes hacia los objetos y unos rasgos específicos. En este sentido, cada individuo es el mismo, único y distinto a los otros; aunque comparte valores y principios con los miembros de su comunidad cultural, en su comprensión del mundo y de la vida. El individuo, sin embargo, responde ante la realidad de forma única por lo que es y por el modo peculiar de comprender la realidad. De esta personalidad configurada surgen dos vectores que van a decidir su conducta: el vector conductual y el vector normativo.

a) El *vector conductual* se dirige a la intención de la conducta y está constituido por las creencias y las actitudes conductuales. La formación de las creencias conductuales están condicionadas por las habilidades mentales, determinadas por la personalidad configurada que posee el individuo para analizar la realidad; de ellas depende que el análisis, la previsión de conducta y la evaluación de las mismas sea una u otra, sea adecuada o significativa dentro de la cultura a la que pertenece o no tanto, pero en todo caso serán siempre las del individuo. Las creencias conductuales conducen a las actitudes conductuales marcando la favorabilidad o no de la realización de la conducta y éstas tienden a determinar la intención de acción.

b) El *vector normativo*, que también converge en la intención de la conducta, está

constituido por las creencias normativas y las normas subjetivas. Las creencias normativas que posee un individuo son expresión de su dependencia social al interiorizar lo que los referentes específicos significativos, para el individuo, han expresado explícita o implícitamente y que el sujeto cree que esperan de él. A ello hay que añadir la mayor o menor motivación que se tenga, según individuos, a secundar dichas creencias. Las creencias normativas se transforman en subjetivas, las cuales sirven para orientar el propio actuar. La norma subjetiva converge en la intención de conducta.

Las intenciones de conducta las podemos pensar ilimitadas, ya que depende de cómo las variables de los vectores entran en juego, y ese modo es distinto según los individuos o según las situaciones, ya que cada individuo es único, por lo tanto las intenciones y las conductas de cada individuo variarán según la personalidad configurada, la fuerza de las creencias conductuales o de las normativas, las habilidades mentales para enjuiciar la realidad, las actitudes conductuales o la fuerza y motivación para actuar desde las normas subjetivas.

Este modelo clarifica la comprensión del sistema actitudinal porque con un número, relativamente pequeño de elementos, nos aporta una explicación coherente y operativa, evitando que la complejidad de elementos que surgen al relacionar la conducta con las variables externas sociales y los rasgos de personalidad, nos conduzcan a la imposibilidad de la investigación. Por tanto, no hay en el modelo una relación necesaria entre las variables contextuales y los rasgos de personalidad con la conducta. Es en el modo cómo queda asumida la información por el sujeto donde se plasman tanto los factores del contexto ambiental como aquellas otras características de la personalidad.

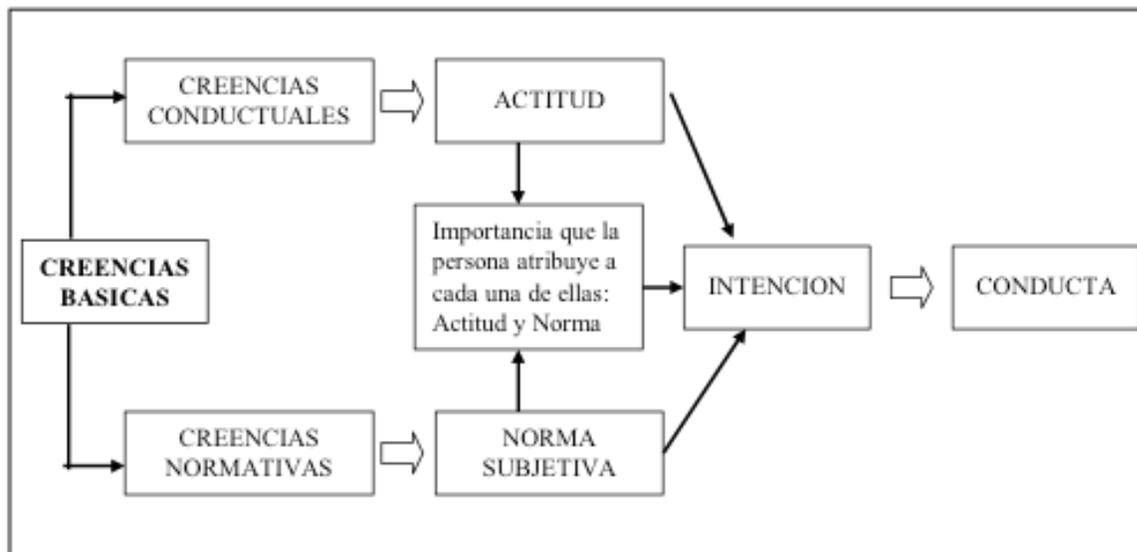
1. Uno de los elementos básicos de este modelo son los presupuestos operativos con que cuenta, ya que concede una especial relevancia a la predicción de la conducta y a las técnicas para medir la validez de esa predicción. Fishbein (1980) afirma que un modelo de actitudes tiene fundamento

cuando reúne las siguientes características: Posibilidad de procedimientos rigurosos de medida

2. Criterios para poder intervenir técnicamente en la formación y cambio de actitudes
3. Significación precisa de cada uno de los elementos del área actitudinal, a la vez que el establecimiento de su estructura y relación dinámica.
4. Determinación de la función y peso de los elementos del área actitudinal como predictores de la conducta.

RELACIÓN ENTRE LOS ELEMENTOS DEL MODELO.

La relación existente entre todos estos elementos que figuran en la Teoría de la Acción Razonada de M. Fishbein e I. Ajzen se muestra a continuación de forma gráfica.



Todos los seres humanos tenemos un conjunto de **creencias básicas** que nos permiten funcionar en nuestra vida. Concretamente, las creencias básicas son el conjunto de ideas, opiniones, informaciones, experiencias, transmisiones, costumbres, etc. que constituyen nuestras creencias más primarias y esenciales. Las creencias básicas son la totalidad de las creencias que tenemos, y éstas se dividen en dos tipos

de creencias: conductuales y normativas.

Las **creencias conductuales** son las creencias que la propia persona se forja como valoración de las experiencias vividas. De modo que se trata de una evaluación de los resultados obtenidos con nuestra conducta, formando una opinión o creencia denominada creencia conductual. Estas creencias conductuales son las que sustentan la **actitud**, entendida como la predisposición favorable o desfavorable a mostrar una determinada conducta. Mientras que las **creencias normativas** son las creencias formadas por otras personas que determinan una forma concreta de actuar. En definitiva es cuestionarse ¿Cómo esperan que me comporte mis padres, profesores, amigos,...?. La motivación o fuerza de las creencias normativas radica principalmente en el valor que concedamos al referente (al padre, al amigo,...). Sobre las creencias normativas el sujeto fundamenta la **norma subjetiva** entendida como la orden exterior que trata de regular el comportamiento.

En ocasiones existe consonancia entre lo que nos determina la norma subjetiva y la actitud, pero otras veces la conducta que mueve ambos vectores es diferente, entrando en conflicto la actitud con la norma subjetiva. En este caso la persona debe llevar a cabo un proceso de toma de decisiones que derive en una **intención**, entendida como el resultado de un proceso reflexivo de toma de decisiones que nos compromete a actuar de una determinada manera. Para Eagly & Chaiken, (1993) la intención es la decisión a actuar en una determinada manera. Todos los elementos son interdependientes y componen una totalidad, conforman un sistema. La concepción sistémica postula que, no sólo se interconecten entre si los elementos, sino que queden también integrados sus relaciones y atributos en la totalidad, con la función de conseguir unas determinadas metas (Colom, 1982). Los elementos integrantes del modelo están interrelacionados de tal modo que la modificación de uno repercute en los otros, sus relaciones y atributos, y sobre todo, en el funcionamiento general del modelo y sus resultados: las conductas.

3.2.3. CRÍTICAS.

De acuerdo con la teoría de la acción razonada (TAR) (Fishbein y Ajzen, 1975; Ajzen y Fishbein 1980), la intención comporta mental es el determinante más inmediato de cualquier conducta social humana, pero solo bajo condiciones en las que la conducta en cuestión está bajo control de la voluntad y la intención comporta mental permanece sin cambios. Sin estas características la teoría de la acción razonada no podría cumplir con su cometido. Por otro lado, Rodríguez en 1984, señala que hablar de decisiones razonadas no significa que estas sean razonables ya que el individuo puede estar limitado por su propia capacidad de razonamiento o por insuficiencia de la información de que dispone el individuo para estructurar su pensamiento de una manera más lógica.

Efectivamente, para esta teoría, el primer paso para predecir la conducta de un individuo es identificar y medir la conducta que nos interesa y su determinante inmediato es la intención que la persona tiene que realizar (o no realizar) tal acción.

Eso no significa que siempre se dé una perfecta correspondencia entre intención y conducta, sino simplemente que, sin no se presentan los acontecimientos imprevistos, una persona actuará habitualmente de acuerdo con su intención.

En segundo lugar la Teoría de la Acción Razonada (TAR), la intención de una persona tiene dos determinantes básicos: uno de naturaleza personal y otro que refleja la influencia social.

El primero es la actitud hacia la conducta, es decir, la valoración positiva o negativa que la persona hace de la realización de esa acción. El segundo es la norma subjetiva, es decir la percepción que la persona tiene de las presiones sociales que se ejercen sobre él para que realice o no la acción en cuestión. Se supone que la persona intentará hacer algo cuando crea que otras personas importantes para ella piensan que deberían hacerlo. Ahora bien, dado que para algunas intenciones las consideraciones actitudinales pueden ser más importantes que las normativas, o a la inversa, la teoría asume que cada uno de los factores tiene su peso relativo que hay

que determinar en cada caso. La asignación de pesos relativos a los dos determinantes de la intención incrementa el valor explicativo de la teoría.

En tercer lugar, siempre según la TAR, las actitudes acerca de una conducta son función de las creencias sobre resultados de tal conducta y de la valoración que la persona hace de tales resultados. En general, una persona que cree que realizar una conducta dada lo conducirá muy probablemente a resultados positivos, tendrá una actitud favorable hacia la ejecución de tal conducta. Las creencias que subyacen bajo la actitud de una persona hacia una conducta reciben el nombre de creencias comportas mentales. Por otro lado, las normas subjetivas son función de las creencias normativas. Una persona que cree que otras, importantes para ella, piensan que debería actuar de una determinada manera, percibirá una presión social para hacerlo así. Pero conocer las creencias de una persona acerca de de sus referentes importantes no es suficiente para predecir o comprender su norma subjetiva. Para hacerlo debemos valorar también su motivación para cumplir con cada uno de esas personas. De acuerdo a la TAR, la norma subjetiva de una persona puede predecirse a partir del índice que obtenemos si multiplicamos las creencias normativas por las correspondientes motivaciones para cumplir y sumamos luego los productos (Ajzen y Fishbein, 1980).

Por otro lado, la TAR considera factores tales como las actitudes hacia objetivos, las características de personalidad, las variables socio demográficas (sexo, edad, clase social), el papel social, el status, la inteligencia, etc., como variables externas, pero no asume que aunque tales variables externas pueden, sin duda influir en la conducta, no hay una relación necesaria entre cualquier variable externa dada y la conducta. En suma, nuestra acción viene determinada por nuestra intención de llevarla a cabo y esa intención está determinada por su actitud y por la norma subjetiva referida a la ejecución de tal conducta. A su vez, la actitud hacia la conducta viene determinada por las creencias acerca de los resultados de esa conducta y por la valoración de tales resultados; la norma subjetiva viene determinada por la presión recibida desde los otros significantes para llevar a cabo esa conducta y, a la vez por la motivación para cumplir con los deseos de esos otros significantes.

La TAR ha sido aplicada a diversos problemas de salud, tales como planificación familiar (Fishbein y Jaccard, 1973), alcoholismo (Fishbein, Ajzen y McArdle, 1980), adicción al tabaco (Jaccard, 1975), fumar cigarrillos (Fishbein, 1980), drogas (Escámez, Martínez, 1988) (Mínguez, Ortega, 1990) SIDA (Terry et al. 1993) y ha recibido un apoyo considerable como teoría bastante útil en la predicción de una gama amplia de conductas sociales (Ajzen, 1988; Ajzen y Fishbein, 1980). Sin embargo, como ya se ha mencionado, una de las críticas más relevantes que se le ha hecho es su incapacidad para explicar adecuadamente los comportamientos que no están totalmente bajo control de la voluntad. Por ello, han aparecido modificaciones de la teoría de la acción razonada original a fin de conseguir que pudiera explicar las acciones que no están totalmente bajo el control voluntario. De esa manera, Ajzen propuso la "teoría de la conducta planeada" (TCP) (Ajzen, 1985, 1987, 1988) que también fue desarrollada por Warshaw y Davis (1985).

La TCP mantiene, igual que la TAR, que el determinante más inmediato del comportamiento de una persona es la intención comportamental (lo que una persona tiene intención de o se propone hacer). La intención aquí es función de tres conjuntos de factores: primero, la actitud hacia la conducta de que se trate (cuyos determinantes son los mismos que la TAR); segundo, la norma subjetiva o presión social percibida para ejecutar la conducta en cuestión (cuyos determinantes son los mismos que en la TAR), tercero (y aquí estriba la diferencia con la TAR), una medida de hasta qué punto la persona tiene el control de la conducta en cuestión.

Este último determinante es el elemento que la TCP añade para explicar los comportamientos no voluntarios. Para ser más precisos, el componente que la TCP es el "control comportamental percibido", es decir, la creencia que la persona tiene de en qué medida puede controlar la ejecución de un comportamiento determinado. Este componente adicional (que convierte a la TAR en TCP) parece añadir un mayor poder en la capacidad de predecir (y explicar) la intención comportamental y el propio comportamiento (Ajzen, 1991). El control comportamental percibido se basa en una evaluación del poder de factores de control interno (como información, deficiencias personales, destrezas, capacidades, emociones) y factores de control externo

(oportunidades, dependencia de otros, obstáculos) (Conner y Norman, 1994). Es interesante señalar que el concepto de control comporta mental percibido se solapa en gran parte con el de auto-eficacia percibida utilizado en otros modelos teóricos. La necesidad de completar la TAR, incorporando el concepto de auto-eficacia percibida fue igualmente subrayada por Rodríguez Marín (1994). Así pues, de acuerdo con la TCP, una persona ejecutará probablemente una acción concreta si cree que tal comportamiento conducirá a unos resultados concretos que valora positivamente; si cree que las personas a las que respeta y cuyo criterio tiene importancia para ella piensan que debería llevar a cabo tal acción; y si cree que puede controlar fácilmente la ejecución de la acción en cuestión y hay pocos obstáculos para hacerlo y muchos facilitadores para ello.

Así pues, de acuerdo con la TCP, una persona ejecutará probablemente una acción concreta, si cree que tal comportamiento conducirá a unos resultados a unos resultados concretos que valora positivamente; si cree que las personas a las que respeta y cuyo criterio tiene importancia para ella piensan que debería llevar a cabo tal acción en cuestión y hay pocos obstáculos para hacerlo y muchos facilitadores para ello.

En suma, la TCP es una extensión de la TAR, producida en los años ochentas por Ajzen (Ajzen, 1985, 1988; Ajzen y Madden, 1986) a fin de poder explicar las conductas que no están bajo el control voluntario, incorporando los componentes de la TAR más un nuevo determinante de la intención comporta mental: la variable "control comporta mental percibido", que se define como "la dificultad o facilidad percibida para ejecutar la conducta correspondiente" (Ajzen, 1987:44).

El mismo Ajzen llevó a cabo una revisión en 1991 sobre los trabajos que se habían realizado respecto a la predicción de la intención comporta mental. Los resultados de ese estudio demostraron que el control comporta mental percibido era un predictor significativo de la intención comporta mental en los dieciséis estudios revisados. La revisión de Ajzen (1991) reveló también que, en la mayoría de los estudios revisados, aunque no en todos, el control comporta mental percibido era un predictor significativo

de la ejecución del comportamiento. Otros estudios como el de Schlegel y otros (1992) obtuvieron los mismos resultados.

Los resultados de las revisiones mencionadas, y algunos otros trabajos (De Vellis et al., 1990; Schlegel et al., 1992; Fishbein y Stasson, 1990; Dzewaltowski, Noble y Shaw, 1990), llevaron a algunos investigadores, y en particular a Warshaw y Davis, (1985) a reflexionar más detenidamente sobre la capacidad explicativa de la TCP, y de sus componentes, en su aplicación al estudio de comportamientos, como los adictivos, que no están, al menos absolutamente, bajo el control de la voluntad. Su reflexión les llevó a la conclusión de que los investigadores que habían aplicado la teoría de la acción razonada habían confundido frecuentemente la intención comportamental con un constructo diferente aunque relacionado: la expectativa comportamental. El examen de las aplicaciones de la TCP que han llevado a cabo Morojele y Stephenson (1994) pone de relieve precisamente que muchos de los investigadores habían definido operativamente la intención comportamental como una "auto predicción" o "expectativa comportamental" (Beck y Ajzen, 1991; De Vellis et al., 1990; Godin et al., 1992; Parker et al., 1992; Schlegel et al., 1992)

De hecho, un análisis detenido de la formulación que el mismo Ajzen hizo originalmente de la TCP demuestra que la idea de la "expectativa comportamental" estaba ya en ella, y que su tratamiento era muy semejante al de Warshaw y Davis (1985). Ajzen indica expresamente (Ajzen, 1985:33) que las definiendo la "intención comportamental" como el grado en el que una persona ha formulado planes conscientes para ejecutar una conducta específica futura " (1985, 214), en contraste con la "expectativa comportamental", que se define como "la estimación que una persona hace de la probabilidad de que pueda realmente ejecutar una conducta futura específica" (1985: 215). Sobre esa base Warshaw y Davis argumentan que las intenciones comportamentales no explicaban fiablemente los comportamientos, en el caso de comportamientos no sometidos al control de la voluntad, y propusieron que la expectativa comportamental es un candidato mejor para la predicción del comportamiento que la intención comportamental, dado que los juicios de expectativa comportamental incorporan tanto factores de control como cambios futuros previsibles en las intenciones. En consecuencia,

según estos autores en las conductas que están bajo un completo control voluntario para las cuales las consideraciones no son relevantes, la interacción comporta mental puede seguir siendo un antecedente apropiado de la ejecución de la conducta; pero en el caso de comportamientos que no estén sometidos a ese control, la expectativa comporta mental sería un mejor predictor de la ejecución de la conducta.

En resumen, Warshaw y Davis (1985) proponen que las expectativas comporta mentales pueden ser incorporadas en la teoría de la conducta planeada como una base más "plausible" para predecir la conducta que las intenciones comporta mentales, especialmente cuando se trata de conductas no voluntarias. Cuanto mayor sea el grado en el que una conducta está bajo un control voluntario, mayor será la relación entre la intención comporta mental y la expectativa comporta mental.

Como Morojole y Stephenson (1994) señalan, la consideración del papel de la expectativa comporta mental es interesante por varias razones: primero, por el papel relevante de la expectativa comporta mental en la predicción de conductas sociales; segundo, porque en numerosas ocasiones se ha demostrado que la expectativa comporta mental incluyen consideraciones de control y cambios previsibles en la intención comporta mental, que son factores que debilitan la relación entre intención y conducta; y cuarto, la expectativa comporta mental es relevante para la predicción de conductas no voluntarias.

Por estas razones, Morojole y Stephenson (1994) proponen incorporar las expectativas comporta mentales en la TCP como base más plausible de predicción que las intenciones comporta mentales; que el control comporta mental percibido y la intención comporta mental se refieren directamente a la expectativa comporta mental; y que cuanto más cae la conducta bajo el control voluntario, más fuerte será la relación entre intención comporta mental y la expectativa comporta mental.

Estas modificaciones, que estos autores introducen para convertir la teoría de la acción razonada (TAR) en la teoría de la conducta planeada, son particularmente pertinentes en las conductas adictivas y en los intentos de controlarlas, sobre todo en los casos en los que hay elementos voluntarios. De esta manera, la teoría de la conducta planeada,

enriquecida con el concepto de expectativa comporta mental parece más apropiada para la predicción de las conductas adictivas de lo que, en su momento, lo fue la teoría de la acción razonada.

TEORÍA DE LA CONDUCTA PLANEADA

Como señalan Swonger y Constantine (1985), "adicción" es un término de utilización ambigua y profusamente cargado de resonancias emocionales. Cabe definir la adicción como un comportamiento repetitivo, sujeto a fuerzas motivacionales poderosas, que persiste a pesar de las sanciones y/o a pesar de los daños potenciales o reales que pueden darse para la propia persona o para aquellas con las que esta persona está o entra en contacto. En su mayor parte, las conductas adictivas implican el uso de drogas, incluyendo la nicotina (tabaco) y el alcohol, pero también implican conductas tales como la adicción al juego (ludopatía).

Así pues, cuando hablamos de adicción estamos hablando de conductas adictivas: conductas compulsivas habituales e irracionales, sujetas a fuerzas motivacionales poderosas que persisten a pesar de sanciones sociales y/o daños potenciales o reales para el propio sujeto o para los demás. También es evidente, a partir de esa definición, que aunque la adicción tiende a estar asociada con el abuso de sustancias específicas, tales como las drogas o el alcohol, y/o la ejecución de conductas específicas, tales como el juego, la característica clave de tales conductas no es el abuso de tales sustancias o la ejecución de aquellas conductas por sí mismas, sino más bien la manera compulsiva (por una fuerza motivacional poderosa), "irracional" (a pesar de las sanciones sociales y de los daños para uno o los demás), en la que las conductas son ejecutadas.

Para explicar las conductas adictivas se han desarrollado muchas teorías, incluyendo modelos morales que han considerado el comportamiento adictivo como un resultado de la "debilidad moral"; o modelos biomédicos que consideran la adicción como una enfermedad. Desde los años setentas, sin embargo, y cada vez más, las conductas adictivas van siendo consideradas como conductas aprendidas. De hecho, la sustitución de adicción por conducta adictiva es un resultado de ese punto de vista.

Ciertamente, la "teoría de la enfermedad" ha persistido y es útil para la explicación de algunos aspectos de la adicción. Este modelo incluye básicamente las siguientes ideas: considera la adicción como entidades discretas (se es adicto o no); considera la adicción como una enfermedad; se centra en el individuo como el problema; considera la adicción como irreversible; subraya la importancia del tratamiento mediante la abstinencia total.

Precisamente esa última consideración plantea uno de los problemas del modelo de "adicción como enfermedad": apoyar el tratamiento asociado a una abstinencia para toda la vida es algo complicado, puesto que una abstinencia de al tipo es rara y difícil de alcanzar. Por otro lado, este modelo plantea una perspectiva de "todo o nada", que puede promover recaídas al estimular a la persona a que se plantee metas poco razonables de abstinencia y pueda establecer una "profecía auto cumplida" de "una vez que uno bebe beberá para siempre". Finalmente, excluye el concepto de por ejemplo, "beber controlado", que sugiere que los alcohólicos puedan volver a pautas de "beber de forma normal". Este tipo de dificultades, y algunas otras, pueden ser salvadas si consideramos los comportamientos adictivos como comportamientos aprendidos. Desde esta perspectiva, tales comportamientos serían hábitos adquiridos, de acuerdo con las leyes del aprendizaje que rigen para la adquisición de cualquier conducta; de igual manera que se aprenden pueden "des-aprenderse", no son irreversibles; los comportamientos adictivos forman parte de un continuo, no son entidades discretas; su "tratamiento" puede incluir la abstinencia total o el retorno a comportamientos "normales". Los comportamientos adictivos no son diferentes de otros comportamientos. Por ello, en su adquisición entran en juego los mismos mecanismos que en la adquisición de cualquier otro comportamiento: condicionamiento clásico, condicionamiento operante, aprendizaje observacional y procesos cognitivos. Este punto de vista ha sido desarrollado por Santacreu, Zaccagnini y Márquez (1992). Como tales autores señalan, los comportamientos de consumo de sustancias psicoactivas son comportamientos que tienen, en principio, una funcionalidad psicológica, aunque eventualmente puedan llegar a resultar disfuncionales a partir de ciertos criterios (1992:53). Responden a patrones de conducta instrumentales. Es decir, se trata de

comportamientos adquiridos por un sujeto porque sistemáticamente se han demostrado eficaces para la consecución de un fin con valor motivacional para este sujeto. Por tanto, el sentido de esos comportamientos vendrá dado por el juego global de motivaciones y experiencias de la persona (es decir, de su historia de aprendizaje). El problema surge cuando aparece la disfuncionalidad del comportamiento.

El comportamiento adictivo (tal como lo consideramos aquí) aparece como estadio final de un proceso psicológico que se da en el sujeto sobre el que el juego de motivaciones y experiencias ha producido una combinación disfuncional, ante la que ha reaccionado con consistencia psicológica. Pero ser consistente en esas circunstancias implica desarrollar un patrón de comportamiento anormal en un contexto social dado. Una vez instalado el patrón disfuncional de consumo de una sustancia psicoactiva, por ejemplo, la conjunción de factores fisiológicos y psicosociales pueden empujar al sujeto a más allá del límite de autocontrol. En ese momento el instrumento comporta mental se torna autónomo y se convierte en un fin en sí mismo (Santacreu, Zaccagnini y Márquez, 1992:55). Esa "disfuncionalidad" y ese producirse "más allá de límite del autocontrol" (con o sin conciencia del sujeto) es lo que anteriormente se ha mencionado como falta de racionalidad y voluntariedad para los comportamientos adictivos.

En la medida en esos comportamientos no son racionales ni voluntarios, caerían fuera de la aplicación de la TAR. Sin embargo, hay muchos estudios que han aplicado la TAR a la predicción de la intención de ejecutar, o de la ejecución misma, de comportamientos adictivos como abuso de alcohol, fumar cigarrillos, consumo de marihuana o de otras sustancias (Pomazal y Brown, 1977; Schlegel, Crawford y Sanborn, 1977; Bearden y Woodside, 1978, Kilty, 1978, Bentler y Speckart, 1979, Fishbein, 1980; Grube, Morgan y McGree, 1986; Budd, 1986; Budd y Spencer, 1984; Fishbein, 1982; Fishbein, Ajzen y MaArle, 1980; Kristiansen y Eiser, 1986).

Sin embargo, casi la totalidad de estos estudios se realizaron con poblaciones de estudiantes "no adictos", aunque circunstancialmente usuarios de sustancias adictivas y sólo en algunos de ellos la conducta "diana" era la conducta adictiva. Ciertamente, en

algunos de esos estudios los resultados avalaron la capacidad predictiva de las variables de la TAR, pero sobre la intención comporta mental, no sobre el comportamiento mismo. Por ejemplo, en estudios sobre fumar cigarrillos entre estudiantes de bachillerato y primer ciclo universitario, la TAR demostró su capacidad para predecir la intención de fumar (Budd, 1986; Grube, Morgan y McGree, 1986; Fishbein, 1982). Sin embargo, la TAR no fue eficiente a la hora de predecir la conducta de dejar de fumar cigarrillos. En suma, estos resultados relativamente pobres, y en partes inconsistentes, demostraron la necesidad de sustituir la TAR por su versión como TCP.

