

**EFFECTOS DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN PRIMARIA SOBRE LAS
ACTITUDES HACIA LA FARMACODEPENDENCIA DE UN GRUPO DE
JÓVENES DE NOVENO Y DECIMO GRADO DEL COLEGIO BARRANQUILLA
(CODEBA)**

**INGRID JOHAINE CABALLERO REDONDO
HELDA JANNY DIAZ ALEE
ELICAN PATRICIA HERRERA PEREZ
ANERLYS MILAGROS OROZCO GÓMEZ**

**CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO
SIMÓN BOLÍVAR
UNIDAD ACADÉMICA PSICOLOGÍA
AREA DESARROLLO HUMANO
BARRANQUILLA
2004**

ps
4080932

5



UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR

BIBLIOTECA
BARRANQUILLA

No INVENTARIO 4030930

PRECIO _____

FECHA 01-11-2008

CANJE _____ DONACION _____

**EFFECTOS DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN PRIMARIA SOBRE LAS
ACTITUDES HACIA LA FARMACODEPENDENCIA DE UN GRUPO DE
JÓVENES DE NOVENO Y DECIMO GRADO DEL COLEGIO BARRANQUILLA
(CODEBA)**

**INGRID JOHAINE CABALLERO REDONDO
HELDA JANNY DIAZ ALEE
ELICAN PATRICIA HERRERA PEREZ
ANERLYS MILAGROS OROZCO GÓMEZ**

**Proyecto de investigación presentado como requisito para optar
el título de: PSICÓLOGO**

**Tutor:
FARLEY DURÁN
Psicóloga**

**CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO
SIMÓN BOLÍVAR
UNIDAD ACADÉMICA PSICOLOGÍA
AREA DESARROLLO HUMANO
BARRANQUILLA
2004**

NOTA DE ACEPTACIÓN

Presidente

Jurado

Jurado

Barranquilla, Agosto de 2004

Dedicatoria

A Dios por regalarme la sabiduría, la inteligencia y la paciencia.

*A mis padres por su gran apoyo moral, emocional y económico.
¡Todo se lo debo a ustedes!*

A mis hermanas por su amor, comprensión y confianza.

A mis sobrinos por ser mi fuente de inspiración.

*A la vida misma, por regalarme la oportunidad de alcanzar mi más
anhelado sueño.*

Ingrid.

Dedicatoria

A Dios por hacerme poseedora de grandes riquezas ya que ha nutrido mi camino de buenas experiencias ha confiado en colocarme obstáculos con los cuales he aprendido a fortalecer mi espíritu. Gracias por colocar en mis manos grandes retos.

A la vida que permite mis sueños me premia cada día de grandes logros.

A mis padres gracias por el apoyo incondicional emocional y económico.

A mis hermanos por el apoyo y compañía permanente.

A mi tía por tenerme siempre pendientes en sus oraciones para que todo saliera bien.

A la persona que hizo que mi vida cambiara que me entendió y siempre estuvo a mi lado cuando más lo necesité.

Helda.

Dedicatoria

A Dios por brindarme la sabiduría que necesitaba para lograr este nuevo reto en mi vida.

A mis padres por su apoyo, comprensión y total entrega.

A mis hermanas por su ayuda y familiares por acompañarme día a día en este largo proceso.

A todos ustedes gracias por acompañarme y convertir este sueño en realidad.

Elisan.

Dedicatoria

A Dios todopoderoso dueño de la vida y rey del universo, gracias por ser la fuente de toda sabiduría e inspiración, por acompañarme durante mi proceso de formación profesional, porque en los momentos difíciles era mi luz y fortaleza, porque me guió por el camino que me conducía a la realización de mis sueños.

A mis padres gracias por su sacrificio, dedicación, comprensión y apoyo incondicional durante estos cinco años de trabajo, por confiar en mí y enseñarme que en la vida todo se alcanza con amor y perseverancia.
¡Los amo, este triunfo es para ustedes!

A mis hermanas por apoyarme y confiar en mí en todo momento.

A mis abuelos y familiares que siempre estuvieron conmigo apoyándome en todo momento.

A Farid por su fortaleza, amor y apoyo incondicional a pesar del tiempo y la distancia siempre has estado conmigo y tu amor me ha ayudado a alcanzar los mejores triunfos de mi vida. Este triunfo también es tuyo.
¡Gracias mi Amor!

Anerlys.

Agradecimientos

Las investigadoras agradecen principalmente a Dios ya que infundió la sabiduría, motivación y persistencia necesaria para continuar este proyecto.

A la Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar por brindarnos los conocimientos y herramientas para nuestra formación profesional.

A la línea de investigación Desarrollo Humano por permitirnos indagar y profundizar para adquirir nuevos conocimientos.

Al Colegio Barranquilla por facilitarnos su institución y estudiantes para llevar a cabo esta investigación.

A la Dra. Farley Durán por asesorarnos y acompañarnos durante el proceso de nuestra investigación.

Al Dr. Francisco Vásquez por su constancia gracias por enseñarnos que con Amor y Perseverancia se logran grandes triunfos en la vida.

Agradecemos a todas las personas que colaboraron con sus conocimientos, apoyo, aporte y experiencias gracias por estar presentes en cada idea y ser partícipes de este proyecto.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
1. DESCRIPCIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	4
2. JUSTIFICACIÓN	8
3. OBJETIVOS	11
3.1 OBJETIVO GENERAL	11
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
4. HIPÓTESIS GENERALES	12
4.1 HIPOTESIS ESPECIFICAS	12
5. PROPÓSITO	19
6. MARCO TEORICO	20
6.1 FARMACODEPENDENCIA	21
6.1.1 Historia	21
6.1.2 Definición	22
6.1.3 Diagnóstico de la Farmacodependencia	22
6.1.4 Sustancias Psicoactivas	27
6.1.4.1 Clasificación de las Sustancias Psicoactivas	29
6.1.5 Factores Asociados al Consumo de Drogas	42
6.1.5.1 Elementos Asociados a la Farmacodependencia	49

6.1.6	Prevención de la Farmacodependencia	51
6.1.7	La Familia y la Prevención de la Farmacodependencia	59
6.2	EFFECTIVIDAD DE LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN	62
6.3	ACTITUDES	66
6.3.1	Concepto de Actitud	66
6.3.2	Componentes Actitudinales	68
6.3.3	Formación de las Actitudes	69
6.3.4	Funciones	72
6.3.5	Medición de las Actitudes	74
7.	DEFINICIÓN DE VARIABLES	79
7.1	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	79
7.1.1	Variable Independiente	79
7.1.2	Variable Dependiente	79
7.2	DEFINICIÓN OPERACIONAL	80
8.	METODOLOGÍA	81
8.1	PARADIGMA	81
8.2	DISEÑO	81
8.3	TIPO DE INVESTIGACIÓN	82
8.4	POBLACIÓN	83
8.5	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	83
8.6	PROCEDIMIENTO	84
9.	RESULTADOS	87
10.	CONCLUSIONES	115

11. DISCUSIONES Y RECOMENDACIONES	119
BIBLIOGRAFÍA	121
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo es un informe final de investigación que tuvo por objetivo determinar los efectos de un programa de prevención primaria sobre las actitudes hacia la farmacodependencia en un grupo de jóvenes de 14 a 18 años de edad.

El estudio parte del supuesto teórico que en la medida que se realice prevención primaria de las drogas, se estará no solo evitando su consumo futuro, sino que además se estará fomentando el cuidado de la salud y el bienestar en general, lo cual se convertirá en factor protector de ésta y otro tipo de problemáticas sociales muy comunes en nuestro tiempo y en nuestro medio.

El enfoque psicológico que orienta el estudio es el conductual-cognitivo, toda vez que los elementos que se evalúan son los componentes actitudinales afectivos, cognitivos y conductuales y los autores guías que lo sustentan teóricamente para el concepto de actitudes es Carlos Escalante Angulo, y José Antonio Alcántara, y para el de farmacodependencia Augusto Pérez y el personal técnico del programa La Casa de la Universidad de los Andes, al igual que Gina Pezzano, Margarita Racedo y Jairo Cepeda de la línea de investigación en prevención de la farmacodependencia de la Universidad del Norte.

La población objeto de estudio es el total de jóvenes masculinos y femeninos matriculados en los grados noveno y décimo en la jornada vespertina del Colegio Barranquilla. Debido al interés de la investigación de trabajar con toda la población, es decir, 133 personas, no se realizó sistema de muestreo alguno.

El estudio realizado tiene un diseño metodológico de tipo pre-experimental de grupo único con modalidad aplicado, pues pretende un beneficio directo e inmediato sobre la población y explicativo desde la profundidad del conocimiento, ya que evalúa el efecto de una variable sobre otra.

La investigación parte de la hipótesis que al aplicar el programa preventivo cambiarán de manera favorable las actitudes de los jóvenes hacia la farmacodependencia, y con ello se protegerá el consumo de drogas y se promocionará la salud integral. Es por esto que está orientado según el paradigma empírico-analítico.

El instrumento que permitió la recolección de la información es una escala de actitudes tipo Likert con 45 ítems, adaptada por las investigadoras y sometida a validez de contenido mediante la modalidad de jueces expertos.

El conjunto de acciones del programa de prevención de la farmacodependencia estuvo a cargo de las investigadoras, mediante la asesoría de un experto en el

tema, para lo cual se tuvo en cuenta acciones didácticas y pedagógicas tales como: Charlas, videos, dinámicas, juego de roles, entre otras.

Los resultados se evaluaron teniendo en cuenta el estadígrafo diferencia de medias, el cual posibilitó probar o rechazar las hipótesis planteadas.

1. DESCRIPCIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

El problema del consumo de drogas es tan antiguo como la humanidad misma, pues aun en la Biblia se mencionan casos de consumo y por ende de adictos. Sin embargo, en nuestros tiempos ha cobrado un singular valor debido a que ya no es exclusivo de algunos grupos poblacionales como jóvenes o adultos o de una clase social en particular. En el caso específico de Colombia las estadísticas muestran que cada día la edad de inicio es mas cercana a la niñez y las adicciones a la misma está en el periodo de la adolescencia.¹

Por otra parte, el problema del consumo de drogas no solo es una problemática social, sino además de salud pública. En el caso de nuestro país, éste está asociado a la delincuencia juvenil y la violencia generalizada, y en el caso de la adolescencia a otros problemas de irresponsabilidad con la sexualidad y sus sabidas connotaciones sociales. Esto ha llevado a que los gobiernos se interesen ya no por combatir el problema solamente desde la óptica legal o jurídica, sino además que piensen en la alternativa que evite la aparición de tal fenómeno: La prevención.

¹ PEREZ, Augusto. Historia del consumo de sustancias psicoactivas. Bogotá. Uniandes, 1.986. p. 12.

La prevención de la farmacodependencia puede darse a dos niveles: primaria o secundaria. La primaria se refiere al hecho por el cual se generan una serie de acciones tendientes a fortalecer valores en torno a la salud, de tal suerte que el consumo de drogas sea considerada nociva para la misma y de esta forma se evite su consumo. Por su parte, la secundaria, se realiza para frenar el consumo cuando ya la persona ha tenido contactos con la droga, pero sin ser adicto a alguna de ellas.²

La prevención de las drogas es algo que vienen haciendo las instituciones educativas en Colombia, debido en parte a que es reglamentario por parte del Ministerio de Salud Nacional, pero además porque se ha encontrado su relación con el rendimiento académico y la vida escolar.³

El presente estudio se orienta hacia la prevención en adolescentes, partiendo del hecho que es la población mas vulnerable hacia esta problemática del consumo de drogas. En este sentido las estadísticas muestran que la población entre los 14 y 18 años es la mas expuesta a dicho consumo.⁴

² CEPEDA, Jairo y Colaboradores. Programa prevengamos la farmacodependencia. Barranquilla: Uninorte, 1.990. p. 18.

³ BARRERA, Diana; OVALLE, Víctor y PATERNINA, Ketty. Efectos de un programa de prevención de la farmacodependencia sobre las actitudes de un grupo de estudiantes universitarios. Monografía de grado en psicología. Barranquilla: Universidad del Norte, 1.993. p. 75.

⁴ CEPEDA, Jairo. Op. Cit. P. 34.

En este sentido se sabe que este grupo de edad no solo es de alto riesgo para el consumo de drogas, sino además para otros problemas socialmente relevantes, que de alguna manera se relacionan con éste como lo son la violencia y la agresión y los relativos a la sexualidad irresponsable. Esto es corroborado por directivos de los colegios donde estudian las personas con estas edades, quienes manifiestan que se conocen casos de consumo de alcohol y otras drogas, lo cual se evidencia no solo en el comportamiento personal del joven, sino además en su rendimiento y desempeño académico.⁵

Es de interés institucional el desarrollar programas preventivos de la farmacodependencia, pues se conocen informes en el sentido que hay por parte de los jóvenes de este plantel educativo, por una parte desinformación respecto de los efectos de sustancias psicoactivas como cigarrillos, alcohol o drogas, así como también la posibilidad de consumo de estas mismas sustancias, de allí que se requieran programas tendientes a evitar la aparición del problema o a controlarlo cuando se ha iniciado mediante los dos métodos mas usuales: la curiosidad y deseo de experimentación o la presión social del grupo de amigos y compañeros de estudios.

⁵ ENTREVISTAS CON RECTORES DE COLEGIOS EN LA CIUDAD DE BARRANQUILLA. Mayo del 2.003.

Teniendo en cuenta lo anterior, la presente investigación formula la siguiente pregunta problema:

¿Cuál es el efecto de un programa de prevención primaria sobre las actitudes hacia la farmacodependencia en un grupo jóvenes de los grados noveno y décimo del Colegio Barranquilla?

2. JUSTIFICACIÓN

El fenómeno del consumo de las drogas se ha convertido en un problema de salud pública, es decir, en algo epidemiológico, pues ya no es exclusivo de un grupo social en particular, sino que se ha extendido a todo grupo de edad. El concepto de "droga" ha sido revisado por muchos teóricos, pues tiene una connotación más negativa que positiva, de allí que sea el más apropiado "sustancia psicoactiva", entendida ésta como aquel fármaco capaz de alterar el sistema nervioso central.⁶

Dentro del grupo de las sustancias psicoactivas se encuentran no solo las bien conocidas drogas duras tales como la cocaína, la heroína y la marihuana, sino algunas tan comunes y que para muchos no son tales, como las bebidas tipo cola, el café, el alcohol y el tabaco. Esta clasificación adicional ha llevado a replantear los programas de prevención existentes.

Investigaciones institucionales del Gobierno Nacional de Colombia han permitido demostrar que cerca del 40% de los estudiantes de séptimo y octavo grado son drogadictos y están abandonando sus estudios.⁷

⁶ CEPEDA, Jairo. Apuntes sobre tolerancia a las sustancias psicoactivas. Barranquilla: Uninorte, 1.992. p.9.

⁷ BABCOCK, Gibson. La escuela y las drogas. En: Revista Juventud sin Drogas. Bogotá: 2.000. p. 22.

Es por esto que en la prevención dirigida a los niños y jóvenes se incluye los conceptos contrapuestos de salud y enfermedad, pues se parte del supuesto teórico que en la medida que se promocióne la salud, los niños aprenderán a evitar la enfermedad, y es precisamente allí donde entra el concepto de medicamento y droga, que para estos deben ser vistos como los que potencialmente pueden curar la enfermedad o provocarla.

El estudio a realizar reviste importancia científica, institucional, personal y social.

La importancia científica del estudio hace referencia al hecho por el cual la Psicología se nutre en información en un área específica que luego permite la ampliación no solo de conocimientos, sino de conceptos que la enriquecen con este tipo de investigaciones y con ello amplía su campo de acción hacia la prevención integral en materia de drogadicción.

Desde el punto de vista institucional también es importante por cuanto el colegio en el que estudian los jóvenes sujetos de esta investigación se beneficia con la implementación de este tipo de programas, pues no solo amplía su campo de conocimiento respecto del tema, sino que también previene a la población escolar del consumo de sustancias psicoactivas. De igual forma también beneficia a la Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar, pues como institución de educación superior extiende su programa de proyección social.

La importancia personal y profesional hace referencia al hecho que las investigadoras se forman como futuras profesionales de la Psicología, además de sentir la satisfacción de estar realizando aportes para la prevención de un problema tan letal como lo es el consumo de sustancias psicoactivas.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Establecer el efecto de un programa de prevención primaria sobre las actitudes hacia la farmacodependencia en un grupo jóvenes de noveno y décimo grado del Colegio Barranquilla.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer el efecto de un programa de prevención primaria hacia la farmacodependencia sobre el componente afectivo de las actitudes de un grupo de jóvenes de noveno y décimo grado del Colegio Barranquilla.
- Establecer el efecto de un programa de prevención primaria hacia la farmacodependencia sobre el componente cognitivo de las actitudes de un grupo de jóvenes de noveno y décimo grado del Colegio Barranquilla.
- Establecer el efecto de un programa de prevención primaria hacia la farmacodependencia sobre el componente comportamental de las actitudes de un grupo de jóvenes de noveno y décimo grado del Colegio Barranquilla.

4. HIPÓTESIS GENERALES

- **HIPÓTESIS DE TRABAJO (H1):** Si le aplicamos a un grupo de jóvenes un programa de prevención primaria, entonces encontraremos que sus actitudes hacia la farmacodependencia cambiarán de manera significativa, es decir, evitando los factores generadores del problema.

- **HIPÓTESIS NULA (N1):** Si le aplicamos a un grupo de jóvenes un programa de prevención primaria, entonces encontraremos que sus actitudes hacia la farmacodependencia no cambiarán de manera significativa.

- **HIPÓTESIS ESPECIFICA (1):** Si le aplicamos a un grupo de jóvenes un programa de prevención primaria, entonces encontraremos que sus pensamientos, sentimientos y comportamientos hacia la farmacodependencia cambiarán de manera significativa, generando ideas, afectos y conductas favorables y preventivos del consumo de drogas.

4.1 HIPOTESIS ESPECIFICAS

- **HIPÓTESIS ESPECIFICA (2):** Si le aplicamos a un grupo de jóvenes un programa de prevención primaria, entonces encontraremos que sus

pensamientos, sentimientos y comportamientos hacia la farmacodependencia cambiarán de manera significativa, generando pensamientos favorables y preventivos del consumo de drogas.

- **HIPÓTESIS NULA (N2):** Si le aplicamos a un grupo de jóvenes un programa de prevención primaria, entonces encontraremos que sus actitudes hacia la farmacodependencia no cambiarán su pensamiento de manera significativa.

- **HIPÓTESIS ESPECIFICA (3):** Si le aplicamos a un grupo de jóvenes un programa de prevención primaria, entonces encontraremos que sus pensamientos, sentimientos y comportamientos hacia la farmacodependencia cambiarán de manera significativa, generando afectos favorables y preventivos del consumo de drogas.

- **HIPÓTESIS NULA (N3):** Si le aplicamos a un grupo de jóvenes un programa de prevención primaria, entonces encontraremos que sus actitudes hacia la farmacodependencia no cambiarán sus afectos de manera significativa.

- **HIPÓTESIS ESPECIFICA (4):** Si le aplicamos a un grupo de jóvenes un programa de prevención primaria, entonces encontraremos que sus pensamientos, sentimientos y comportamientos hacia la farmacodependencia cambiarán de manera significativa, generando comportamientos favorables y preventivos del consumo de drogas.

- **HIPÓTESIS NULA (N4):** Si le aplicamos a un grupo de jóvenes un programa de prevención primaria, entonces encontraremos que sus actitudes hacia la farmacodependencia no cambiarán sus comportamientos de manera significativa.

- **HIPÓTESIS ESPECIFICA (5):** Si le aplicamos a un grupo de jóvenes un programa de prevención primaria hacia la farmacodependencia, entonces encontraremos que su actitud hacia el consumo de drogas cambiarán de manera significativa, generando una actitud favorable y preventiva del consumo de drogas.

- **HIPÓTESIS NULA (N5):** Si le aplicamos a un grupo de jóvenes un programa de prevención primaria hacia la farmacodependencia, entonces encontraremos que sus actitudes hacia el consumo de drogas no cambiarán de manera significativa.

- **HIPÓTESIS ESPECIFICA (6):** Si le aplicamos a un grupo de jóvenes un programa de prevención primaria, hacia la farmacodependencia, entonces encontraremos que su actitud hacia el manejo de la enfermedad cambiarán de manera significativa, generando una actitud favorable y preventiva del consumo de drogas.

- **HIPÓTESIS NULA (N6):** Si le aplicamos a un grupo de jóvenes un programa de prevención primaria hacia la farmacodependencia, entonces encontraremos

que sus actitudes hacia el manejo de la enfermedad no cambiarán de manera significativa.

▪ **HIPÓTESIS ESPECIFICA (7):** Si le aplicamos a un grupo de jóvenes un programa de prevención primaria hacia la farmacodependencia, entonces encontraremos que su actitud hacia la promoción de la salud cambiarán de manera significativa, generando una actitud favorable y preventiva del consumo de drogas.