Las aplicaciones de la TCP al estudio de las conductas adictivas no han sido muy numerosas. De hecho, las pocas existentes se realizaron a partir del comienzo de esta década. Una de las más relevantes es la de Godin y colaboradores (Godin et al., 1992). Los resultados del estudio de Godin proporcionan apoyo empírico a la capacidad de la TCP para predecir la intención de no fumar cigarrillos en muestras de adultos fumadores. En otro estudio, publicado igualmente en 1992, Schlegel y colaboradores (Schlegel, et, al., 1992), estudiando la conducta de emborracharse en adultos bebedores sin problemas, encontraron que el control comporta mental percibido era un buen predictor de la "intención de emborracharse". Sin embargo, en un grupo de bebedores problemáticos, el control comporta mental percibido no predecía la intención, pero sí la conducta de emborracharse. Parece pues que la TCP podría ser un modelo más potente que la TAR para comportamientos que no caen bajo el control voluntario.

Como ya hemos visto, además, algunos autores creyeron que la potencia explicativa de la TCP podría incrementarse, en el caso de los comportamientos que no están bajo control voluntario, distinguiendo entre "intención comporta mental" y " expectativa comporta mental". Tomemos el ejemplo de del alcohólico que repetidamente planea (tiene la intención o toma la decisión de) dejar de beber y que repetidamente fracasa a la hora de poner en práctica la conducta correspondiente. Sin duda, aunque podamos predecir la intención, difícilmente podremos en este caso predecir la conducta con un cierto nivel de éxito. Pero, si en lugar de la intención comporta mental, tomamos la

"expectativa comporta mental" (es decir, la creencia que el sujeto tiene de que será capaz de llevar a cabo comportamiento de abstenerse de beber, que supone expectativas sobre su propia capacidad, sobre los resultados y sobre la acción de facilitadores y obstáculos) veremos que teóricamente es posible predecir la conducta correspondiente con mayor probabilidad. De hecho, estudios sobre la adicción (que no usan la TAR o la TCP) han mostrado que las expectativas que las personas tienen sobre sus posibilidades de abstinencia futura (Gossop et al., 1990; Hall y Havassy, 1983; Howden, Chapman y Huygens, 1988). Parece, pues, que el concepto de expectativa comporta mental es relevante en la predicción de la conducta adictiva y que su incorporación a la TCP puede aumentar su capacidad predictiva, sobre todo en el caso de comportamientos que no están bajo el control voluntario.

En conclusión, la prevención de las conductas adictivas podría basarse en un análisis de tales conductas usando la TCP, enriquecida con el concepto de expectativa comporta mental, como modelo predictivo, puesto que la capacidad de la TAR, precedente de TCP, para fundamentar programas de intervención comunitaria en multitud de conductas de salud ha sido repetidamente demostrada.

3.3. LA EVALUACIÓN DE LAS ACTITUDES.

A pesar de la reconocida importancia de las actitudes en el comportamiento humano, existe un debate en torno a la evaluación de las mismas. Las actitudes pueden adquirir distintas formas, aspecto éste que denominó Zabalza (1998) como el efecto "*blandiblú*", y que en definitiva, dificulta su objeto de evaluación.

Al ser las actitudes un constructo hipotético que no puede observarse directamente, su evaluación requiere de técnicas de medición no representativas que permitan hacer inferencias sobre su composición (Dawes & Smith, 1985). Las actitudes no son susceptibles de observación directa sino que han de ser inferidas de las expresiones verbales; o de la conducta observada. Esta medición indirecta se realiza

por medio de unas escalas en las que partiendo de una serie de afirmaciones, proposiciones o juicios, sobre los que los individuos manifiestan su opinión, se deducen o infieren las actitudes. Medir una actitud consiste en concretar la postura de un sujeto ante una dimensión bipolar, en el que es imposible mostrarse neutral, de tal modo que la aceptamos o la rechazamos.

Según Zabalza (1998) el proceso de clarificación de las A pesar de la reconocida importancia de las actitudes en el comportamiento humano, existe un debate en torno a la evaluación de las mismas. Las actitudes pueden adquirir distintas formas, aspecto éste que denominó Zabalza (1998) como el efecto “*blandiblú*”, y que en definitiva, dificulta su objeto de evaluación.

Al ser las actitudes un constructo hipotético que no puede observarse directamente, su evaluación requiere de técnicas de medición no representativas que permitan hacer inferencias sobre su composición (Dawes & Smith, 1985). Las actitudes no son susceptibles de observación directa sino que han de ser inferidas de las expresiones verbales; o de la conducta observada. Esta medición indirecta se realiza por medio de unas escalas en las que partiendo de una serie de afirmaciones, proposiciones o juicios, sobre los que los individuos manifiestan su opinión, se deducen o infieren las actitudes. Medir una actitud consiste en concretar la postura de un sujeto ante una dimensión bipolar, en el que es imposible mostrarse neutral, de tal modo que la aceptamos o la rechazamos.

Según Zabalza (1998) el proceso de clarificación de las actitudes como objeto de evaluación pasa por tres etapas:

1. Identificar la actitud y su contenido básico.
2. especificar los comportamientos conductuales y emotivos que constituyen una manifestación coherente con la actitud que se desea abordar.

3. Seleccionar o construir los instrumentos más idóneos para la recogida de información que nos permita evaluar la actitud.

Actualmente estamos en condiciones de poder medir las actitudes a través tanto de la observación directa, de entrevistas semi-estructuradas, como de escalas de actitudes tipo Likert. Autores como Del Rincón y otros (1995), Buendía (1999), Zabalza (1998) y Barbero (1999) analizan las técnicas e instrumentos para evaluar las actitudes, algunas de las cuales se muestran sintetizadamente en la siguiente tabla.

ACCESO A LAS ACTITUDES	TECNICAS	INSTRUMENTOS
Vía de las conductas o de los comportamientos	Observación	- Registros anecdóticos.
		- Listas de control.
		- Escalas de valoración o estimativas.
		- Diarios.
		- Otros instrumentos.
Vía del lenguaje	Escalas y cuestionarios	- Escalas tipo Thurstone.
		- Escalas tipo Likert.
		- Escalas tipo Guttman.
		- Escalas de distancia social (Bogardus).
		- Diferencial Semántico de Osgood.

Fuente: Zaragoza, J.M. (2003). Actitudes del profesorado de Secundaria Obligatoria hacia la evaluación de los aprendizajes de los alumnos. Tesis Doctoral.

La *observación* nos permite inferir actitudes del comportamiento manifestado por

alguien. Sin embargo, la observación como instrumento de evaluación de las actitudes presenta limitaciones, ya que toda conducta que observamos no se encuentra inducida o predispuesta por una determinada actitud. Por tanto, a pesar de los diversos tipos de observación, que deben ser seleccionados en función de los propósitos del investigador, la observación debe emplearse acompañada o complementada con otros instrumentos de evaluación.

Por otra parte, las *escalas*, donde el propio sujeto es el informante, no sólo determinan la presencia de una determinada actitud, sino que además nos “permiten establecer diferencias de grado entre individuos respecto a una actitud” (Del Rincón y otros, 1995, 180). Las escalas de actitud suelen presentar un conjunto de proposiciones, afirmativas o negativas, relacionadas con el objeto actitudinal y se solicita al sujeto que se posicione ante ellas, manifestando su grado de acuerdo o desacuerdo con el contenido del enunciado. En la tabla que nos ofrece Zaragoza (2003) podemos conocer cada una de las variantes que puede adoptar las escalas de actitudes.

TIPO DE ESCALA	DESCRIPCION
<ul style="list-style-type: none"> - Escala diferenciales o de Thurstone. 	<ul style="list-style-type: none"> - Compuestas por un número determinado de ítems (20 a 22), cuya posición en la escala se ha determinado por la clasificación o evaluación de jueces. - Las reacciones posibles que aparecen en este tipo de escala representan un punto en el continuo entre la actitud más favorable y la más desfavorable; los diversos enunciados tratan de reflejar sentimientos a intervalos equidistantes entre los dos polos de la actitud. - Teóricamente, en este tipo de escala, un sujeto debe escoger enunciados contiguos en la escala.
<ul style="list-style-type: none"> - Escalas aditivas o de Likert 	<ul style="list-style-type: none"> - A diferencia de las de tipo Thurstone, los ítems no se distribuyen gradualmente a lo largo de la escala.

	<ul style="list-style-type: none"> - La respuesta que da el sujeto muestra su grado de acuerdo/ desacuerdo en relación a cada enunciado. - La mitad de los ítems deben estar redactados de forma positiva y el resto de manera negativa respecto al objeto actitudinal.
- Escalas acumulativas de Guttaman.	<ul style="list-style-type: none"> - Constan de un número reducido de ítems homogéneos para medir una actitud; al medir una sola variable, son escalas unidimensionales. - Todos los ítems miden la misma característica pero con distinta intensidad. La elección de un enunciado en concreto supone estar de acuerdo con todo los ítems que se hallan por debajo de el.
- Escalas de distancia social (Bogardus).	- Presentan diferentes actitudes de aceptación/ rechazo hacia personas, ordenándolas en base al nivel de proximidad y cooperación que el sujeto estaría dispuesto a mantener con ella.
- Escala de diferencial semántico de Osgood.	- Constan de una lista de conceptos referidos a un mismo tópico, debiendo valorarlos el sujeto mediante escalas de adjetivos bipolares o contrapuestos que guardan relación con el concepto.

Fuente: Zaragoza, J.M. (2003). Actitudes del profesorado de Secundaria Obligatoria hacia la evaluación de los aprendizajes de los alumnos. Tesis Doctoral

La tendencia en la investigación sobre la evaluación de las actitudes ha sido pasar de instrumentos cuantitativos (escalas de LIKERT, diferenciales semánticos y cuestionarios de opción múltiple) a otros más cualitativos (entrevistas semi estructuradas, cuestiones abiertas, historias de vida). En este sentido, Aikenhead (1988) comparó cuatro métodos de evaluación de las actitudes, concretamente, escalas de Likert, cuestionarios de opción múltiple, preguntas de respuesta abierta y

entrevistas semi estructuradas, poniendo de manifiesto una mayor fiabilidad de esta última frente a las demás. Sin embargo, a pesar de ofrecer una información bastante segura, las entrevistas semi-estructuradas, así como otras técnicas cualitativas presentan algunas limitaciones derivadas principalmente del esfuerzo que conlleva el análisis de los resultados obtenidos de las mismas, así como el tiempo invertido en la recogida de la información. Por ello, estas técnicas suelen emplearse con muestras muy pequeñas. Debemos reconocer que tanto la metodología cuantitativa como la cualitativa presentan ventajas e inconvenientes a la hora de ser empleadas en investigaciones.

3.3.1. INSTRUMENTOS DE MEDIDA DE LAS ACTITUDES: LA ESCALA DE ACTITUDES.

Definimos una escala como una serie de ítems o frases que han sido cuidadosamente seleccionados, de forma que constituyan un criterio válido, fiable y preciso para medir de alguna forma los fenómenos sociales. En nuestro caso, este fenómeno será una actitud cuya intensidad queremos medir.

Para Acevedo y otros autores 2008, las conocidas escalas Likert se enmarcan en las técnicas psicométricas donde se recogen diversos ítems que pretenden valorar un atributo común, la actitud que se trata de medir.

La **escala de actitudes** como instrumento de medida nos permite conocer qué vector, el conductual o normativo, es el que mayormente determina el posicionamiento de los individuos ante la realidad sobre la que hay que responder. De manera que los ítems de la escala de actitudes, que necesariamente han de estar en relación con el análisis de la realidad que pretendemos analizar, indagan en aspectos que nos revelan la fuerza de las creencias, las actitudes, las normas subjetivas y las intenciones de acción.

La probabilidad de acuerdo o desacuerdo con cualquiera de las series de ítems

favorables o desfavorables, con respecto a un objeto, varía directamente con el grado de actitud de un individuo. Un individuo con una actitud favorable responderá favorablemente a muchos ítems (es decir, estará de acuerdo con muchos ítems favorables al objeto y disentirá a los desfavorables); de un individuo ambivalente puede esperarse que responda desfavorablemente a unos y favorablemente a otros; un individuo con una actitud desfavorable responderá desfavorablemente a muchos ítems.

Las escalas de actitudes se centran sobre todo en el componente afectivo o emocional de los alumnos. Una vez que ya hayamos valorado previamente el componente cognitivo (la información que el sujeto tiene respecto de esa situación, cosa o persona), tenemos que determinar el grado de aceptación o rechazo; acuerdo o desacuerdo; se estamos a favor o en contra de una actitud, etc. de una actitud.

a) Definición de Ítem y características

Un ítem es una frase o proposición que expresa una idea positiva o negativa respecto a un fenómeno que nos interesa conocer. El ítem expresa una opinión o sentimiento sobre un tema concreto (objeto a medir) y la respuesta al mismo se considera como un indicador de la posición valorativa ante tal afirmación hecha por el propio individuo singular.

Las características o criterios a seguir en la elaboración de Ítems son los siguientes

- ✓ Unidad mínima de información.
- ✓ Se refieren a diferentes rasgos de la actitud. Se deben recoger todas las dimensiones teóricas o cognitivas de la actitud.
- ✓ Tienen que ser indicativos de una actitud concreta. No se puede hacer referencia a dos actitudes o bien se trata de una actitud positiva, favorable o de aceptación o bien se trata de una actitud negativa, desfavorable o de rechazo. Un mismo ítem no puede recoger ambas expresiones de la actitud.
- ✓ Implica razones por las que un sujeto acepta o rechaza una actitud.
- ✓ Cada ítem debe aportar algo nuevo.

- ✓ Los ítems han de ser cortos y breves.
- ✓ Claros y Precisos.
- ✓ Debe tener un sólo contenido informativo. No podemos mezclar contenidos.
Si en un mismo ítem se diferencian dos tipos de información distinta puede suceder que el individuo acepte la primera parte del ítem y se muestre en contra con la segunda parte del mismo
- ✓ Debemos evitar poner dobles negaciones, pues se presta a confusiones.
Una doble negación es una afirmación.
- ✓ No es conveniente utilizar oraciones subordinadas, son más claras las oraciones coordinadas, sencillas y directas.
- ✓ No se expresan en forma interrogativa.

MARCO METODOLÓGICO.

CAPÍTULO 4. DISEÑO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN.

4.1. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.

Propósito fundamental de este estudio es conocer cuáles son las actitudes de los adolescentes de nivel de bachillerato frente al consumo de drogas, en la ciudad de Mexicali, Baja California, en el primer semestre del año 2012.

Preguntas de investigación planteadas hacia el proceso de investigación

¿Es posible conocer las actitudes que presentan los adolescentes de nivel bachillerato en el semestre 2012-1?

¿El cambio de actitud supone una tendencia positiva hacia a una vida saludable (Divertirse sin consumir alcohol, optar por un modo de vida sano, etc.)?

¿Es posible cambiar las actitudes hacia el consumo de alcohol y otras drogas. ?

¿Debería producirse un incremento en la valoración de la información que sobre las drogas y los problemas derivados del mismo, que reciben los jóvenes en su Centro educativo?

¿Debe de elevarse el nivel de conocimientos sobre la influencia del alcohol y las drogas en los accidentes de tráfico?

¿Debería desterrarse la idea que tienen los jóvenes sobre la asociación de cualquier celebración juvenil y el consumo de bebidas alcohólicas y drogas?

4.2. CARACTERÍSTICAS DE LA INVESTIGACIÓN.

Esta investigación desarrollada es de corte socio-psicológico y descriptiva, de una realidad determinada, el instrumento basado en el cuestionario habilitado para tal fin, por el grupo de investigadores de la Universidad de Valencia, España integrado por Juan Escámez y B. Martínez (1988) y Universidad de Murcia integrado por el Dr. Pedro Ortega, Ramón Minguez Vallejos y Francisco A. Pagán Martínez (1993). que se centra principalmente en conocer las actitudes que los adolescentes tienen hacia el consumo de drogas, en escuelas de nivel secundaria y que se adaptó para educación media superior (preparatoria) de la ciudad de Mexicali, Baja California México, en el ciclo escolar 2012-1, que contempla el abordaje de instituciones educativas que pertenecen al sistema educativo estatal distribuidas en el área urbana, semiurbana y rural; la de tipo privado (CETYS-UNIVERSIDAD) y del Sistema Educativo Estatal de Baja California de tipo público Federal (CEBATIS #140) y de tipo Estatal (CECYTE COMPUERTAS) ubicado en poblado Islas Agrarias A, que geográficamente se ubica en una zona rural, considerada por su ubicación en una zona marginal.

4.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

El objetivo fundamental de esta investigación es conocer cuáles son las actitudes de una población estudiantil de nivel bachillerato (preparatoria) en la ciudad de Mexicali, Baja California, México durante el ciclo escolar 2012-1, en tres áreas geográficamente diferentes: urbana, suburbana y rural (marginal) y con poblaciones estudiantiles pertenecientes a colegios privados (CETYS-UNIVERSIDAD), colegios públicos de tipo federal (CEBATIS 140) y colegio público de tipo estatal (CECYTE COMPUERTAS). Así mismo esta investigación realizará un estudio comparativo por zonas y plantel para buscar la existencia de variaciones en la presentación de resultados.

4.4. INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE LA INFORMACIÓN: LA ESCALA DE ACTITUDES HACIA EL CONSUMO DE DROGAS.

Para realizar esta investigación y poder conocer las actitudes de los adolescentes frente al consumo de drogas en la población estudiada, se utilizó la técnica del cuestionario o auto informe, usando el " cuestionario-escala sobre actitudes de los estudiantes del ciclo superior de EGB ante las drogas" de los profesores Juan Escámez y B. Martínez (Escámez, J.1990) La estructura del cuestionario aparece dividida en dos tipos de variables (V. independientes y V. dependientes), estas últimas a su vez se dividen en seis categorías o conjuntos actitudinales en función de la información que se quiere obtener:

- 1.-Las drogas no perjudican la salud (ítems: 10, 18, 22, 24, 26, 28, 32).
- 2.-Presión social para el consumo de drogas (ítems: 11, 21, 23, 30).
- 3.-Las drogas no generan dependencia (ítems: 16, 17, 19).
- 4.-Efectos placenteros del consumo de drogas (ítems: 13, 15, 25).
- 5.-El consumo de drogas no perjudica para la práctica del deporte y el rendimiento escolar (ítems: 14, 20,31).
- 6.-Tolerancia –aceptación social del consumo de drogas (ítems: 12, 27, 29).

4.5. POBLACIÓN Y MUESTRA.

La investigación Actitudes de los adolescentes frente al consumo de drogas en la población escolar de nivel medio superior (Escuelas Preparatorias) con edades que abarcan de los 16 a 18 años, ubicando a nuestros sujetos de estudio en los sextos semestres del ciclo escolar 2012-1, en la ciudad de Mexicali, B.C. México, considerada la tercera etapa educativa, previa al ingreso del ciclo universitario, con una población total de N: 36,785 de alumnos de colegios inscritos en el Sistema Educativo Estatal de Baja California a nivel Medio superior considerando Planteles Estatales con 22,943 alumnos (62.3 %), Planteles Federales con 7,503 alumnos (20.4%) y Planteles privados con 6,339 alumnos (17.3%), con un tamaño de la muestra seleccionada de 310 estudiantes, es estadísticamente aun nivel de confianza del 99.7 % y un margen de error del + - del 2 %. Una alfa de Crombach de 0.87.

La encuesta se aplicó a un total de 198 estudiantes de los cuales 86 son hombres (43.43 %) y 112 mujeres (56.67 %) distribuidos en zona urbana, semiurbana y rural del municipio de Mexicali, B.C. México.

La recogida de datos se realizó durante los meses de abril y mayo del 2012, mediante la aplicación del cuestionario en el tiempo normal de clase, en Centro de Bachillerato tecnológico Industrial y de Servicios (CEBATIS # 140) (65 alumnos 31.4 %), CECYTE compuertas (66 alumnos 32.8 %) y CETYS-UNIVERSIDAD (67 alumnos 33.8%) (Ver anexo).

El tratamiento de los datos procedentes de la escala de actitudes de los adolescentes frente al consumo de drogas, se realiza mediante el paquete estadístico SPSS-17 se realizan análisis descriptivos básicos (frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central y dispersión para las variables contempladas en el estudio) A nivel correlacional, utilizamos el alfa de Crombach para calcular el índice de fiabilidad y validez. También se han aplicado pruebas de contraste como la t de student para

comprobar si existen diferencias estadísticamente significativas en las actitudes del alumnado frente al consumo de drogas.

4.6. VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN.

En el contexto de esta investigación aparecen derivadas del análisis del instrumento la presencia de dos tipos de variables; las primeras identificadas como socio-demográficas como son: el sexo, la edad, nivel de estudios de los padres y profesión de los mismos que son conocidas como variables independientes y para el objetivo de este estudio interesa conocer si las actitudes de los alumnos hacia la droga están asociadas a ellas, tanto como a las variables dependientes que para este instrumento quedan conformadas en 6 grupos que a su vez integran diferentes ítems, cada una.

Estos grupos son:

- 1.-Las drogas no perjudican la salud (ítems: 10, 18, 22, 24, 26, 28, 32).
- 2.-Presión social para el consumo de drogas (ítems: 11, 21, 23, 30).
- 3.-Las drogas no generan dependencia (ítems: 16,17, 19).
- 4.-Efectos placenteros del consumo de drogas (ítems: 13, 15, 25).
- 5.-El consumo de drogas no perjudica para la práctica del deporte y el rendimiento académico (ítems: 14, 20, 31).
- 6.-Tolerancia-aceptación social del consumo de drogas (ítems: 12, 27, 29).

4.7. LÍMITES DE LA INVESTIGACIÓN.

Este trabajo de investigación no pretende detectar conductas ni establecer la prevalencia en el consumo de drogas, fundamentalmente porque en nuestro medio la mayoría de las organizaciones del país se enfocan en ese cometido como la Encuesta Nacional de Adicciones, (ENA), Centros de Integración Juvenil (CIJ), Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC) y algunas dependencia con Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Centros Nueva Vida. Esta específicamente orientado a realizar una evaluación del conocimiento de las actitudes que presentan los adolescentes frente al consumo de drogas, de entrada plantea una limitante específica, que pretende

poner sobre la mesa de la discusión un conjunto de datos y de información con el objetivo de hacer un diagnóstico situacional del fenómeno de las adicciones en un momento determinado basado única y exclusivamente en la perspectiva de las actitudes. A la luz y la claridad de los conocimientos obtenidos servirán de base para posteriormente darle estructura con puntos específicos a proyectos de intervención que se fundamente en el campo de la educación para la salud y concretamente en los niveles de prevención de las adicciones en las diferentes etapas de la adolescencia, basado fundamentalmente en el cambio de actitudes. Los proyectos de intervención bajo esta perspectiva deberán incluir a los diferentes elementos que forman parte del medio social y económico que giran en el entorno del adolescente; es decir a los padres de familia a través de un proyecto que bien podría ser un diplomado para padres con enfoque en valores para fortalecer la educación preventiva y ayudar al centro educativo apoyando proyectos de educación para la salud. Otro elemento de cuya importancia las escuelas no podrán prescindir es el docente quien deberá recibir capacitación a través de cursos o diplomados en educación para la salud en forma de módulos sobre adicciones, mismos que deberán ser diseñados con una estructura curricular flexible y transversal para adquirir las competencias que les permitan identificar a los adolescentes con conductas de riesgo y estar canalizando aquellos alumnos hacia los cursos de prevención de adicciones.

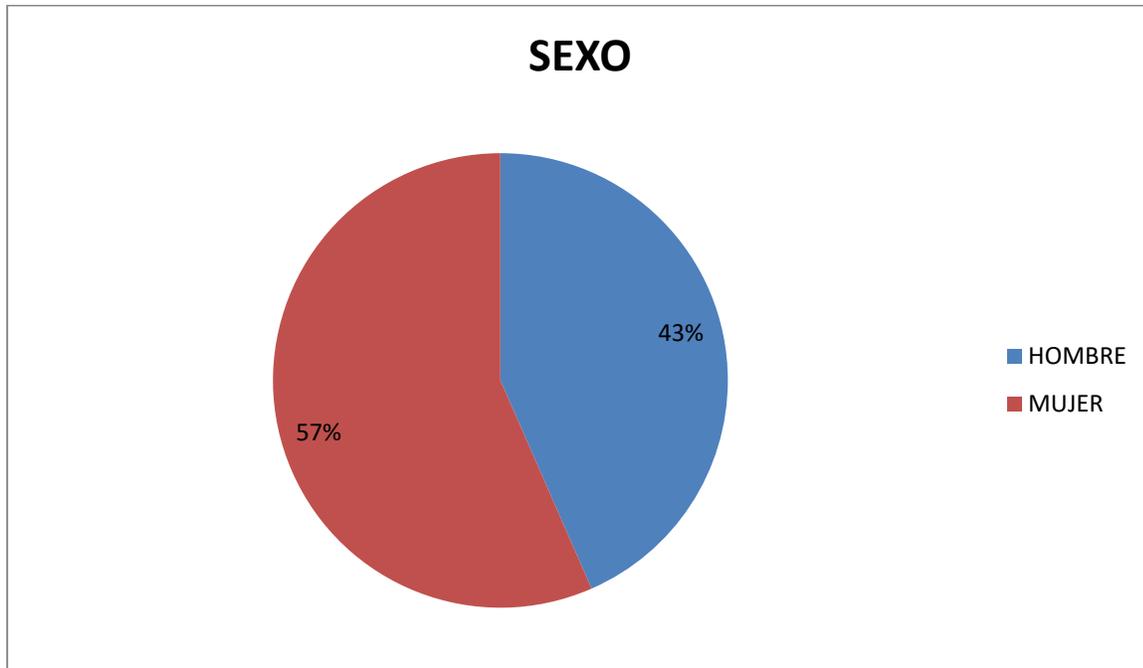
CAPÍTULO 5. ANÁLISIS DE LOS DATOS OBTENIDOS.