▪ **HIPÓTESIS NULA (N7):** Si le aplicamos a un grupo de jóvenes un programa de prevención primaria hacia la farmacodependencia, entonces encontraremos que sus actitudes hacia la promoción de la salud no cambiarán de manera significativa.

▪ **HIPÓTESIS ESPECIFICA (8):** Si le aplicamos a un grupo de jóvenes un programa de prevención primaria hacia la farmacodependencia, entonces encontraremos que su actitud hacia el consumo de medicamentos cambiarán de manera significativa, generando una actitud favorable y preventiva del consumo de drogas.

▪ **HIPÓTESIS NULA (N8):** Si le aplicamos a un grupo de jóvenes un programa de prevención primaria hacia la farmacodependencia, entonces encontraremos

que sus actitudes hacia el consumo de medicamentos no cambiarán de manera significativa.

▪ **HIPÓTESIS ESPECIFICA (9):** Si le aplicamos a un grupo de jóvenes un programa de prevención primaria hacia la farmacodependencia, entonces encontraremos que su actitud hacia la vida académica cambiarán de manera significativa, generando una actitud favorable y preventiva del consumo de drogas.

▪ **HIPÓTESIS NULA (N9):** Si le aplicamos a un grupo de jóvenes un programa de prevención primaria hacia la farmacodependencia, entonces encontraremos que sus actitudes hacia la vida académica no cambiarán de manera significativa.

▪ **HIPÓTESIS ESPECIFICA (10):** Si le aplicamos a un grupo de jóvenes un programa de prevención primaria hacia la farmacodependencia, entonces encontraremos que su actitud hacia la violencia cambiarán de manera significativa, generando una actitud favorable y preventiva del consumo de drogas.

▪ **HIPÓTESIS NULA (N10):** Si le aplicamos a un grupo de jóvenes un programa de prevención primaria hacia la farmacodependencia, entonces encontraremos que sus actitudes hacia la violencia no cambiarán de manera significativa.

▪ **HIPÓTESIS ESPECIFICA (11):** Si le aplicamos a un grupo de jóvenes un programa de prevención primaria hacia la farmacodependencia, entonces

encontraremos que su actitud hacia la economía y política cambiarán de manera significativa, generando una actitud favorable y preventiva del consumo de drogas.

▪ **HIPÓTESIS NULA (N11):** Si le aplicamos a un grupo de jóvenes un programa de prevención primaria hacia la farmacodependencia, entonces encontraremos que sus actitudes hacia la economía y política no cambiarán de manera significativa.

▪ **HIPÓTESIS ESPECIFICA (12):** Si le aplicamos a un grupo de jóvenes un programa de prevención primaria hacia la farmacodependencia, entonces encontraremos que su actitud hacia el deporte y recreación cambiarán de manera significativa, generando una actitud favorable y preventiva del consumo de drogas.

▪ **HIPÓTESIS NULA (N12):** Si le aplicamos a un grupo de jóvenes un programa de prevención primaria hacia la farmacodependencia, entonces encontraremos que sus actitudes hacia el deporte y recreación no cambiarán de manera significativa.

▪ **HIPÓTESIS ESPECIFICA (13):** Si le aplicamos a un grupo de jóvenes un programa de prevención primaria hacia la farmacodependencia, entonces encontraremos que su actitud hacia la sexualidad cambiarán de manera significativa, generando una actitud favorable y preventiva del consumo de drogas.

- **HIPOTESIS NULA (N13):** Si le aplicamos a un grupo de jóvenes un programa de prevención primaria hacia la farmacodependencia, entonces encontraremos que sus actitudes hacia la sexualidad no cambiarán de manera significativa.

- **HIPÓTESIS ESPECIFICA (14):** Si le aplicamos a un grupo de jóvenes un programa de prevención primaria hacia la farmacodependencia, entonces encontraremos que su actitud hacia la vida sexual cambiarán de manera significativa, generando una actitud favorable y preventiva del consumo de drogas.

- **HIPÓTESIS NULA (N14):** Si le aplicamos a un grupo de jóvenes un programa de prevención primaria hacia la farmacodependencia, entonces encontraremos que sus actitudes hacia la vida social no cambiarán de manera significativa.

5. PROPÓSITO

Diseñar e implementar un programa de prevención primaria de la farmacodependencia a un grupo de jóvenes de noveno y décimo grado del Colegio Barranquilla, con el fin de cambiar en ellos actitudes hacia las drogas y con evite el consumo de las mismas.

6. MARCO TEORICO

6.1 FARMACODEPENDENCIA

6.1.1 Historia. Durante mucho tiempo la farmacodependencia y su origen ha sido el punto de interés de muchos investigadores tratando de encontrar la verdadera aparición de las drogas que la constituyen y las distintas culturas que la adoptan. Por ejemplo la aparición de las primeras sustancias psicoactivas "cannabis" que era conocida en la cultura China alrededor de 10.000 años a.C. cuando aparece documentada para el tratamiento de enfermedades en ese país.

Posteriormente aparece el grupo de opiáceos que son las drogas más importantes en la actualidad se consumieron por primera vez en la ciudad de Sumeria de Uruk, en la baja Mesopotamia en el año 4000 a de C, y que en el año 1550 a de C, se utilizaba para la fabricación de más de 500 remedios en Egipto. Dentro de este grupo de sustancias se destacaron como mayor importancia y trascendencia la morfina y heroína; en donde la morfina se le atribuye su nombre en honor al Dios del sueño, "Morfeo", perteneciente a la cultura árabe y el descubrimiento de la heroína marcado por una investigación realizada por la empresa farmacéutica Bayer en 1784 bajo la dirección del Dr. Heinrich Dresser siguiendo con este recorrido histórico aparece otra droga de gran significado cultural "la cocaína", que

se obtiene del arbusto de la coca y que fue utilizada por los conquistadores españoles para lograr mayor producción en el trabajo de los indios.

Años mas tarde (1.938) Hofmann y Stoll realizan el descubrimiento del "LSD (dietilamida del ácido lisérgico)" que es otra de las sustancias psicoactivas de gran reconocimiento en la sociedad. Un año mas tarde aparecen los "inhaladores de sustancias volátiles" que encontramos en algunos productos como laca para las uñas, disolventes, pinturas, barnices, aerosoles entre otros y que por lo general son utilizados por sectores socioeconómicos bajos debido a que son producto de consumo eso en el hogar y se facilita su acceso.

En la actualidad se destacan las "nuevas drogas de diseño o de síntesis" en donde el Éxtasis o MDMA ocupa el mayor reconocimiento; especialmente, entre los adolescentes por su facultad de producir euforia originando un mayor placer sexual y es justamente por esta razón que es conocida como la droga del amor.

Es importante destacar la existencia de la nicotina y la cafeína que son drogas que no se encuentran clasificadas como psicoactivas propiamente dicha sino derivadas pero que estimulan el SNC; son reconocidas legalmente y producen adicción.

Partiendo del surgimiento de estas drogas y el consumo por parte de los seres humanos a lo largo del tiempo es que se ha organizado la farmacodependencia.

6.1.2 Definición. La farmacodependencia día a día ha ido convirtiéndose en el centro de interés para muchas profesiones que han tratado de construir un concepto global y completo con respecto a esta temática. Majúl y otros, (2001) y su trabajo de investigación plantean que: “La farmacodependencia o dependencia de sustancias psicoactivas consiste en un grupo de síntomas cognitivos, fisiológicos, comportamentales que indican que el individuo continua consumiendo la sustancia a pesar de la aparición de problemas significativos.”⁸

Este concepto se respalda con el planteamiento que sostiene el DSM IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) cuando afirma: en la dependencia existe un patrón desadaptativo que conlleva a un deterioro o malestar clínicamente significativo.⁹

Los anteriores aportes están relacionados cuando se hace referencia a un deterioro clínicamente significativo que conduce a síntomas cognitivos, fisiológicos y comportamentales a los que hacen mención las primeras autoras.

6.1.3 Diagnóstico de la Farmacodependencia. La ingesta de ciertas drogas en el organismo de los seres humanos desencadenan una serie de síntomas

⁸ MAJUL, Milena; RUA Beatriz; VENTURA, Yolin y WILCHES, EYlin. Diseño, aplicación y evaluación de un programa informativo en farmacodependencia en estudiantes de 11 de media vocacional del Colegio Antonia Santos en la ciudad de Barranquilla. Monografía de grado en psicología. Barranquilla: Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar, 2001. P. 66.

⁹ ALLEN F, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. México: Trillas, 1.990. p. 44.

fisiológicos, cognitivos, y comportamentales, dentro de los cuales se destacan: la tolerancia, abstinencia, abuso, intoxicación y dependencia de sustancias.

A. Tolerancia. La tolerancia es conocida como un fenómeno que está asociado directamente con la dependencia y consiste en la disminución de los efectos que produce el consumo progresivo de determinadas sustancias psicoactivas.¹⁰

De acuerdo al concepto mencionado anteriormente sobre tolerancia se puede decir que para obtener el efecto deseado, o sentir lo mismo el individuo necesita consumir cada vez dosis mayores y que muchas veces lo lleva a utilizar sustancias psicoactivas de mayor potencia y por ende con más efectos sobre el organismo.

B. Abstinencia. La abstinencia se define como "el cambio de comportamiento desadaptativo, concomitantes cognitivos y fisiológicos cuando la concentración en la sangre o los tejidos de una sustancia disminuye en un individuo que ha mantenido un consumo prolongado de grandes cantidades de esa sustancia, cuando el sujeto toma la misma sustancia (o una muy parecida), para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia a lo largo del día o desde que despierta."¹¹

¹⁰ PICO MALAVER. Alvaro. Prevención frente a las drogas. Santafé de Bogotá: Carrera. 1.998. p. 9

¹¹ MAJUL, Milena; RUA, Beatriz; VENTURA, Yolin y WILCHES, Eyllin. Op Cit. p. 40.

Esto quiere decir que la abstinencia también se relaciona con la dependencia y en a la aparición de síntomas desagradables o molestias que enfrentan al consumidor habitual al dejar de utilizar la sustancia. Expresado en términos generales, es la angustia y la desesperación que siente el consumidor al no utilizar la sustancia y que como afirman algunos expertos estas molestias son más de tipo psicológico que físico.

El abuso de sustancias psicoactivas está reflejado en la mala utilización que el ser humano le da a este tipo de sustancias. Ha sido definido por variedad de autores tratando de explicar el problema de drogadicción.

Emilio Mencias y Luis Mayero en su manual de toxicología básica definen el abuso de sustancias como "uso inapropiado de cualquier sustancia, según modos y fines diferentes de aquellos previstos en la prescripción médica, en la legislación o en los usos y costumbres de una sociedad. Supone un modelo desadaptativo de uso de sustancias psicoactivas con un uso continuado y recurrente sin que reúna los criterios para el diagnóstico de dependencia de dichas sustancias."¹²

En otras palabras se puede decir que el abuso de sustancias se presenta cuando el individuo realiza un consumo de estas sustancias durante un largo período de tiempo, pero de forma excesiva sin un debido control médico y autorización legal.

¹² MENCIAS, Emilio MAYERO Luis. Manual de Toxicología Básica. Madrid: Díaz de Santos, 2.000. p. 328

Es importante resaltar que para la OMS, el abuso de drogas es definido como "un uso excesivo, esporádico o persistente, no relacionado con una práctica médica aceptable."¹³ Concepto que se asemeja en gran escala al planteado anteriormente.

C. Intoxicación. La intoxicación es uno de los efectos de la farmacodependencia que representa mayor peligro para las personas consumidoras, se puede definir como la presencia de una conducta inadaptada debido al consumo y al efecto presente en el organismo de algunas sustancias. Los cambios más comunes de conducta son la falta de atención y el deterioro del pensamiento, juicio, control emocional y actividad motriz.¹⁴

Las investigadoras consideran que la intoxicación de sustancias afecta notablemente el desarrollo de la persona, debido a que genera una serie de alteraciones que no permiten un buen funcionamiento tanto físico como emocional en el individuo y que en el peor de los casos pueden conducirlo a la muerte.

D. Dependencia. La dependencia de sustancia es uno de los efectos de la farmacodependencia que se ha estudiado con mayor profundidad. Es definida como la capacidad de una sustancia de producir cambios o efectos en el organismo, ya sean de tipo físico o psicológico al suprimirse su administración.¹⁵

¹³ BELLOCH, Amparo; SANDIN Bonifacio y RAMOS, Francisco Manual de Psicopatología Vol 2. México: Mc Graw Hill, 1.995. p. 315

¹⁴ SARASON Irwin y SARASON Bárbara. Psicología Anormal. México: Mc Graw Hill, 1995. p. 422

¹⁵ PICO MALAVER, Alvaro. Op Cit. p. 8.

Se consideran que estos cambios físicos y psicológicos que se presentan al suprimirse el consumo de la droga desencadenan otros cambios de tipo comportamental que ejercen influencia tanto en la vida individual como social de la persona. Francisco Alonso Fernández en su compendio de psiquiatra realiza un aporte muy provechoso a este tema cuando expresa "el sujeto con dependencia para una droga no puede renunciar a seguir administrándose. Ello le resulta imposible, precisamente, porque la drogodependencia consiste en una pérdida de libertad para romper con la droga y en la incapacidad para romper su vínculo con la droga.¹⁶ En otras palabras se puede decir que el impulso que siente el individuo para consumir la droga en la dependencia se aísla de la disposición que tiene el sujeto para no consumirla.

En cuanto a los tipos de dependencia, las investigaciones realizadas por muchos autores a lo largo de la historia sobre el tema han arrojado como resultado la existencia de dos tipos los cuales se definirían a continuación:

Dependencia física. Este tipo de dependencia tiene una base biológica que es concebida como la incapacidad que tiene el sistema nervioso para continuar con su funcionamiento normal a no ser en presencia de la droga.¹⁷

FERNANDEZ Francisco Compendio de psiquiatría. Madrid: Oteo, 1978. p. 448.

¹⁷ Ibid. p. 449

De igual forma se entiende como el estado de adaptación que se manifiesta por la aparición de intensos trastornos físicos cuando se irrumpe la administración de la droga o se influye en su acción por la administración de un antagonista específico.¹⁸

Dependencia psíquica o psicológica. Parafraseando a Belloch se define este tipo de dependencia como 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 malestar.

Se considera que es importante resaltar el hecho de que las drogas que producen dependencia física no pueden ser retiradas bruscamente porque producen el síndrome de abstinencia, a diferencia de las que producen dependencia psicológica que no generan este síndrome.

6.1.4 Sustancias Psicoactivas. Las sustancias psicoactivas en la actualidad están jugando un papel importante en nuestra sociedad, ya que ha medida que ha pasado el tiempo se ha ido incrementando el consumo.

Al trabajar el tema de sustancias psicoactivas es fundamental manejar el concepto de droga ya que estas forman parte de la clasificación de los diferentes tipos de drogas existentes. Las drogas han sido definidas por diferentes autores y a raíz de

¹⁸ BELLOCH. Amparo, SANDIN Bonifacio y RAMOS Francisco. Op Cit. p. 510

esto la OMS ha retomado los conceptos, reorganizándolos y definiendo "droga es toda sustancia que introducida en el organismo por cualquier vía de administración produce alguna alteración de algún modo del natural funcionamiento de sistema nervioso central del individuo y es susceptible de crear dependencia ya sea física, psicológica o ambas."¹⁹

Este concepto conduce a pensar que la droga se caracteriza por ser el elemento que mas tiende a producir alteraciones en los seres humanos y es por esto que al consumirse en grandes cantidades producen deterioro en el organismo. Este deterioro en el organismo conlleva a la autodestrucción del individuo y las drogas que la propician son las sustancias psicoactivas.

Las drogas psicoactivas se definen como "Sustancias que ingieren su acción sobre el sistema nervioso central que tienen la capacidad de producir transformación ya sea aumentando o disminuyendo su nivel de funcionamiento o modificando los efectos de la conciencia."²⁰ Por esta transformación y modificación que producen estas drogas en el organismo es que jóvenes y adultos la consumen, porque manejan la idea que con la ingesta de estas drogas van a solucionar sus conflictos o simplemente lo hacen por diversión o por la intriga de experimentar sus efectos, sin tomar conciencia de las grandes alteraciones que

¹⁵ PICO MALAVER, Alvaro. Op Cit p. 5

²⁰ MAJUL Milena. Op Cit. p. 36.

producen, siendo consideradas como perjudiciales por su influencia sobre las emociones, percepciones y el comportamiento.

Dentro de las drogas psicoactivas encontramos una gran variedad las cuales son clasificadas a continuación:

6.1.4.1 Clasificación de las Sustancias Psicoactivas. Las drogas psicoactivas de acuerdo a sus efectos, características y formas de consumirlas se pueden agrupar en legales e ilegales, blandas y duras, pero además hay un sinnúmero de divisiones dependiendo de la ciencia que se ocupe de ellas.

Esta investigación se basa en la clasificación que realiza Alvaro Pico Malaver en su libro "Pilas con las Drogas" que cataloga las drogas psicoactivas en cuatro grandes grupos: depresores del SNC estimulantes del SNC, alucinógenas y sustancias mixtas.²¹

Depresores del SNC. Los depresores del sistema nervioso central como el primer grupo de sustancia psicoactivas y se definen como aquellas que disminuyen el nivel de funcionamiento de este sistema, en donde se incluye el opio y sus derivados (morfina y heroína), los barbitúricos, sedantes o tranquilizantes, los inhalantes y los anestésicos.²²

²¹ PICO MALAVER, Alvaro, Op Cit. p. 6

²² Ibid. p. 6

Opio y sus derivados (morfina, heroína). El opio es una de las sustancias psicoactivas que se ha tomado gran auge en la sociedad.

Emilio Mencias y Luis Mayero en su Manual de Toxicología Básica expresan: "Son sustancias obtenidas de *papaver somniferum* que contienen diversos alcaloides naturales como morfina, papaverina, y codeína, es decir, que se derivan del jugo de la amapola.²³

Entre los derivados del opio se encuentran la morfina y la heroína que son drogas, de gran utilización entre jóvenes y adultos. La morfina fue descubierta en 1803 y tiene excelentes cualidades para aliviar dolores extensos por esta razón es considerada como el mejor analgésico natural que existe. Esta droga tiene uso efecto euforizante y estimulante que solo se logra en los casos de habituación mediante un aumento constante de la dosis.²⁴

Se considera que la morfina es una droga productora de cambios en el funcionamiento del organismo manifestándose en uso notable deterioro físico y psicológico en la persona.

Otra droga derivada del opio es la Heroína, "descubierta a finales del siglo XVIII, se administra fundamentalmente por vía intravenosa, siendo también posible

²³ MENCÍAS Emilio y MAYERO Luis. Op Cit. p. 387

²⁴ SPÖERRO, Tacador. Compendio de Psiquiatría. Barcelona: Troya, 1975. p. 139.

fumarla y esfinarla; pero es mejor asimilada por el organismo por vía oral o parenteral.²⁵

Esta droga afecta directamente la salud del individuo, ejerciendo una rápida acción sobre el cerebro alternando la percepción del mundo que tiene el individuo.

Barbitúricos. Estas drogas fueron utilizadas en 1865 a partir de la úrea y el ácido metónico, actúan como depresores centrales y según las dosis producen efectos sedantes, hipnóticos o euforizantes dependiendo del grado de excitabilidad del sistema nervioso central.²⁶ Es importante tener presente que una sobredosis de barbitúricos origina un estado comatoso o de hipertensión arterial, que es de gran peligro porque puede producir un paro respiratorio y conducir al individuo al estado mas grave la muerte.

Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos. Este grupo de drogas es muy amplio dentro de la sociedad representa un alto porcentaje de utilización tanto por médicos como por otro tipo de profesionales.

Los hipnóticos son conocidos como las "píldoras para dormir" porque es el mayor uso que se les da, los más comunes son las benzodiacepinas y son el tipo de medicación psicoactiva más comúnmente prescrita. Todas estas sustancias tienen

²⁵ MENCÍAS, Emilio y MAYERO Luis. Op Cit. P. 390

²⁶ TORO, Ricardo y YEPES Luis. Fundamentos de Medicina Psiquiatría. Santafé de Bogotá: CB, 1.997 p. 90.

el potencial de producir síndromes de intoxicación y abstinencia. Los ingresos de estas sustancias suele hacerse por vía oral.²⁷

Este tipo de sustancias en la actualidad son utilizadas fuera del control médico y por esta razón se están comercializando cada vez, más sin un respectivo control aumentando los índices de dependencia y abuso con respecto a estas drogas.

Inhalantes. Los inhalantes toman su definición del modo en que son consumidos ya sea por la nariz o por la boca. El compuesto químico que produce efectos psicoactivos son los hidrocarburos alifáticos y aromáticos que se encuentran básicamente en la gasolina, pinturas y disolventes.²⁸

Los investigadores consideran que este tipo de drogas por ser del uso diario en el hogar, facilitan los medios para incrementar su consumo, especialmente, como afirmar muchos autores en los sectores de estratos socioeconómicos bajos donde el nivel cultura e informativo referente a los efectos que producen estas drogas es escaso.