5.1. LECTURA DIRECTA.

5.1.1. VARIABLES INDEPENDIENTES.

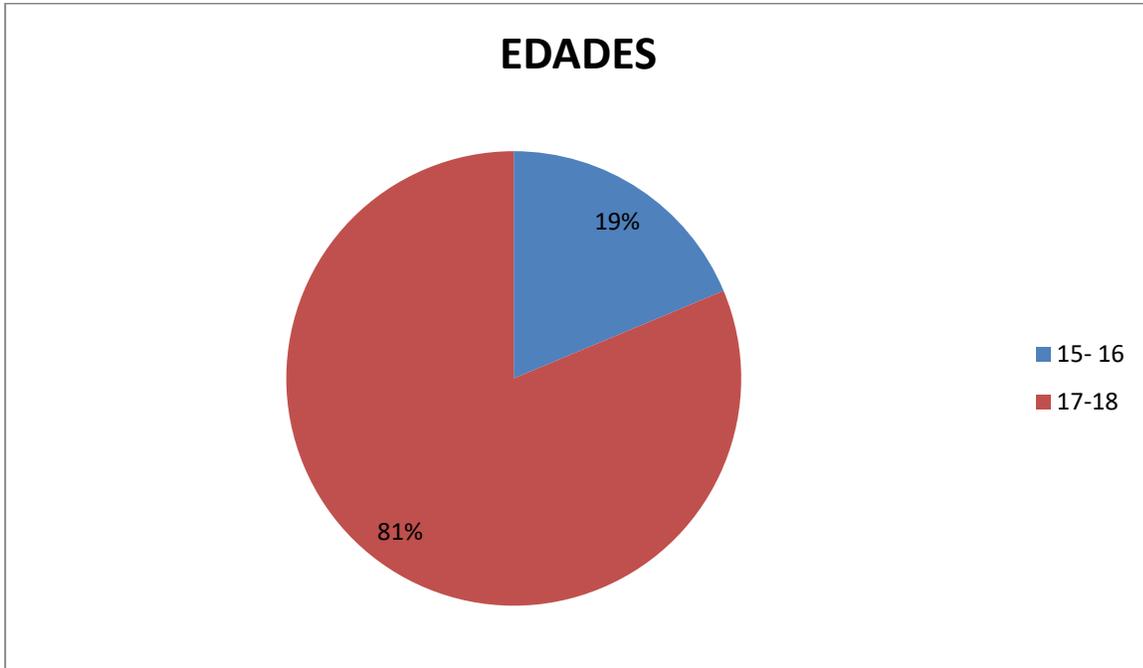
5.1.1.1. SEXO.

Del total de la muestra de 198 encuestas, 112 son mujeres con un 56.6 % y 86 son varones con un 43.4 % por genero, existiendo una ligera diferencia a favor de las mujeres sobre los varones.



5.1.1.2. EDAD.

La edad de los 198 participantes de esta investigación es de 15 a 16 años para 37 alumnos con porcentaje de 18.7% mientras que la edad de 17-18 años fueron 161 estudiantes con un porcentaje de 81.3 % de la muestra. Esto adquiere importancia a la luz de que la mayoría ya posee un desarrollo y madurez de su sistema nervioso y un desarrollo de su juicio moral, importante esencialmente para la toma de decisiones.



5.1.1.3. TIPO DE ESCUELA.

El tipo de centro donde estudian los adolescentes que integran esta muestra 131 (66.2%) pertenecen a escuelas públicas (CEBATIS 140 y CECYTE COMPUERTAS) mientras que 67 (33.8%) están ubicados en escuela privada (CETYS-UNIVERSIDAD).

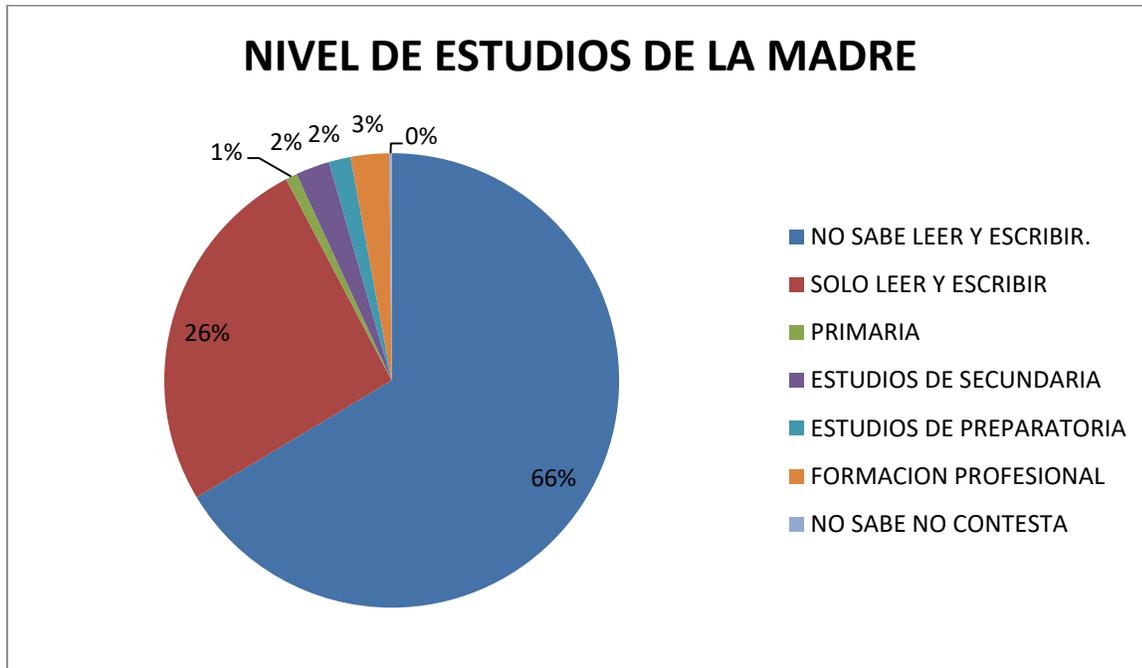


5.1.1.4. ESCOLARIDAD DE LOS PADRES.

Datos obtenidos de esta muestra revelan que la mayoría de los alumnos tienen padres con niveles de estudio elevados en promedio a escala social; nivel bachillerato 45 (22.7%) estudios técnicos 27 (13.6%) formación profesional 14 (7.1%), estudios superiores 44 (22.2%) y postgrado 12 (6.1%) que en total son 142 (71.7%) englobados en esta categoría, mientras que el nivel mínimo de conocimientos englobado en esta categoría representa a 39 (19.7%) entre padres con nivel de estudios primaria 36 , solo saben leer y escribir 2 y no saben leer ni escribir 1.



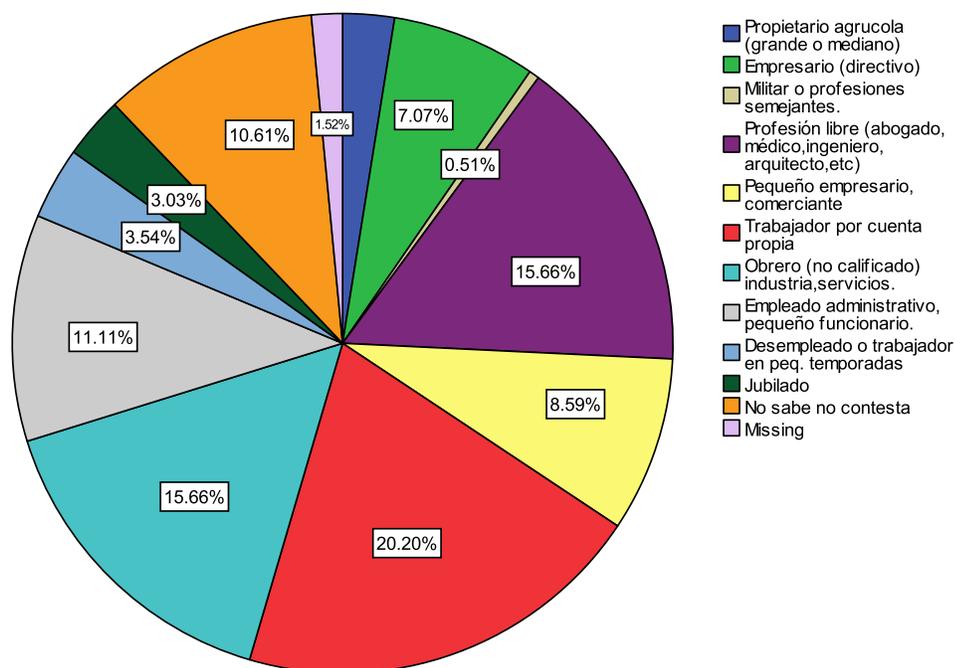
Los datos referidos al nivel de estudios de la madre muestran que 105 (53%) tuvieron estudios a nivel superior en la escala social, mientras que 84 (42.4 %) presentaron estudios básicos. Esto comparativamente refleja que el padre de familia tiene un nivel de estudios superior que las madres socialmente hablando en nuestro medio, en relación con otros estudios realizados (Escámez, J. y Martínez, B. 1988 y Ortega, P y Mínguez, R. 1990) en Valencia y Murcia, España.



5.1.1.5. PROFESIÓN DEL PADRE O CABEZA DE FAMILIA.

La información obtenida de esta muestra revela un elevado porcentaje de alumnos cuyos padres pertenecen a una categoría de trabajadores que trabajan por su propia cuenta, es decir independiente con un 20.20 %, seguidos de profesionistas libres (médicos, abogados, arquitectos, ingenieros, etc. con un 15.66 %, así como obreros no calificados que ofertan su trabajo a la industria de servicios con un 15.66 %, empleados administrativos que presentan un 11.11 %, contrastan estos porcentajes con empresarios, directivo, y altos cargos en la industria con 7.07 %, así como desempleado y trabajador en pequeñas temporadas con 3.54 %.

4. Profesión del padre o cabeza de familia



5.1.2. VARIABLES DEPENDIENTE, REPORTE GLOBAL.

5.1.2.1. LAS DROGAS NO PERJUDICAN LA SALUD.

Alumnos que manifiestan las creencias y sus correspondientes actitudes sobre el consumo de drogas y su no incidencia negativa en la salud.

No. De Ítem	Pregunta	Porcentaje
10	Estoy convencido de que si tomará bebidas alcohólicas no perjudicaría mi salud.....	23.2 % A
18	Cuando los chicos de mi edad fuman perjudican su salud.....	11.7 % D
22	Fumar de vez en cuando no me perjudicaría en absoluto.....	17.2 % A
24	El uso de medicinas, sin necesidad, puede perjudicarme	15.2 %D
26	No es necesario probar marihuana, para saber que daña mi salud.....	19.2 %D

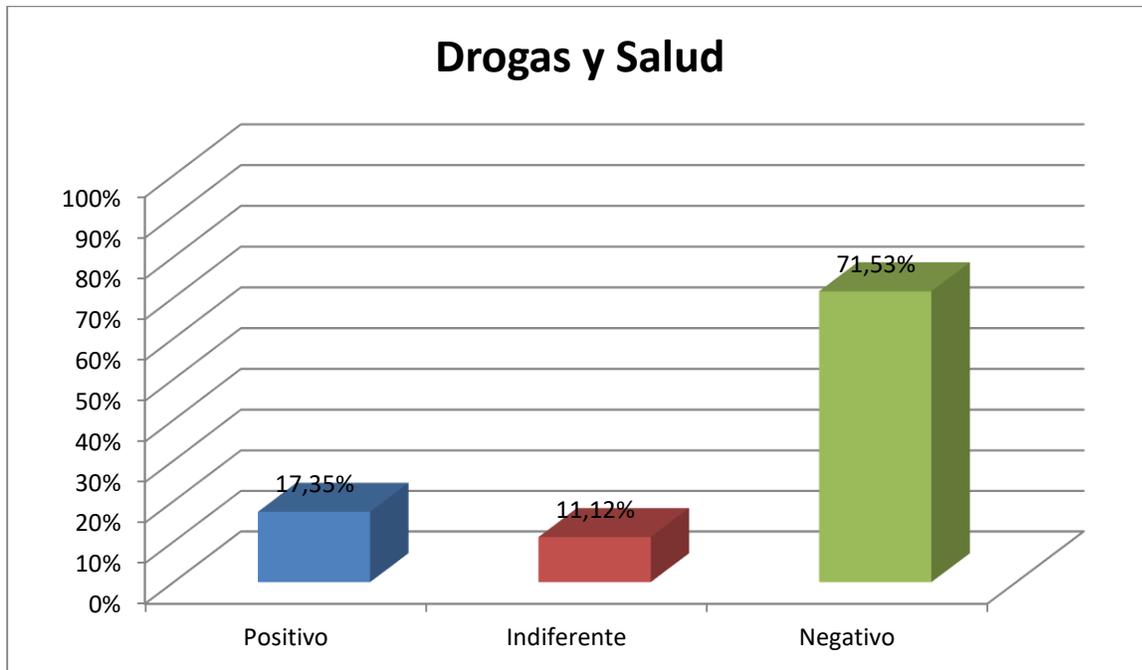
28	Aunque tomará drogas no me perjudicaría.....	12.8%A
32	Estoy convencido de que el consumo de drogas no me perjudicaría tanto como dicen mis padres, maestros o la televisión.....	16.2 %D

De acuerdo a estos datos, se puede afirmar que la información proporcionada a través de las diversas actividades de prevención de adicciones en los ciclos escolares previos ha permitido a la población escolar adolescente disponer de conocimientos claros y precisos sobre el peligro que ocasiona el consumo de drogas de una manera satisfactoria, comportándose esto como un factor de protección orientado a actitudes hacia el consumo de drogas. Para esta muestra un 17.35 % de la población encuestada declara que las drogas no perjudican la salud, aunque un análisis más detallado permite identificar qué drogas son consideradas menos peligrosas por los adolescentes encuestados. Solamente el 23.2% no considera peligroso para la salud el consumo de alcohol. Este resultado se muestra ligeramente por arriba al obtenido en otras investigaciones publicadas: Escámez, J. y Martínez, B 1988; Torres Hernández, M.A. (1987, 1989); Ortega y Mínguez, (1990). El panorama para el consumo de tabaco muestra un 28.9 %, con actitud favorable hacia el consumo, este porcentaje revela un conocimiento generalizado en la población adolescente sobre los peligros que entrañan el consumo de alcohol y tabaco como drogas socialmente permitidas.

Mientras que para el uso de medicinas sin necesidad y fumar marihuana los adolescentes muestran un porcentaje preocupante que se presentan favorable a su consumo, siendo esto parte del llamado efecto “cascada” que el consumo de tales productos puede generar en los usuario, como lo han señalado algunos autores (Varó, 1983; Comas, 1986; C.I.S.,1988; Ortega y Mínguez 1990).

Aunque los porcentajes positivos son relativamente bajos, las manifestaciones positivas hacia el consumo de drogas legales e ilegales, no necesariamente implican que estas actitudes lleven al consumo de drogas, sino que más bien pueden predisponer positivamente al consumo de las mismas, cuestión que hace un llamado a la

planeación y ejecución de las diversas intervenciones preventivas así como estimular el desarrollo de factores de protección en el universo de estudio con que se está trabajando en esta investigación tales como fomentar la comunicación y lazos de unión familiar entre padres e hijos, desarrollar la autoestima como factor de resistencia y por supuesto denunciar de manera anónima los sitios donde la droga se vende para obstaculizar su disponibilidad.

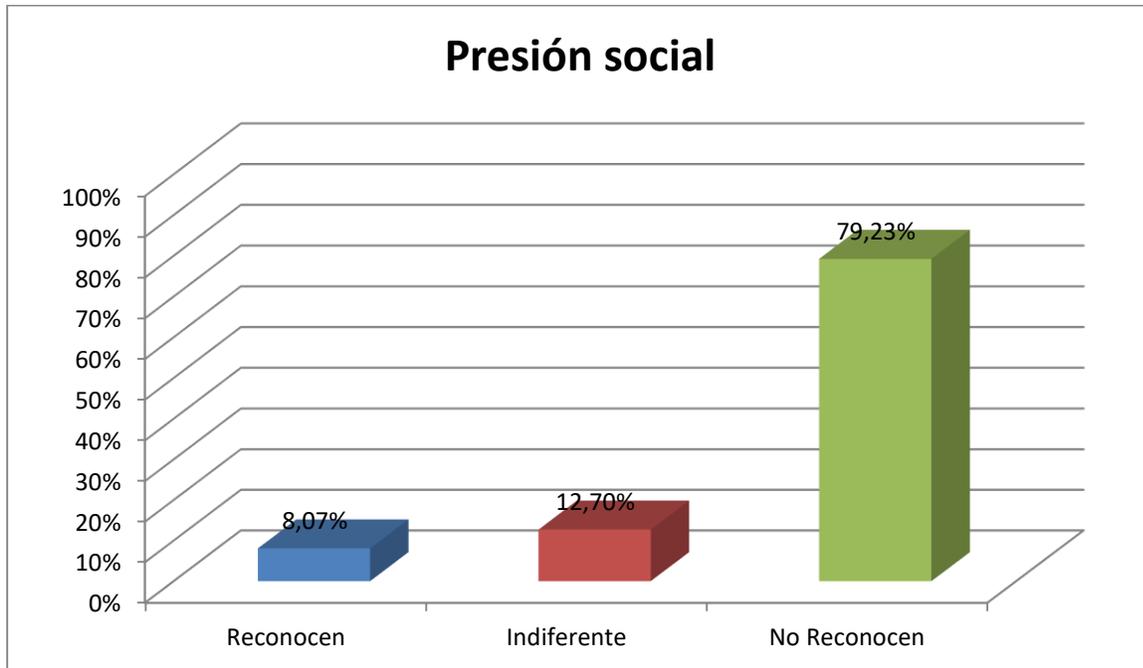


5.1.2.2. PRESIÓN SOCIAL PARA EL CONSUMO.

Alumnos que manifiestan las creencias sobre el consumo de drogas y su aceptación por los compañeros.

No. de Ítem	Pregunta	Porcentaje
11	Estimo que consumir alcohol me ayuda a tener amigos.....	8.6%
21	Es conveniente que fume para no ser rechazado por mis compañeros.....	5.5%
23	Fumar me ayudaría a sentirme mejor.....	11.1%
	Mis amigos me rechazarían si no tomase drogas.....	7.1%

En cuanto a la presión social ejercida sobre los adolescentes hacia el consumo de drogas, los resultados obtenidos de manera muy marcada se proyectan hacia la baja (8.07%) que coincide con otras investigaciones realizadas en este ámbito (Escámez y cols. 1988; Ortega, P. y Mínguez, 1990) aunque existen otras investigaciones que ponen de relieve la importancia del grupo como variable especialmente influyente en el consumo de drogas o presión social como lo cita Ortega, P. y Mínguez, R. en su estudio. A esta edad de 15 a 18 años el grupo desempeña un papel fundamental en la vida del adolescente, la aceptación e integración a un grupo que le permita el desempeño de roles no gratuitamente asignados, sino conseguidos a través del reconocimiento de la competencia personal por medio de pruebas a las que son sometidos los adolescentes, es una experiencia decisiva en el proceso de conformación de la personalidad del adolescente en su tránsito hacia la vida adulta y que definitivamente dejará huella en su carácter. La presión del grupo al que quiere pertenecer, le hace algunas imposiciones que deberá enfrentar, el miedo a ser rechazado puede ser determinante para marcar algunas veces el inicio del consumo de drogas, para ganarse así la aceptación del mismo. La coacción del grupo se observa reflejada en el 8.6% de los integrantes de la muestra que declara que el consumir alcohol le ayuda a tener más amigos, mientras que el 5.5 % y el 7.1 % manifiestan que consumirían tabaco y drogas ilegales si fueran coaccionado para ello.



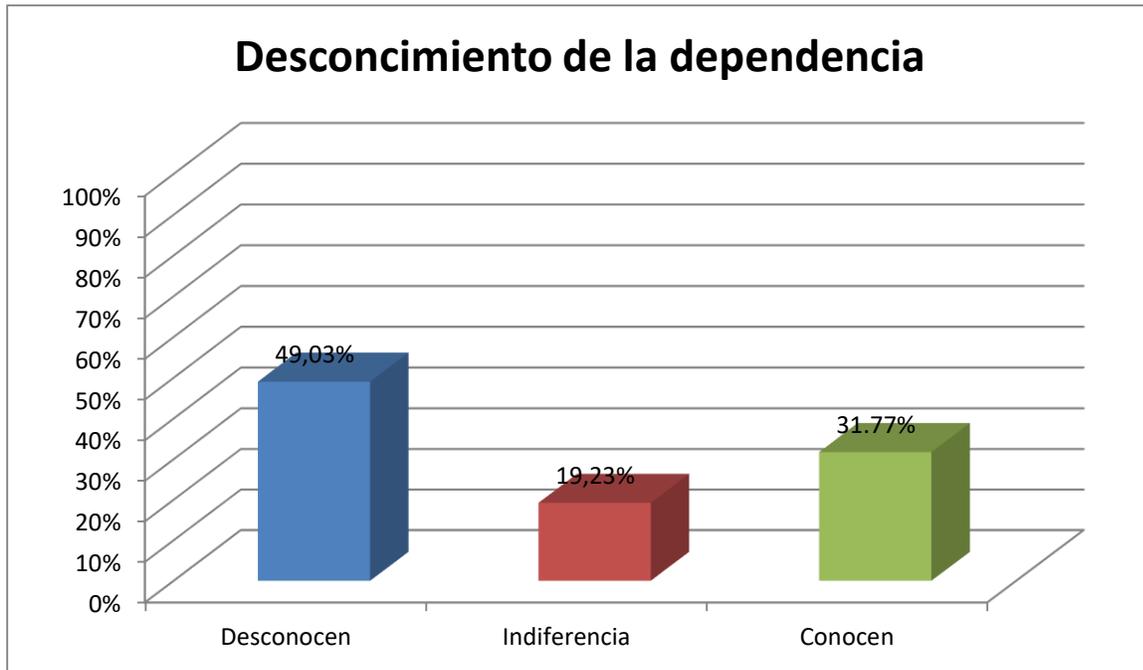
5.1.2.3. LAS DROGAS NO GENERAN DEPENDENCIA.

Alumnos que manifiestan sus creencias sobre el consumo de drogas y sus efectos placenteros.

No. De ítem	Pregunta	Porcentaje
16	No es conveniente que yo beba alcohol ni siquiera en las comidas.....	44.3 %
17	Aunque yo beba puedo dejarlo cuando quiera.....	59.2 %
19	Si fumara podría dejar el tabaco cuando quisiera.....	43.6 %

Los resultados obtenidos revelan que el 49.03 % de los encuestados desconocen que todas las drogas generan dependencia y si a esto agregamos que el 19.23 % se muestra indiferente respecto al desconocimiento del peligro que representa la habituación al consumo de drogas, se genera entonces una situación de alto riesgo para gran parte de la población de adolescentes encuestada.

Los datos aportados muestran que los alumnos encuestados son ligeramente más seguros para abandonar el consumo de alcohol (58.6%) que el tabaco (42.93 %) Estos resultados son ligeramente superiores a los obtenidos por Ortega y Mínguez en 1990.



5.1.2.4. EFECTOS PLACENTEROS DEL CONSUMO DE DROGAS.

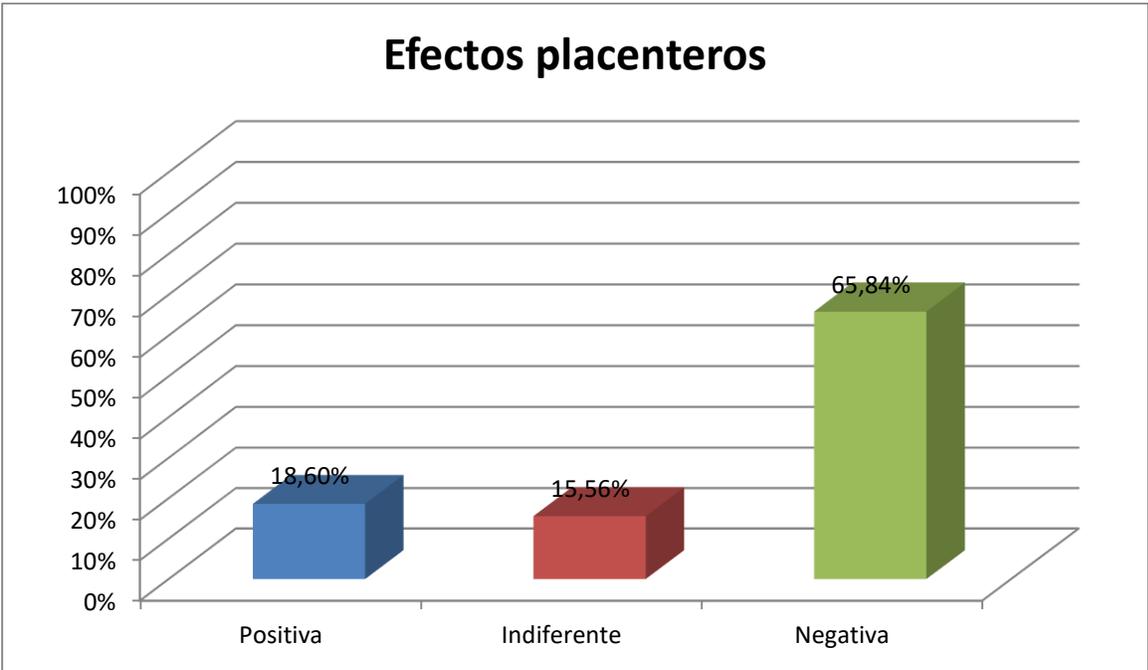
Alumnos que manifiestan sus creencias sobre el consumo de drogas y sus efectos placenteros.

No. De ítem	Pregunta	Porcentaje
13	El beber alcohol me ayuda a resolver mis problemas personales (timidez, disgustos).....	13.6%
15	Las bebidas alcohólicas hacen que me sienta bien.....	21.5%

25	Tomar algunos productos farmacéuticos para sentirme bien, aún sin receta médica	20.7%
----	---	-------

Datos obtenidos de la presente investigación revelan que el 18.6 % reconoce los efectos placenteros del consumo de drogas cuyas edades fluctúan entre 15 a 18 años en la adolescencia tardía y se puede pensar que esta población de adolescente ya ha tenido experiencias con algunas drogas. Esto reflejado en sus creencias sobre el consumo de drogas y sus efectos placenteros como en el caso del alcohol con 21.5 % y para algunos productos farmacéuticos con 20.7 %.

Las motivaciones que más frecuentemente aducen los adolescentes para el inicio del consumo de drogas es la presión social ejercida por su grupo de pares, aunado a esto la curiosidad por experimentar sensaciones de placer o la huida de situaciones desagradables.