Alcohol. Esta droga es la mas utilizada en todas las culturas del mundo a través de distintas presentaciones. Irwin y Bárbara Sarason en su texto psicología anormal afirman que el etanol es el tipo de alcohol más consumido por los seres

²⁷ BELLOCH, Amparo. Op Cit. p. 516

²⁸ Ibid. p. 516

humanos. El alcohol actúa en el SNC como un bloqueador de mensajes de una célula nerviosa a la siguiente. Al principio actúa en las funciones del lóbulo frontal como la memoria y el juicio y en cantidades mayores actúa sobre el cerebelo y control muscular motor.²⁹

De acuerdo con lo expresado por los autores los efectos que produce los ingesta excesiva del alcohol se van a reflejar más que todo en el funcionamiento del sistema nervioso del individuo generándole un sinnúmero de alteraciones que van a interferir en el desarrollo de sus actividades cotidianas.

Esta droga es la única aceptada en nuestro medio y por ende su utilización cada día se incrementa más especialmente en la población adolescente, como se refleja en los resultados del último estudio realizado por la Presidencia de la República en relación al tema.

Estimulantes del sistema nervioso central. Este es el segundo grupo de sustancias psicoactivas mencionado en esta investigación. Se definen como “drogas que aceleran el funcionamiento del organismo produciendo la sensación de aumentar la agudeza psicológica y la capacidad física. Los principales estimulantes son la cocaína, nicotina, cafeína, y las anfetaminas.³⁰

²⁹ SARASON Irwin y SARASON Bárbara. Op Cit. p. 457

³⁰ PICO MALAVAR, Alvaro. Op Cit. p. 7

Cocaína. Esta sustancia tuvo origen en Bolivia y Perú, en donde era utilizada por los indios en la prehistoria, estos masticaban la hoja de la planta *Erythoxylon* con el fin de evitar las sensaciones de fatiga y hambre. Sarason por su parte en su texto psicología anormal, considera esta droga como “un elevante del ritmo cardíaco, la presión sanguínea y la temperatura corporal, reducción del apetito, esto a consecuencia del efecto que produce en tres partes del cerebro tales como la corteza cerebral, el hipotálamo y el cerebelo.”³¹

Respaldando el postulado del autor estos efectos que produce el consumo de cocaína no solo se manifiesta a nivel físico sino también tienen repercusión sobre el desarrollo psicológico del individuo ya que en muchas ocasiones el consumo se asocia con patrones familiares como alcoholismo, divorcio, etc. Y que ejercen mucha influencia sobre la persona.

Nicotina. La nicotina es una droga que produce dependencia por el humo fumado de los cigarrillos y pipas aspiradas por vía pulmonar por las sales básicas de los puros absorbidos.

Investigaciones recientes demuestran que los síntomas más importantes del síndrome de abstinencia de la nicotina son: Necesidad de nicotina, irritación, frustración o ira y ansiedad.

³¹ SARASON, Irwin y SARASON Bárbara. Op Cit. p. 447

Belloch afirma que la diferencia que destaca a esta droga de las otras es que no acarrea problemas en el área laboral, familiar o social. Cuando la persona consumidora es mayor de 40 años tiende a producir graves enfermedades que pueden originarle la muerte.³²

Considerando que la nicotina es una droga de fácil adquisición en el mercado porque su mayor presentación es el tabaco, el cual tiene autorización legal para ser distribuido, se puede decir que el aumento entre consumidores se incrementa cada día más por esta razón.

Anfetaminas. Las anfetaminas son definidas por Ricardo Toro y Luis Yopez en su texto de psiquiatría como estimulantes psicomotores potentes. Las distintas drogas de este grupo se conocen como rápidas, cristales, píldoras estimulantes, chochos, pastillas, y muchos otros.

Las anfetaminas son sustancias derivadas de la efedrina y clasificadas dentro de los simpáticos miméticos.³³

Por otro lado se entiende que el consumo moderado de la anfetaminas da como resultado un aumento de la vigilia, el estado de alerta y la elevación del estado de

³² BELLOCH Amparo. Op Cit. p. 510

³³ TORO, Ricardo y YEPES. Op Cit. p. 446

ánimo. La dosis elevada tiene efectos significativos en el SNC y el sistema cardiovascular.³⁴

Analizando lo dicho por el autor anteriormente es fácil notar que las anfetaminas en dosis leves producen alteraciones del curso normal del sueño e influyen en las emociones y en dosis elevadas ejercen una mayor acción ya que actúan sobre el SNC y el cardiovascular que son de gran importancia para la vida de las personas.

Cafeína. La cafeína es una droga de fácil consumo, aunque en algunas ocasiones las personas no se dan cuenta que la están ingiriendo ya que está contenida en productos de uso cotidiano como el café, el té, el chocolate, bebidas de cola, y en varios medicamentos.

La intoxicación de esta droga puede darse a partir de 250 mg, equivalente a 2 – 3 tazas al día. Con 1000 mg diarios (7 – 10 tazas) producen contracciones musculares, períodos de actividad incansable, agitación psicomotriz, habla y pensamientos confusos y arritmia cardíaca. Dosis mas altas pueden provocar ligeras perturbaciones sensoriales como silbidos de los oídos y destellos de luz. Dosis de mas de 10.000 mg de cafeína pueden producir crisis epilépticas e incluso la muerte. Al cuadro anterior se le denomina cafeínismo.³⁵

³⁴ SARASON Irwin y SARASON Bárbara. Op Cit. p. 449

³⁵ BELLOCH Amparo SANDIN Bonifacio. Op Cit. p. 511

Retomando lo dicho por el autor se puede notar que la variedad de efectos que produce el consumo de cafeína tienen incidencia en el funcionamiento de muchas actividades realizadas día a día por los seres humanos y por esta razón es que su nivel de consumo no debe excederse de la dosis recomendada para evitar problemas o enfermedades posteriores.

Alucinógenos. Los alucinógenos son el tercer grupo de sustancias psicoactivas existentes. Son sustancias que provocan trastornos en el SNC en particular, ilusiones virtuales, percepción de intensas luminosidades, deformación de las sanciones de audición, sabor y olor y también son llamados psicodélicos.³⁶

Estas drogas psicodélicas producen alteraciones en la memoria, la atención y confusión mental demostrando que su ingesta conduce al individuo a realizar acciones y manifiesta conductas que son consideradas como anormal. Son utilizadas por deportistas ya que se ha demostrado a través de los distintos estudios realizados por diversos autores que sean drogas que incrementan el rendimiento deportivo.

En este grupo se incluyen las drogas: hongos mágicos, mezcalina y yahé que se definirán a continuación.

³⁶ SPOERRI, Tacodor. Op Cit. p. 140

Hongos mágicos. Se definen como "Sustancias con propiedades especiales, algunas de ellas realmente espectaculares y poderosas, capaces incluso de aumentar la inteligencia o transportar a aquel que lo ingiere a otros planos de la realidad."³⁷

Un hongo mágico, en la mayoría de los casos puede detectarse con un conjuro de analizar magia, pero no podrán saberse sus propiedades por medio de ninguna vista mística. Los investigadores coinciden con muchos autores que han escrito sobre el tema en que el resultado óptimo de este tipo de sustancia depende de un trabajo laborioso y de la habilidad que se tenga para la fabricación de dichas sustancias.

Mezcalina. La mezcalina es una droga extraída de un cactus muy común en México y el Sur de los Estados Unidos, llamado Reyote. Normalmente su consumo está fuerituzado y asociado a procesos de comunicación o contactos con fuerza espirituales. Los "no indicados" pueden sufrir vómitos y graso malestar durante muchas horas.

Yahé. Es una sustancia ampliamente difundida en las selvas colombianas, es el producto de la mezcla de varias plantas. Entre indígenas solo se emplea en

³⁷ CERVILLA, Jorge y GARCIA, Cales. Fundamentos Biológicos en Psiquiatría. Barcelona: Masso, 2.000. p. 468

circunstancias especiales y al igual que la mezcalina tiene propósitos asociados y ceremonias de carácter religioso.

En Colombia ha surgido en los últimos años consumo urbano de esta droga, generalmente bajo la supervisión de indígenas, no se sabe mucho al respecto de los objetivos de estas prácticas, pero es probable que se trate en gran parte de curiosidad y de moda.³⁸

En términos generales la mezcalina y el yahé son sustancias que no tiene grandes efectos sobre el funcionamiento del organismo y su significado es mas bien mágico y de carácter religioso.

LSD. (Acido lisérgico dietilamida) El LSD es el alucinógeno más poderoso hasta hoy conocido, cambia radicalmente el estado mental de la persona, distorsionando la percepción de la realidad. En dosis muy pequeñas puede alterar la percepción. El LSD puro es un polvo inoloro, cristalino y soluble en agua y se puede mezclar con sustancias como el azúcar, cápsulas y tabletas. Algunas veces se inhala o se inyecta.³⁹

Se puede decir que el LSD es la droga que posee la característica especial de que se inhala y se inyecta con una fuerte potencia sobre el organismo. Al producir

³⁸ MAJUL, Milena. Op Cit.

³⁹ FERNÁNDEZ, Francisco. Op Cit. p. 471

alteraciones en la percepción causa alucinaciones vividas (usualmente visuales), que el usuario se da cuenta que no son reales al igual que muchas manifestaciones físicas es por parte causa que no se debe consumir sin prescripción médica.

Sustancias Mixtas. A este grupo pertenecen la marihuana, y el éxtasis. Son drogas que producen efectos al combinar dos o más categorías antes mencionadas.⁴⁰ La ingesta de estas drogas es frecuente según investigaciones realizadas frecuentemente en jóvenes bachilleres y universitarios.

Marihuana. La marihuana es una hierba que generalmente se fuma como cigarrillo. Entre sus nombres mas comunes en español se encuentra "nota", "mafu", "juana", "hierba". Los cigarrillos de marihuana se conocen como "carruchos" "Churros" o "yointas".

Los muchachos fuman marihuana para sentirse bien y ser menos tímidos. Los usuarios de marihuana afirman que sienten como si los olores, sabores, y sonidos fueran más intensos y les parece que el tiempo pasara lentamente. La marihuana influye sobre la memoria, los reflejos, las emociones y el sistema respiratorio.⁴¹

⁴⁰ PICO MALAVER, Alvaro. Op Cit. p. 7

⁴¹ NATHAN, Peter y HARRIS, Sandra. Psicopatología y Sociedad. México: Trillas, 1.983. p. 323

Con base en las investigaciones científicas que afirman que la marihuana es una sustancia dañina para el organismo las autoras consideran que es una afirmación positiva porque se han identificado distintos problemas de salud generado por el consumo de estas drogas.

Extasis. Se considera como una de las drogas de diseño o de síntesis mas usada. La población adolescente es la que mayor consumo de esta droga realiza debido a la facultad que esta tiene de producir excitación y euforia, hecho por el cual es reconocida como la droga del amor.⁴²

Dentro del contexto cultural estas sustancias son consumidas por los jóvenes en compañía de su grupo de amigos y en lugares como discotecas, clubes, fiestas, en lugares cerrados etc., que no existe la posibilidad de presencia de los padres o alguna figura de autoridad.

Todas estas drogas mencionadas anteriormente tienen grandes influencias en la sociedad, especialmente en la población adolescente obstruyéndole la posibilidad de un nivel de vida óptimo y una vida adulta asegurada. Pensando en este problema es importante prevenir en niños el consumo de drogas, de tal forma que se concientizen de la problemática y no se apodere de ellos en la próxima etapa de su vida.

⁴² BELLOCH, Amparo. Op Cit. p. 323

6.1.5 Factores Asociados al Consumo de Drogas. Existen múltiples factores que facilitan el consumo de las drogas, convirtiendo a ciertos grupos en susceptibles o vulnerables a la farmacodependencia. De igual forma, existen factores protectores que fortalecen a la persona y la hacen invulnerable al problema.

Diversos estudios han demostrado que la adolescencia es la edad de mayor riesgo para que se presente el consumo de drogas psicoactivas. Los motivos por los cuales una persona y en especial un adolescente o adulto joven comienza a utilizar drogas son:⁴³

- Satisfacer la curiosidad sobre los efectos de las drogas.
- Adquirir la sensación de pertenecer a un grupo y de ser aceptado por otros.
- Expresar independencia y a veces hostilidad.
- Tener experiencias nuevas, placenteras, emocionantes o peligrosas.
- Adquirir un estado superior de conocimiento o de capacidad creadora.
- Provocar una sensación de bienestar o tranquilidad.
- Escapar de algo.

⁴³ CEPEDA, Jairo; PEZZANO, Gina y RACEDO, Margarita. Programa Prevengamos la Farmacodependencia. Barranquilla: Uninorte, 1991. p.13.

Factores asociados al no consumo: Este tipo de factores se refiere a los aspectos que sirven de protectores para el no consumo, o mejor dicho, son las características que predominan en las personas no consumidoras.

Las personas que nunca han consumido drogas, no quieren probarla o no desean tener esa experiencia, son conscientes que quizás puedan haber circunstancias específicas que los podrían llevar al consumo. De allí, que un criterio fundamental para definir al no consumidor es el propio concepto que puedan otorgar las personas sobre su relación con la droga.

Sin embargo, a diferencia de lo que pudiera pensarse, los no consumidores no son un grupo de personas que esté totalmente alejado de la droga o no la conozca o la rechacen directamente. Por el contrario, pueden llegar a conocerla profundamente e incluso tener experiencias directas. De allí, que deba pensarse en prevención primaria, la cual brinda a quien la reciba información suficiente que le permita luego discriminar los beneficios o prejuicios de todas las sustancias, con el ánimo que no solo se rechace la droga, sino que se sepa porqué se hace.

Un estudio realizado con estudiantes universitarios de pregrado permitió identificar que entre los factores protectores en hombres no consumidores fueron los

siguientes:⁴⁴ temor a perder el control de las situaciones que viven. Importancia de la familia y de la educación recibida. Proyección hacia el futuro, por ejemplo, no querer que sus hijos consuman drogas. El concepto de salud y su deseo de ser sano, y de la misma forma el rechazo a usar medios artificiales para sentirse bien y finalmente, la percepción de que los consumidores son personas con problemas y poseedores de una imagen negativa ante los otros.

Es obvio que estas personas tienen una actitud negativa ante las drogas y las personas que la usan, por lo que rechazan la posibilidad de su consumo.

Estudios realizados en otros países y replicados en nuestro medio han podido determinar que la familia, la educación y la religión son factores protectores para el no consumo de drogas.

Con base en el hecho que existen factores asociados al consumo y no consumo de sustancias psicoactivas, queda claro entonces como lo plantean Cepeda y colaboradores, es que "la prevención primaria aparece como una estrategia que promete ser eficaz ya que tiene como objetivo actuar sobre los principales factores generadores del problema para que éste no aparezca o se reduzca su posibilidad de aparición y dentro de la prevención primaria, la educación sanitaria ocupa un

⁴⁴ MARIN, Juan Carlos y Colaboradores. En: Factores psicosociales asociados al no consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes universitarios. Monografía de grado en psicología. Barranquilla: Uninorte, 1991. p. 19.

lugar especial, por cuanto una comunidad sin educación adecuada deja a sus individuos desprovistos de una actitud coherente y equilibrada desde el punto de vista de lo que le conviene a su salud respecto al uso y abuso de las drogas".⁴⁵

Un estudio realizado en la Universidad de los Andes permitió identificar causas de no consumo de drogas, entre las que se encontraron:⁴⁶ Porque no se necesitan, por razones de salud y por razones morales.

En el estudio en mención se pudo establecer unas características psicológicas y sociales de los no consumidores, entre las que se encuentran: son bondadosos, participativos, afectuosos, presentan una reacción controlada ante las situaciones, presenta un nivel de inteligencia media, con una capacidad mental general normal, comprensivos, organizados, forman su juicio basado en la experiencia, capacidad general para manejar problemas concretos y abstractos, son didácticos e intelectualmente adaptables, son estables emocionalmente, perseverantes, estables y constantes con las cosas que le interesan.

Los no consumidores saben además los que quieren, son independientes en sus ideas y respetuosos de las ideas de los demás, son seguros de sí mismos, con buen ánimo, ecuanímenes, con capacidad para trabajar en grupos, cumplidores de

⁴⁵ CEPEDA, Jairo y Colaboradores. Citado por: MARIN, Juan Carlos y Colaboradores. En: factores psicosociales asociados al no consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes universitarios. Monografía de grado en psicología. Barranquilla: Uninorte, 1991. p. 7.

⁴⁶ PEREZ, Augusto. Fundamentos teóricos del programa La Casa. Bogotá: La casa, 1990. p. 27

sus deberes y responsabilidades, saben dar y recibir afectos, son también gregarios, espontáneos y analíticos, reconocen sus obligaciones, están satisfechos consigo mismos, son sensibles pero no susceptibles, pueden canalizar sus energías con efectividad, y, presentan un nivel medio de tolerancia a las frustraciones, al igual un nivel medio de ansiedad.

Marín y Colaboradores (1.991) encontraron también una serie de características en los no consumidores, pero referidas a su mundo familiar y social, es decir, en factores protectores del medio en el cual se desenvuelve el estudiante universitario cuando es adolescente o adulto joven. Entre las características encontradas están las siguientes:⁴⁷

- Los padres de estos jóvenes ejercen una autoridad de tipo democrática, si bien el control es firme imponen los castigos bajo ciertos límites de tolerancia.
- Los padres proporcionan razones para el cumplimiento de las normas, siendo su método de corrección el diálogo.
- Los jóvenes perciben a sus padres como atentos e interesados por ellos tanto en la infancia como en la adolescencia o la adultez temprana. Son afectuosos y muestran cariño hacia ellos.

⁴⁷ Ibid. p. 262-277.

- Los padres prestan atención afectiva a las necesidades y actividades escolares de sus hijos, dándole importancia a sus ideas y opiniones, y mostrando interés genuino hacia actividades tales como juegos, amistades y labores académicos.
- Los jóvenes reconocen en sus padres influencia en el desarrollo de sus niveles de tolerancia y frustración, por lo que enseñan a superar fracasos y tener sentido de la realidad.
- Los estudiantes universitarios perciben a sus familias con una alta cohesión entre sus miembros, compartiendo actividades como fiestas, reuniones y vacaciones.
- En las familias de los jóvenes hay ausencia de antecedentes patológicos como suicidios, enfermedades mentales, drogadicción, alcoholismo y delincuencia, ni tampoco problemas asociados a negocios ilícitos o cambios del lugar de residencia.
- Los problemas familiares más frecuentes son de índole económico, producto del desempleo en algunos de sus integrantes.
- El consumo de alcohol, y cigarrillo en los miembros de la familia son escasos y cuando se presenta su consumo es de tipo social.

- Los padres y demás familiares de los jóvenes no toleran el consumo de bazuco, cocaína o estimulantes, aun cuando toleran el consumo ocasional de cigarrillos y alcohol.
- Los docentes de estos estudiantes juegan un papel fundamental, pues orienta acerca de los peligros del consumo de drogas.
- Las necesidades de orden fisiológicas tales como sexo, alimento sueño y reposo, están satisfechas en gran medida. De igual forma las de tipo psicológicas como seguridad,, autoestima, autonomía y autorrealización.
- En una gran proporción los estudiantes se dedican a actividades de índole deportiva, cultural, recreativa y religiosa.
- Los amigos que poseen tanto familiares como estudiantes no son consumidores de drogas o las consumen ocasionalmente.

Con base en todos estos aspectos queda explícito que para la comprensión de todos los aspectos que hacen a las personas susceptibles al problema de la farmacodependencia no solo es necesario conocer los factores asociados al consumo y no consumo, sino además, como es el ciclo de vida de cada uno de los grupos de edad, en especial los mas expuestos al problema.

6.1.5.1 Elementos Asociados a la Farmacodependencia. Los elementos constitutivos asociados al problema del consumo de sustancias psicoactivas y en consecuencia a la farmacodependencia y que hacen parte de lo evaluado en el estudio son:

- **Consumo de drogas.** Este factor hace referencia al hecho de considerar la posibilidad que las personas evaluadas hayan consumido algún tipo de sustancias psicoactivas, independientemente de su carácter legal o ilegal.

- **Manejo de la enfermedad.** Este aspecto hace referencia a plantear que la enfermedad es contraria a la salud y por ende quien consume drogas es potencialmente un enfermo y de hecho lo es el farmacodependiente.

- **Promoción de la salud.** Este factor se refiere al fomento para el cuidado de la salud y el bienestar en general, pues se parte del supuesto que quien cuida de su salud no consume drogas.

- **Consumo de medicamentos.** Este aspecto evalúa factores relacionados con la automedicación, por cuanto se considera que quien consume medicamentos por su propia cuenta, corre el riesgo de generalizar y consumir drogas para solucionar problemas.