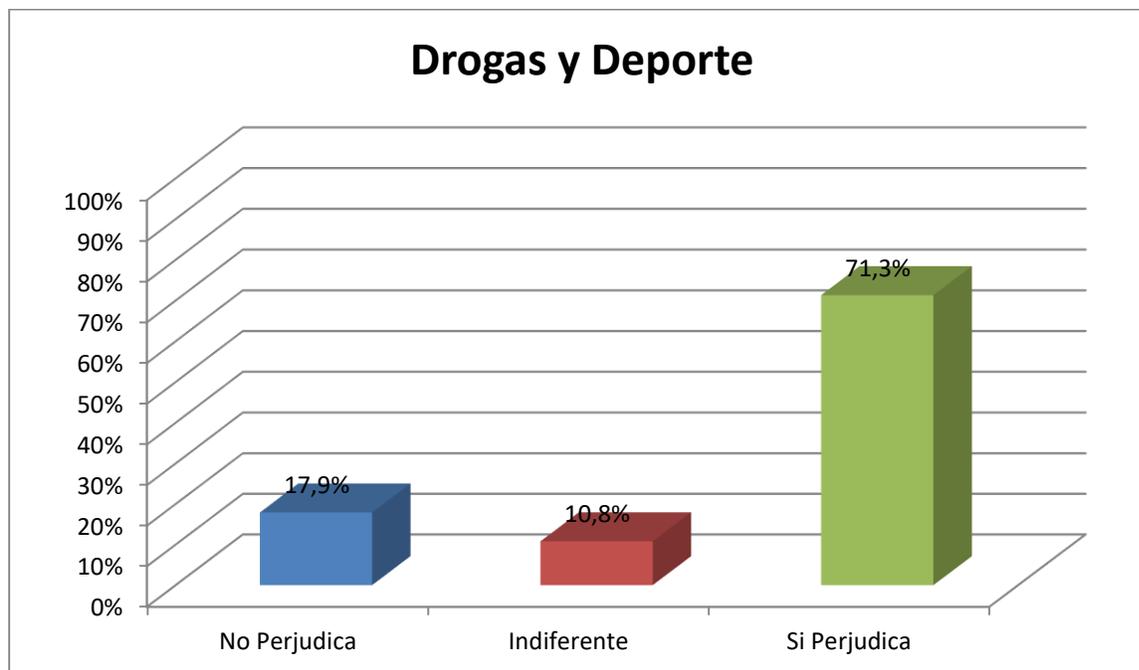
5.1.2.5. EL CONSUMO DE DROGAS NO PERJUDICA PARA LA PRÁCTICA DEL DEPORTE Y EL RENDIMIENTO ESCOLAR.

Las drogas no perjudican para la práctica del deporte y el rendimiento académico.

Alumnos que manifiestan sus creencias sobre el consumo de drogas y su no incidencia negativa en la práctica del deporte y el rendimiento escolar.

No. De ítem	Pregunta	Porcentaje
14	El consumo de bebidas alcohólicas perjudica mi actividad deportiva.....	19.7 %
20	El consumo de tabaco me impediría ser un buen deportista.	14.7 %
31	Si consumiera drogas obtendría peores calificaciones.....	19.3 %

Datos obtenidos de esta investigación, correspondientes al 17.9 % muestran que los adolescentes encuestados desconocen la incidencia negativa del consumo de drogas para el estudio y la práctica del deporte y si consideramos además que el 6.40 % se muestran indiferentes en este mismo tenor, es de considerarse de cierta importancia también. Mientras que el 19.3 % de alumnos encuestados no ven influencia negativa en el estudio. Mientras que el 75.74% de los adolescentes consideran que las drogas si perjudican tanto la práctica de un deporte como su rendimiento escolar.

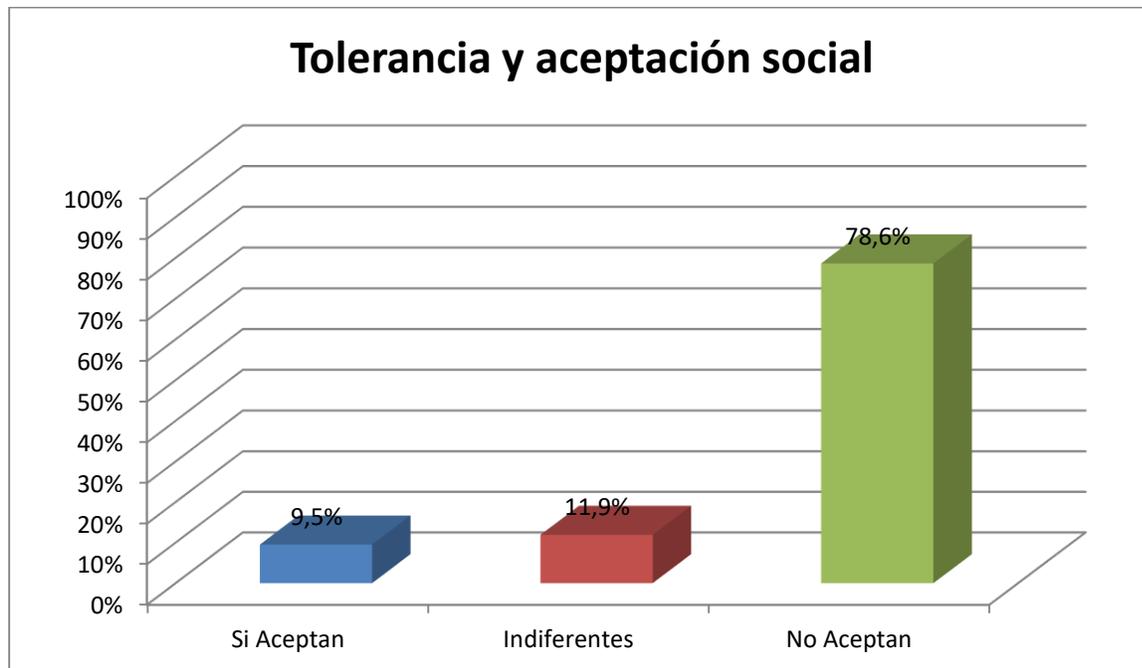


5.1.2.6. TOLERANCIA-ACEPTACIÓN SOCIAL DEL CONSUMO DE DROGAS.

Alumnos que manifiestan sus creencias sobre el consumo y su aceptación social.

No. De ítem	Pregunta	Porcentaje
12	Si algún miembro de mi familia bebiera mucho alcohol tendríamos problemas.....	10.1%
27	Considero conveniente conocer y probar todas las drogas..	8.0%
29	Prefiero no estar en lugares donde se consumen drogas...	10.6%

Los datos estadísticos aportados por esta muestra revelan un porcentaje muy bajo 9.5 % que se muestra tolerante con el consumo de drogas, orientado principalmente hacia las drogas ilegales, las cuales presentan un porcentaje más bajo aún con un 8.0 %. Siendo esta forma de tolerancia social hacia las drogas una forma encubierta de aceptación de la misma, aunque el 78.6 % de esta investigación se muestra intolerante ante cualquier tipo de droga; legales e ilegales.



RESULTADOS POR ZONAS Y ESCUELAS DE MEXICALI, B.C.

Durante el proceso de investigación el universo de estudio se dividió geográficamente en tres zonas de la ciudad de Mexicali, con planteles educativos considerando su ubicación de la siguiente forma en zonas: urbana, suburbana y rural eligiendo 3 centros educativos de nivel medio superior: uno privado (CETYS-UNIVERSIDAD), ubicación urbana, zona No. 1 otro público federal (CEBATIS 140) ubicación suburbana zona No.2 y otro público de tipo estatal,(CECYTE-COMPUERTAS) zona rural, zona No.3 cada uno con características propias y por ello no solo se ha querido mostrar los niveles globales de aceptación o rechazo hacia las drogas por parte de adolescentes de nivel preparatorio de esta ciudad, sino también para tratar de entender si estas características podrían incidir de alguna manera en las actitudes presentadas de los adolescentes hacia las drogas presentadas.

Es importante señalar que los porcentajes que son los más importantes o de interés para esta investigación son básicamente los que se refieren a actitudes positivas hacia

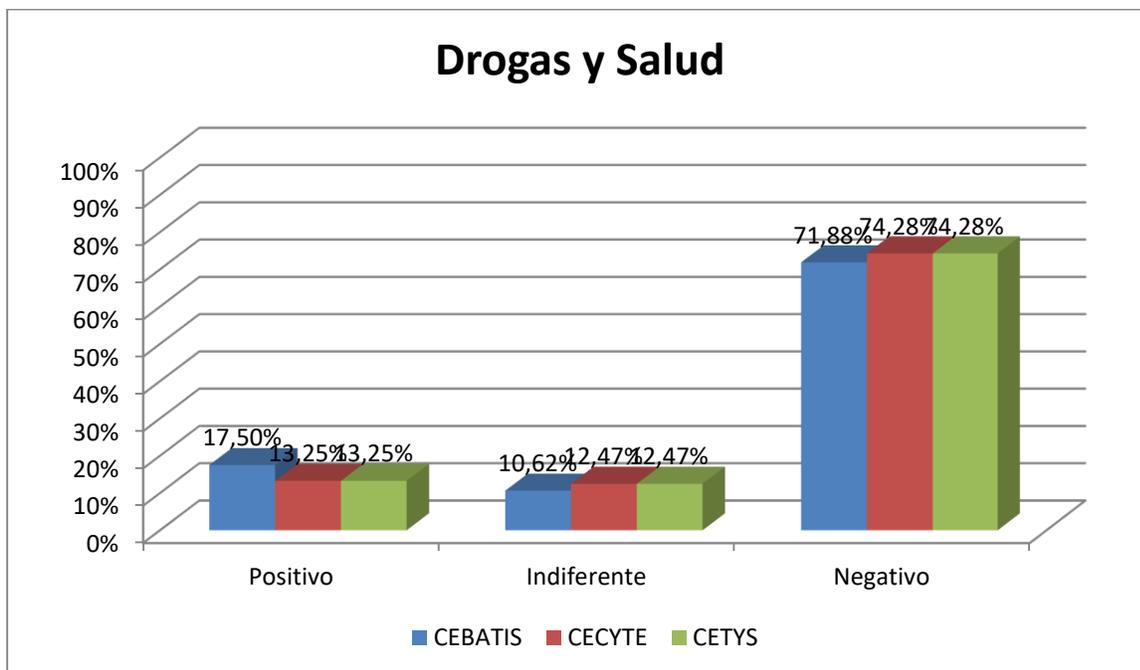
las drogas, así como los sujetos encuestados que mostraron indiferencia hacia la misma, los se representaran en los gráficos utilizados para tal fin.

5.1.3. VARIABLES DEPENDIENTES POR ZONAS GEOGRÁFICAS.

5.1.3.1. LAS DROGAS NO PERJUDICAN LA SALUD.

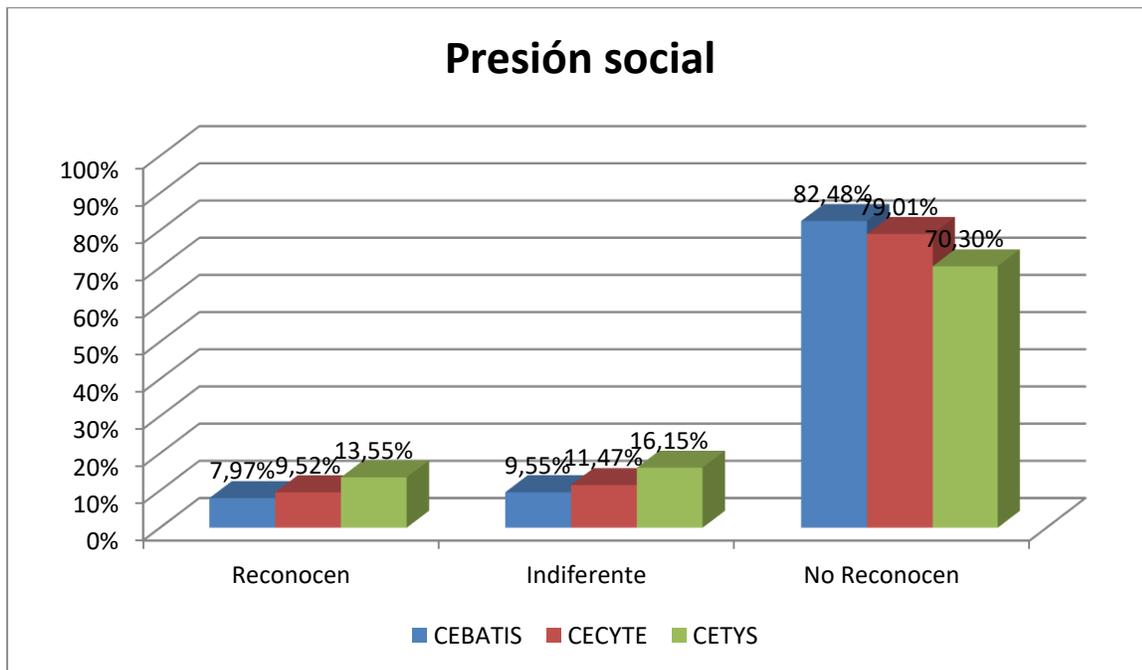
Los porcentajes de aceptación de las drogas, así como los de indiferencia hacia la misma fueron los siguientes: zona suburbana (CEBATIS 140) 28.12 %, zona rural 25.72 % (CECYTE COMPUERTAS) y zona urbana: 25.72 % (CETYS UNIVERSIDAD).

A la luz de estos resultados podemos observar que no existen situaciones diferenciales entre las distintas zonas de la ciudad estudiadas y señalar que tampoco existen diferencias significativas en función de los porcentajes obtenidos.



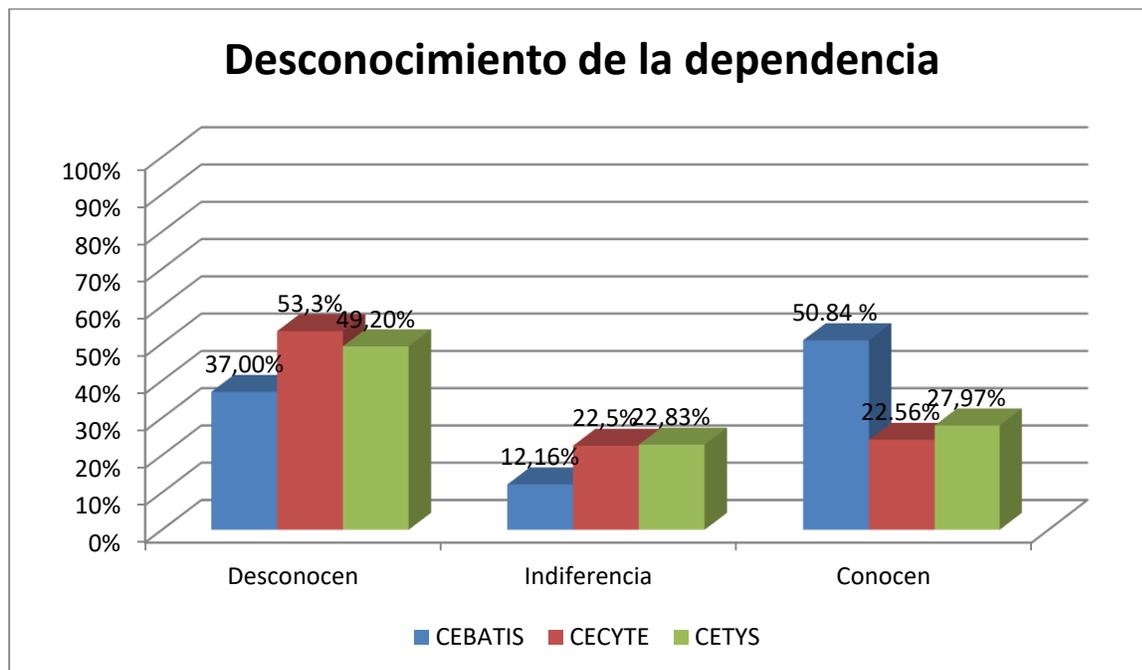
5.1.3.2. PRESIÓN SOCIAL PARA EL CONSUMO.

En el rubro de la presión social ejercida sobre los adolescentes para el consumo de drogas los resultados arrojan las siguientes porcentajes para la zona suburbana tenemos 17.52 % (CEBATIS) para la zona rural 20.99 % y en la zona urbana fue de 29.70 % (CETYS-UNIVERSIDAD).



5.1.3.3. LAS DROGAS NO GENERAN DEPENDENCIA.

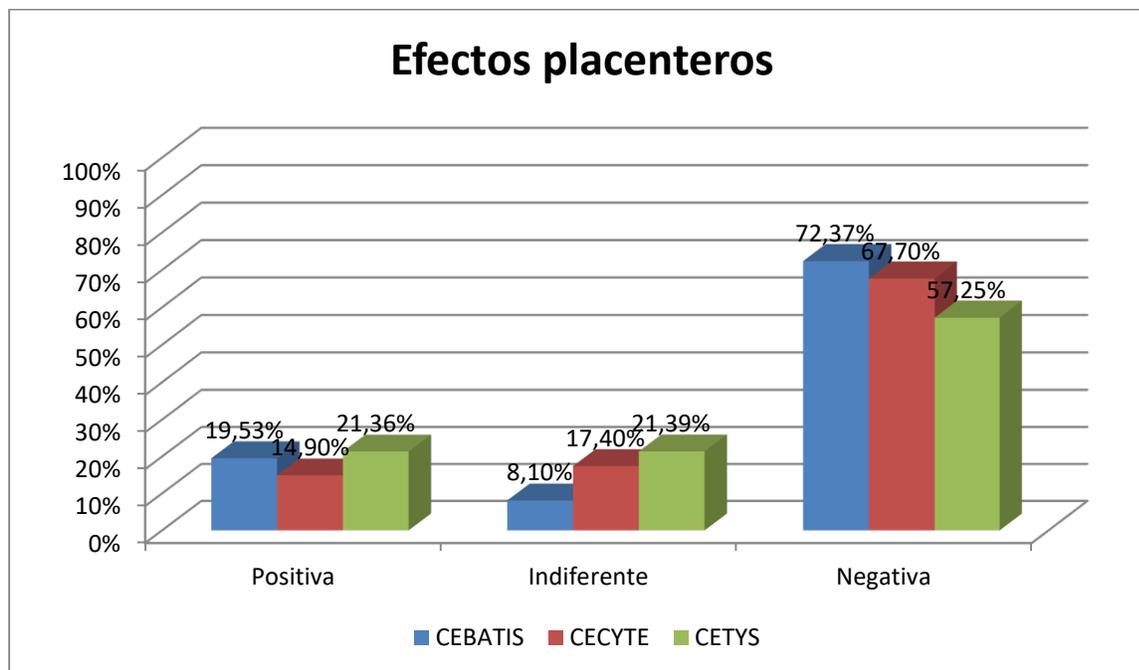
En relación con el desconocimiento de la dependencia que genera el consumo de drogas, la zona suburbana (CEBATIS 140) presenta el porcentaje más bajo 49.16 % y la zona rural (CECYTE COMPUERTAS) el porcentaje más elevado con 77.44 %, esto representa para estas últimas zonas por arriba del 70 %.



5.1.3.4. EFECTOS PLACENTEROS DEL CONSUMO DE DROGAS.

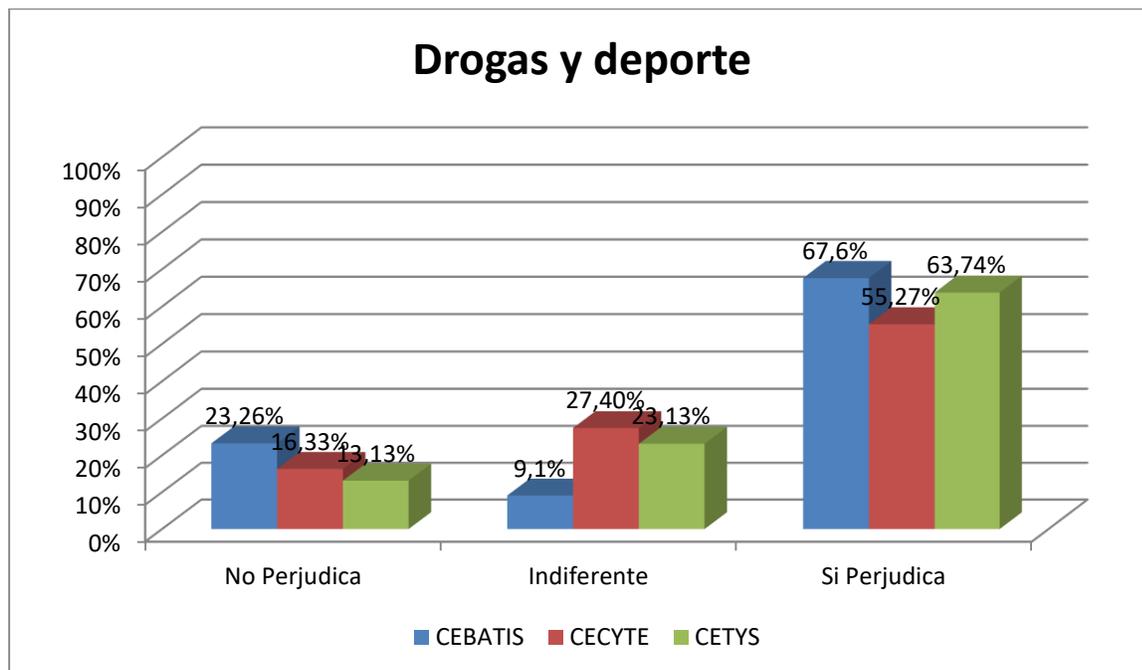
Respecto a los efectos placenteros buscados por los adolescentes de esta investigación es importante señalar que la zona suburbana del (CEBATIS) presentó el 27.63 % mientras que la zona rural (CECYTE) es de 32.30 % y para zona urbana (CETYS-UNIVERSIDAD) con 42.75 %.

En la mayoría de los planteles estudiados se presenta una actitud negativa hacia los efectos placenteros que generan el consumo de las drogas y por tanto esto podría constituir un facto de protección que habría que impulsar entre el público estudiantil de estas instituciones.



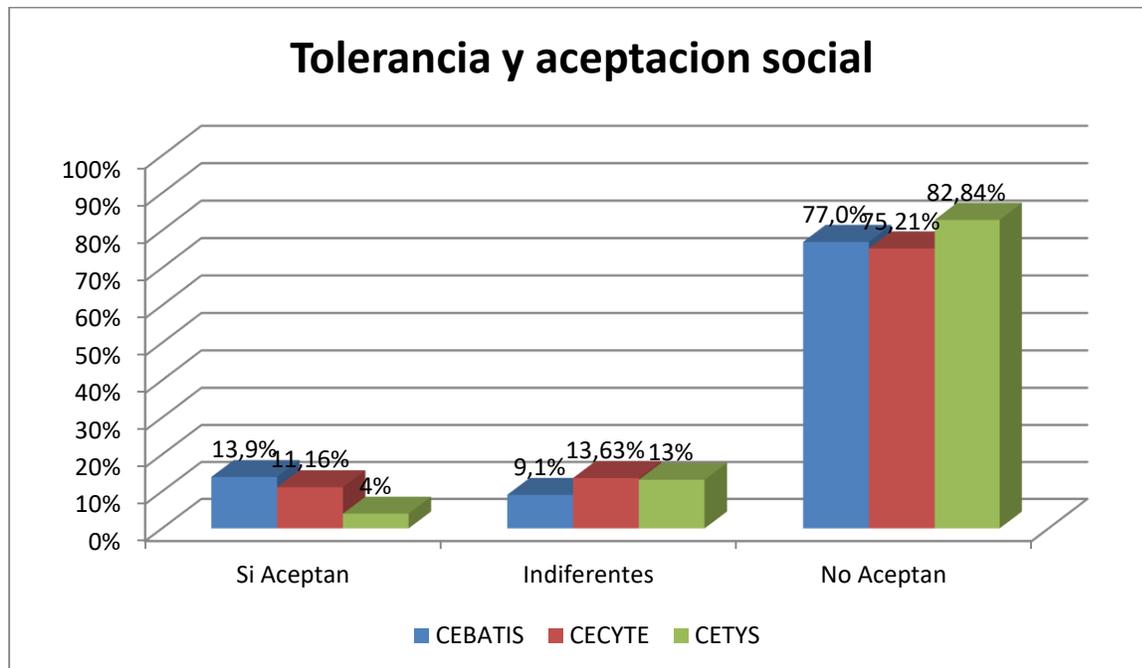
5.1.3.5. EL CONSUMO DE DROGAS NO PERJUDICA PARA LA PRÁCTICA DEL DEPORTE Y EL RENDIMIENTO ESCOLAR.

Para el análisis de ésta variable sobre drogas y deportes es importante resaltar que para las tres zonas y planteles estudiados de la muestra se puede asegurar que más de la mitad del porcentaje considera que las drogas si perjudican para la práctica del deporte y el rendimiento escolar; (CEBATIS 67.64 %, CECYTE 55.27 % y CETYS 63.74 %) aunque también es de resaltar que un tercio y más de la población considera que no le perjudica, siendo significativa la zona rural del plantel del CECYTE (43.73 %) que es la zona con un porcentaje más elevado, mientras que para la zona suburbana plantel CEBATIS (32.36 %) que representa la zona con el porcentaje más bajo y CETYS (36.26 %) que se ubica en zona urbana, con un nivel aproximado, todos los casos representan una preocupación que deberá ser atendida.



5.1.3.6. TOLERANCIA-ACEPTACIÓN SOCIAL DEL CONSUMO DE DROGAS.

La aceptación y tolerancia social obtuvo los siguientes resultados por zonas y tipo de escuela, el porcentaje más elevado fue para la zona rural en donde el CECYTE COMPUERTAS obtuvo 24.79 %, seguido por la zona suburbana CEBATIS 140 con un 23 % y la zona urbana CETYS-UNIVERSIDAD con 17.16 %. De acuerdo a estos resultados, la mayoría de los planteles educativos estudiados presentan muy poca tolerancia y aceptación social hacia el consumo de drogas (CEBATIS 77.0 %, CECYTE 75.21 % y CETYS –UNIVERSIDAD 82.84 %).



5.2. LECTURA CRUZADA.

El interés por conocer si las actitudes de los adolescentes encuestados hacia la droga, están asociadas al medio socio-demográficos (sexo, nivel de estudios y profesión de los padres) nos lleva a realizar esta lectura cruzada, con la finalidad de obtener datos del todo necesarios para poder planear, elaborar, aplicar y evaluar de manera correcta un programa de intervención preventiva a los diferentes públicos que confluyen en los centros educativos y que son susceptibles de interactuar: alumnos adolescentes, docentes, padres de familia y autoridades educativas.

5.2.1. LAS DROGAS NO PERJUDICAN LA SALUD.

El estudio de la variable independiente sexo, al realizar el cruce con el bloque, "Las drogas no perjudican la salud", aparece de manera significativa asociada a la actitud hacia las drogas en los alumnos de educación media superior (preparatoria) de las tres zonas estudiadas de esta muestra representativa, los jóvenes consideran en mayor porcentaje que las jóvenes, que las drogas perjudica a la salud, ya que el 36.04 % de

los alumnos respondió favorablemente al ítem "estoy convencido que el consumo de drogas no me perjudicaría tanto como dicen mis padres, maestros o la televisión" mientras que un 23.21 % de las chicas contesto positivamente. En el CECYTE COMPUERTAS ubicado en una zona rural (marginal) el 24 % de los jóvenes responden favorablemente al ítem " aunque tomara drogas no me perjudicaría", frente a un 22.5 % de las jóvenes del mismo colegio.

La variable sexo, también aparece asociada a las actitudes del consumo de tabaco y alcohol, ya que el 50 % de los jóvenes de los tres colegios, manifiesta que "fumar de vez en cuando" no perjudica su salud, frente a un 27.7 % de las jóvenes.

En cuanto al alcohol, el 35.7 % de las jóvenes de los tres colegios estudiados, considera que el tomar bebidas alcohólicas no daña la salud frente a un 32.5 % de los jóvenes.

Cuando atendemos la variable independiente "profesión de los padres" y actitudes hacia la droga en sus hijos, los resultados obtenidos mostraron una asociación muy baja entre dicha variable y la creencia de los alumnos encuestados sobre el perjuicio de las drogas para la salud, en cambio respecto al alcohol, droga considerada socialmente aceptada y en los tres planteles educativos estudiados (CEBATIS 140, CECYTE COMPUERTAS Y CETYS UNIVERSIDAD) los hijos de obreros no calificado y trabajadores desempleados o que trabajan en pequeñas temporadas consideran en 37.6 % que tomar bebidas alcohólicas no perjudica la salud, frente al 28.5 % de los hijos de empresarios, directivos, altos cargos, profesiones liberales, etc. Y al 38.55% de los pequeños comerciantes y trabajadores por su cuenta propia. En las tres zonas investigadas no aparece una asociación estadísticamente significativa entre la profesión de los padres y las actitudes hacia las drogas en los hijos.

En relación al "nivel de estudios de los padres" puede hablarse en líneas generales, de una asociación entre los niveles más altos de estudios y una mayor aceptación de las drogas "ilegales" en los hijos. Así en el ítem 32 "estoy convencido que el consumo de drogas no me perjudicaría tanto como dicen mis padres, maestros o la televisión", el 37.42 % de los alumnos de los planteles educativos estudiados en Mexicali, B.C.

México, cuyos padres tienen estudios medios y superiores declara que el consumo de drogas no perjudica la salud, frente a un 22.2 % y 0% de padres con estudios primarios y sólo leer y escribir, respectivamente.

En el único plantel educativo ubicado en zona marginal (Rural) CECYTE COMPUERTAS, los resultados arrojan que un 50.8 % de los alumnos cuyos padres tienen estudios medios y superiores no reconocen que las drogas perjudican la salud, frente a un al 23.6 % y 0 % de padres con estudios primarios y sólo saben leer y escribir.

Del análisis de los datos obtenidos, se desprende que la variable "estudios de los padres" está asociada a la actitud que presentan los hijos hacia las drogas, aunque dicha asociación no alcance niveles estadísticamente significativos en ninguna de las zonas estudiadas.

5.2.2. PRESIÓN SOCIAL PARA EL CONSUMO.

De las variables sometidas a estudio, únicamente la variable independiente; sexo aparece asociada a una mayor presión social para el consumo de drogas en los alumnos de nivel medio superior de la región de Mexicali, Baja California, México. No obstante la presión ejercida sobre los adolescentes es desigual en cada una de las distintas drogas, aunque estadísticamente no es significativo la presión para el consumo de alcohol en los jóvenes se presenta hasta en un 32.94 % mientras que para las alumnas alcanza un 16.96 % de aceptación en los tres planteles educativos estudiados. Situación similar se presenta entre la variable sexo y la presión al consumo de drogas en donde el 32.14 % de los varones jóvenes declaran que sus amigos los rechazarían si no tomaran drogas, frente a un 14.28 % de las mujeres jóvenes.

En relación con el tabaco, la asociación entre sexo y dicha droga socialmente aceptada, es de interés señalar que un 34.11 % de los jóvenes de preparatoria, afirma que el fumar les ayuda "a sentirse mayores", frente a un 17.85 % de las jóvenes adolescentes.

Mientras que fumar para no verse rechazado por los compañeros es aceptado por el 22.09 % de los jóvenes varones frente al 5.35 % de las chicas en las zonas de la ciudad en que se dividió esta investigación.

Las variables independientes: nivel de estudios del padre y profesión de los padres no aparecen asociados a la presión ejercida sobre los adolescentes de preparatoria para el consumo de drogas, según se desprende de los datos y el análisis de los mismos.

5.2.3. LAS DROGAS NO GENERAN DEPENDENCIA.

En esta investigación ya se ha destacado el hecho preocupante del porcentaje tan elevado (49.03%) de adolescentes que desconoce el peligro de la dependencia que genera el consumo de drogas, además del porcentaje de alumnos que se muestra indiferente a este desconocimiento (19.23 %), situación que agrava dicho fenómeno de manera global. Ahora interesa constatar si existe asociación entre dicho desconocimiento y las variables independientes antes referidas.

Para la variable independiente: sexo y atendiendo a los tres planteles de educación media superior (preparatoria) los jóvenes que forman parte de esta investigación se observa que el 68.2 % de las chicas desconoce el peligro de la habituación al consumo de las drogas, frente a un 31.6 % de los chicos estudiados en esta muestra representativa, los tres planteles estudiados han presentado una asociación estadística significativa.

En relación al "nivel de estudio del padre" y el desconocimiento de la drogadicción en sus hijos, los resultados obtenidos presentan una asociación estadísticamente significativa en las tres zonas estudiadas ya que el promedio de los jóvenes de los tres planteles educativos estudiados fue de un 68.36 % que aseguran que las drogas no generan dependencia.

Respecto a la variable independiente "profesión de los padres", cabe afirmar lo mismo, ya que para las tres zonas estudiadas el resultado promedio obtenido fue de 68.45 %,

identificando una incidencia importante de la variable familiar en las actitudes de los hijos hacia la droga en estas poblaciones.

5.2.4. EFECTOS PLACENTEROS DEL CONSUMO DE DROGAS.

Los datos obtenidos entre el cruce de la variable independiente sexo con los tres ítems que representan el bloque IV "Efectos placenteros del consumo de drogas" revelan a nivel global que un 39.83 % de los chicos refiere tener una actitud positiva hacia los efectos placenteros del consumo de drogas, mientras para esta muestra las chicas presentan una actitud positiva hasta de un 29.83 %.

Mientras que el "nivel de estudios de los padres" y los efectos placenteros del consumo de drogas de sus hijos, al promediar los ítems encontramos un 34.23 % que reconoce dichos efectos de manera importante.

Los datos obtenidos de esta investigación también revelan que para la variable independiente "profesión de los padres" y la actitud positiva hacia los efectos placenteros del consumo de drogas se obtuvo un 33.86 %, lo que podría suponer una de las motivaciones más frecuentemente aducida para el inicio del consumo de drogas, como lo es la curiosidad.

Llama la atención que el plantel de nivel medio superior del CETYS-UNIVERSIDAD ubicado en una zona urbana y en donde el "nivel de estudios de los padres" es en donde predomina un nivel educativo considerado elevado, presenta el dato estadísticamente significativo en el que los jóvenes tienen hasta un 50.76 % en promedio una actitud positiva hacia los efectos placenteros del consumo de drogas, mientras que las jóvenes presentan un 35.26 %, superior a los dos planteles de esta investigación.

5.2.5. EL CONSUMO DE DROGAS NO PERJUDICA PARA LA PRÁCTICA DEL DEPORTE Y EL RENDIMIENTO ESCOLAR.

En esta investigación, de los resultados obtenidos se desprende que las chicas se muestran, en general, menos favorables hacia la droga que los chicos en porcentajes estadísticamente significativos, en la zona urbana, suburbana y rural.

En la que se ha hecho la correlación entre la variable independiente sexo y actitudes hacia las drogas que no perjudican para la práctica del deporte y el rendimiento académico, mientras que para la incidencia negativa del consumo de alcohol en la práctica del deporte, el 81,39 % de los jóvenes no reconoce dicha incidencia frente al 79.46 % de las jóvenes estudiadas de manera global, mientras que en las tres zonas estudiadas se han dado resultados estadísticamente significativas, únicamente en las chicas del CETYS-UNIVERSIDAD se presenta un resultado diferente ya que las jóvenes de dicho plantel no reconoce a la incidencia negativa del consumo de alcohol en la práctica del deporte en un 82.4 % frente a un 78.2 % de los jóvenes.

En relación a la incidencia negativa del tabaco en la práctica del deporte, de las tres zonas estudiadas, en dos la suburbana y la zona rural en promedio los jóvenes no reconocen en mayor porcentaje (83.65 %) dicha incidencia, frente a un 83.1 % de las jóvenes que si es considerado estadísticamente significativo, pero en menor porcentaje, mientras que para la zona urbana donde se ubica CETYS-UNIVERSIDAD las jóvenes presentan un porcentaje inverso, ya que tienen un 91.1% no reconocen una incidencia negativa del tabaco en la práctica del deporte, por un 87,5 % de los jóvenes de esta institución.

Mientras que para la variable "si consumiera drogas obtendría peores notas" en los tres colegios estudiados las chicas con un promedio de 45.67 % consideran que el consumo de drogas "ilegales" no influiría negativamente en el rendimiento escolar frente a un 35 % de los chicos de las tres zonas estudiadas en las que no se ha producido asociación estadísticamente significativa.

Si atendemos la variable independiente "estudios de los padres" y su incidencia en las actitudes hacia la droga en sus hijos, los resultados obtenidos nos muestran que los alumnos cuyos padres se sitúan en niveles de estudios medio superior y tecnológicos y superiores, no reconocen los efectos nocivos del alcohol y el tabaco en la práctica del deporte en porcentajes que alcanzan niveles de 83.0 % en las tres zonas estudiadas.

Respecto a la "profesión de los padres" y su incidencia en las actitudes hacia la droga en sus hijos, los datos obtenidos ponen de manifiesto que los hijos de cuyos padres tienen profesiones independientes, trabajan por cuenta propia o tienen negocios propios o son ganaderos o agricultores desconocen en mayor proporción 82.8 % la incidencia negativa del tabaco y el alcohol en la práctica del deporte y en un 80.38 % de las drogas "ilegales"

5.2.6. TOLERANCIA-ACEPTACIÓN SOCIAL DEL CONSUMO DE DROGAS.

De las zona objeto de estudio, los jóvenes alumnos del colegio ubicado en la zona marginal CECYTE-COMPUERTAS, mostraron más tolerancia con el consumo de drogas, si atendemos a la asociación entre la variable independiente sexo y tolerancia a las drogas, observamos que el 36.6 % de las chicas de esta escuela, ubicada en la zona marginal, presentan una actitud positiva hacia la pregunta "es conveniente conocer y probar todas las drogas" frente a un 12 % de los chicos.

Con relación al alcohol es en el plantel del CETYS-UNIVERSIDAD, ubicado en una zona urbana en donde un 92.7% de las jóvenes considera que "aunque algún miembro de mi familia bebiera mucho alcohol no por ello tendría problemas", frente a un 84.4 % de los jóvenes.

Con relación a la variable independiente "nivel de estudios de los padres" y su asociación con la tolerancia a las drogas de sus hijos, la información obtenida refleja que en la zona urbana donde se ubica el plantel CETYS-UNIVERSIDAD de educación media superior (preparatoria) el 98.5 % de los alumnos cuyos padres poseen estudios medios o superiores dicen estar de acuerdo con ítem "prefiero no estar en lugares

donde se consumen drogas" frente al 1.5 % de los que solo tienen estudios de primaria, en cambio en la zona marginal donde se ubica el plantel CECYTE COMPUERTAS el 100 % de los alumnos cuyos padres solo saben leer y escribir están de acuerdo a este ítem, mientras que los hijos de los que tienen bachillerato tecnológico solo presentan el 80 % para el mismo cuestionamiento.

CAPÍTULO 6. CONCLUSIONES.

6.1. VERIFICACIÓN DE OBJETIVOS.

En el interés central por verificar que el objeto de estudio es el conocimiento de las actitudes de los adolescentes frente al consumo de drogas, se han establecido seis categorías o conjuntos actitudinales, en función de la información que se quiere obtener para ir gradualmente alcanzando los conocimientos que permitan lograr el objetivo principal de esta investigación, es por ello que se consideran los datos referidos a actitudes favorables al consumo de drogas, desconocimiento de la dependencia que provocan las drogas, tolerancia y aceptación social de la droga, la presión social para el consumo de drogas, las drogas no perjudican para la práctica del deporte y el rendimiento académico y los efectos placenteros del consumo de drogas.

Señalar que se desprende una estrecha relación entre las variables independientes o también llamadas contextuales como el sexo de los jóvenes adolescentes y las actitudes hacia la droga, así se demuestra que los chicos son más favorables en un 36.04 % de los alumnos respondió favorablemente al ítem "estoy convencido que el consumo de drogas no me perjudicaría tanto como dicen, mi padre, maestro o la televisión" mientras que un 23.21 % de las chicas también contesto positivamente.

Estos resultados vienen a confirmar los obtenidos en otras investigaciones (Ortega y Mínguez, 1990). En relación al "nivel de estudios de los padres" se presentó una relación entre los niveles más altos de estudios y una mayor aceptación de las drogas consideradas "ilegales" en los hijos, es por ello que ítem 32 "estoy convencido que el consumo de drogas no me perjudicaría tanto como dicen mis padres, maestros o la televisión", el 37.42 % de los jóvenes alumnos de los planteles estudiados, cuyos padres tienen estudios medio superior y superior, declara que el consumo de drogas no perjudica la salud frente a un 22.2 % y el 0 % de los padres con estudios de primaria y que solo saben leer y escribir respectivamente. Únicamente en el centro escolar ubicado en la zona marginal que presentó un 50.8 % de los alumnos cuyos padres presentan estudios de nivel medio superior y superior no reconocen que las drogas

perjudican la salud, frente a un 23.6 % y 0 % de los padres con primaria y que sólo saben leer y escribir.

Para la variable independiente "profesión de los padres o cabeza de familia" y las actitudes de sus hijos hacia la droga, la relación es prácticamente nula, lo que igualmente confirma los resultados obtenidos por Ortega y Mínguez en 1990.

Dada la importancia que la familia ejerce en la organización de la personalidad de los hijos, en cómo piensan y cómo actúan cabría esperar que el nivel socio-profesional de los padres y singularmente el nivel de estudios de los padres se tradujera en diferentes modos de responder de sus hijos al fenómeno de las drogas, ya que la familia actual presenta una crisis interna reflejada entre otros síntomas por la incomunicación, el deterioro o mal ejercicio de la autoridad, el conocido "conflicto generacional", la renuncia de los padres (a menudo atrapados por sus ocupaciones laborales) a ejercer la función educadora que les corresponde y la casi inexistente o deteriorada red familiar de cohesión y apoyo, a todo ello hay que agregar que la familia ha perdido poder de influencia sobre sus hijos, en beneficio de la escuela y del propio ambiente social.

Es por ello importante señalar que existen diferentes modos de responder al fenómeno de las drogas, aunque algunos presentan perfiles bastantes homogéneos y por tanto poco diferenciados.

Las alumnas de estas 3 poblaciones se muestran más "tolerantes" y "comprensivas" con el consumo de drogas hasta en un 72.31 % que los alumnos con un 62.39 %, mientras que para el nivel de estudios de los padres el CETYS-UNIVERSIDAD fue el que presentó una tolerancia de sus alumnos hasta en un 100 %, mientras que para la profesión del padre o cabeza de familia, el CECYTE COMPUERTAS presentó un 66.66 % seguido del CETYS-UNIVERSIDAD con 65.66 % de tolerancia y comprensión.

Los resultados globales nos muestran en un porcentaje de 17.35 % que desconoce las dificultades para dejar el consumo de drogas y se esto agregamos que un 11.12 % no tiene aún definida su posición o se declara indiferente, se pone aún más de manifiesto una clara situación de desprotección de los jóvenes adolescentes de preparatoria frente al fenómeno de las drogas. Así mismo el porcentaje correspondiente al 17.9 % de los

estudiantes encuestados desconocen la incidencia negativa del consumo de drogas para el estudio y la práctica del deporte.

Por lo que a la aceptación de las drogas se refiere, los porcentajes globales obtenidos en este estudio fue de 16.2 %, mientras que las drogas ilegales (mariguana) alcanzó un 19.2 %. El carácter doméstico y el uso habitual en todas las clases sociales del alcohol en sus diversas presentaciones y del tabaco, facilita su calificación como droga socialmente aceptada no obstante que sus porcentajes son relativamente bajos (23.2%) para el alcohol y 17.2 % para el tabaco. A la luz de la reflexión estos datos revelan una creciente aceptación del consumo de alcohol en la población joven de nuestra sociedad.

Esto llama a pensar en que está es potencialmente una llave de acceso a otras drogas ilegales, ya que bajo el influjo del alcohol el adolescente pierde la capacidad de discernir sobre la peligrosidad que representan las drogas ilegales y puede caer en la tentación de probarlas, pues desconoce la dependencia que el consumo de drogas genera reflejada en este estudio, poniendo de manifiesto la existencia de un gran colectivo de estudiantes, carentes de recursos o conocimientos necesarios que le permiten resistir con éxito el rechazo del mundo feliz que la droga pretende ofrecerle.

Preocupación especial merecen los jóvenes estudiantes del CECYTE COMPUERTAS ubicado en una zona considerada marginal ya que en su caso especialmente existe la mayor tolerancia y aceptación social hasta con un 24.79 % que lo ubica en primer lugar de las otras zonas investigadas y por lo tanto la más vulnerable y susceptible al medio social que es capaz de hacerlos caer ante la amenaza que representan las drogas.

6.2. APORTES Y LÍMITES DE ESTA INVESTIGACIÓN.

Cabe mencionar que la mayoría de las veces, los resultados y conclusiones que se plantean en una investigación no resuelven en su totalidad las cuestiones que propiciaron su nacimiento y desarrollo. Más aún, resultan provisionales y necesitadas de profundización, sobre todo cuando emergen de una realidad amplia y compleja como la que nos ocupa. A su vez, todo proceso de investigación suscita nuevos problemas e interrogantes y por lo tanto, es fuente y apertura de nuevas líneas de investigación.

En nuestro caso, las principales limitaciones del estudio están relacionadas con el conocimiento de las actitudes de los adolescentes hacia el consumo de drogas en la ciudad de Mexicali, Baja California en el semestre 1 del año 2012 en jóvenes de sexto semestre próximos a egresar a continuar sus estudios a nivel superior. En este sentido, es necesario señalar que el momento histórico en el que se encuentra esta generación con las condicionantes cambiantes del fenómeno de las adicciones y el proceso evolutivo de las mismas, en la que están emergiendo drogas sintéticas nuevas tanto en la Unión Europea como en Norteamérica en número cada vez más creciente que vienen a cambiar el panorama mundial del tráfico y consumo de estupefacientes, permiten asegurar que este tipo de investigaciones serán requeridas con más frecuencia y regularidad en virtud de la amplia y compleja realidad cambiante de las nuevas generaciones, hay análisis pendiente por realizar con los datos de este estudio sobre los resultados del cuestionario, en relación con el trabajo de planeación, ejecución y evaluación de programas de intervención con fines estratégicos de prevención para no quedarse únicamente en la fase de diagnóstico, para poder afrontar el fenómeno de las adicciones en algunas de sus aristas.

También el trabajo desarrollado plantea nuevos interrogantes sobre:

- Prácticas específicas de programación y procesos de intervención preventiva en los centros escolares a partir de las actitudes presentadas por los adolescentes.
- La evolución de programas de intervención preventiva que involucren a los docentes del plantel en estrecha relación con los padres de familia y el apoyo decidido de las autoridades escolares para que el aprendizaje producido sea más significativo.

Por tanto, la riqueza de la reflexión a que da origen esta investigación sobre las actitudes de los adolescentes frente al consumo de drogas, son de gran utilidad de cara a orientar las líneas de acción y los objetivos en materia de programas de intervención preventiva de las adicciones.

6.3. SUGERENCIAS FUTURAS.

Este modelo de investigación actitudinal nos permite por un lado conceptualizar que son las actitudes, explicar su naturaleza, comprender su formación y determinar su incidencia en la conducta y por otro nos posibilita trabajar en su identificación y detección con la finalidad de poder cambiarlas, para que nos permita actuar sobre esa realidad en particular.

El saber para hacer es una exigencia de la concepción moderna de la ciencia y, sobre todo de las ciencias sociales.

Por la realidad cambiante de la sociedad y los avances científicos que continuamente se generan dentro de la misma, con la tendencia hedonista de las generaciones de los jóvenes que el continuo devenir nos presenta, se hace necesaria una visión integral de esta problemática para abordarla con todos los medios, herramientas y las fuerzas que la sociedad organizada posee para poder erradicar este fenómeno cada vez más creciente en nuestra ciudad, estado, país y a nivel mundial. Es por ello que se pretende a futuro:

Realizar evaluaciones diagnósticas sobre las actitudes de los adolescentes frente al consumo de drogas por generación de alumnos en el ingreso a educación media superior para estar en posibilidad de orientar todos los esfuerzos y planear idealmente las actividades de intervención preventiva de acuerdo a resultados obtenidos en dichas investigaciones, precisando en los focos rojos en los resultados que se dejen ver producto de estas investigaciones.

Trabajar con un modelo que nos posibilite poder cambiar las actitudes a través de un programa de intervención preventiva estructurado a partir de aquellas actitudes identificadas.

BIBLIOGRAFÍA.

(s.f.).

Adicciones, C. N. (19 de Octubre de 2013). *CENADIC*. Obtenido de <http://www.cenadic.salud.gob.mx/PDFS/publicaciones/prevcomunitaria.pdf>.

Adicciones, C. N. (18 de Octubre de 2013). *CONADIC*. Obtenido de <http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/publicaciones/lineamientos.pdf>.

Adicciones, C. N. (19 de Octubre de 2013). *CONADIC*. Obtenido de <http://conadic.salud.gob.mx/pdfs>.

Adicciones, C. N. (18 de Octubre de 2013). *CONADIC*. Obtenido de <http://conadic.salud.gob.mx/pdfs/lineamientos.pdf>.

Alcántara, J. A. (1992). *Como educar las actitudes*. Barcelona, España: Ediciones CEAC S.A.

Andalucía, J. d. (1996). *Educación en valores y temas transversales del currículo*. Andalucía, España.: Junta de Andalucía.

Arbex, C. (2002). *Guía de intervención: Menores y consumo de drogas*. Madrid.: Asociación de Técnicos para el Desarrollo de Programas (ADES).

Burciaga, S. A. (26 de Octubre de 1997). Alarmante índice de de Drogadicción en Mexicali. *La Voz de la Frontera.*, págs. 3-A.

Capo, B. M. (2011). *Mis hijos y las drogas, prevención a través del clima familiar afectivo, guía para padres*. Bogotá, Colombia.: U de Bogotá.

Carmen, M. (2008). *Actitudes de los adolescentes hacia la realidad multicultural en el principado de Andorra (tesis doctoral)*. Murcia, España: Universidad de Murcia.

Comas, D. (1990). *El síndrome de Haddock: alco y drogas en enseñanzas medias*. Madrid: C.I.D.E.

del Río, R. (23 de Agosto de 2013). Crudo Despertar. *Revista Proceso*, 1-6. México.

- del Río, R. (2013). Infancia adicta. *Revista Proceso*, 1-7.
- Dela Garza, F.-V. A. (1997). *La juventud y las drogas*. México.: Trillas.
- Elzo, I. e. (2010). *Valores sociales y drogas 2010*. Madrid, España.: F.A.D. Madrid.
- et.al, M.-M. M. (2013). Las drogas y la salud pública:¿hacia dónde vamos? *Salud Pública de México.*, 67-73.
- Farfan, H. J. (1982). *Conocimiento y educación de los adolescentes*. México: Editorial México.
- Freixa, F. (1981). *Clasificaciones de las drogas: Problemática e historia*. Barcelona: Fontanella.
- Frojan, P. M. (1993). *Guía de actuación para la prevención del consumo de drogas*. Valencia, España: Promolibro.
- Funes, J. (1996). *Drogas y adolescentes*. Madrid, España: Editorial Aguilar.
- García, P. R. (2010). Actitudes del alumnado hacia igualdad de género. *Revista de Investigación Educativa.*, 217-232.
- García-Rodríguez, J. y. (1998). *Nuevas aportaciones a la prevención de las drogodependencias*. Madrid, España.: Editorial Síntesis.
- Gervilla, E. (1993). *Postmodernidad y Educación, valores y cultura de jóvenes*. Madrid, España.: Editorial Dykinson.
- González, L. (1993). *Ideas y creencias del hombre actual*. Santander: Sal Terrae.
- González, R. P. (2009). *La adicción a las drogas ilegales, en el estado de Baja California. ¿Integración o rechazo social?* Mexicali, B.C.: UABC.
- Gutiérrez, J. (1995). *Indicadores del consumo de alcohol en España*. Barcelona, España.: Medicina Clínica.
- Hanewinkel, R. e. (2011). Cigarette advertising and teen smoking initiation. *Pediatrics.*, 271-278.
- Herrero, Y. M. (2003). *Adolescencia y grupos de iguales, consumo de drogas y otras conductas problemáticas*. Madrid, España.: Estudios de juventud, Plan municipal Contra las Drogas.
- Instituto Nacional de Estadística, G. e. (18 de octubre de 2013). *I.N.E.G.I.* Obtenido de <http://www.inegi.org.mx/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadistica/2013/juventud.pdf>.
- Jiménez, B. c. (enero de 2000). Tesis doctoral. *Evaluación en un grupo de adolescentes de un programa de intervención frente al consumo de alcohol*. Murcia.: Universidad de Murcia, España.

- Juventud, I. M. (julio de 20 de 2006). *I.M.J.* Obtenido de <http://cendoc.imjuventud.gob.mx/investigacion/docs/perspectiva%20de%20la%20juventud%20en%20M%C3%A9xico.pdf>.
- Lajous, V. (4 de Agosto. de 1997). ¿Sabía usted qué? *Periodico Reforma*, pág. 24.
- López, R. F. (2006). *Drogas y adicciones en la sociedad actual*. Almeria, España.: Universidad de Almeria.
- Mac Nally, M. T. (1998). *Etnografía de la droga*. Argentina.: Editorial Espacio.
- Marín, E. (1995). De los objetivos de la prevención a la prevención por objetivos. En E. A. Becoña, *Drogodependencias4 prevención*. (págs. 51-74). Santiago de Compostela.: Servicio de publicaciones e intercambio de la Universidad de Santiago Compostela. .
- Morales, V. P. (2006). *Medición de actitudes en psicología y educación*. Madrid, España.: Universidad Pontificia Comillas.
- Moreno, K. (2005). *Niños, adolescentes y adicciones*. Mexicali, B.C.: C.I.J. XVIII Ayuntamiento de Mexicali.
- Moreno, K. e. (2003). *Drogas: las 100 preguntas más frecuentes*. México D.F.: Centros de Integración Juvenil A.C.
- Moreno, K. e. (2007.). *Violencia intrafamiliar y adicciones*. México D.F.: Centros de Integración Juvenil A.C.
- Nava, R. A. (26 de septiembre de 1996). Drogadicción. *Revista de Psicología.*, págs. 32-55.
- Navarro, J. e. (2000). *Factores de riesgo y protección de carácter social relacionados con el consumo de drogas*. Madri, España: Ayuntamiento de Madrid.
- Nutrición, E. N. (18 de Octubre de 2012). *I.N.S.P.* Obtenido de <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012/Resultados Nacionales.pdf>.
- Oblitas, L. (2006). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Thomson.
- Olivares, E. (25 de enero del 2013). Mariguana, la droga que más se consume, revela coloquio de la UNAM. *La jornada México*, 1-3.
- Plaza, B. M. (1992). *Papel de la familia, los compañeros y7 la escuela en el abuso de drogas*. España: Cruz Roja Española.
- Pombo, M. (2012). Los senderos de la adicción: una mirada al discurso hegemónico. *Arquetipos.*, 21-25.
- Pública, S. d. (19 de Octubre de 2013). *S.E.P.* Obtenido de <http://básica.sep.gob.mx/escuela segura/pdf/adicciones/mpfpaes.pdf>.