- **Vida académica.** Este factor parte del supuesto que el consumo de drogas es incompatible con la vida académica, pues los efectos de la droga entorpecen el aprendizaje y con ello los estudios de modo general.

- **Violencia.** En nuestro país, como en la mayoría donde hay producción, tráfico o consumo de drogas, hay violencia, en parte porque al ser ilegal la droga conlleva a que quienes trafican con ella deben someterse a regímenes ilegales donde predomina el hampa y con ello se genera violencia.

- **Política y economía.** La producción de la droga, así como su procesamiento, tráfico o consumo tienen repercusiones sobre la economía de un país y con ello la política, pues los gobiernos deben fomentar leyes y generar políticas y estrategias tendientes a controlar esta problemática.

- **Deportes y recreación.** El consumo de sustancias psicoactivas tiene repercusiones sobre la vida física y psicológica de las personas, de allí que se conviertan en un elemento perturbador del estado físico de las personas y por ello sea incompatible con el deporte y la recreación.

- **Sexualidad.** Existe la falsa creencia que algunas drogas aumentan el poder sexual de las personas, de allí que muchos jóvenes la consuman con este fin. A este respecto se sabe que es precisamente lo contrario, pues el consumo permanente de drogas lleva en casos extremos a la impotencia.

- **Vida social.** Es bien sabido que en etapas intermedias y finales de la farmacodependencia se altera de manera significativa la vida social de las personas, pues suelen aislarse de las demás personas, o bien ser discriminadas por el hecho de ser consumidores.

6.1.6 Prevención de la Farmacodependencia. La farmacodependencia vista desde el ángulo de lo colectivo constituye un grave problema de salud pública que merece ser prevenido o atenuado en el sentido de reducir la incidencia del consumo y los problemas asociados.

La prevención primaria tiene como enfoque principal el consumo legal sobre la disponibilidad de ciertas drogas; mediante el decomiso, la supresión del cultivo (de materia prima), o la fiscalización de su fabricación.

En este método ha mostrado su eficacia en la disminución del número de farmacodependientes, pero únicamente cuando se combina con medidas educativas e informativas.

El segundo enfoque comprende los métodos de educación e información. La información debe ser veraz y objetiva sobre los efectos y consecuencias de las drogas; puede consistir en conferencias, material impreso (carteleros, panfletos), y mensajes por radio y televisión. Aunque no hay una completa evaluación sobre la eficacia de este tipo de estrategias, los resultados no parecen muy prometedores.

Por otra parte parecen resultar contraproducentes cuando son dirigidos a personas con elevado riesgo de sufrir farmacodependencia. De todas maneras esta información debe ser complementada con métodos de educación que lleven a un verdadero cambio de las personas en cuanto al consumo de fármacos.

El programa de prevención primaria ha mostrado su eficacia cuando utilizan el aprendizaje, la interpretación de papeles y la expresión emocional en grupos seleccionados de padres, autoridades, profesores, jueces, etc.

Un tercer enfoque en prevención primaria consiste en ofrecer alternativas al consumo de drogas, lo cual puede comprender actividades competitivas como el deporte, reuniones sociales para facilitar el contacto interhumano, y grupos de estudio para satisfacer la curiosidad intelectual.⁴⁸

Por otro lado Efrén Martínez en su texto de Adicción y elección presenta una visión de las diferentes metodologías de intervención preventiva cuando han gozado del respaldo del conocimiento que en ocasiones cojea al no tener un sustento epistemológico y ontológico, en donde es posible prevenir.⁴⁹ Es por eso que se considera la prevención como un proceso de creación, construcción y aprehensión desde el mundo de lo posible y no desde la factibilidad científicista. Hacer prevención es generar un clima lleno de condiciones para que sea posible,

⁴⁸ TORO, Ricardo y YEPES, Luis. Op Cit.. p. 40

⁴⁹ MARTINEZ, Efrén. Acción y Elección. Bogotá: Colectivo aquí y ahora. 1.998. p.129

por parte de los sujetos que se previenen tomar posición y decisión frente a su participación y continua construcción.

Esta posición pretende sustentar que prevenir requiere intervenir para suprimir, disminuir, atrasar, contrarrestar y evitar los factores asociados a los problemas objeto de la prevención, construir alternativas y enfrentar las manifestaciones de tales circunstancias. Se hace prevención integral cuando se enfrenten y resignifican desde una visión integral del ser humano todos aquellos factores que aumentan la vulnerabilidad de un individuo para desarrollar un proceso de adicción.

La prevención integral trabaja intensamente por evitar el consumo de sustancias psicoactivas brindándole una orientación completa a los individuos basada en conocimiento, instrucciones y procesos prácticos para el aprendizaje – enseñanza de esta temática en toda la comunidad, pretendiendo al mismo tiempo fortalecer la formación educativa, personal y social del individuo en su contexto diario. Complementar explicando como sería un programa preventivo a una población como la objeto de esta investigación.

La edad de inicio en el consumo de drogas, se utiliza como dato para conocer la edad en la que mayor número de individuos ha comenzado a consumir una determinada droga, la cual resulta muy útil a la hora de realizar programas interventivos y preventivos en poblaciones escolares.

Tradicionalmente se ha relacionado la edad media de la adolescencia como un factor decisivo en el inicio del consumo de todo tipo de drogas y en especial, de la institucionalizadas, los datos de las investigaciones realizadas por Alfonso Guell y Gano Berjano en 1986 y 1988 permite establecer algunas conclusiones fundamentales respecto a la edad de inicio en el consumo de alcohol. El momento crítico de iniciación al consumo de alcohol en los adolescentes se sitúa entorno a los 12 – 13 años. El temprano inicio en el consumo de estas sustancias es un claro indicador de la importancia de la en su desencadenamiento, puesto que este aparece en una edad en la que la influencia familiar esta más consolidada.⁵⁰

Los investigadores consideran que una causa de la temprana edad inicio del consumo de alcohol, sustancias psicoactivas en adolescentes se debe a las actitudes sobrantes de los padres con respecto al consumo de bebidas alcohólicas ya que la familia es el primer contexto social que el individuo tiene contacto activo o diariamente y de forma poco o nada crítica con la droga de nuestra cultura.

La temprana inducción familiar al consumo de alcohol es uno de los más importantes factores de riesgos del consumo abusivo que durante la adolescencia puede llevar a estos jóvenes una conducta social que el individuo tiene contacto activo o diariamente y de forma poco o nada crítica con la droga de nuestra cultura.

⁵⁰ MAJUL, Milena. Op.Cit.

La temprana inducción familiar al consumo de alcohol es uno de los mas importantes factores de riesgos del consumo abusivo que durante la adolescencia puede llevar a estos jóvenes a una conducta social desadaptativa, aunque el consumo de alcohol del adolescente no se consolida como un hábito dentro del contexto familiar.

Consumo y tipo de consumo de sustancias. Recurrimos nuevamente al profesor Augusto Pérez Gómez quien en su libro "Pilas con las drogas" expresa la palabra consumo es preferible a todas las otras farmacodependencias, toxicomanía, drogadicción porque simplemente describe un hecho que puede presentarse en varias formas:

- **Consumo experimental.** Ensayos fortuitos generalmente con amigos íntimos, dentro de un lapso de tiempo limitado y un consumo total inferior a un grano o los ensayos. La motivación fundamental es la universidad.

- **Uso socio – recreativo.** El consumo es mas regular que en la categoría anterior, tiene lugar voluntariamente, entre amigos y conocidos, se busca compartir una experiencia agradable, el motivo principal de uso es la facilitación del comportamiento social, con efectos rápidos y pasajeros y sin consecuencias posteriores importantes. Estos sujetos no parecen tender a un uso incontrolado y así nunca lo consumen solos.

- **Consumo circunstancial.** Es autolimitado y con un propósito específico, con patrones variables de cantidad consumida frecuencia y duración.

- **Consumo intenso.** Implica consumir la sustancia por lo menos una vez al día. En los sujetos de esta categoría y de la siguiente se presenta la tendencia a aumentar la dosis y la frecuencia del consumo, como resultado del aumento de las recreaciones negativas y la disminución de las positivas.

- **Consumo compulsivo.** El sujeto necesita ingerir las sustancias varias veces al día y no lo hace socialmente, ni por obtener beneficio, sino más bien para mantenerse en un estado de funcionamiento mínimo adecuado se presenta la dependencia: el sujeto no puede interrumpir el consumo sin experimentar malestar fisiológico o alteraciones del funcionamiento psíquico.⁵¹

Existe una serie de factores que predisponen al consumo de sustancias, como lo son:

- **Factores fisiológicos:** el cerebro tiene centros receptores, que son células específicas en las que ciertas sustancias psicoactivas actúan. Esta interacción de la sustancia con las células cerebrales, es la que puede generar la adicción.

⁵¹ PICO MALAVER, Alvaro. Op Cit. p. 12

Existen dos o más centros receptores que mediatizan los efectos de las sustancias, aparentemente uno de ellos es el responsable de la euforia placentera y al otro media la desaparición del dolor.

Hace poco se descubrió que el cuerpo humano produce en el cerebro y en la glándula pituitaria sustancias llamadas endocrinas parecidas a los opiáceos. Estos se producen como respuesta a la estimulación y se cree que juegan un papel importante en la regulación del dolor en el organismo. Se supone que de una baja producción de endocrinas puede resultar un deseo de consumo de sustancia psicoactiva.

- **Factores biológicos:** se ha demostrado que no todos los organismos son iguales, pero se ha encontrado que los hijos de drogadictos tienen mayor riesgo de riesgos, como el contacto con sustancias de las que hemos venido hablando, ya que han heredado dicha sensibilidad. Por tanto, si una persona en su familia tiene antecedentes de alcoholismo o drogadicción, debe tomar ciertas medidas preventivas, entre las cuales están un manejo controlado del alcohol y del cigarrillo y el no contacto rotundo con las sustancias psicoactivas.

- **Factores Individuales.** Las personas que son fácilmente infalibles por su compañeros son inseguros tienen dificultad para relacionarse con los demás, con autoestima y concepto bajos de sí mismo, no soportan el fracaso, tienen un alto

deseo de sobresalir aunque sea incumplido normas estas son altamente sus aptitudes de caer en la droga.

El deseo de experimentar, buscar, identidades, es otro factor que influye el consumo de sustancias psicoactivas se asocia con hechos como el desempleo en los sectores populares o el manejo incontrolado de dinero en jóvenes de las altas.

Uno de los factores que más predispone el consumo, es la presión ejercida por el grupo de amigos. Según la sustancia la frecuencia y el contexto social del consumo, se busca, ser parte de lo que está de moda, afirmar la rebeldía, satisfacer la curiosidad o asumir roles propios del adulto.

- **Factores familiares.** La descomposición familiar que se manifiesta en la violencia o el maltrato intrafamiliar, la ausencia de las figuras materna o paterna de acceso a la adicción.

- **Factores Sociales.** Cuando en el medio social en que se desenvuelve el individuo se dan mayor frecuencia algunos fenómenos tales como comercio de droga, alto porcentaje de delincuencia y criminalidad, nacimiento consumo de sustancias, psicoactivas desde el alcohol y cigarrillo.

Los padres viven en carne propia al aislamiento, la agresividad, la indiferencia de su hijo; ve como día a día se invierten en él sus valores, hasta llegar al punto de

no importarle a la forma ni los métodos para conseguir el dinero con el cual satisfacer su necesidad de consumir droga. Durante este período surge en los miembros de la familia diferentes reacciones, algunos de culpa, causar lástima, e incluso de agresividad, resumidas toda ellas en desestabilidad, importancia y algunas ocasiones hasta rechazo por parte de sus vecinos o comunidad.⁵²

6.1.7 La Familia y la Prevención de la Farmacodependencia. La familia como base de la sociedad y eje de la comunidad debe asumir un rol activo y orientador en todo lo que garantice el progreso y bienestar de sus miembros.

Es por eso que debe informarse e instruir a la familia de manera amplia y competente acerca de la prevención de las sustancias psicoactivas en niños, para que ellos como padres y líderes de hogar orienten a sus hijos de la mejor forma, le brinden toda la información necesaria para llegar a concientizarlos y prepararlos en un alto porcentaje. Se resalta que la familia debe agotar todos los recursos para adquirir la información completa y brindársela a sus hijos a través de conferencias, folletos, programas ilustrativos, cartillas, etc.

La familia es el motor de nuestra sociedad y por lo tanto su papel es muy importante y definitivo para la orientación de sus hijos.

⁵² Ibid. p. 25

Por parte del grupo de compañeros de barrios, escuela, trabajo, líderes sociales consumidores.

La adición a las sustancias psicoactivas es un problema que se ha ido incrementando día a día ya que cada vez más los jóvenes y adultos se funden en estas creyendo que son la solución a todos los problemas por los que atraviesan. La familia juega un papel importante dentro de este proceso ya que estos son los que se enteran de todos los cambios que presentan en la conducta de los consumidores viviendo en carne propia y con mucho sufrimiento, la agresividad, el aislamiento, la indiferencia y los robos que cometen a diario para poder conseguir la droga. Es por esto que es importante que las familias sepan manejar el problema interviniendo en el proceso de ayuda al paciente para salir de la adición.

Los programas preventivos deberían ser diseñados para realzar los factores de protección y avanzar hacia la reversión y la reducción de los factores de riesgo.

Los programas de prevención deberían incluir a todas las formas de consumo de drogas incluyendo el tabaco, el alcohol, las marihuanas, y los inhalantes.

Los programas de prevención deberían incluir la habilidad para resistir las drogas cuando estas no son ofrecidas, fortalecer la actitud personal en contra del uso de las drogas e incrementar la competencia social (como por ejemplo, en comunicaciones, relaciones de compañeros, la autoeficacia, y agresividad en

tomar decisiones), en conjunto con el esfuerzo de la actitud en contra del consumo de drogas.

Los programas de prevención para adolescentes deberían incluir métodos interactivos como grupos de discusión con otros jóvenes en lugar de únicamente técnicas didácticas.

Los programas de prevención deberían incluir un componente paternal o tutelar para así reforzar el aprendizaje de los niños en cuanto a la realidad acerca de la droga y sus efectos nocivos. Esto daría la oportunidad para charlas familiares acerca del uso de sustancias legales e ilegales y la actitud familiar acerca del uso de las drogas.

Los programas de prevención deberían ser a largo plazo a través de los años escolares con intervenciones repetidas para reforzar las metas preventivas originales. Por, los esfuerzos escolares dirigidos a estudiantes de escuelas primarias e intermedias deberían incluir sesiones que refuercen las transiciones críticas entre las escuelas intermedias y las secundarias.

Los esfuerzos preventivos enfocados en la familia tienen mayor impacto que las estrategias enfocadas únicamente en padres e hijos.

Los programas comunitarios que incluyen campañas publicitarias y cambios en política, como nuevos reglamentos que restringen el acceso al alcohol, tabaco, u otros drogas, son más eficaces cuando van acompañados de intervenciones familiares y escolares.

Los programas comunitarios necesitan fortalecer las normas contra el uso de drogas en todos los escenarios preventivos del abuso de drogas, incluyendo la familia, la escuela y la comunidad.

Las escuelas ofrecen oportunidades que llegan a toda la población y también sirven como escenarios importantes para subpoblaciones específicas con riesgo de abuso de drogas. Estas subpoblaciones incluyen niños con problemas de conducta o dificultades para aprender y aquellos con el potencial de dejar la escuela.

Los programas de prevención deberían ser adaptados para enfocarse en el carácter específico de problema del abuso de drogas en la comunidad local.

6.2 EFECTIVIDAD DE LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN.

Según Abello y Madariaga (1.987), la evaluación de los programas sociales a fin de determinar su efectividad, siempre se ha planteado como algo difícil, dispendioso y arduo.

En este mismo sentido Ander Egg plantea que el problema de la evaluación en los programas de acción social se ha planteado desde hace muchos años, mientras que el problema e los proyectos de desarrollo social ha sido un problema inherente al desarrollo de los programas mismos.⁵³

En un área tan nueva, con tan poca tradición como lo es la evaluación de programas, no es extraño hallar abundantes definiciones con el intento de dar claridad a su contenido y a sus funciones. La mayoría han sido formuladas en el campo educativo e investigativo.

Ander Egg por ejemplo define la evaluación de programas como "un proceso crítico referido a acciones pasadas, con la finalidad de constatar, en términos de aprobación o desaprobación, los progresos alcanzados en el plan propuesto y hacer, en consecuencia, las modificaciones necesarias respecto a las actividades futuras".⁵⁴

Guillermo Briones por su parte define la evaluación de programas sociales como "un tipo de investigación que analiza la estructura, el funcionamiento, y los resultados de un programa con el fin de proporcionar información de la cual se deriven criterios útiles para la toma de decisiones en relación con su administración y desarrollo".⁵⁵

⁵³ ABELLO, Raimundo y MADARIAGA, Camilo. Op. cit. p. 3.

⁵⁴ EGG, Ander. Metodología y práctica del desarrollo comunitario. México: El Ateneo, 1.982. p. 42.

⁵⁵ BRIONES, Guillermo. Evaluación de programas sociales. Citado por: ABELLO, Raimundo y MADARIAGA, Camilo. En: Op. Cit. P. 4.

Según lo anterior, la evaluación ha de iniciarse forzosamente con la situación en que se encontraba la población afectada antes del programa, determinando así los resultados obtenidos en relación con las metas fijadas para el trabajador, el organismo encargado del programa y el desarrollo del país. De esta manera, todo plan recluido en un programa comunitario debe incluir un método sistemático y periódico para evaluar su progreso.

Según Riecken (1.983), los propósitos de la evaluación son los siguientes:⁵⁶

- Describir qué tan bien han sido cumplido estos objetivos.
- Determinar las razones para sucesos específicos y fracasos.
- Descubrir los principios fundamentales de un programa exitoso.
- Dirigir el curso de los experimentos con técnicas para el incremento de la eficiencia.
- Dispensar las bases para una investigación mas avanzada sobre las razones para los triunfos relativos de las técnicas alternativas.
- Redefinir el significado que va a ser utilizado para lograr los objetivos y aún para redefinir sus metas, a la luz de los descubrimientos de investigación.

⁵⁶ Ibíd. p. 5.

Estos propósitos sugieren fuertemente una relación intrínseca entre la evaluación y la planeación del programa y el desarrollo.

En lo que respecta a la evaluación Guillermo Briones plantea que su utilidad se debe a que permite:

- **Mejorar la efectividad cualitativa del programa, es decir, el logro de sus objetivos.**
- **Mejorar la calidad de los resultados, o sea, la efectividad cualitativa del programa.**
- **Aumentar la eficiencia interna del programa, o sea, la relación entre los insumos y los resultados.**
- **Mejorar la eficiencia externa del programa o adecuación de resultados objetivos externos.**
- **Someter a verificación, la teoría o hipótesis que relaciona los componentes del programa con los resultados buscados.**
- **Redefinir la población objeto: reducirla u homogenizarla.**

- **Modificar la estructura, el funcionamiento y la metodología del programa.**
- **Tratar de cumplir, si es pertinente, la expectativa de la población-objeto del programa (sobre su funcionamiento, recursos y objetivos).**
- **Controlar la aparición de posibles prácticas o resultados no deseados.**
- **Tratar de homogeneizar los efectos, consecuencias e impactos del programa en diversos subgrupos de la población de referencia del programa.**

Según Abello y Madariaga, los investigadores están convencidos de que la necesidad actual es una investigación científica mas evaluativa y también que el gran progreso que ha alcanzado hoy en día no es un hecho azaroso, accidental ni aislado, sino que corresponde a la búsqueda permanente por parte de los estudiosos e investigadores para resolver los problemas de la evaluación.

6.3 ACTITUDES

6.3.1 Concepto de Actitud. La actitud según Eagly y Chaiken (1.993) es una tendencia psicológica que se expresa mediante la evaluación de una entidad u objeto concreta con cierto grado de favorabilidad o desfavorabilidad. Lo de tendencia se entiende como un estado interno de la persona, por tanto no es algo que resida en el ambiente externo a ella pero tampoco es una respuesta

manifiesta u observable, la evaluación implica una valencia o (dirección) y una intensidad.⁵⁷

La primera hace relación al carácter positivo o negativo que se atribuye al objeto actitudinal y la intensidad se refiere al grado de esa valencia. Por otro lado, la actitud siempre apunta hacia "algo", es decir, tiene un objeto y por tanto se la puede llegar a conocer cuando éste quede claramente especificado.

Las actitudes son la tendencia a responder positiva o negativamente ante ciertos objetos, personas o situaciones. Representa una discriminación de estímulos en la que se agrupan determinados entes dentro de unas categorías relacionadas con los objetos de un sujeto. Un prejuicio es un caso especial de una actitud negativa. Mediante el prejuicio, una persona adopta un punto de vista demasiado simplificado y, por tanto, erróneo. Las creencias erróneas ampliamente aceptadas se denominan estereotipos.

Las influencias culturales sobre las actitudes se transmiten a través de la familia y de los grupos de compañeros. Las actitudes de los niños tienden a correlacionar con las de sus padres y las personas con las que establecen contacto.

⁵⁷ MORALES, J.F; MOYA, Miguel; PEREZ, Juan; FERNANDEZ, Inmaculada; FERNANDO, José. Psicología social. Ed 2. Madrid: Mc Graw Hill, 1.999. p. 194.

Una vez formadas, las actitudes son relativamente resistentes a los cambios.

Tienden a conservarse:

- a) Mediante una interpretación y una percepción de la información selectiva.
- b) Evitando la información que entra en conflicto con las actitudes previamente existentes.
- c) Por la aprobación o desaprobación social de los miembros del grupo.

6.3.2 Componentes Actitudinales. Las actitudes poseen tres componentes:

- **Componente Afectivo.** Se refiere a las emociones, sentimientos vinculados a un determinado objeto, el cual es vivenciado como placentero o displacentero. Es esta carga emotiva que dota a las actitudes de su carácter motivacional, así este componente comprende nuestras emociones positivas o negativas acerca de algo y lo que sentimos acerca de ello.

- **Componente Cognitivo.** Consiste en la creencia de un individuo acerca de un objeto determinado, los conocimientos que se hayan vinculado a este componente son siempre juicios de valor, que implican una valoración positiva o negativa. Este componente hace referencia a creencias y pensamientos que tenemos acerca del

objeto de nuestra actitud. Es decir que todas las actitudes obedecen a la interacción.

- **Componente Comportamental.** Las actitudes difieren en su relación con la conducta manifiesta. Algunas actitudes tienen muchos hábitos asociados a ellas, otras tienen pocos. A veces, la única acción asociada con una actitud es su expresión verbal. Esta expresión verbal de una actitud se llama opinión. Sin embargo, el componente de una acción de una actitud puede ser mucho más diferenciado y puede incluir una variedad de tendencias de acción. Por ejemplo: La mayoría de los adolescentes hombres tienen actitudes favorables hacia las relaciones sexuales tempranas.

6.3.3 Formación de las Actitudes. La formación de una actitud consiste en adquirir varios conceptos, creencias, hábitos y procesos de aprendizaje. El principio de organización para las actitudes será la base motivacional.

El componente afectivo de una actitud considerados por muchos psicólogos como el centro de la actitud puede ser asociado con uno o varios de los muchos motivos humanos. Katz (1960) sugiere que la dinámica de la formación de la actitud es probablemente diferente para actitudes con diferentes bases motivacionales; en su análisis, Katz distingue entre cuatro diferentes bases para formación de actitudes: (1) utilitaria, (2) expresión de valor, (3) yo – defensiva, (4) conocimiento.

Una actitud con una base utilitaria es aquella que está asociada con la supervivencia, la seguridad y algunos de los motivos sociales del individuo. El objeto de la actitud se percibe como una meta o como un medio para una meta relacionada con tales motivos.

Katz sugiere que una persona adquiere actitudes utilitarias a través de la experiencia con el objeto. Mientras más cerca esté el objeto menos ambigua será la relación entre éste y la satisfacción de motivos, más fuerte es la probabilidad de adquirir una actitud muy favorable. De manera parecida, mientras más estrechamente se asocie un objeto con un afecto negativo, más probablemente se desarrollará una actitud desfavorable; por ejemplo: una actitud de expresión de valores está basada en el motivo de las personas por autoestimación y autorrelación. Sugerimos anteriormente que cada persona llega a identificar ciertas metas generales como valores y a desarrollar el concepto de un yo – ideal. En nuestra discusión de desarrollo, hemos señalado que cada persona busca desarrollar una identidad, un concepto del yo del cual pueda estar orgulloso. Tanto el sentido de identidad de la persona como un sentimiento de autoestimación dependen que parte de las relaciones de sus acciones con sus valores y de su autoimagen a su ideal. Así que aquellas actitudes que ejemplifican sus valores y su yo – ideal, acrecentaran sus sentimientos de autoestimación. Por ejemplo sospechamos que la formación de las actitudes expresivas de valor dependen de la percepción del individuo con respecto a la relación entre el objeto, la actitud y su ideal de sí mismo. Una gran parte del desarrollo del yo ideal de un

niño depende de sus padres. Como parte del proceso de identificación, el niño llega a mirar los valores de las actitudes de sus padres como representando un ideal. Así, él realza su autoimagen cuando adopta las actitudes de sus padres como si fueran las suyas propias.

Los adolescentes se identifican frecuentemente con grupos a los cuales pertenecen o aspiran a pertenecer. En estos casos, las actitudes de estos adolescentes y de estos grupos servirán como la base para el desarrollo de algunas actitudes expresivas del valor.

Las actitudes defensivas del yo también están relacionadas con el motivo de autoestimación, pero estas defienden el yo de una manera negativa. Ellas se forman en conjunción con los procesos que defienden a las personas de sus propias ansiedades, es decir, los mecanismos de defensa. Por ejemplo: un número de psicólogos ha sugerido que el prejuicio hacia los grupos minoritario en alguna gente puede representar una proyección o un desplazamiento de sentimientos de hostilidad e inferioridad hacia una minoría.

Las actitudes con base en el conocimiento se adquieren en conjunción con los motivos de competencia, específicamente el motivo por adquirir una imagen clara, estable y consistente del mundo. Para cada persona hay unos objetivos actitudinales sobre los cuales ha tenido poca experiencia y sobre los cuales su información es escasa o ambigua. Esta situación, apareada con el motivo de

conocimiento, prepara el escenario para la formación de una actitud. Es bastante probable que la persona llenará esta laguna en su imagen del mundo (1) buscando activamente más información que permitirá la formación de actitud por uno de los otros principios discutidos (tales como buscar el contacto real que conduzca a la conducta utilitaria) o (2) adoptando hacia el objeto las actitudes de las personas que están a su alrededor o (3) adoptando una actitud hacia el objeto que sea consistente con el texto de su modo de pensar.

Algunas actitudes están estrechamente relacionadas entre sí; es decir: comparten conceptos comunes o similares, creencias, motivos y hábitos. Podemos pensar de tal grupo de actitudes como un sistema de actitud. En otros casos, una sola actitud puede estar relativamente aislada.

6.3.4 Funciones. Con relación a las actitudes los especialistas destacan los factores psicodinámicos, especialmente los de carácter motivacional, como los determinantes de la estabilidad y cambio de las actitudes y de los comportamientos asociados. Desde este punto de vista, se destaca el abordaje funcional de Daniel Katz, según la base motivacional de las actitudes la integran cuatro tipo de funciones, a saber:

- **Función Instrumental.** También llamada adaptativa o utilitaria. Se refiere a las respuestas favorables que la persona obtiene de sus semejantes al manifestar actitudes positivas. Estas respuestas favorables producen recompensas o

gratificaciones sociales que facilitan el logro de metas tales como: aprobación de los demás, seguridad, éxito, lealtad hacia el grupo, entre otras.

- **Función de Defensa del Yo.** Permite a las personas eludir el reconocimiento de sus propias deficiencias y, así, conseguir preservar la integridad del concepto que tiene de sí misma. En general, esta función conduce a una exaltación de los valores que la persona considera positivos con la religiosidad, el orden, la pureza y a una condenación de valores que considera negativos como la subversión, el ateísmo, el consumo ostensivo, entre otros.

- **Función Cognoscitiva.** En esta se expresan valores de verdad que proporciona a la percepción del mundo del individuo aspectos como la coherencia, la estabilidad y la dirección, y le facilita ajustar de modo predictivo su comportamiento a las expectativas de los demás y a situaciones futuras.

- **Función Expresiva de Valores.** Esta le permite a las personas autoexpresarse en términos de aquellos valores que más estima y se constituyen en la expresión de los aspectos más positivos de su concepto de sí mismo y, en consecuencia, de su identidad personal. Entre los valores que constituyen el núcleo central de las actitudes están:

- Valores teóricos, los cuales orientan hacia la búsqueda de la verdad mediante la experiencia, la crítica y la actividad racional.

- **Valores prácticos, que ponen énfasis en la utilidad y el beneficio económico.**

- **Valores estéticos, los cuales otorgan preeminencia al estilo, la forma, la armonía y la asimetría como fuente de goce estético.**

- **Valores sociales, que destacan las orientaciones de la persona hacia la comunidad. Tal es el caso del altruismo y la filantropía.**

- **Valores de poder, que destacan la ascendencia personal en la relaciones humanas, incluyendo la política.**

- **Valores religiosos, los que orientan la búsqueda de un sentido último del mundo a través de la experiencia trascendente o mística.**

6.3.5 Medición de las Actitudes. Existen muchos métodos para medir las actitudes. Una escala de actitudes proporciona una medida exacta para graduar la inclinación favorable o desfavorable hacia un determinado objetivo, pero exige mucho tiempo e interés por parte del sujeto que se somete a ella.

- **Escala de actitud.** Frecuentemente se mide la posición de una persona en una actitud pidiendo al interlocutor que indique su acuerdo o desacuerdo con un número de declaraciones que traten del mismo tema.

La redacción de las declaraciones requiere una atención cuidadosa la escala de actitud ha de distinguir verdaderamente entre personas de diferentes actitudes.

“Entre los métodos más conocidos par medir las actitudes encontramos los siguientes:

- **Método de gradación acumulativa de Guttman.** Es una escala integrada por preguntas monótonas que puede ser dispuesta en orden de modo que el sujeto que conteste afirmativamente a cualquier pregunta responderá igualmente en forma afirmativa a todas las preguntas de más bajo rango es llamada escala acumulativa: tales escalas son llamadas escalas de Guttman debido al papel de este investigador en la invención de este tipo de procedimiento de graduación de la actitud.

- **El método de los intervalos aparentemente iguales de Thurstone.** Es una de las primeras técnicas sofisticadas para la valoración de actitudes, fue desarrollada por Thustone y por Chave. Es conocido como el método de los intervalos aparentemente iguales en referencia a la forma en que la usan los interrogados. Este procedimiento utiliza reactivos no monótonos. A cada una de las cuales se le asigna un valor cuantitativo en la escala mediante el uso de procedimientos preliminares elaborados al construir la escala, se presenta un panel de jueces en un buen número de expresiones de opinión o de actitud a quienes se solicita que dividan los enunciados en grupos separados por intervalos

o pasos que parecen estar separados entre sí en forma igual a lo largo de la actitud "favorable" a una "desfavorable" por lo común se informa a los jueces las actitudes más "favorables" que la sexta categoría debe representar actitudes "neutrales" y que la décima primera categoría debe representar actitudes "desfavorables" intervienen un buen número de jueces en este proceso de valoración y se descartan los reactivos sobre los cuales los jueces muestran común acuerdo, se selecciona para representar posiciones a lo largo de la secuencia de la primera a la décima primera categorías; a estos reactivos se les asigna calificaciones que corresponden al valor medio de la categoría a la que fue asignado cada reactivo por los jueces. Estas calificaciones de la escala se usan para calificar los test.

Las escalas de Thurstone y Guttman presentan los dos procedimientos habitualmente más empleados en la gradación de la actitud actual. Las escalas de Thurstone tiene la ventaja de proporcionar un orden más alto de cuantificación, puesto que puede ser definida una región claramente delimitada de neutralidad. Dado que los reactivos de la escala de Guttman pueden ser solamente evaluados con respecto a sus relaciones de rango orden, es imposible determinar en ellas un reactivo neutral absoluto.

La escala tipo Thurstone, sin embargo tiene la desventaja de contar con un paso intermedio adicional en la construcción que ellas requiere de un panel de jueces y un proceso de calificación que requiere tiempo".

- **La escala de Likert.** Contiene una lista de afirmaciones o actitudes y pide al individuo que responda en un continuo que va desde “estoy completamente de acuerdo” hasta “estoy completamente en desacuerdo” se presenta una afirmación o series de afirmaciones, tales como “debería estar prohibido expender preservativos a lo menos de 18 años”, se solicita entonces al individuo que indique hasta que punto está de acuerdo o no.

Likert utiliza un rango de 5 puntos: estar completamente de acuerdo, no estar ni de acuerdo, ni en desacuerdo, estar en desacuerdo y estar completamente en desacuerdo. El sujeto indica el número o letra apropiado y a cada respuesta se le da un valor en puntos de 1 a 5 (o tanto como incluya la escala), el rango característico suele ir de 3 a 7. La calificación de la actitud de una persona es la suma de todas sus valoraciones.

Otra de las escalas más conocidas para medir las actitudes es la llamada el diferencial semántico: de (Osgood, Suci y Tennenbaum), se encuentra en el significado que una palabra o concepto tiene para un individuo, pidiéndole que valore el concepto (padre, poder nuclear, democrático, homosexual, etc.) en términos de un conjunto de dimensiones, tales como justo – injusto. (evaluación del ítem que se está juzgando), fuerte – débil (percepción de su fuerza y caliente – frío), (percepción de su nivel de actitud).

La fiabilidad de estos autoinformes plantea problemas, porque el modo en que se formula una pregunta afecta a la respuesta dada. Las personas no son siempre honradas consigo mismas respecto a sus verdaderas actitudes cuando se les deja a solas con los investigadores. Por todo lo cual normalmente es mejor utilizar diferentes métodos para medir las actitudes.

Un método ingenioso es el del falso polígrafo, una máquina de aspecto imponente que los individuos creen capaz de describir sus actitudes reales midiendo sus respuestas fisiológicas. Los investigadores descubrieron que cuando se utiliza este método muchos estudiantes universitarios tienen mayores cantidades de prejuicios raciales y (en el caso de los varones) son menos favorables hacia los derechos humanos de las mujeres, que cuando las mismas cuestiones se les midió con las escalas de actitudes clásicas”.

7. DEFINICIÓN DE VARIABLES

7.1 DEFINICIÓN CONCEPTUAL

7.1.1 Variable Independiente: Programa de prevención primaria.

Se define como la ejecución formal de una serie de acciones procurando que los acontecimientos relacionados con un problema social particular no aparezcan, de tal forma que se fomente a la vez la promoción por la salud y el bienestar general de las personas.⁵⁸

7.1.2 Variable Dependiente: Actitudes hacia la farmacodependencia.

Según José Antonio Alcántara, quien plantea que esta "corresponde al modo de enfrentarse a sí mismo y a la realidad, es la línea impulsadora y motivadora de las personalidades el sistema fundamental por el cual el hombre ordena y determina su relación y conducta con el medio ambiente, además corresponde a una gran elaboración del hombre que sustenta y da sentido a su vida"⁵⁹.

⁵⁸ CEPEDA, Jairo y colaboradores. Programa prevengamos la farmacodependencia. Barranquilla: Uninorte, 1.988.

⁵⁹ ALCANTARA, José Antonio. Op Cit. p. 12.

Contienen tres elementos: el componente afectivo, se refiere a los sentimientos o afectos hacia el objeto social evaluado; el cognitivo, referente a los pensamientos, o ideas; y el conductual, referido a las acciones o comportamientos emprendidos.

7.2 DEFINICIÓN OPERACIONAL

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	INDICES
Programa de prevención primaria.	<ul style="list-style-type: none"> -Consumo de drogas. -Manejo de la enfermedad. -Promoción de la salud. -Consumo de medicamentos. -Vida académica. -Violencia. -Política y economía. -Deportes y recreación. -Sexualidad. -Vida social. 	<ul style="list-style-type: none"> -Motivos para el consumo y consecuencias del consumo. -Consumo y adicción. -Preservación del bienestar físico y mental. -La Automedicación. -Las drogas y los estudios. -Las drogas y la violencia. -Las drogas y sus efectos socioeconómicos. -Las drogas como diversión. -Las drogas y el sexo. -Las drogas y la presión social. 	-Acciones educativas.
Actitudes hacia la farmacodependencia.	<ul style="list-style-type: none"> -Componente actitudinal afectivo. -Componente actitudinal cognitivo. -Componente actitudinal conductual. 	<ul style="list-style-type: none"> -Sentimientos hacia las drogas. -Creencias hacia las drogas. -Comportamientos hacia las drogas. 	-Actitudes positivas, neutras o negativas hacia la farmacodependencia.

8. METODOLOGÍA

8.1 PARADIGMA

El paradigma que sustenta el estudio es el empírico-analítico. El cual pretende la verificación de hechos mediante la prueba de hipótesis. En este mismo sentido el paradigma empírico se fundamenta en la cuantificación de hechos que puedan ser demostrados desde el punto de vista estadístico.⁶⁰ En este caso en particular se pretende ver los efectos del programa sobre las actitudes hacia la farmacodependencia, determinando su efectividad mediante los cambios demostrados antes y después de su aplicación.

8.2 DISEÑO

Desde el punto de vista del diseño metodológico, el estudio es pre-experimental de grupo único, debido a que realiza una medición antes y otra después de la aplicación de un factor o tratamiento. En este caso el tratamiento es el programa preventivo utilizado y la medición la evaluación de las actitudes mediante la escala tipo Likert. El esquema del diseño es el siguiente:

⁶⁰ VASCO, Carlos. Tres estilos de trabajo en las ciencias sociales. Medellín: El Cid, 1.999. p. 12.

GRUPO	ASIGNACION	O. ANTES	TRATAMIENTO	O. DESPUÉS
UNICO	NATURAL	SI	SI	SI

La investigación a realizar es de tipo aplicada, según el criterio de utilidad o valor del conocimiento, pues se pretende un beneficio directo e inmediato sobre una población en particular.⁶¹

En este caso específico la población se beneficia, pues se pretende cambiar las actitudes y hacerlas favorables, de tal manera que eviten el consumo de drogas. De igual forma es explicativo según la profundidad del conocimiento pues pretende demostrar los efectos de un programa sobre las actitudes.

8.3 TIPO DE INVESTIGACION

La investigación realizada es de tipo explicativa, de acuerdo a la profundidad del conocimiento, pues su interés es evaluar los efectos de una variable sobre otra. En este caso el programa de prevención sobre las actitudes. De acuerdo al valor o utilidad del conocimiento es de tipo aplicada, pues pretende un beneficio directo para una población o comunidad.

⁶¹ OVALLE, Victor y RAMÍREZ, Andrés. Metodología de la investigación: un enfoque cuantitativo. Barranquilla: Documento sin editar, 1.996.

8.4 POBLACIÓN

La población objeto de estudio estuvo conformada por la totalidad de jóvenes que cursan noveno y décimo grado en el Colegio Barranquilla, es decir, 133 personas. Debido a intereses institucionales se decidió trabajar con toda la población, motivo por el cual no se utilizó técnica de muestreo alguna.

La distribución por cursos fue la siguiente: 50 personas de noveno grado y 83 de décimo grado.

La distribución por género fue la siguiente: 103 personas de género masculino y 30 de género femenino.

8.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

El instrumento que permitió la recolección de la información fue una escala de actitudes tipo Likert, con 45 ítems, adaptada por parte de las investigadoras y sometido a validez de contenido mediante la modalidad de jueces expertos en el tema.

El instrumento evalúa aspectos relacionados con temáticas tales como: consumo de drogas, manejo de la enfermedad, promoción de la salud, consumo de medicamentos, vida académica, violencia, política y economía, deportes y

recreación, sexualidad y vida social. De igual forma evalúa los componentes actitudinales afectivo, cognitivo y comportamental. En total tiene 45 ítems, 15 por cada componente actitudinal.

Su valoración va en una escala de 1 a 5, con 5 alternativas de respuestas (totalmente de acuerdo, de acuerdo en parte, indeciso, en desacuerdo en parte y totalmente en desacuerdo), siendo sus datos procesados estadísticamente mediante una base de datos computarizada en lenguaje de sistemas Excel. La prueba de hipótesis se hizo mediante el programa Stats y el estadígrafo diferencia de medias.

8.6 PROCEDIMIENTO

Para llevar a cabo el estudio se realizaron una serie de etapas dentro del proceso de investigación, siendo la primera de ellas la selección del tema y la delimitación temática. De esta forma se tenía por tema de interés la prevención de la farmacodependencia y luego de algunas consultas bibliográficas y con expertos se procedió a delimitarla a evaluar sus efectos hacia las actitudes.

La fase siguiente consistió en determinar la metodología de trabajo, para lo cual fue necesario revisar textos especializados y a partir de sugerencias del Comité de Investigaciones del Programa de Psicología de la Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar, se diseñó a partir del paradigma empírico analítico,

la modalidad cuantitativa, el diseño pre-experimental y el tipo de investigación aplicada y explicativa. Esto permitió la formulación del problema, los objetivos, las hipótesis, el propósito y la clasificación de las variables.

La siguiente fase fue el diseño del programa de prevención, el cual se iba construyendo en la medida que se ampliaba el marco teórico de referencia. Simultáneamente se rediseñaba el instrumento de recolección de datos y se validaba en su contenido mediante el sistema de jueces expertos en el tema.

Posteriormente se delimitó la población y se solicitaron las autorizaciones respectivas para la aplicación de los instrumentos en su modalidad antes. De esta forma se dio inicio al programa preventivo de las drogas y se aplicaron los instrumentos en su modalidad después. Así, se obtuvo la información deseada.