Reveles, J. (2010). *El cártel incomodo; el fin de los Beltran Leyva y la hegemonia del Chapo Guzmán*. México, D.F.: Editorial Grijalbo.

Salud, S. d. (19 de Octubre de 2013). S.S.A.: Obtenido de <http://www.cvsp.cucs.udg.mx/guias/todas/SSA02308PREVENCIONADICCIONES/SSA02308EyR.pdf>.

Sevillano, M. (01 de Octubre de 2009). Televisión, actitudes y drogas en adolescentes: investigación sobre sus efectos. *Red de revistas Científicas de America Latina, España y Portugal*, págs. 185-192.

Stockley, D. y. (1997). *Drogas, guía ilustrada para agentes de la policia*. Madrid, España.: F.A.D. Madrid.

Vielva, I. P. (2001). *Las familias y sus adolescentes antes las drogas*. Bilbao, España.: Universidad de Deusto.

5. Nivel de estudios del padre

- No sabe leer y escribir
- Solo leer y escribir
- Primaria
- Formación profesional
- Bachillerato o preparatoria
- Estudios técnicos
- Estudios superiores (licenciado, médico)
- Postgrado
- No sabe no contesta.

6. Nivel de estudios de la madre

- No sabe leer y escribir
- Sólo leer y escribir
- Primaria
- Estudios de secundaria
- Estudios de preparatoria
- Formación profesional
- No sabe no contesta

7. Número aproximado de habitantes de tu localidad:

- Menos de 5000 habitantes
- De 5000 a 10,000 habitantes
- De 1,001 a 20,000 habitantes
- De 2001 a 30,000 habitantes
- De 30,001 a 100,000 habitantes
- Más de 100,000 habitantes
- No sabe no contesta

8. Localización de tu vivienda.

- Centro de la ciudad.
- Colonias de la ciudad.
- Nuevas colonias de la ciudad.
- Valle o zona rural.
- No sabe no contesta.

9. Tipo de centro donde cursas estudios:

- Pública
- Privada

A continuación planteamos unas cuestiones sobre las que te pedimos tu opinión, para calificar todas las preguntas según tu grado de acuerdo, teniendo siempre presente este código:

Código	Valoración
1.....	Muy de acuerdo.
2.....	De acuerdo.
3.....	Indiferente.
4.....	En desacuerdo.
5.....	Muy en desacuerdo.
10. Estoy convencido que si tomará bebidas alcohólicas no perjudicaría mi salud.....	1 2 3 4 5
11. Estimo que consumir alcohol me ayuda a tener amigos	1 2 3 4 5
12. Si algún miembro de mi familia bebiera mucho alcohol tendríamos problemas.....	1 2 3 4 5
13. El beber alcohol me ayuda a resolver mis problemas personales (timidez, disgustos).....	1 2 3 4 5
14. El consumo de bebidas alcohólicas perjudica mi actividad deportiva.....	1 2 3 4 5
15. Las bebidas alcohólicas hacen que me sienta bien.....	1 2 3 4 5
16. No es conveniente que beba alcohol ni siquiera en las comida.....	1 2 3 4 5
17. Aunque yo beba puedo dejarlo cuando quiera.....	1 2 3 4 5
18. Cuando los chicos de mi edad fuman perjudican mi salud.....	1 2 3 4 5
19. Si fumara podría dejar el tabaco cuando quisiera.....	1 2 3 4 5
20. El consumo de tabaco me impediría ser un buen deportista.....	1 2 3 4 5

21. Es conveniente que fume para no ser rechazado por mis
compañeros..... 1 2 3 4 5
22. Fumar de vez en cuando no me perjudicaría en
absoluto..... 1 2 3 4 5
23. Fumar me ayudaría a sentirme mejor..... 1 2 3 4 5
24. El uso de medicinas sin necesidad, puede
perjudicarme.....1 2 3 4 5
25. Tomaría algunos productos farmacéuticos, para sentirme
bien, aun sin receta médica.....1 2 3 4 5
26. No es necesario probar marihuana para saber que
daña mi salud.....1 2 3 4 5
27. Considero conveniente conocer y probar todas las
drogas.....1 2 3 4 5
28. Aunque tomara drogas no me perjudicarían..... 1 2 3 4 5
29. Prefiero no estar en lugares donde se consumen
drogas.....1 2 3 4 5
30. Mis amigos me rechazarían si no tomase drogas.....1 2 3 4 5
31. Si consumiera drogas obtendría peores calificaciones 1 2 3 4 5
32. Estoy convencido que el consumo de drogas no me perjudicaría
tanto como dicen mis padres, maestro o la televisión.....1 2 3 4 5

ANEXO 2 TABLAS Y GRÁFICAS.

TABLAS DEL BLOQUE I GLOBAL.

10. Estoy convencido que si tomará bebidas alcohólicas no perjudicaría mi salud.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muy de acuerdo	23	11.6	11.6	11.6
	De acuerdo	23	11.6	11.6	23.2
	Indiferente	22	11.1	11.1	34.3
	En desacuerdo.	48	24.2	24.2	58.6
	Muy en desacuerdo.	82	41.4	41.4	100.0
	Total	198	100.0	100.0	

18. Cuando los chicos de mi edad fuman perjudican mi salud.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muy de acuerdo	100	50.5	50.5	50.5
	De acuerdo	43	21.7	21.7	72.2
	Indiferente	32	16.2	16.2	88.4
	En desacuerdo	11	5.6	5.6	93.9
	Muy en desacuerdo	12	6.1	6.1	100.0
	Total	198	100.0	100.0	

22. Fumar de vez en cuando no me perjudicaría en absoluto.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muy de acuerdo	18	9.1	9.1	9.1
	De acuerdo	16	8.1	8.1	17.2
	Indiferente	40	20.2	20.2	37.4
	En desacuerdo	38	19.2	19.2	56.6
	Muy en desacuerdo	86	43.4	43.4	100.0
	Total	198	100.0	100.0	

24. El uso de medicinas sin necesidad, puede perjudicarme.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muy de acuerdo	110	55.6	55.8	55.8
	De acuerdo	45	22.7	22.8	78.7
	Indiferente	12	6.1	6.1	84.8
	En desacuerdo	12	6.1	6.1	90.9
	Muy en desacuerdo	18	9.1	9.1	100.0
	Total	197	99.5	100.0	
Missing	System	1	.5		
Total		198	100.0		

26.No es necesario probar marihuana, para saber que daña mi salud.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muy de acuerdo	113	57.1	57.1	57.1
	De acuerdo	36	18.2	18.2	75.3
	Indiferente	11	5.6	5.6	80.8
	En desacuerdo	10	5.1	5.1	85.9
	Muy en desacuerdo	28	14.1	14.1	100.0
	Total	198	100.0	100.0	

28.Aunque tomará drogas no me perjudicarían.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muy de acuerdo	20	10.1	10.2	10.2
	De acuerdo	5	2.5	2.6	12.8
	Indiferente	12	6.1	6.1	18.9
	En desacuerdo	32	16.2	16.3	35.2
	Muy en desacuerdo	127	64.1	64.8	100.0
	Total	196	99.0	100.0	
Missing	System	2	1.0		
	Total	198	100.0		

32.Estoy convencido que el consumo de drogas no me perjudicaría tanto como dicen mis padres, maestro o la televisión

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muy de acuerdo	14	7.1	7.1	7.1
	De acuerdo	18	9.1	9.1	16.2
	Indiferente	25	12.6	12.6	28.8
	En desacuerdo	31	15.7	15.7	44.4
	Muy en desacuerdo	110	55.6	55.6	100.0
	Total	198	100.0	100.0	

TABLAS DEL BLOQUE II GLOBAL.

11.Estimo que consumir alcohol me ayuda a tener amigos.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muy de acuerdo	5	2.5	2.5	2.5
	De acuerdo	12	6.1	6.1	8.6
	Indiferente	30	15.2	15.2	23.9
	En desacuerdo	44	22.2	22.3	46.2
	Muy en desacuerdo	106	53.5	53.8	100.0
	Total	197	99.5	100.0	
Missing	System	1	.5		
Total		198	100.0		

21. Es conveniente que fume para no ser rechazado por mis compañeros.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muy de acuerdo	8	4.0	4.0	4.0
	De acuerdo	3	1.5	1.5	5.6
	Indiferente	14	7.1	7.1	12.6
	En desacuerdo	32	16.2	16.2	28.8
	Muy en desacuerdo	141	71.2	71.2	100.0
	Total	198	100.0	100.0	

23. Fumar me ayudaría a sentirme mejor.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muy de acuerdo	8	4.0	4.1	4.1
	De acuerdo	14	7.1	7.1	11.2
	Indiferente	27	13.6	13.7	24.9
	En desacuerdo	24	12.1	12.2	37.1
	Muy en desacuerdo	124	62.6	62.9	100.0
	Total	197	99.5	100.0	
Missing	System	1	.5		
Total		198	100.0		

30. Mis amigos me rechazarían si no tomase drogas.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muy de acuerdo	11	5.6	5.6	5.6
	De acuerdo	3	1.5	1.5	7.1
	Indiferente	29	14.6	14.8	21.9
	En desacuerdo	24	12.1	12.2	34.2
	Muy en desacuerdo	129	65.2	65.8	100.0
	Total	196	99.0	100.0	
Missing	System	2	1.0		
Total		198	100.0		

TABLAS DEL BLOQUE III GLOBAL

16.No es conveniente que beba alcohol ni siquiera en la comida.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muy de acuerdo	63	31.8	32.1	32.1
	De acuerdo	24	12.1	12.2	44.4
	Indiferente	43	21.7	21.9	66.3
	En desacuerdo	34	17.2	17.3	83.7
	Muy en desacuerdo	32	16.2	16.3	100.0
	Total	196	99.0	100.0	
Missing	System	2	1.0		
Total		198	100.0		

17. Aunque yo beba puedo dejarlo cuando quiera.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muy de acuerdo	78	39.4	39.8	39.8
	De acuerdo	38	19.2	19.4	59.2
	Indiferente	39	19.7	19.9	79.1
	En desacuerdo	18	9.1	9.2	88.3
	Muy en desacuerdo	23	11.6	11.7	100.0
	Total	196	99.0	100.0	
Missing	System	2	1.0		
Total		198	100.0		

19. Si fumara podría dejar el tabaco cuando quisiera.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muy de acuerdo	56	28.3	28.7	28.7
	De acuerdo	29	14.6	14.9	43.6
	Indiferente	31	15.7	15.9	59.5
	En desacuerdo	37	18.7	19.0	78.5
	Muy en desacuerdo	42	21.2	21.5	100.0
	Total	195	98.5	100.0	
Missing	System	3	1.5		
Total		198	100.0		

TABLAS DEL BLOQUE IV GLOBAL.

13.El beber alcohol me ayuda a resolver mis problemas personales (timidez, disgustos)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muy de acuerdo	8	4.0	4.0	4.0
	De acuerdo	19	9.6	9.6	13.6
	Indiferente	25	12.6	12.6	26.3
	En desacuerdo	41	20.7	20.7	47.0
	Muy en desacuerdo	105	53.0	53.0	100.0
	Total	198	100.0	100.0	

15. Las bebidas alcohólicas hacen que me sienta bien.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muy de acuerdo	18	9.1	9.2	9.2
	De acuerdo	24	12.1	12.3	21.5
	Indiferente	39	19.7	20.0	41.5
	En desacuerdo	43	21.7	22.1	63.6
	Muy en desacuerdo	71	35.9	36.4	100.0
	Total	195	98.5	100.0	
Missing	System	3	1.5		
	Total	198	100.0		

25. Tomaría algunos productos farmacéuticos, para sentirme bien, aun sin receta médica.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muy de acuerdo	17	8.6	8.6	8.6
	De acuerdo	24	12.1	12.1	20.7
	Indiferente	28	14.1	14.1	34.8
	En desacuerdo	40	20.2	20.2	55.1
	Muy en desacuerdo	89	44.9	44.9	100.0
	Total	198	100.0	100.0	

TABLAS DEL BLOQUE V GLOBAL.

14. El consumo de bebidas alcohólicas perjudica mi actividad deportiva.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muy de acuerdo	84	42.4	42.4	42.4
	De acuerdo	49	24.7	24.7	67.2
	Indiferente	26	13.1	13.1	80.3
	En desacuerdo	16	8.1	8.1	88.4
	Muy en desacuerdo	23	11.6	11.6	100.0
	Total	198	100.0	100.0	

20. El consumo de tabaco me impediría ser un buen deportista.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muy de acuerdo	119	60.1	60.1	60.1
	De acuerdo	38	19.2	19.2	79.3
	Indiferente	12	6.1	6.1	85.4
	En desacuerdo	10	5.1	5.1	90.4
	Muy en desacuerdo	19	9.6	9.6	100.0
	Total	198	100.0	100.0	

31. Si consumiera drogas obtendría peores calificaciones.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muy de acuerdo	97	49.0	49.2	49.2
	De acuerdo	36	18.2	18.3	67.5
	Indiferente	26	13.1	13.2	80.7
	En desacuerdo	14	7.1	7.1	87.8
	Muy en desacuerdo	24	12.1	12.2	100.0
	Total	197	99.5	100.0	
Missing	System	1	.5		
	Total	198	100.0		

TABLAS DEL BLOQUE VI GLOBAL.

12.Si algún miembro de mi familia bebiera mucho alcohol tendríamos problemas.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muy de acuerdo	99	50.0	50.0	50.0
	De acuerdo	63	31.8	31.8	81.8
	Indiferente	16	8.1	8.1	89.9
	En desacuerdo	6	3.0	3.0	92.9
	Muy en desacuerdo	14	7.1	7.1	100.0
	Total	198	100.0	100.0	

27.Considero conveniente conocer y probar todas las drogas.

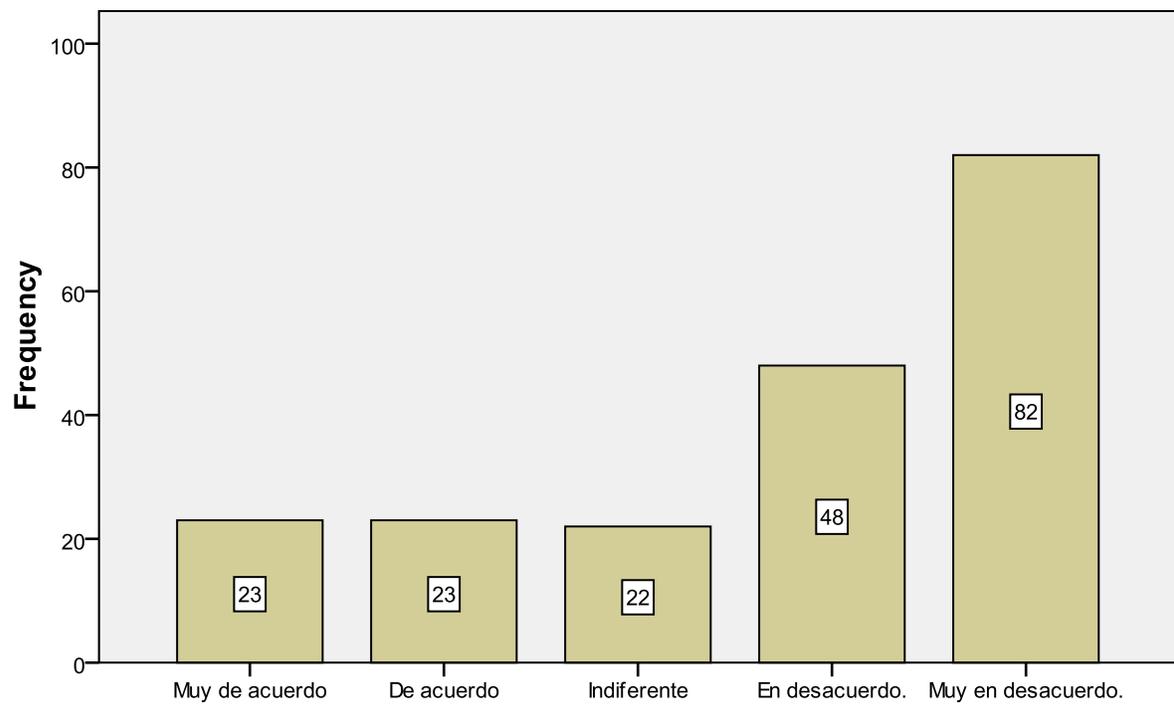
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muy de acuerdo	8	4.0	4.0	4.0
	De acuerdo	8	4.0	4.0	8.1
	Indiferente	19	9.6	9.6	17.7
	En desacuerdo	32	16.2	16.2	33.8
	Muy en desacuerdo	131	66.2	66.2	100.0
	Total	198	100.0	100.0	

29. Prefiero no estar en lugares donde se consumen drogas.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muy de acuerdo	108	54.5	54.5	54.5
	De acuerdo	33	16.7	16.7	71.2
	Indiferente	36	18.2	18.2	89.4
	En desacuerdo	6	3.0	3.0	92.4
	Muy en desacuerdo	15	7.6	7.6	100.0
	Total	198	100.0	100.0	

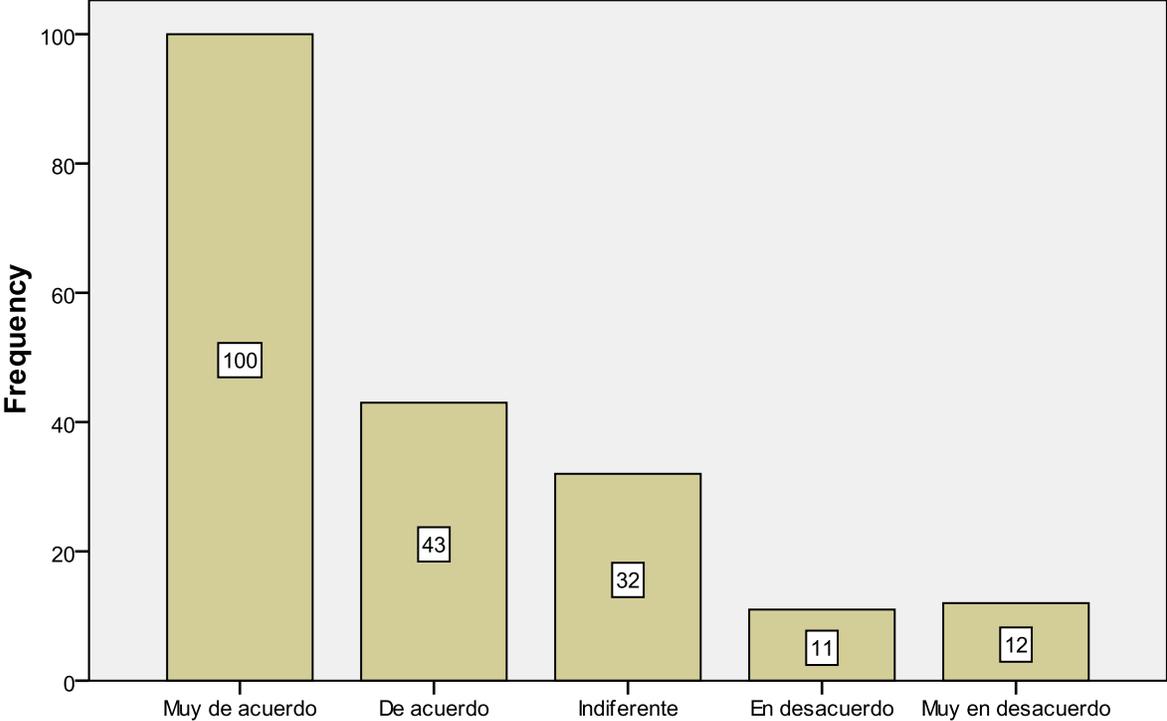
GRÁFICAS DEL BLOQUE I GLOBAL.

10.Estoy covencido que si tomará bebidas alcoholicas no perjudicaría mi salud.



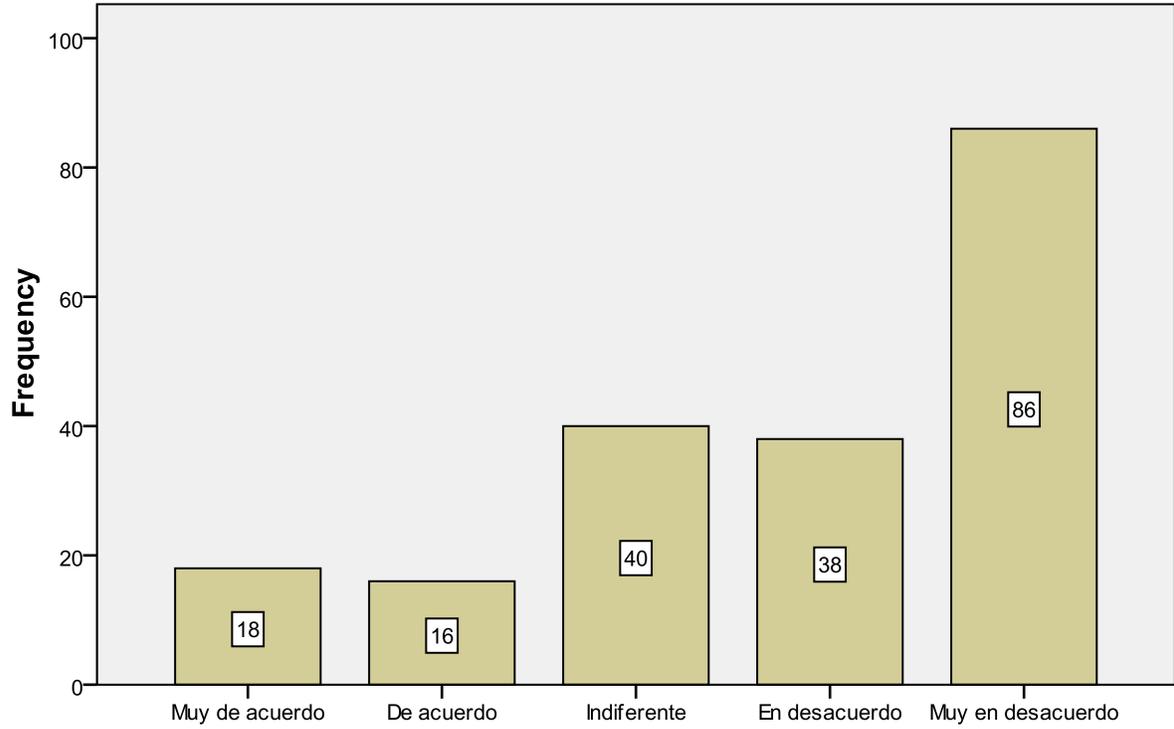
10.Estoy covencido que si tomará bebidas alcoholicas no perjudicaría mi salud.

18.Cuando los chicos de mi edad fuman perjudican mi salud



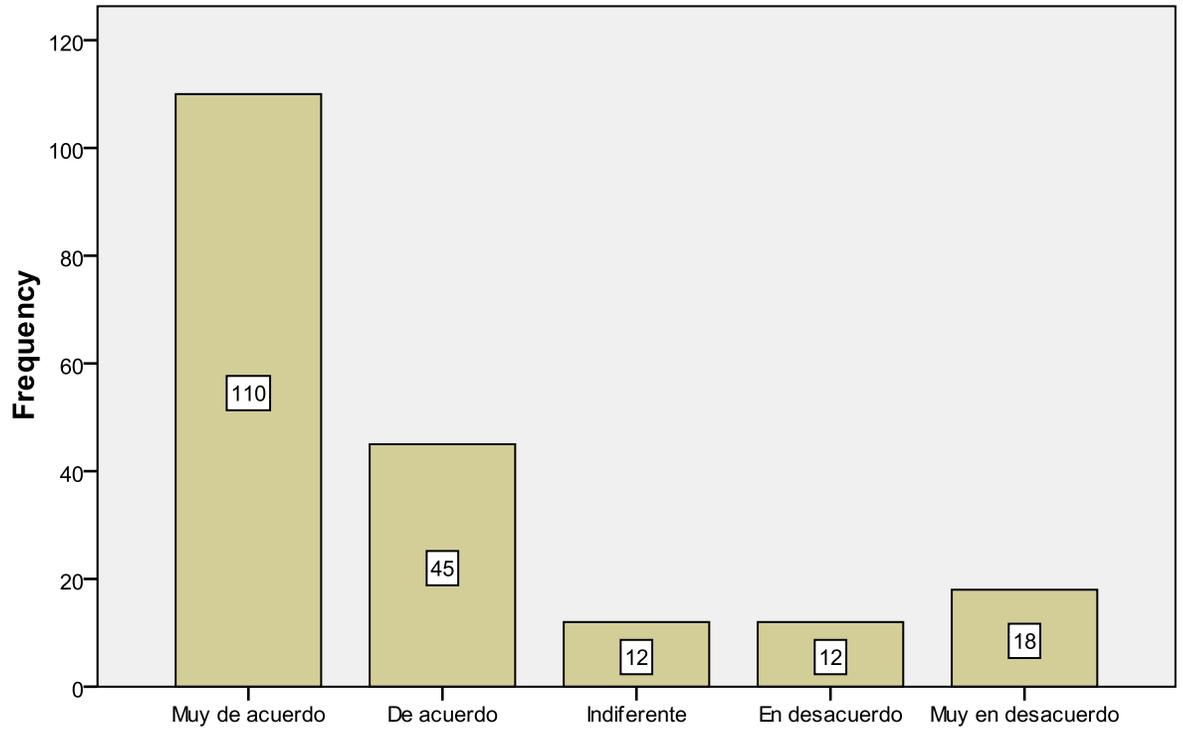
18.Cuando los chicos de mi edad fuman perjudican mi salud

22.Fumar de vez en cuando no me perjudicaría en absoluto.