La fase siguiente consistió en organizar los datos y procesar los resultados, para lo cual fue necesario calificar las escalas de actitudes con base en los criterios Likert, conformada por 45 ítems. De esta forma se introdujeron las puntuaciones obtenidas en la base de datos elaborada para tal fin. Así se convirtieron los puntajes en resultados numéricos para ser luego procesados en el programa computarizado Stats, que probaba o rechazaba las hipótesis a partir del estadígrafo diferencia de medias.

A partir de esta información se procedió a interpretar los resultados a la luz del contexto poblacional y el marco teórico de referencia.

9. RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados encontrados en el estudio que evaluó los efectos de un programa de prevención primaria de la farmacodependencia sobre las actitudes de un grupo de estudiantes de noveno y décimo grado de educación básica secundaria del colegio Barranquilla.

Para el procesamiento estadístico de resultados se empleó como estadígrafo una prueba de hipótesis, utilizando para ello una diferencia de medias, la cual consiste en calcular los puntajes promedios y su variación entre la aplicación antes y la después de aplicado el programa.

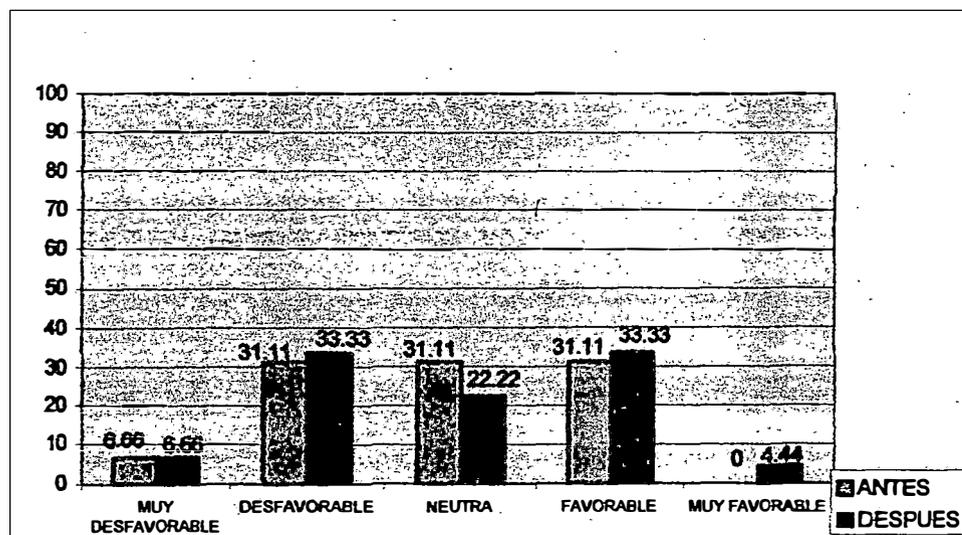
En esta prueba estadística la media que es una medida de tendencia central, es el promedio de los puntajes brutos de cada uno de los grupos de datos en cada una de las aplicaciones, por su parte, la variación es una medida de dispersión que consiste en analizar la varianza de los datos, es decir, su cuantificación en términos de qué tanto se alejan de las medias en cada aplicación.

Los resultados se presentan en tablas donde se muestran las frecuencias y porcentajes de aparición de cada una de las cinco alternativas de respuestas antes y después de aplicado el programa en la escala general, los componentes

actitudinales y las áreas evaluadas. De igual forma, para su presentación de un modo mas didáctico se grafican para observar las posibles diferencias antes y después de la aplicación del programa.

TABLA Y GRÁFICA 1
RESULTADOS EN LA ESCALA GENERAL DE LAS ACTITUDES HACIA LA FARMACODEPENDENCIA

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	FRECUENCIA (ANTES)	PORCENTAJE (ANTES)	FRECUENCIA (DESPUÉS)	PORCENTAJE (DESPUES)
MUY DESFAVORABLE	3	6.66 %	3	6.66 %
DESFAVORABLE	14	31.11 %	15	33.33 %
NEUTRA	14	31.11 %	10	22.22 %
FAVORABLE	14	31.11 %	15	33.33 %
MUY FAVORABLE	0	0.00 %	2	4.44 %
TOTALES	45	100 %	45	100 %



En la tabla y gráfica No. 1 se pueden observar los resultados encontrados en la escala general en términos de frecuencias y proporciones antes y después de aplicado el programa.

En la escala antes estos datos se asemejan a una curva de distribución normal, donde hay predominio de puntajes intermedios y muy pocos con tendencias a los extremos. Sin embargo, la actitud tiende un poco más hacia la desfavorabilidad. Esto estaría indicando que la actitud hacia la farmacodependencia es en términos generales neutra, es decir, no hay una congruencia o estructura hacia las consideraciones relativas a la problemática del consumo de drogas.

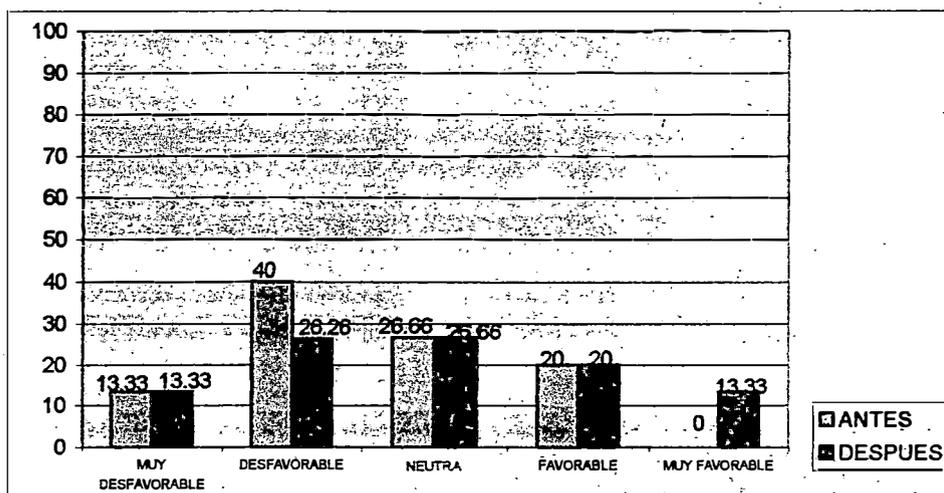
Desde el punto de vista del contexto de la población se puede entonces afirmar que las actitudes de los jóvenes hacia el consumo de sustancias psicoactivas tiene polos opuestos, pues algunos presentan favorabilidad, otros desfavorabilidad y otros adoptan una posición intermedia. Si se tiene en cuenta que son jóvenes adolescentes, estos resultados son esperados, pues por sus características psicológicas consideran que no son vulnerables a los problemas sociales, entre ellos el consumo de drogas, pues aun si consumieran creen que pueden tener el control para seguir siendo consumidores sociales u ocasionales pero sin llegar a niveles de adicción.

En la escala general después de haber aplicado el programa de prevención de la farmacodependencia, hubo cambios favorables en 3.23 puntos, sin embargo, desde el punto de vista estadístico estos cambios no son significativos. Significa esto que se rechaza la hipótesis de trabajo, pues no se presentaron los cambios estadísticos esperados.

Estos datos nos indican que el programa aplicado no fue favorable, al menos, no logró el objetivo de cambiar las actitudes de los jóvenes hacia la farmacodependencia. Esto bien pudo deberse al hecho que se requiere de mucho mas tiempo para ver los cambios, o quizás que hay resistencia de parte de las personas que conformaron la muestra del estudio para cambiar de pensamientos, sentimientos y comportamientos hacia las drogas en general o alguno de los aspectos evaluados.

TABLA Y GRÁFICA 2
RESULTADOS EN EL COMPONENTE COGNITIVO

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	FRECUENCIA (ANTES)	PORCENTAJE (ANTES)	FRECUENCIA (DESPUÉS)	PORCENTAJE (DESPUES)
MUY DESFAVORABLE	2	13.33 %	2	13.33 %
DESFAVORABLE	6	40.00 %	4	26.26 %
NEUTRA	4	26.66 %	4	26.66 %
FAVORABLE	3	20.00 %	3	20.00 %
MUY FAVORABLE	0	0.00 %	2	13.33 %
TOTALES	15	100 %	15	100 %



En la tabla y gráfica No. 2 se pueden observar los resultados encontrados en el componente actitudinal cognitivo en términos de frecuencias y proporciones antes y después de aplicado el programa.

En la escala antes hay predominio de puntajes desfavorables y neutros. Esto estaría indicando que los pensamientos y creencias de los jóvenes hacia la farmacodependencia son negativos, es decir, que el nivel de conocimientos e información que poseen es insuficiente para adoptar una posición favorable frente al problema de las drogas.

A este respecto Escalante (1.998) afirma que creencias erróneas hacia un fenómeno en particular indica que el nivel de información que se posee es muy bajo o bien que hay ideas tan instauradas que el individuo no desea cambiarlas.

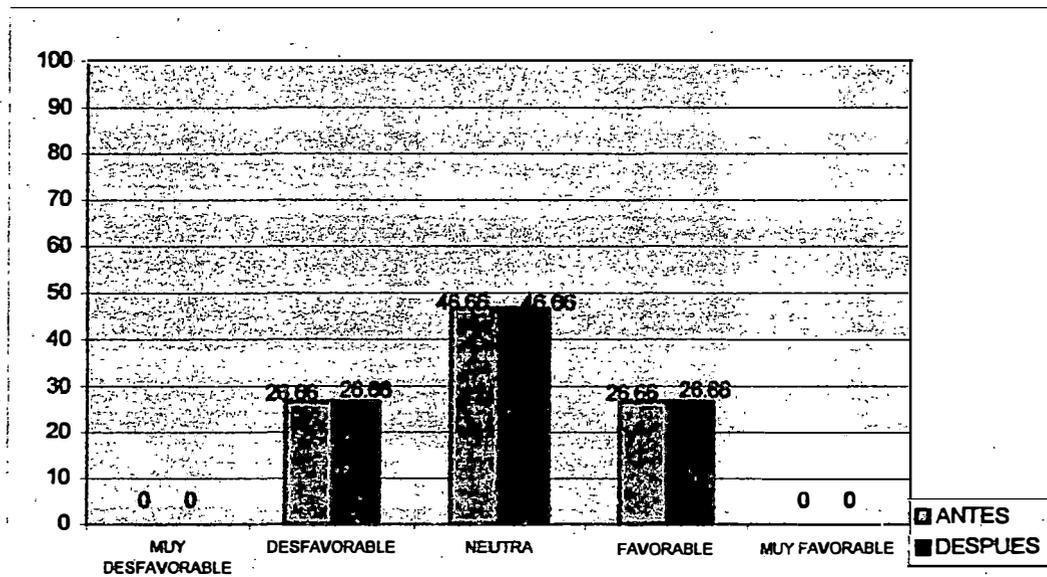
Por su parte, los resultados encontrados en el componente cognitivo después de haber aplicado el programa de prevención de la farmacodependencia hubo cambios favorables en 10 puntos, sin embargo, desde el punto de vista estadístico estos cambios no son significativos. Se rechaza entonces la hipótesis específica en el sentido que habrían cambios en cuanto a los pensamientos, creencias e ideas respecto de la farmacodependencia.

El que haya habido cambios en los pensamientos y creencias indica que hubo aumento en los conocimientos de estas personas, lo que indica que el programa de prevención primaria aplicado es de gran valor para incrementar los niveles de conocimientos de las personas y de esta forma cumplir con su papel de ser agente protector para evitar que el fenómeno aparezca.

En este sentido los programas de prevención primaria siempre han partido del supuesto teórico que en la medida que hayan conocimientos acerca de las drogas y de los factores que a su consumo están asociados, de esta misma manera se evitará llegar al consumo o si se ha tenido contacto con la droga se abandonará por completo o al menos decrecerá su ingesta.

TABLA Y GRÁFICA 3
RESULTADOS EN EL COMPONENTE AFECTIVO

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	FRECUENCIA (ANTES)	PORCENTAJE (ANTES)	FRECUENCIA (DESPUÉS)	PORCENTAJE (DESPUES)
MUY DESFAVORABLE	0	0.00 %	0	0.00 %
DESFAVORABLE	4	26.66 %	4	26.66 %
NEUTRA	7	46.66 %	7	46.66 %
FAVORABLE	4	26.66 %	4	26.66 %
MUY FAVORABLE	0	0.00 %	0	0.00 %
TOTALES	15	100 %	15	100 %



En la tabla y gráfica No. 3 se pueden observar los resultados encontrados en el componente actitudinal afectivo en términos de frecuencias y proporciones antes y después de aplicado el programa.

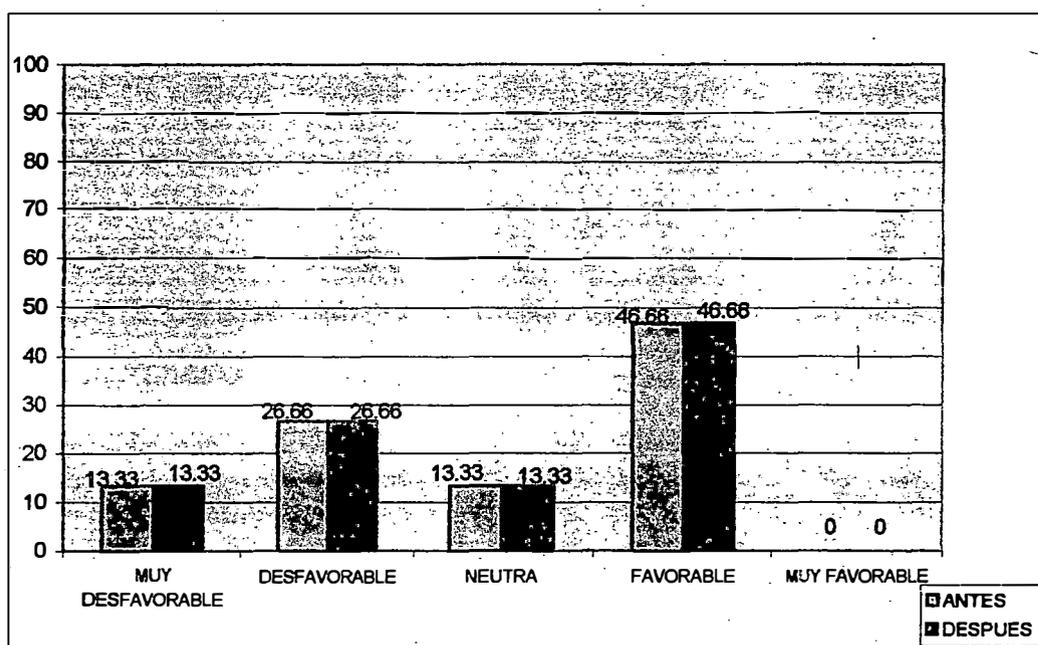
En la medición antes los datos se asemejan a una curva de distribución normal, donde hay predominio de puntajes intermedios y muy pocos con tendencias a los extremos. Esto estaría indicando que los sentimientos y efectos que suscita la farmacodependencia son en términos generales neutros, es decir, no hay una congruencia o estructura hacia las consideraciones relativas a la problemática del consumo de drogas.

A este respecto Pérez (1.996) afirma que sentimientos inadecuados hacia las drogas indica que debido a la falta de conocimientos acerca del tema o la creencia de pensar que se es invulnerable, hacen que se desarrollen sentimientos de indiferencia hacia el problema. Es decir, que ante creencias erróneas, es apenas esperado que haya sentimientos inadecuados.

En cuanto a los resultados encontrados en el componente afectivo después de haber aplicado el programa de prevención de la farmacodependencia no hubo cambios. Esto significa que los afectos y sentimientos hacia la farmacodependencia no sufrieron modificación alguna antes y después de aplicado el programa, lo cual se puede deber al hecho que al no ser personas consumidoras no tienen sentimientos de favorabilidad o desfavorabilidad hacia el problema de las drogas. Se rechaza entonces la hipótesis específica en el sentido que habrían cambios en cuanto a los afectos o sentimientos respecto de la farmacodependencia.

TABLA Y GRÁFICA 4
RESULTADOS EN EL COMPONENTE CONDUCTUAL

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
	(ANTES)	(ANTES)	(DESPUES)	(DESPUES)
MUY DESFAVORABLE	2	13.33 %	2	13.33 %
DESFAVORABLE	4	26.66 %	4	26.66 %
NEUTRA	2	13.33 %	2	13.33 %
FAVORABLE	7	46.66 %	7	46.66 %
MUY FAVORABLE	0	0.00 %	0	0.00 %
TOTALES	15	100 %	15	100 %



En la tabla y gráfica No. 4 se pueden observar los resultados encontrados en el componente actitudinal conductual en términos de frecuencias y proporciones antes y después de aplicado el programa.

Los datos en la medición antes se asemejan a una curva de distribución normal, donde hay predominio de puntajes intermedios y muy pocos con tendencias a los extremos. Sin embargo, la actitud tiende un poco mas hacia la desfavorabilidad. Esto estaría indicando que los comportamientos hacia la farmacodependencia son.

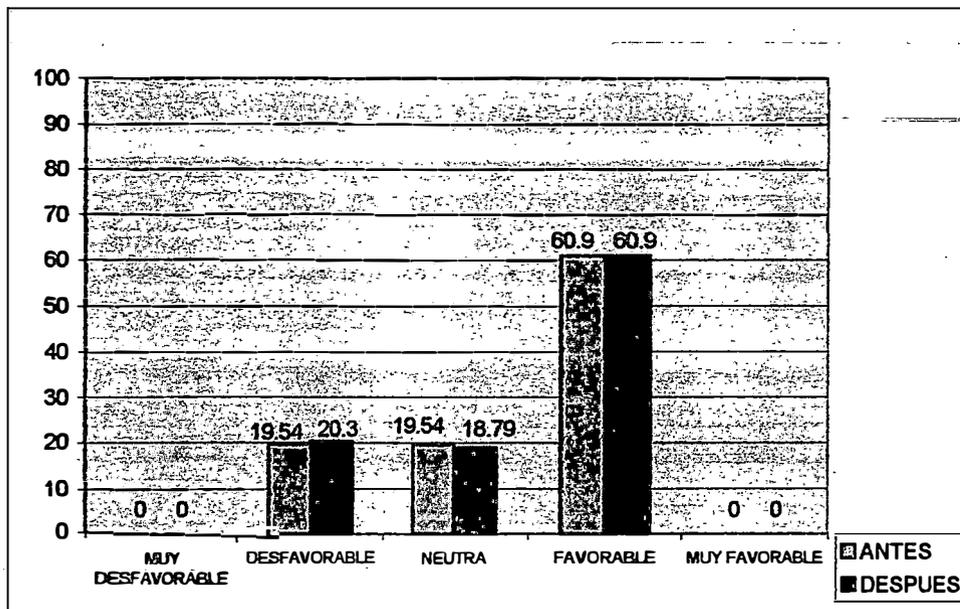
en términos generales neutros, es decir, no hay una congruencia o estructura hacia las consideraciones relativas a la problemática del consumo de drogas.

En este mismo sentido (Cepeda, 1.992) afirma que comportamientos inadecuados hacia las drogas predisponen hacia el consumo. Sin embargo, ello no indica que sean personas consumidoras.

En cuanto a los resultados encontrados en el componente conductual después de haber aplicado el programa de prevención de la farmacodependencia no hubo cambios. Esto significa que los comportamientos hacia la farmacodependencia no sufrieron modificación alguna antes y después de aplicado el programa, lo cual se puede deber al hecho que si no se consume drogas no tiene porque haber cambios de ninguna índole. Se rechaza entonces la hipótesis específica en el sentido que habrían cambios en cuanto a los comportamientos o acciones respecto de la farmacodependencia.

TABLA Y GRÁFICA 5
RESULTADOS EN LA SUBESCALA CONSUMO DE DROGAS

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	FRECUENCIA (ANTES)	PORCENTAJE (ANTES)	FRECUENCIA (DESPUÉS)	PORCENTAJE (DESPUES)
MUY DESFAVORABLE	0	0.00 %	0	0.00 %
DESFAVORABLE	26	19.54 %	27	20.30 %
NEUTRA	26	19.54 %	25	18.79 %
FAVORABLE	81	60.90 %	81	60.90 %
MUY FAVORABLE	0	0.00 %	0	0.00 %
TOTALES	133	100 %	133	100 %



En la tabla y gráfica No. 5 se pueden observar los resultados encontrados en la subescala "consumo de drogas" en términos de frecuencias y proporciones antes y después de aplicado el programa.

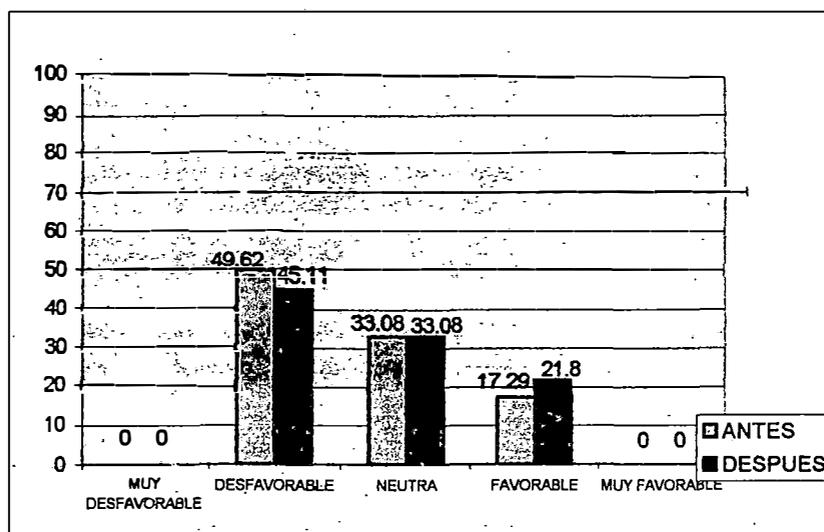
En la medición antes hay predominio de puntajes favorables. Esto estaría indicando que las actitudes de los jóvenes hacia la farmacodependencia son positivas, por lo tanto esto se convierte en un factor protector frente al problema del consumo de drogas.

Es por ello que se puede afirmar que actitudes favorables hacia el consumo de drogas indica protección hacia el consumo, pues hay un nivel de concientización que permite asumir un papel de negarse al consumo a la par que se distingue la droga ilícita del medicamento.

En relación a los resultados encontrados en la subescala consumo de drogas después de haber aplicado el programa de prevención de la farmacodependencia hubo cambios desfavorables en 2.95 puntos, sin embargo, desde el punto de vista estadístico estos cambios no son significativos. Esto nos indica entonces que el hecho de tener contacto con información relacionada con las drogas puede llevar a la curiosidad o bien sienten que no deben cambiar de actitud pues no son consumidores.

**TABLA Y GRÁFICA 6
RESULTADOS EN LA SUBESCALA MANEJO DE LA ENFERMEDAD**

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	FRECUENCIA (ANTES)	PORCENTAJE (ANTES)	FRECUENCIA (DESPUÉS)	PORCENTAJE (DESPUES)
MUY DESFAVORABLE	0	0.00 %	0	0.00 %
DESFAVORABLE	66	49.62 %	60	45.11 %
NEUTRA	44	33.08 %	44	33.08 %
FAVORABLE	23	17.29 %	29	21.80 %
MUY FAVORABLE	0	0.00 %	0	0.00 %
TOTALES	133	100 %	133	100 %



En la tabla y gráfica No. 6 se pueden observar los resultados encontrados en la subescala "enfermedad" en términos de frecuencias y proporciones antes y después de aplicado el programa.

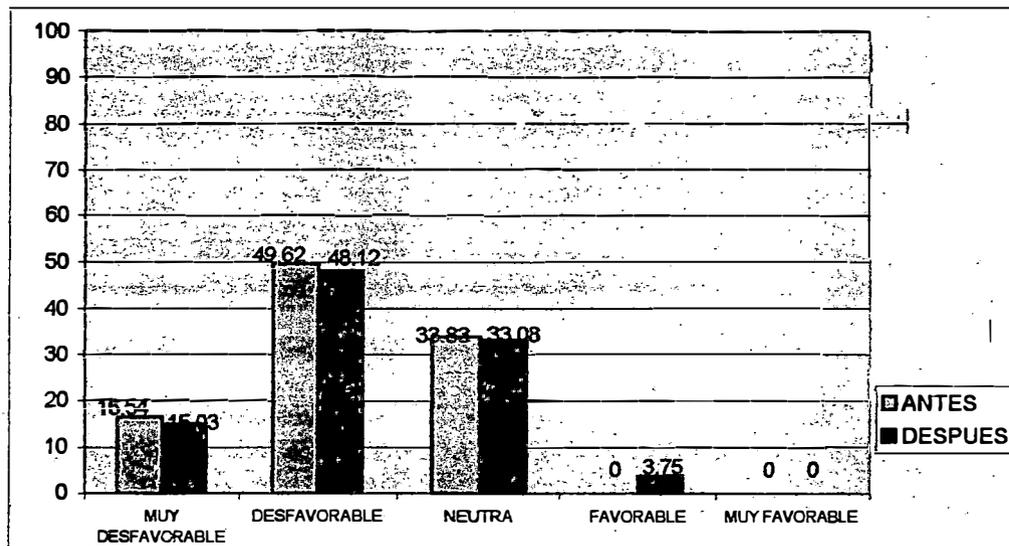
En la medición antes hay predominio de puntajes desfavorables y neutros. Esto estaría indicando que las actitudes de los jóvenes hacia la situación de enfermedad son negativas, por lo tanto esto se convierte en un factor perjudicial frente al problema del consumo de drogas, pues es bien sabido que la enfermedad es considerada teóricamente contraria al bienestar.

En este mismo sentido Cepeda (1.990) afirma que actitudes desfavorables hacia la enfermedad son un indicador de la creencia de algunas personas de no considerar la farmacodependencia como una enfermedad, de allí que piensen en consecuencia que no requieren de tratamiento médico. Inclusive se llega a considerar que la ausencia o deterioro de salud no es contraria a la presencia de la enfermedad.

Los resultados encontrados en la subescala manejo de la enfermedad después de haber aplicado el programa de prevención de la farmacodependencia hubo cambios favorables en 16.13 puntos, sin embargo, desde el punto de vista estadístico estos cambios no son significativos.

TABLA Y GRÁFICA 7
RESULTADOS EN LA SUBESCALA PROMOCIÓN DE LA SALUD

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	FRECUENCIA (ANTES)	PORCENTAJE (ANTES)	FRECUENCIA (DESPUÉS)	PORCENTAJE (DESPUES)
MUY DESFAVORABLE	22	16.54 %	20	15.03 %
DESFAVORABLE	66	49.62 %	64	48.12 %
NEUTRA	45	33.83 %	44	33.08 %
FAVORABLE	0	0.00 %	5	3.75 %
MUY FAVORABLE	0	0.00 %	0	0.00 %
TOTALES	133	100 %	133	100 %



En la tabla y gráfica No. 7 se pueden observar los resultados encontrados en la subescala "promoción de la salud" en términos de frecuencias y proporciones antes y después de aplicado el programa.

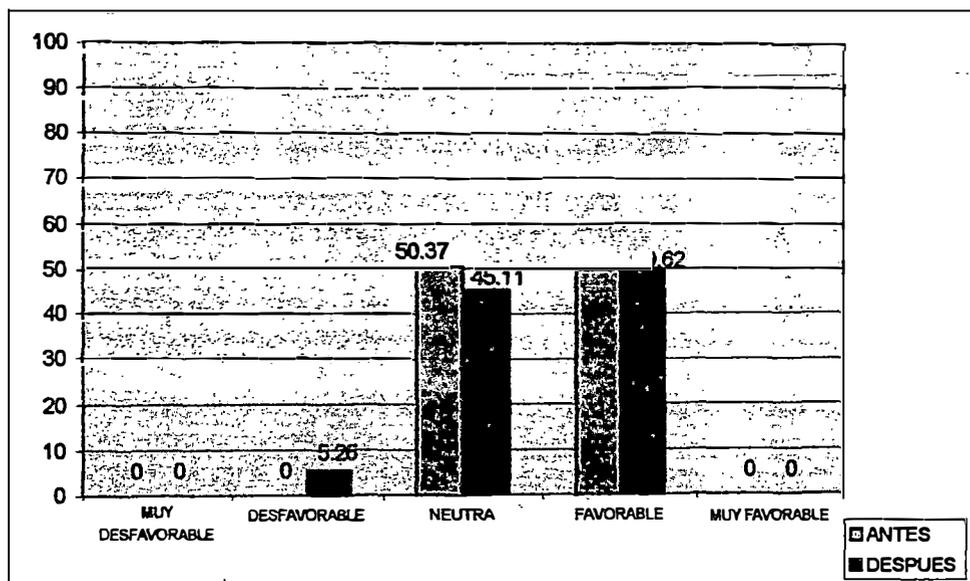
En la medición antes hay predominio de puntajes desfavorables y neutros. Esto estaría indicando que las actitudes de los jóvenes hacia la salud son negativas, por lo tanto esto se convierte en un factor perjudicial frente al problema del consumo de drogas, pues si no se tiene buena salud física y mental, no hay bienestar en términos generales.

Con relación a este aspecto se puede entonces afirmar que actitudes desfavorables hacia la salud son un indicador del nivel de desprevención de las personas y como consecuencia de ello asumen riesgos en el consumo de drogas o alimentos que pueden poner en riesgo su bienestar físico.

Por su parte, en la subescala promoción de la salud después de haber aplicado el programa de prevención de la farmacodependencia hubo cambios favorables en 14.23 puntos, sin embargo, desde el punto de vista estadístico estos cambios no son significativos.

TABLA Y GRÁFICA 8
RESULTADOS EN LA SUBESCALA CONSUMO DE MEDICAMENTOS

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	FRECUENCIA (ANTES)	PORCENTAJE (ANTES)	FRECUENCIA (DESPUÉS)	PORCENTAJE (DESPUES)
MUY DESFAVORABLE	0	0.00 %	0	0.00 %
DESFAVORABLE	0	0.00 %	7	5.26 %
NEUTRA	67	50.37 %	60	45.11 %
FAVORABLE	66	49.62 %	66	49.62 %
MUY FAVORABLE	0	0.00 %	0	0.00 %
TOTALES	133	100 %	133	100 %



En la tabla y gráfica No. 8 se pueden observar los resultados encontrados en la subescala "consumo de medicamentos" en términos de frecuencias y proporciones antes y después de aplicado el programa.

En la medición antes hay predominio de puntajes neutros y favorables. Esto estaría indicando que las actitudes de los jóvenes hacia la automedicación son positivas, por lo tanto esto se convierte en un factor protector frente al problema del consumo de drogas, pues se sabe que la automedicación es un puente para generalizar el bienestar mediante el consumo de sustancias medicamentosas, pero que fácilmente conllevan al consumo de otras drogas.

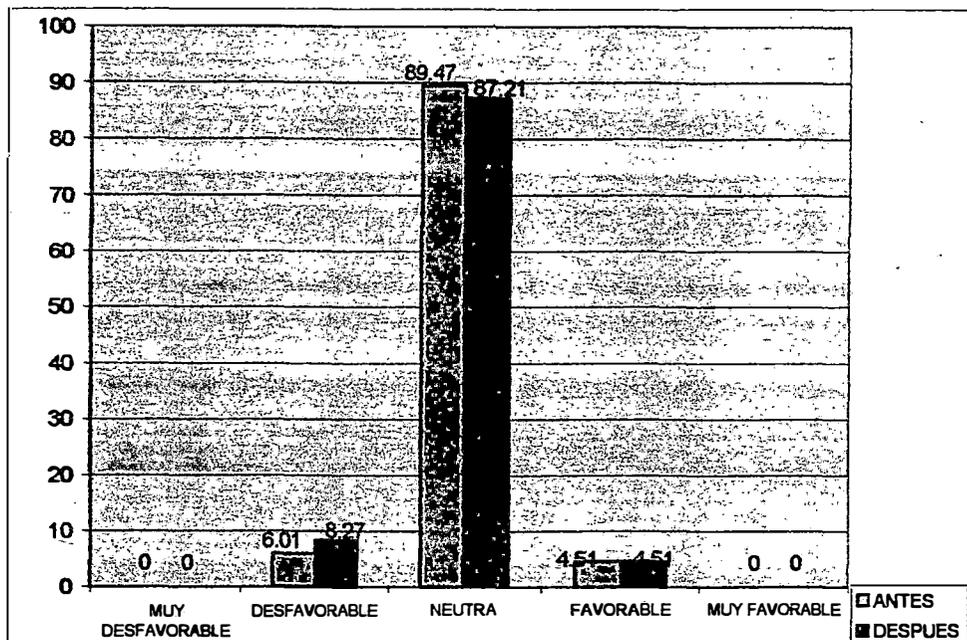
En este mismo sentido Cepeda (1.990) afirma que actitudes favorables hacia la automedicación sirven de factor protector para proteger la salud y en consecuencia entender que hay un profesional encargado de suministrar medicamentos cuando se requiere reestablecer la salud. Desde el punto de vista teórico es bien sabido que de la automedicación al consumo de drogas hay tan

solo un paso, pues se tiende a generalizar que si un medicamento hace efectos en la salud, cualquier droga puede ocasionar también efectos beneficiosos o al menos placenteros.

En cuanto a la subescala consumo de medicamentos después de haber aplicado el programa de prevención de la farmacodependencia hubo cambios desfavorables en 5.16 puntos, sin embargo, desde el punto de vista estadístico estos cambios no son significativos.

TABLA Y GRÁFICA 9
RESULTADOS EN LA SUBESCALA VIDA ACADÉMICA

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	FRECUENCIA (ANTES)	PORCENTAJE (ANTES)	FRECUENCIA (DESPUÉS)	PORCENTAJE (DESPUES)
MUY DESFAVORABLE	0	0.00 %	0	0.00 %
DESFAVORABLE	8	6.01 %	11	8.27 %
NEUTRA	119	89.47 %	116	87.21 %
FAVORABLE	6	4.51 %	6	4.51 %
MUY FAVORABLE	0	0.00 %	0	0.00 %
TOTALES	133	100 %	133	100 %



En la tabla y gráfica No. 9 se pueden observar los resultados encontrados en la subescala "vida académica" en términos de frecuencias y proporciones antes y después de aplicado el programa.

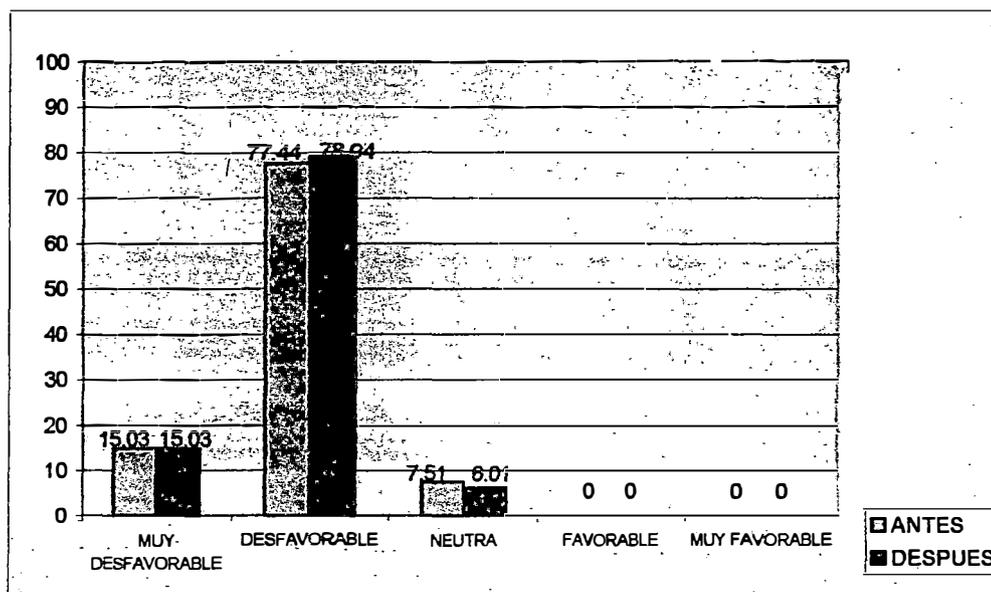
En la tabla 9 se pueden observar los resultados encontrados en la subescala "vida académica". En la medición antes hay predominio de puntajes neutros. Esto estaría indicando que los jóvenes no asocian el consumo de drogas con los aspectos educativos.

En un estudio sobre consumo de drogas con estudiantes universitarios permitió conocer que los jóvenes son conscientes que hay incompatibilidad entre la farmacodependencia y los estudios, lo cual es coherente con los resultados encontrados en el presente estudio.

Por su parte, los resultados encontrados en la subescala vida académica después de haber aplicado el programa de prevención de la farmacodependencia hubo cambios desfavorables en 12.12 puntos, sin embargo, desde el punto de vista estadístico estos cambios no son significativos.

TABLA Y GRÁFICA 10
RESULTADOS EN LA SUBESCALA VIOLENCIA

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	FRECUENCIA (ANTES)	PORCENTAJE (ANTES)	FRECUENCIA (DESPUÉS)	PORCENTAJE (DESPUES)
MUY DESFAVORABLE	20	15.03 %	20	15.03 %
DESFAVORABLE	103	77.44 %	105	78.94 %
NEUTRA	10	7.51 %	8	6.01 %
FAVORABLE	0	0.00 %	0	0.00 %
MUY FAVORABLE	0	0.00 %	0	0.00 %
TOTALES	133	100 %	133	100 %



En la tabla y gráfica No. 10 se pueden observar los resultados encontrados en la subescala "violencia" en términos de frecuencias y proporciones antes y después de aplicado el programa.

En la medición antes hay predominio de puntajes desfavorables. Esto estaría indicando que los jóvenes no asocian la violencia al consumo de drogas.

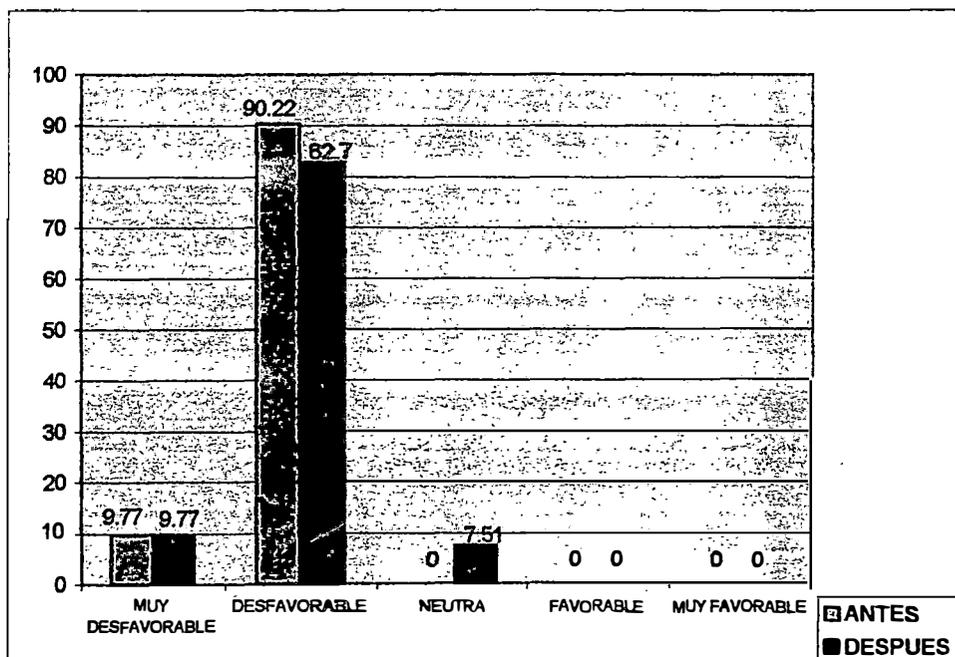
Se sabe que la violencia si está asociada al consumo de droga y mas específicamente al narcotráfico, en especial en nuestro país, pues las sumas de dinero que se manejan alrededor de este negocio, su carácter ilícito y el tipo de personas involucradas en ello, hacen de esto un negocio peligroso.

Por su parte, en la subescala violencia después de haber aplicado el programa de prevención de la farmacodependencia hubo cambios desfavorables en 23.23 puntos, sin embargo, desde el punto de vista estadístico estos cambios no son significativos.

TABLA Y GRÁFICA 11

RESULTADOS EN LA SUBESCALA POLÍTICA Y ECONOMÍA

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	FRECUENCIA (ANTES)	PORCENTAJE (ANTES)	FRECUENCIA (DESPUÉS)	PORCENTAJE (DESPUES)
MUY DESFAVORABLE	13	9.77 %	13	9.77 %
DESFAVORABLE	120	90.22 %	110	82.70 %
NEUTRA	0	0.00 %	10	7.51 %
FAVORABLE	0	0.00 %	0	0.00 %
MUY FAVORABLE	0	0.00 %	0	0.00 %
TOTALES	133	100 %	133	100 %



En la tabla y gráfica No. 11 se pueden observar los resultados encontrados en la subescala "política y economía" en términos de frecuencias y proporciones antes y después de aplicado el programa.