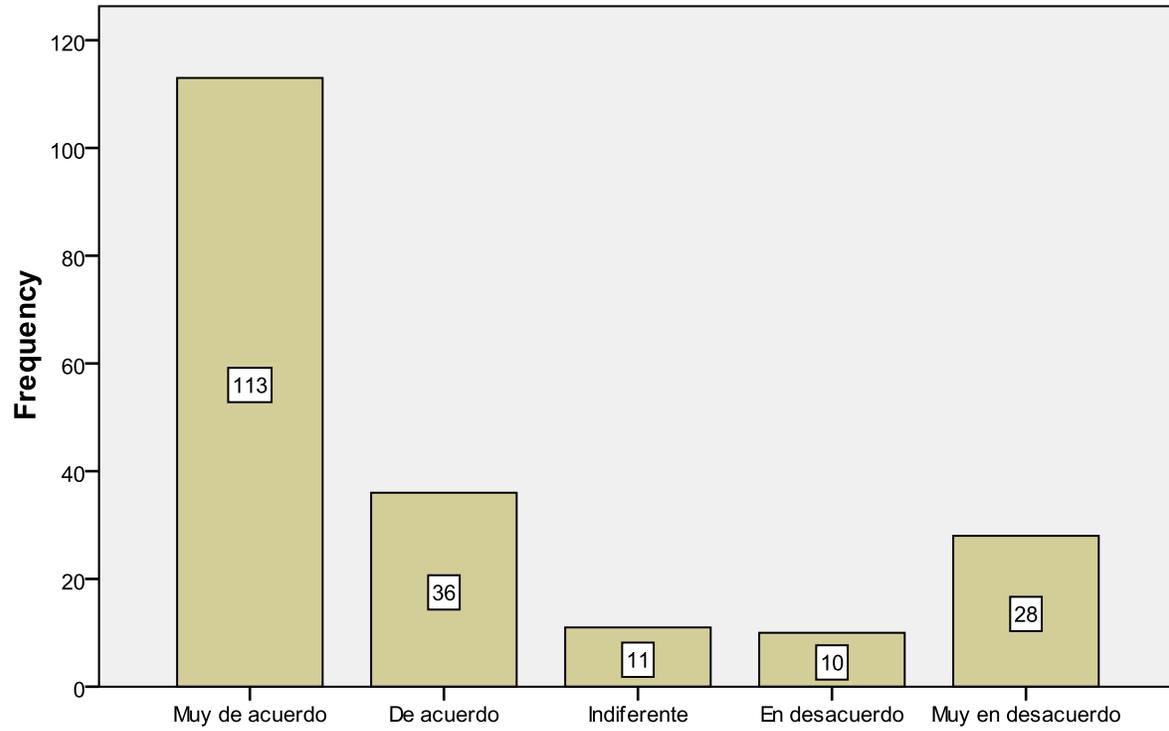
22.Fumar de vez en cuando no me perjudicaría en absoluto.

24. El uso de medicinas sin necesidad, puede perjudicarme



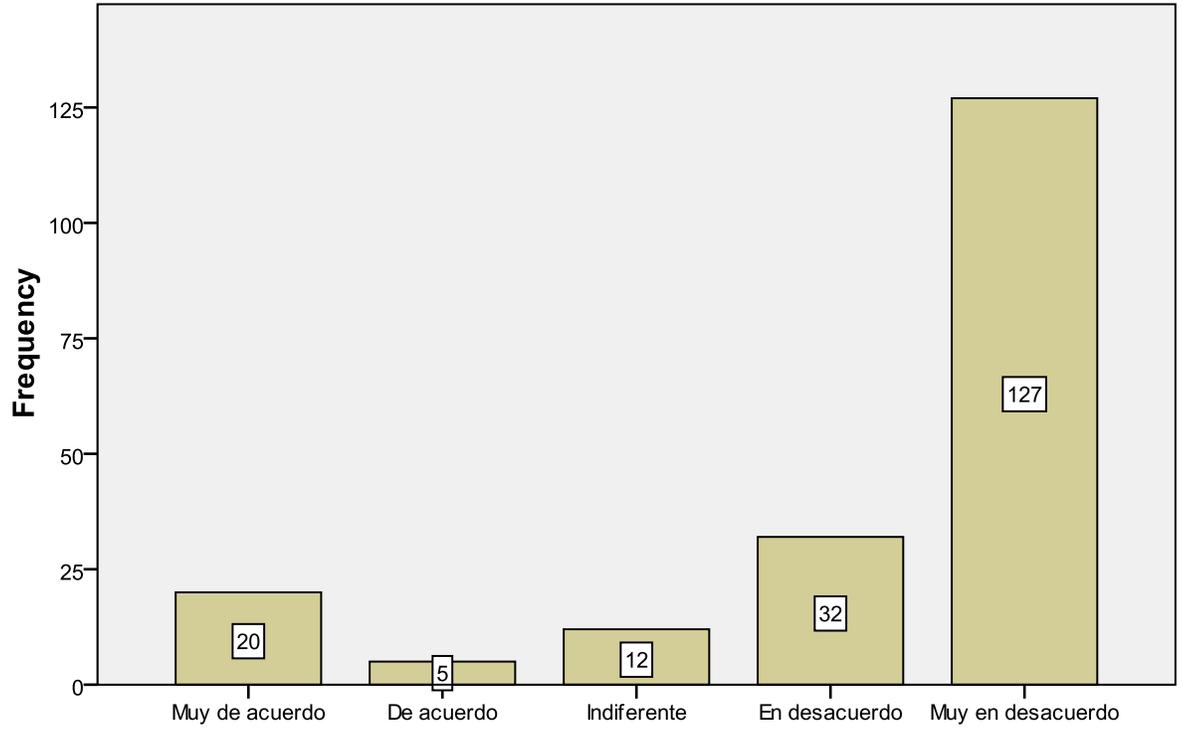
24. El uso de medicinas sin necesidad, puede perjudicarme

26.No es necesario probar mariguana, para saber que daña mi salud



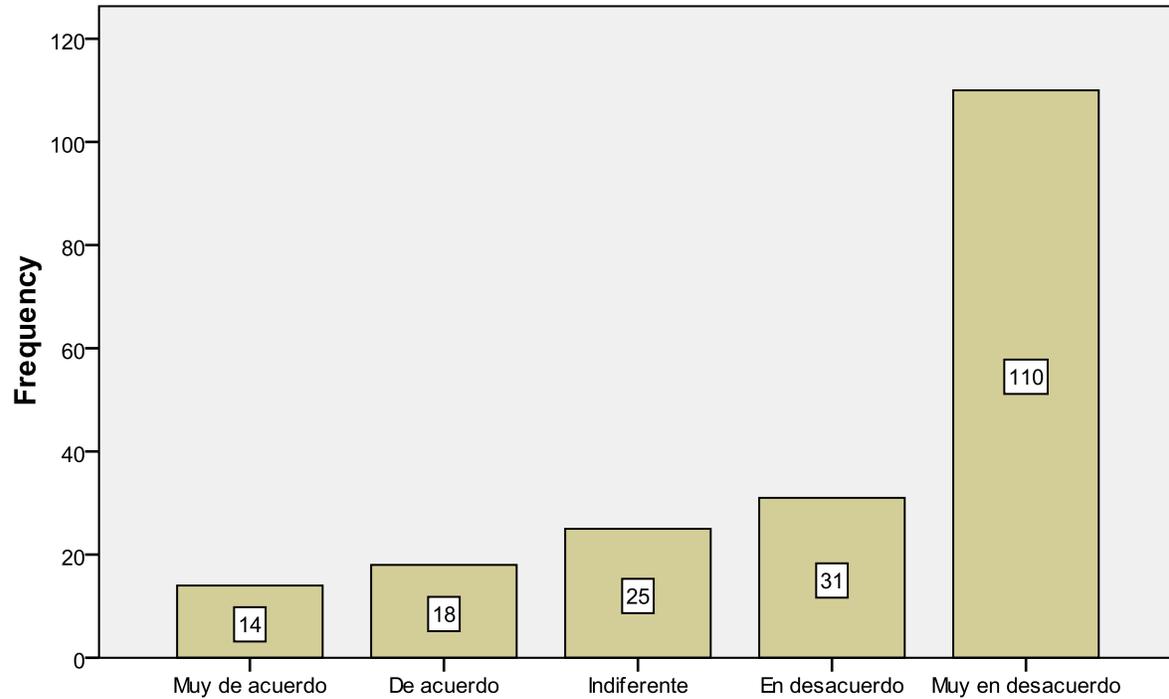
26.No es necesario probar mariguana, para saber que daña mi salud

28.Aunque tomará drogas no me perjudicarían



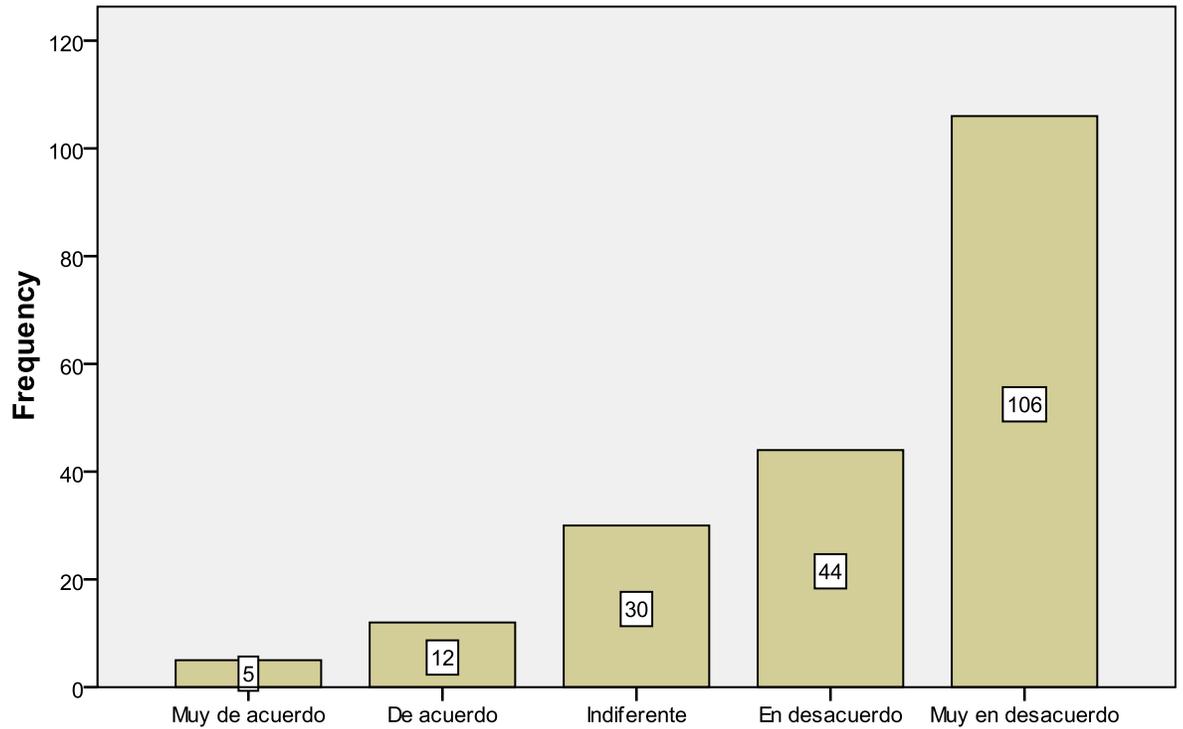
28.Aunque tomará drogas no me perjudicarían

32.Estoy convencido que el consumo de drogas no me perjudicaría tanto como dicen mis padres,maestro o la televisión



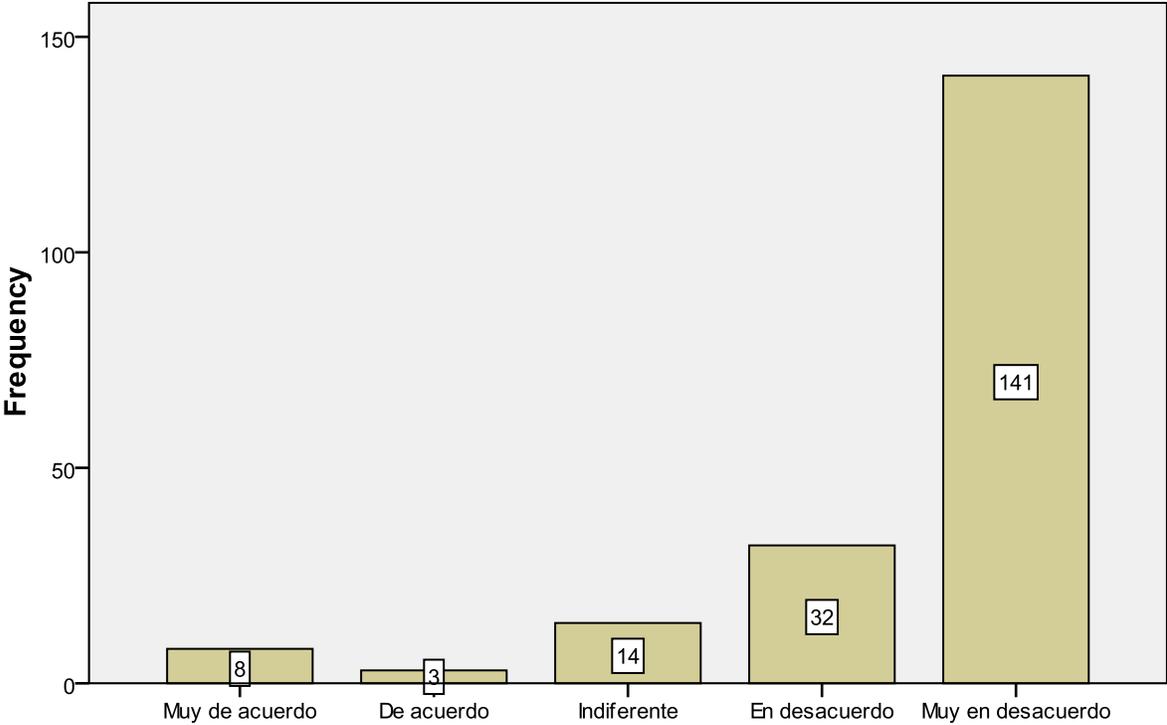
32.Estoy convencido que el consumo de drogas no me perjudicaría tanto como dicen mis padres,maestro o la televisión

11.Estimo que consumir alcohol me ayuda atener amigos.



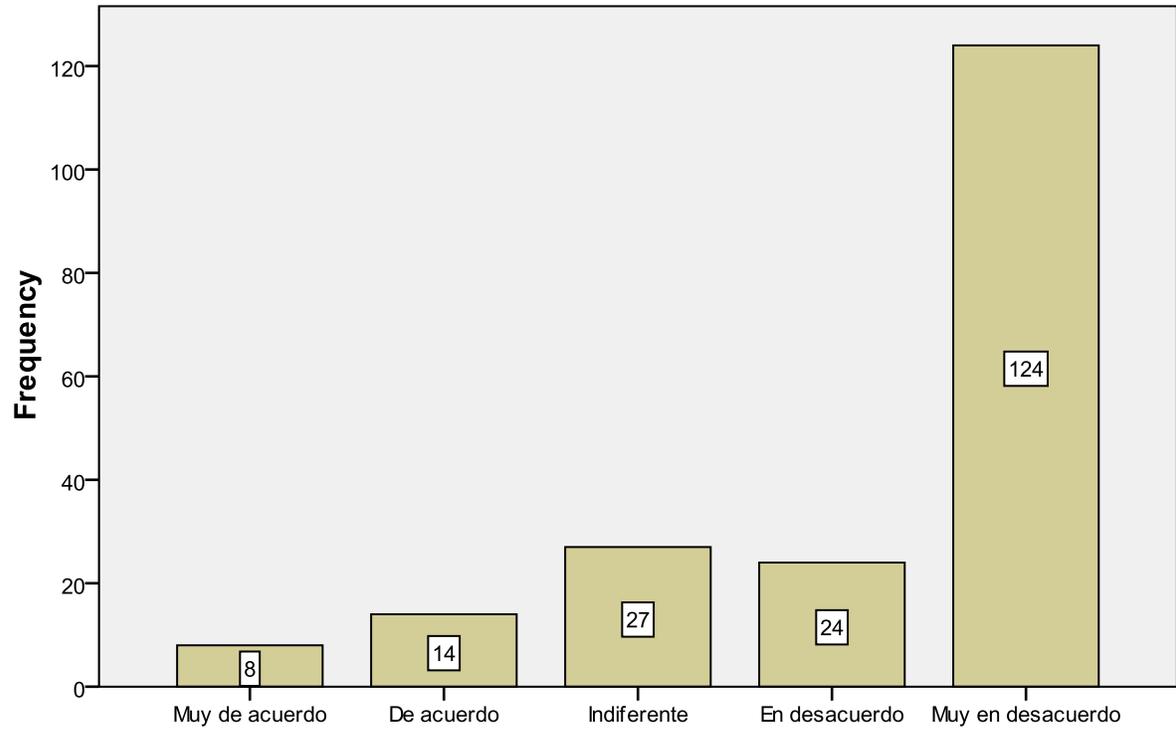
11.Estimo que consumir alcohol me ayuda atener amigos.

21. Es conveniente que fume para no ser rechazado por mis compañeros



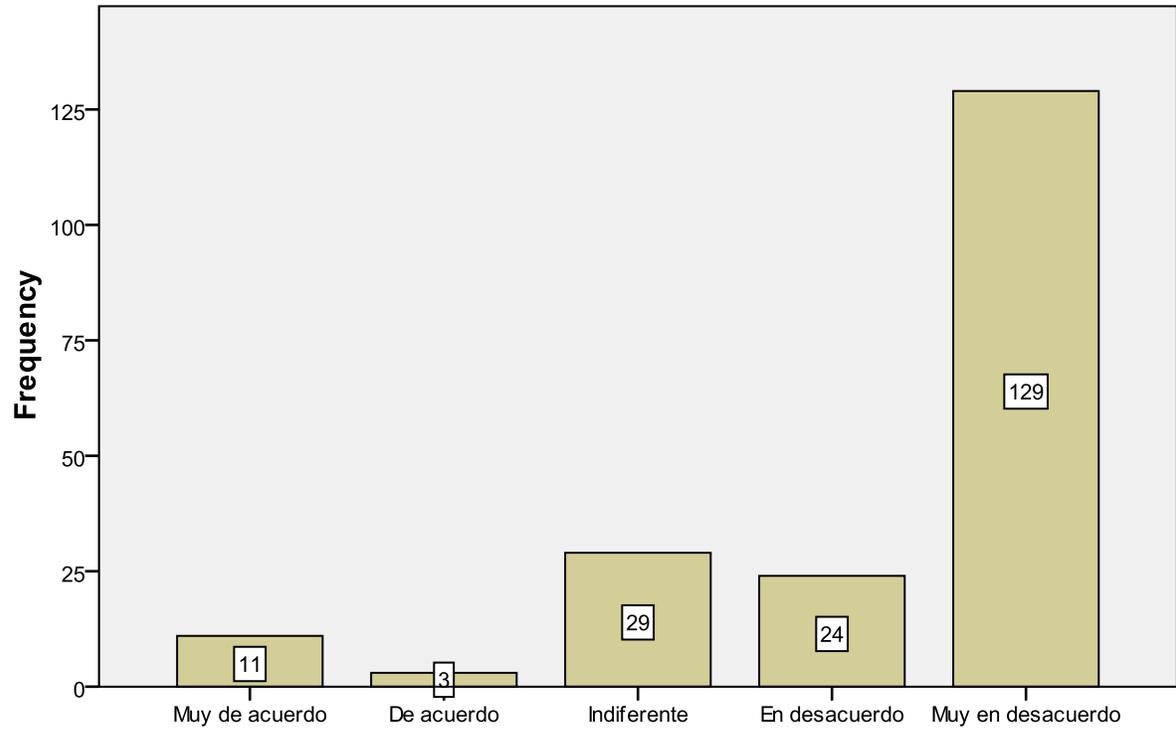
21. Es conveniente que fume para no ser rechazado por mis compañeros

23. Fumar me ayudaría a sentirme mejor.



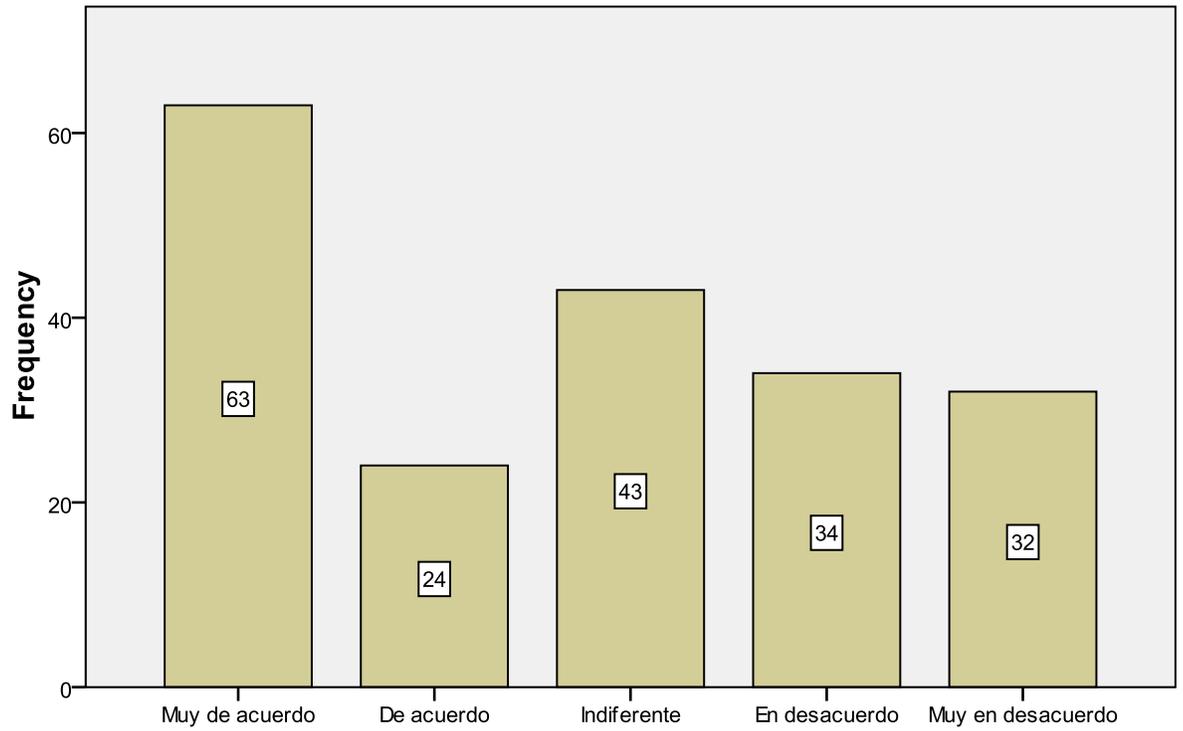
23. Fumar me ayudaría a sentirme mejor.

30.Mis amigos me rechazarían si no tomase drogas.



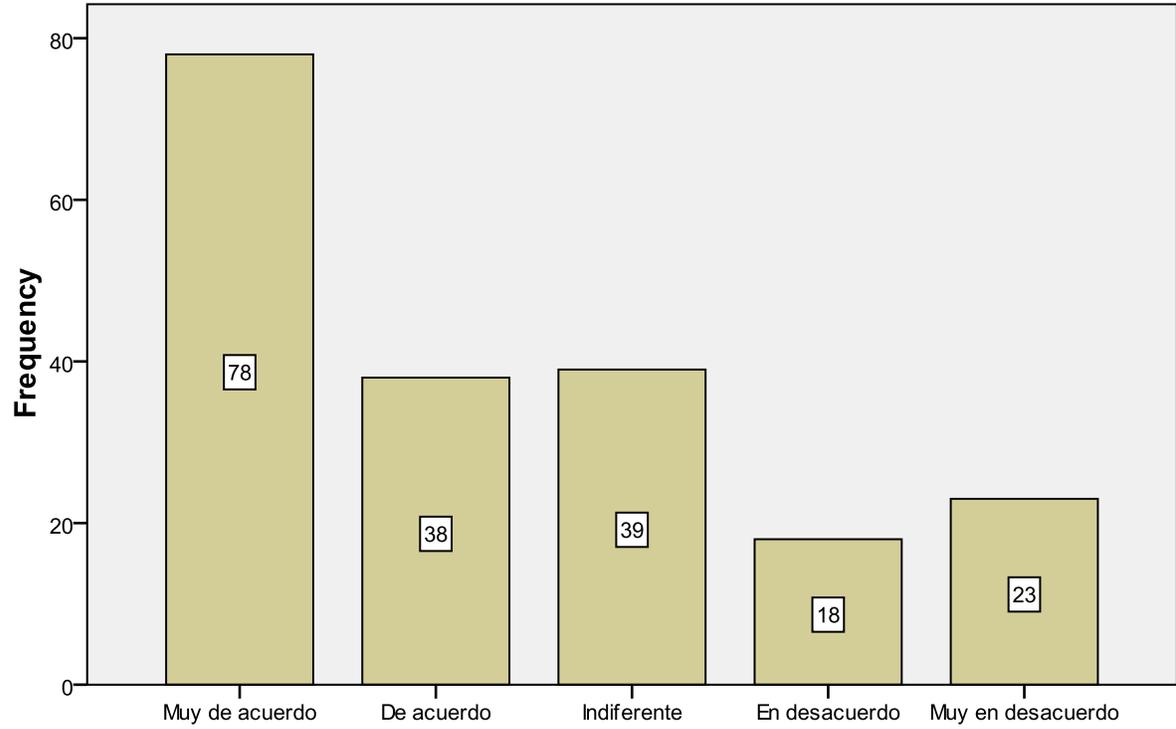
30.Mis amigos me rechazarían si no tomase drogas.

16.No es conveniente que beba alcohol ni siquiera en la comida



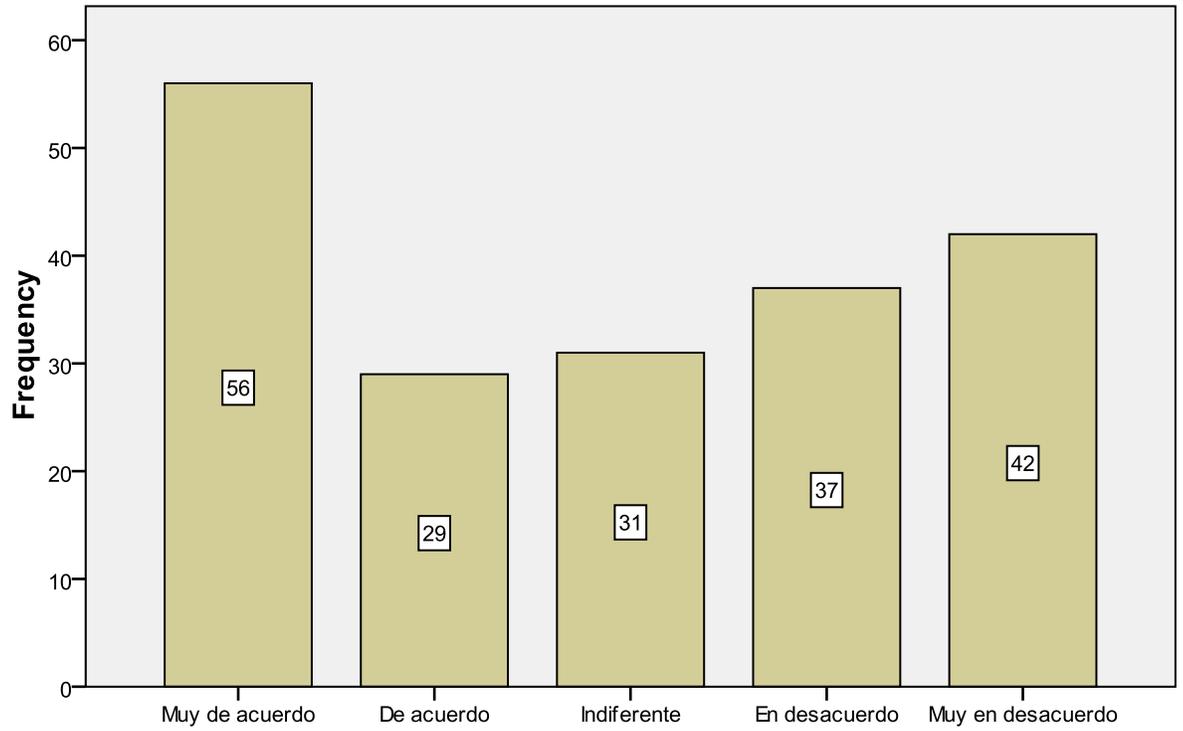
16.No es conveniente que beba alcohol ni siquiera en la comida

17. Aunque yo beba puedo dejarlo cuando quiera



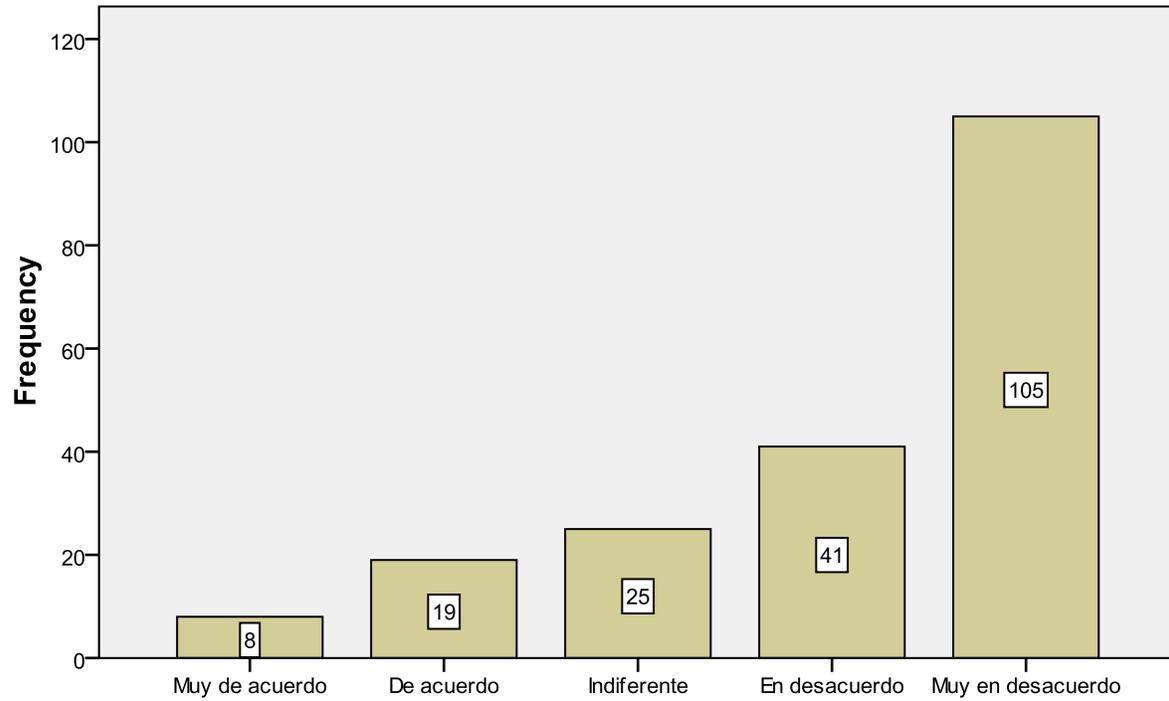
17. Aunque yo beba puedo dejarlo cuando quiera

19.Si fumara podría dejar el tabaco cuando quisiera.



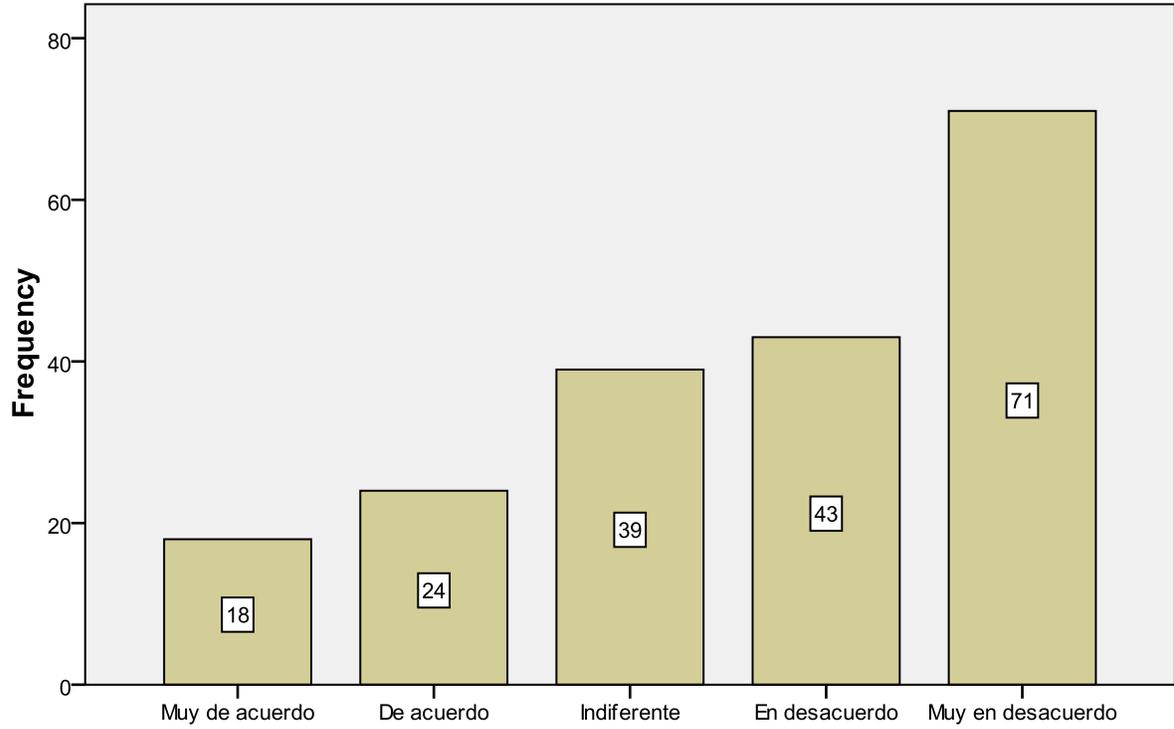
19.Si fumara podría dejar el tabaco cuando quisiera.

13.El beber alcohol me ayuda a resolver mis problemas personales (timidez, disgustos)



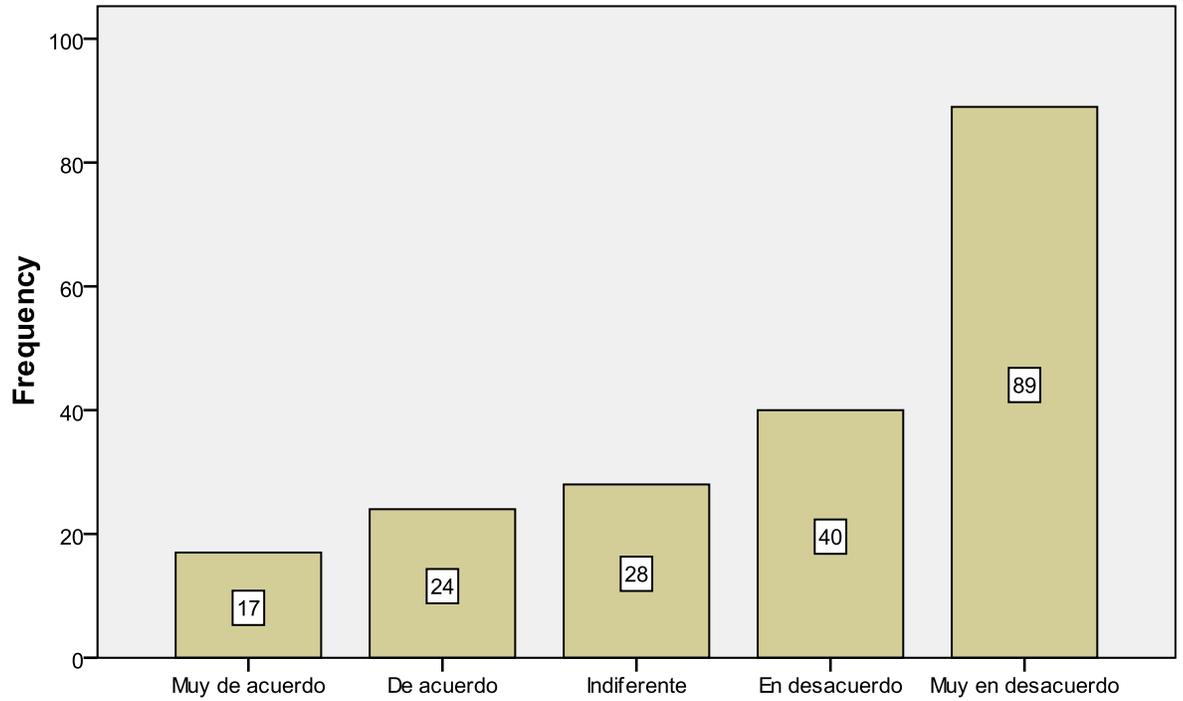
13.El beber alcohol me ayuda a resolver mis problemas personales (timidez,disgustos)

15. Las bebidas alcohólicas hacen que me sienta bien



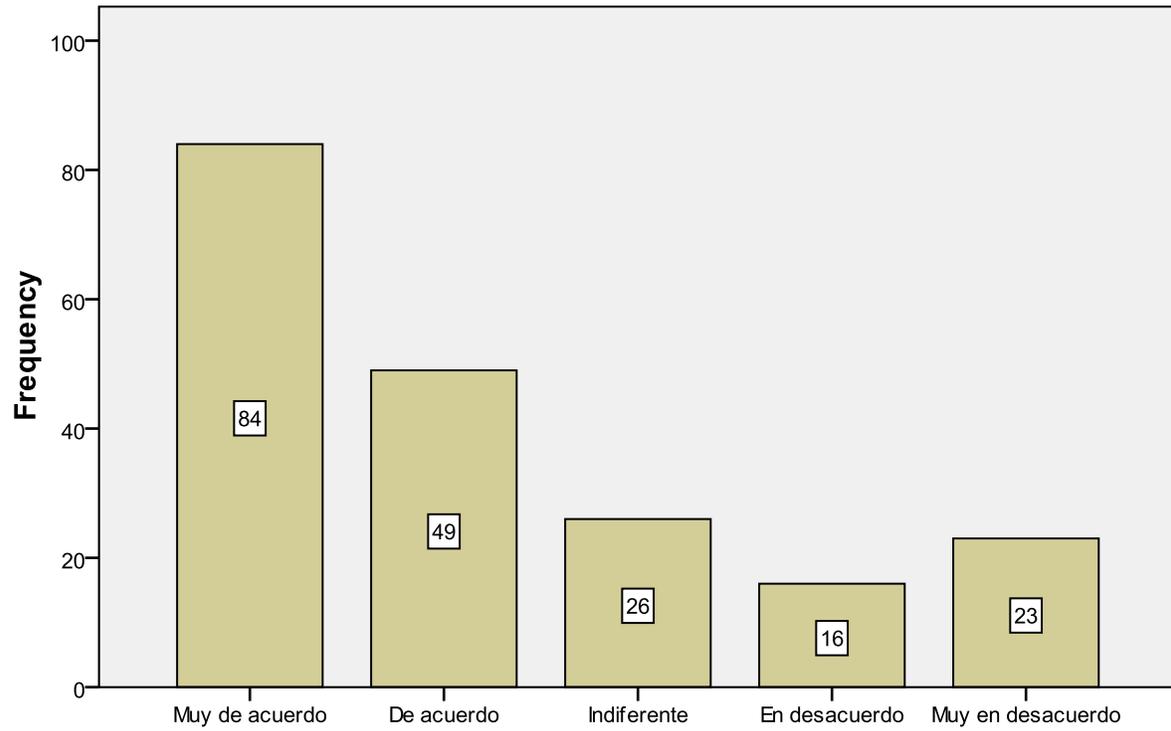
15. Las bebidas alcohólicas hacen que me sienta bien

25. Tomaría algunos productos farmacéuticos, para sentirme bien, aun sin receta médica.



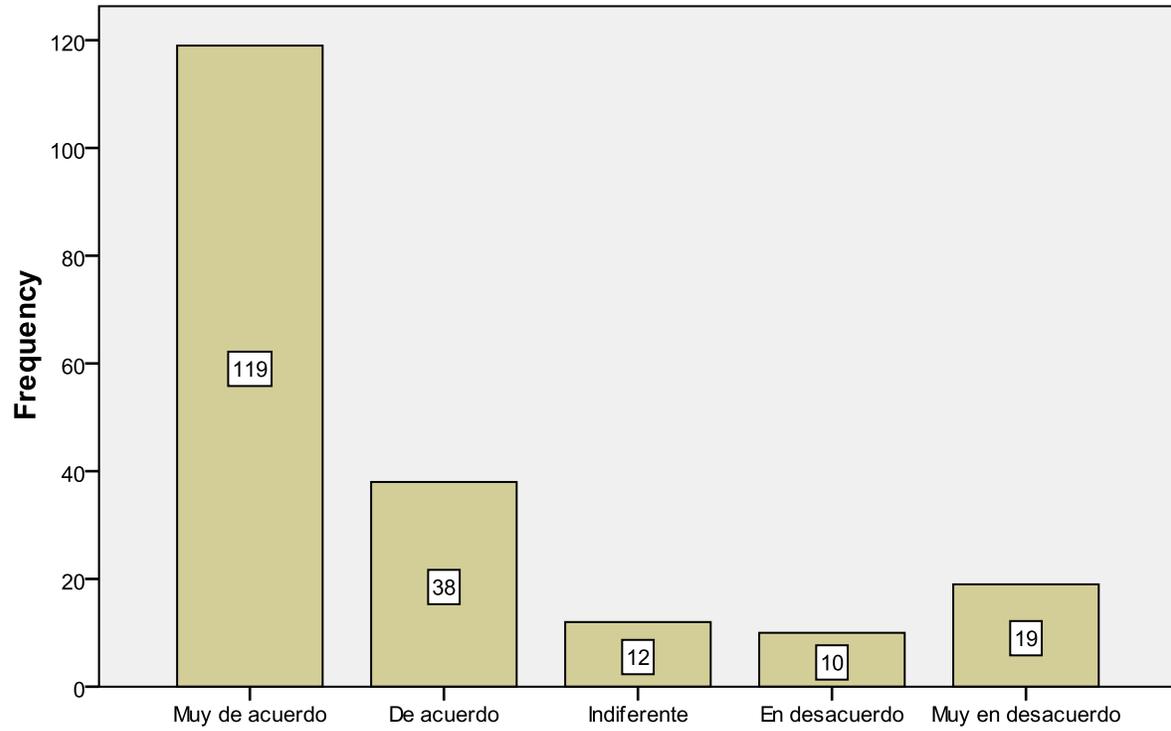
25. Tomaría algunos productos farmacéuticos, para sentirme bien, aun sin receta médica.

14.El consumo de bebidas alcohólicas perjudica mi actividad deportiva



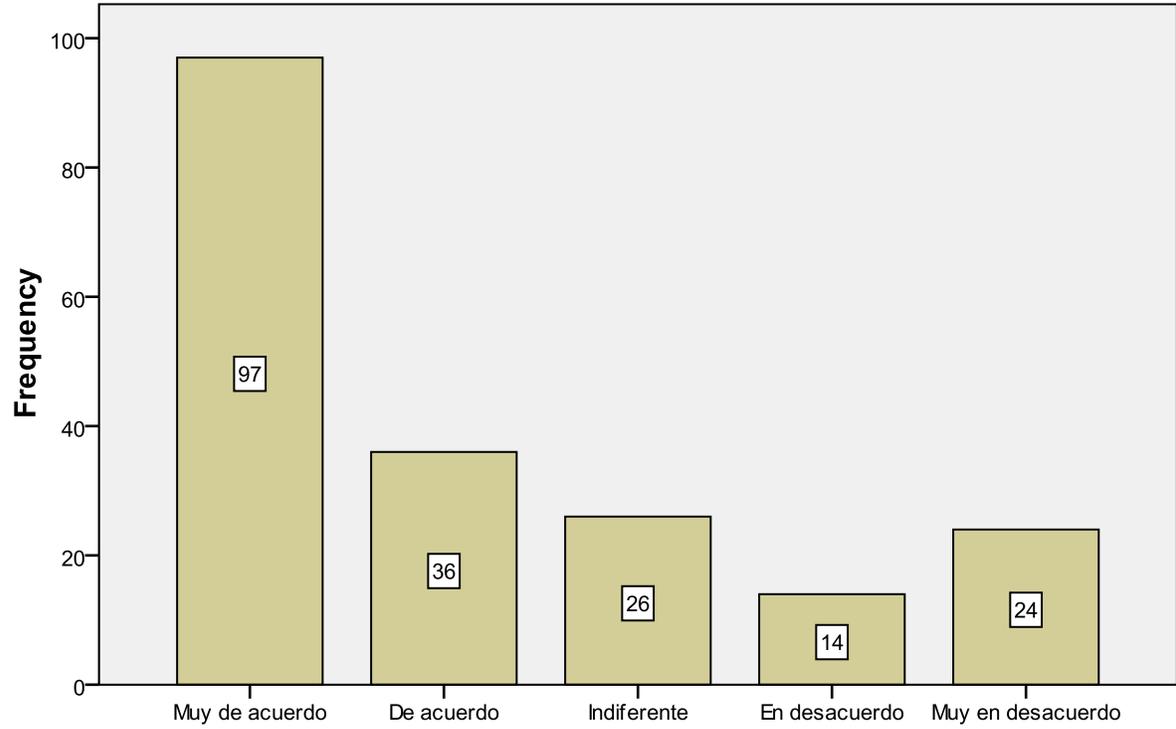
14.El consumo de bebidas alcohólicas perjudica mi actividad deportiva

20.El consumo de tabaco me impediría ser un buen deportista



20.El consumo de tabaco me impediría ser un buen deportista

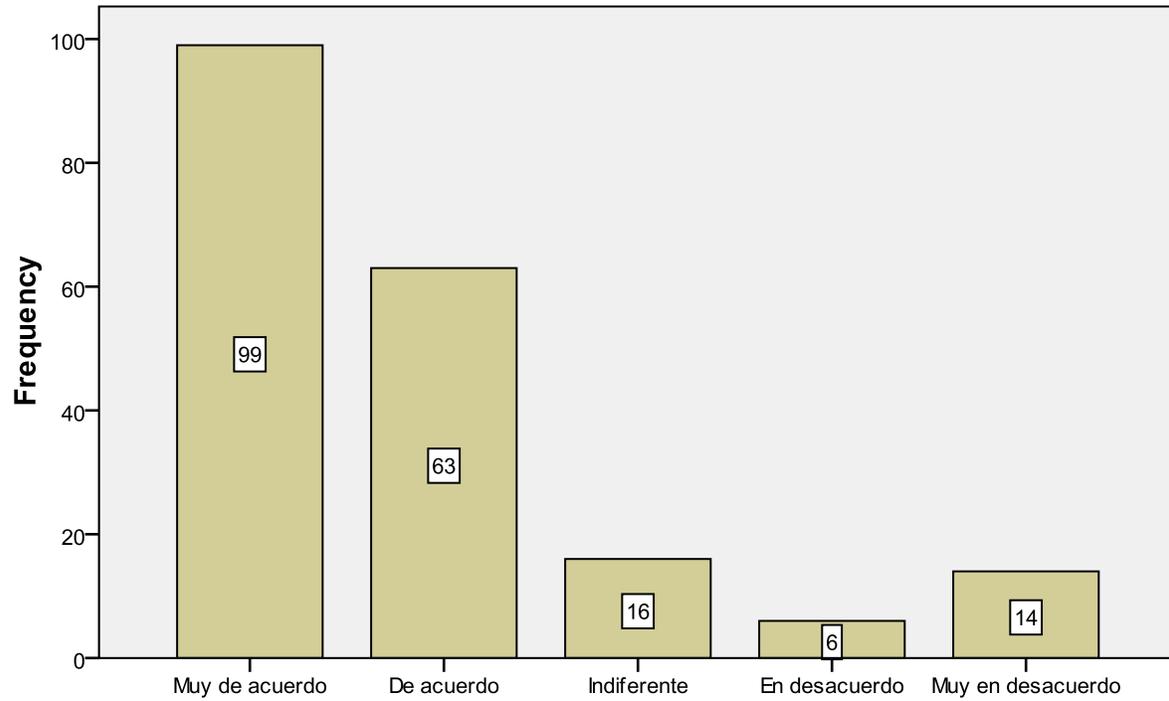
31.Si consumiera drogas obtendría peores calificaciones.



31.Si consumiera drogas obtendría peores calificaciones.

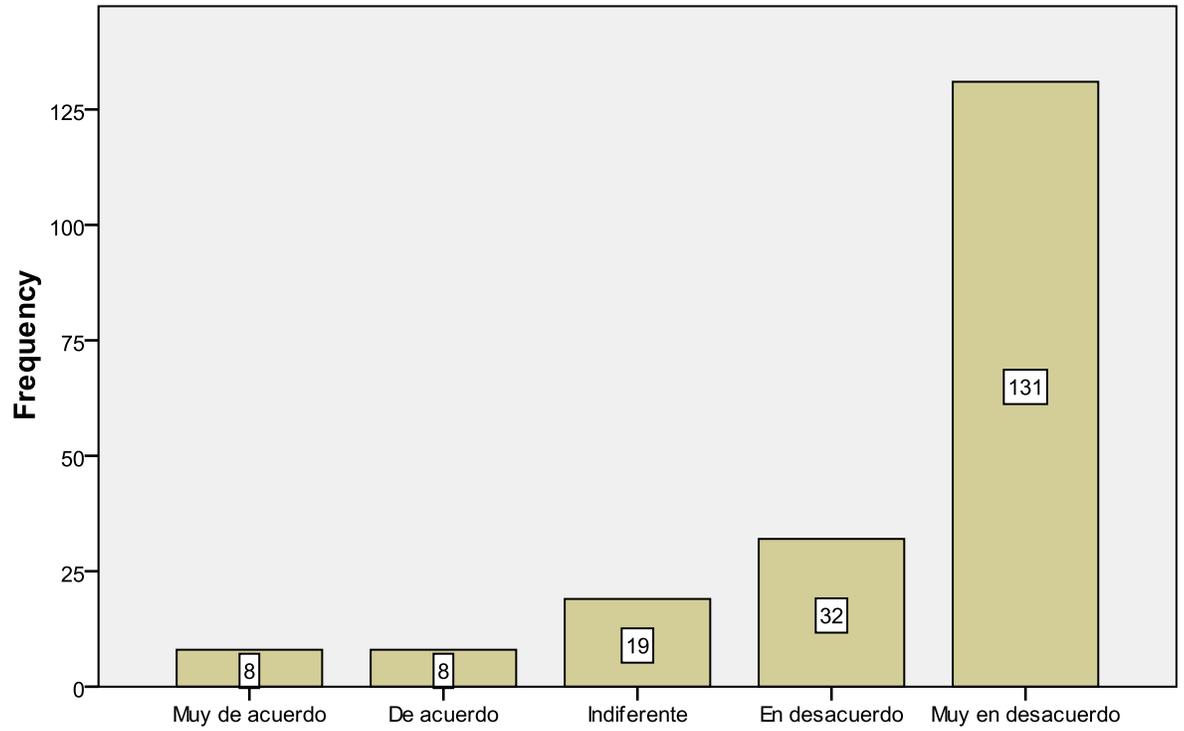
GRÁFICAS DEL BLOQUE VI GLOBAL.

12.Si algún miembro de mi familia bebiera mucho alcohol tendríamos problemas



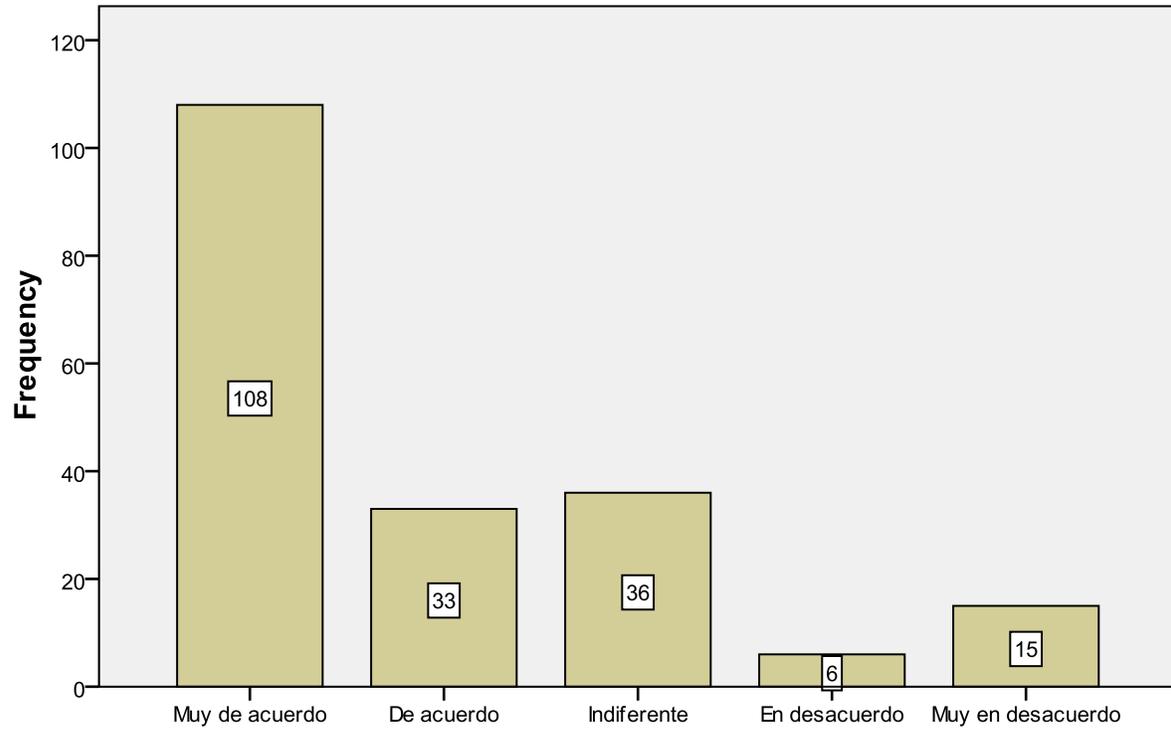
12.Si algún miembro de mi familia bebiera mucho alcohol tendríamos problemas

27.Considero conveniente conocer y probar todas las drogas



27.Considero conveniente conocer y probar todas las drogas

29.Prefiero no estar en lugares donde se consumen drogas.



29.Prefiero no estar en lugares donde se consumen drogas.