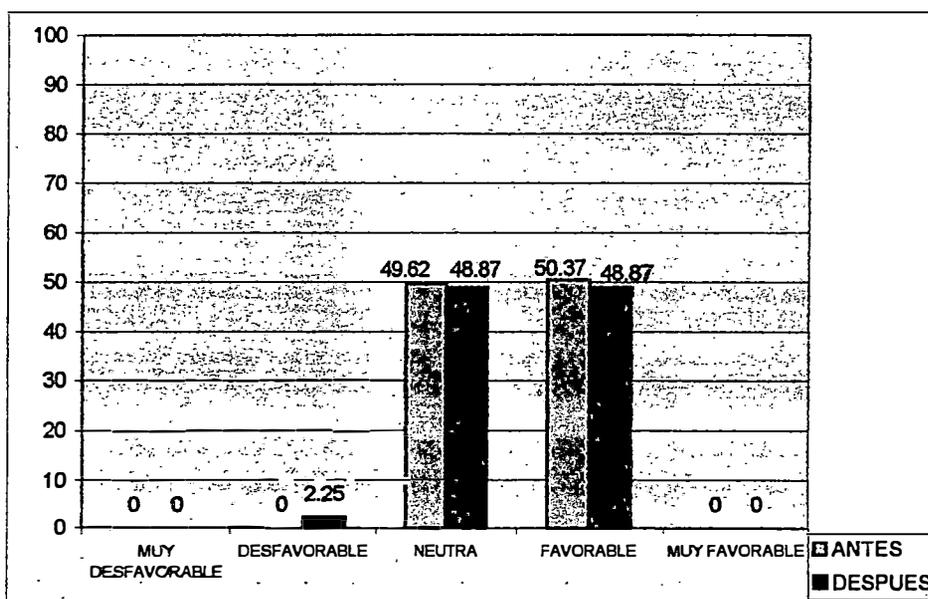
En la medición antes hay predominio de puntajes desfavorables. Esto estaría indicando que los jóvenes no asocian los aspectos económicos o políticos al consumo de drogas.

Es por esto que se afirma que la economía y la política si está asociada al consumo de droga y mas específicamente al narcotráfico, pues la legislación política constantemente sufre modificaciones para poder combatir las diversas modalidades de narcotráfico y consumo de estupefacientes, lo cual también es un factor económico, pues las drogas son costosas y el carácter ilícitas de las mismas incrementa aun mas sus costos.

En cuanto a los resultados encontrados en la subescala política y economía después de haber aplicado el programa de prevención de la farmacodependencia, hubo cambios favorables en 13.14 puntos, ~~sin embargo, desde el punto de vista estadístico estos cambios no son significativos.~~

TABLA Y GRÁFICA 12
RÉSULTADOS EN LA SUBESCALA DEPORTES Y RECREACIÓN

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	FRECUENCIA (ANTES)	PORCENTAJE (ANTES)	FRECUENCIA (DESPUÉS)	PORCENTAJE (DESPUES)
MUY DESFAVORABLE	0	0.00 %	0	0.00 %
DESFAVORABLE	0	0.00 %	3	2.25 %
NEUTRA	66	49.62 %	65	48.87 %
FAVORABLE	67	50.37 %	65	48.87 %
MUY FAVORABLE	0	0.00 %	0	0.00 %
TOTALES	133	100 %	133	100 %



En la tabla y gráfica No. 12 se pueden observar los resultados encontrados en la subescala "deportes y recreación" en términos de frecuencias y proporciones antes y después de aplicado el programa.

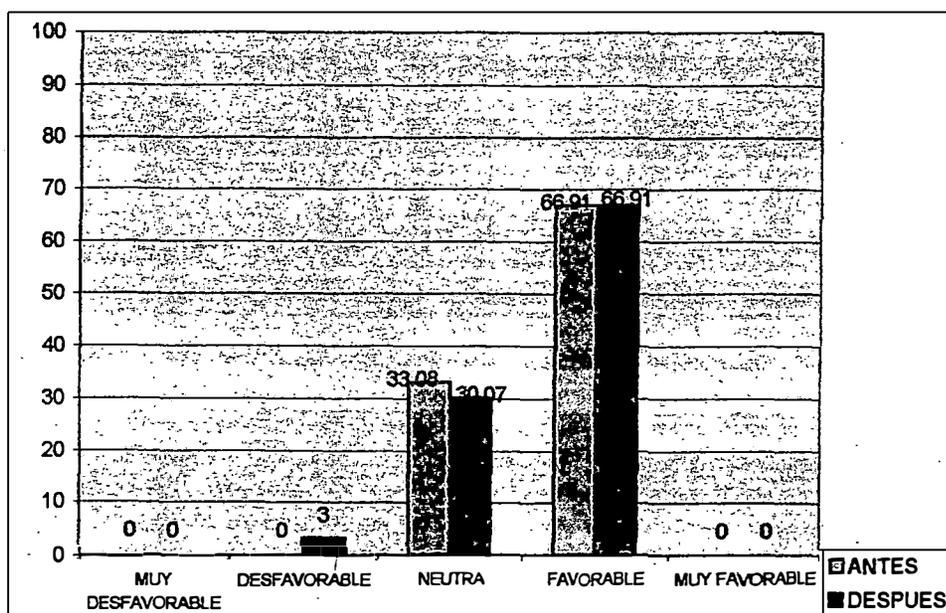
En la medición antes hay predominio de puntajes favorables y neutros. Esto estaría indicando que las actitudes de los jóvenes hacia las actividades recreativas y deportivas son positivas, por lo tanto esto se convierte en un factor protector frente al problema del consumo de drogas.

Dado lo anterior, se suele afirmar que el deporte genera bienestar físico y psicológico y con ello se previene el consumo de drogas. Populamente se asegura que quien practica deportes y tiene buena salud no llega al consumo de drogas. Sin embargo, esto no es una regla de oro, pero si es cierto que los niveles de rendimiento del deportista se ven disminuidos con el tiempo por acción del consumo de drogas, de allí que ellos mismos lo perciban como perjudicial para la salud.

Por su parte, los resultados encontrados en la subescala deportes y recreación después de haber aplicado el programa de prevención de la farmacodependencia, hubo cambios desfavorables en 8.83 puntos, sin embargo, desde el punto de vista estadístico estos cambios no son significativos.

TABLA Y GRÁFICA 13
RESULTADOS EN LA SUBESCALA SEXUALIDAD

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	FRECUENCIA (ANTES)	PORCENTAJE (ANTES)	FRECUENCIA (DESPUÉS)	PORCENTAJE (DESPUÉS)
MUY DESFAVORABLE	0	0.00 %	0	0.00 %
DESFAVORABLE	0	0.00 %	4	3.00 %
NEUTRA	44	33.08 %	40	30.07 %
FAVORABLE	89	66.91 %	89	66.91 %
MUY FAVORABLE	0	0.00 %	0	0.00 %
TOTALES	133	100 %	133	100 %



En la tabla y gráfica No. 13 se pueden observar los resultados encontrados en la subescala "sexualidad" en términos de frecuencias y proporciones antes y después de aplicado el programa.

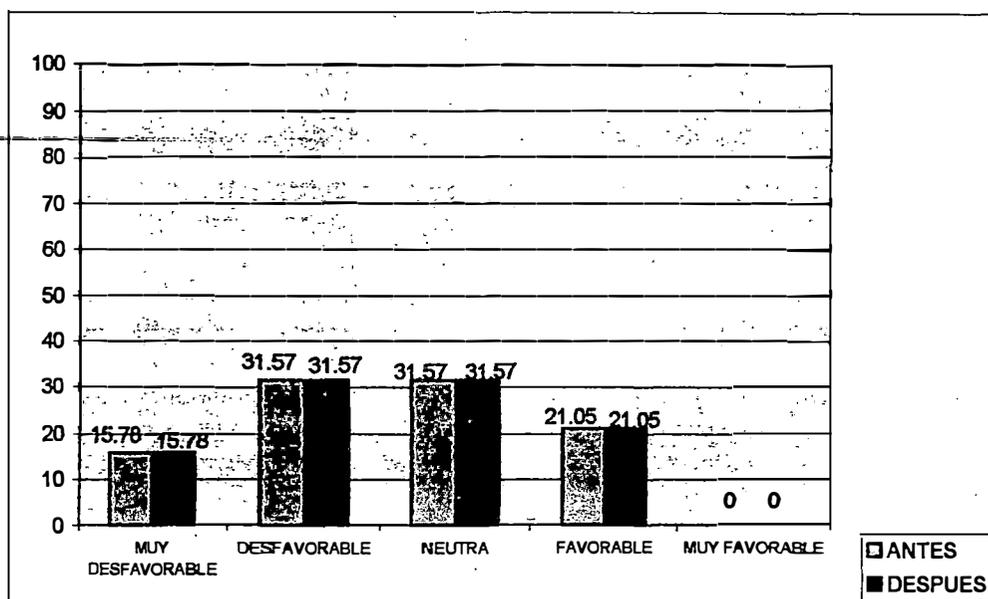
En la medición antes hay predominio de puntajes favorables. Esto estaría indicando que las actitudes de los jóvenes hacia la sexualidad son positivas, por lo tanto esto se convierte en un factor protector frente al problema del consumo de drogas.

A partir de lo anterior González (2.000) afirma que la sexualidad es un factor importante en la vida de las personas y por ello la droga si bien algunas son estimulantes, con el paso del tiempo disminuyen no solo el deseo sexual de las personas, sino su desempeño, pues en el caso del hombre conlleva a la impotencia.

En cuanto a los resultados encontrados en la subescala sexualidad después de haber aplicado el programa de prevención de la farmacodependencia hubo cambios favorables en 5.12 puntos, sin embargo, desde el punto de vista estadístico estos cambios no son significativos.

TABLA Y GRÁFICA 14
RESULTADOS EN LA SUBESCALA VIDA SOCIAL

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	FRECUENCIA (ANTES)	PORCENTAJE (ANTES)	FRECUENCIA (DESPUÉS)	PORCENTAJE (DESPUES)
MUY DESFAVORABLE	21	15.78 %	21	15.78 %
DESFAVORABLE	42	31.57 %	42	31.57 %
NEUTRA	42	31.57 %	42	31.57 %
FAVORABLE	28	21.05 %	28	21.05 %
MUY FAVORABLE	0	0.00 %	0	0.00 %
TOTALES	133	100 %	133	100 %



En la tabla y gráfica No. 14 se pueden observar los resultados encontrados en la subescala "vida social" en términos de frecuencias y proporciones antes y después de aplicado el programa.

En la medición antes los datos se asemejan a una curva de distribución normal, donde hay predominio de puntajes intermedios y muy pocos con tendencias a los extremos. Sin embargo, la actitud tiende un poco mas hacia la favorabilidad. Esto estaría indicando que la actitud hacia la farmacodependencia es en términos generales neutra, es decir, no hay una congruencia o relación entre la vida social y el consumo de drogas.

A este respecto se afirma que la vida social es un factor importante para el equilibrio emocional de las personas, de allí que cuando se está en armonía consigo mismo y con los demás, la probabilidad de consumo de drogas disminuye, pues los problemas están mas o menos ausentes y como consecuencia de ello, desaparecen los motivos para consumir drogas.

En cuanto a los resultados encontrados en la subescala vida social después de haber aplicado el programa de prevención de la farmacodependencia no hubo cambios en las actitudes de los jóvenes, lo cual indica que no existe una diferencia entre la aplicación antes y la aplicación después del programa.

A continuación se presentan los datos relativos a las diferencias encontradas entre la aplicación antes y la después de aplicado el programa. Los puntajes corresponden a la diferencia estadística medida en términos de la prueba de hipótesis y mediante la diferencia de medias.

TABLA 15
RESULTADOS COMPARATIVOS A PARTIR DE LA PRUEBA DE HIPÓTESIS(*)

ASPECTO EVALUADO	MEDICION ANTES	MEDICION DESPUES	DIFERENCIA ESTADISTICA	INTERPRETACION ESTADISTICA
ESCALA GENERAL	3.0	3.1	3.23	SIN DIFERENCIA SIGNIFICATIVA
COMPONENTE COGNITIVO	2.7	3.0	10	SIN DIFERENCIA SIGNIFICATIVA
COMPONENTE AFECTIVO	3.1	3.1	0	NO EXISTE DIFERENCIA
COMPONENTE CONDUCTUAL	3.1	3.1	0	NO EXISTE DIFERENCIA
CONSUMO DE DROGAS	3.4	3.3	- 2.95	SIN DIFERENCIA SIGNIFICATIVA
MANEJO DE LA ENFERMEDAD	2.6	3.1	16.13	SIN DIFERENCIA SIGNIFICATIVA
PROMOCION DE LA SALUD	2.3	2.7	14.23	SIN DIFERENCIA SIGNIFICATIVA
CONSUMO DE MEDICAMENTOS	33	28	- 5.16	SIN DIFERENCIA SIGNIFICATIVA
VIDA ACADEMICA	27	24	- 12.12	SIN DIFERENCIA SIGNIFICATIVA
VIOLENCIA	18	14	- 23.23	SIN DIFERENCIA SIGNIFICATIVA
ECONOMIA Y POLÍTICA	19	22	13.14	SIN DIFERENCIA SIGNIFICATIVA
DEPORTES Y RECREACION	34	31	- 8.83	SIN DIFERENCIA SIGNIFICATIVA
SEXUALIDAD	37	39	5.12	SIN DIFERENCIA SIGNIFICATIVA
VIDA SOCIAL	27	27	0	NO EXISTE DIFERENCIA

En la tabla No. 15 se pueden observar los resultados encontrados en la escala general y cada una de las subescalas evaluadas con un nivel de significación del 5% y una prueba estadística de Z en términos de frecuencias y proporciones antes y después de aplicado el programa.

En cuanto a los resultados encontrados en la subescala vida social después de haber aplicado el programa de prevención de la farmacodependencia no hubo cambios en las actitudes de los jóvenes, lo cual indica que no existe una diferencia entre la aplicación antes y la aplicación después del programa.

A continuación se presentan los datos relativos a las diferencias encontradas entre la aplicación antes y la después de aplicado el programa. Los puntajes corresponden a la diferencia estadística medida en términos de la prueba de hipótesis y mediante la diferencia de medias.

TABLA 15
RESULTADOS COMPARATIVOS A PARTIR DE LA PRUEBA DE HIPÓTESIS(*)

ASPECTO EVALUADO	MEDICION ANTES	MEDICION DESPUES	DIFERENCIA ESTADISTICA	INTERPRETACION ESTADISTICA
ESCALA GENERAL	3.0	3.1	3.23	SIN DIFERENCIA SIGNIFICATIVA
COMPONENTE COGNITIVO	2.7	3.0	10	SIN DIFERENCIA SIGNIFICATIVA
COMPONENTE AFECTIVO	3.1	3.1	0	NO EXISTE DIFERENCIA
COMPONENTE CONDUCTUAL	3.1	3.1	0	NO EXISTE DIFERENCIA
CONSUMO DE DROGAS	3.4	3.3	- 2.95	SIN DIFERENCIA SIGNIFICATIVA
MANEJO DE LA ENFERMEDAD	2.6	3.1	16.13	SIN DIFERENCIA SIGNIFICATIVA
PROMOCION DE LA SALUD	2.3	2.7	14.23	SIN DIFERENCIA SIGNIFICATIVA
CONSUMO DE MEDICAMENTOS	33	28	- 5.16	SIN DIFERENCIA SIGNIFICATIVA
VIDA ACADEMICA	27	24	- 12.12	SIN DIFERENCIA SIGNIFICATIVA
VIOLENCIA	18	14	- 23.23	SIN DIFERENCIA SIGNIFICATIVA
ECONOMIA POLITICA Y	19	22	13.14	SIN DIFERENCIA SIGNIFICATIVA
DEPORTES RECREACION Y	34	31	- 8.83	SIN DIFERENCIA SIGNIFICATIVA
SEXUALIDAD	37	39	5.12	SIN DIFERENCIA SIGNIFICATIVA
VIDA SOCIAL	27	27	0	NO EXISTE DIFERENCIA

En la tabla No. 15 se pueden observar los resultados encontrados en la escala general y cada una de las subescalas evaluadas con un nivel de significación del 5% y una prueba estadística de Z en términos de frecuencias y proporciones antes y después de aplicado el programa.

Estos datos numérico son números de las varianzas, producto de haber utilizado la prueba estadística diferencia de medias, la cual es una prueba paramétrica que consiste en comparar las medias de cada grupo o evaluación pre-test, teniendo en cuenta la varianza del grupo, determinando su diferencia respecto de la evaluación post-test. Esto se calcula a partir de una fórmula estadística que luego de calculada la media y la varianza se resta el promedio de cada uno de los grupos respecto de la media de toda la población, de allí que se denomine esta prueba paramétrica diferencia de medias.

En la tabla 15 se muestran los resultados encontrados en las escalas evaluadas antes y después de la aplicación del programa de prevención de la farmacodependencia, y a partir de una prueba de hipótesis. Demostrándose con esto la poca efectividad del programa de prevención primaria de la farmacodependencia para modificar las actitudes de los jóvenes, pues sus diferencias son muy poco o nada significativas, por lo cual nuestra hipótesis de trabajo se rechaza, aceptándose por tanto las hipótesis nulas establecidas en el capítulo respectivo.

Esto quiere decir, que aplicado el programa de prevención primaria hacia la farmacodependencia a un grupo de jóvenes de noveno y décimo del Colegio Barranquilla (CODEBA), los sentimientos, comportamientos y los pensamientos de estos jóvenes frente a la farmacodependencia no variaron significativamente. Al

igual que sus actitudes hacia consumo de drogas, manejo de la enfermedad, promoción de la salud, consumo de medicamentos, vida académica, violencia, economía y política, deportes y recreación, sexualidad y vida social.

10. CONCLUSIONES

A continuación se presentan las conclusiones mas significativas encontradas en el estudio:

El programa desde el punto de vista estadístico no fue efectivo para generar cambios en las actitudes hacia la farmacodependencia en las personas de la muestra del estudio. Sin embargo, esto no significa que el programa no tenga valor o no haya cumplido con su cometido. En este sentido se considera que los pocos cambios logrados no fueron suficiente para generar una transformación actitudinal, lo cual se ha atribuido a dos factores fundamentalmente: los jóvenes son resistentes a cambiar sus modos de pensar, sentir y actuar, o bien que los cambios no pueden evidenciarse a corto plazo, sino a mediano o largo plazo.

Algunos autores como Pearlman (1.986) afirman que una vez formadas, las actitudes son relativamente resistentes a los cambios. Esto es corroborado por autoras como Papalia y Wendkos (1.999) quienes afirman que una de las características del desarrollo intelectual de los adolescentes son las ideas fijas y las creencias poco cambiantes.

En la escala general se puso en evidencia que la actitud hacia la farmacodependencia es mas bien neutra, y frente a la cual no hubo cambios significativos en la medición antes y después de aplicado el programa preventivo, es decir, que el programa en muy poco cambió las actitudes hacia la farmacodependencia.

En cuanto a los componentes actitudinales evaluados se pudo determinar que el componente cognitivo se manifestó de modo desfavorable, es decir, que el nivel de conocimientos de las personas de la muestra del estudio es muy bajo respecto de los aspectos relacionados con el consumo de drogas y la farmacodependencia. Se rechaza por lo tanto la hipótesis específica pues el programa de prevención primaria no modificó el componente actitudinal cognitivo.

El aspecto afectivo se manifestó como neutro, es decir, que no hay una posición clara frente al problema del consumo de drogas, lo cual puede tener relación con el hecho de las creencias erróneas que tiene los jóvenes respecto de las drogas y su adicción. Se rechaza por lo tanto la hipótesis específica pues el programa de prevención primaria no modificó el componente actitudinal afectivo.

El componente comportamental por su parte, resultó ser el mas favorable de todos, lo cual es altamente positivo, pues demuestra que la gran mayoría de estas personas no consume drogas o al menos no manifiestan comportamientos de aceptación hacia ellas. Se rechaza por lo tanto la hipótesis específica pues el

programa de prevención primaria no modificó el componente actitudinal comportamental.

Con relación a los factores asociados a la farmacodependencia evaluados se pudo determinar lo siguiente:

Las actitudes hacia el consumo de drogas son favorables, lo cual indica que hay factores protectores en estos jóvenes para consumir drogas.

Las actitudes hacia el manejo de la enfermedad son desfavorables, lo cual indica que estas personas no relacionan la farmacodependencia con la enfermedad y en consecuencia tienden a creer que son sanas.

Las actitudes hacia la promoción de la salud son desfavorables, lo que pone en peligro su vulnerabilidad hacia el consumo de drogas, pues no relacionan la pérdida de la salud con el consumo de drogas.

Las actitudes hacia el consumo de medicamentos son favorables, lo cual indica que estos jóvenes no se automedican, o al menos conocen los peligros de esta práctica.

Las actitudes hacia la vida académica son neutras, lo que indica que no presentaron una posición frente a este fenómeno, o bien que no creen que haya relación entre el consumo de drogas y la vida académica.

Las actitudes hacia la violencia son desfavorables, lo que nos indica que estos jóvenes no son conscientes que la droga, su consumo y tráfico tienen alguna relación con la violencia que se vive en nuestro medio.

Las actitudes hacia la política y la economía son desfavorables, lo cual nos indica que estas personas no creen que exista relación alguna entre el consumo de drogas y factores económicos y políticos.

Las actitudes hacia el deporte y la recreación son favorables, lo que indica que estas personas si son conscientes que el consumir drogas es incompatible con la práctica deportiva y la recreación.

Las actitudes hacia la sexualidad son favorables, lo cual nos está indicando que estos jóvenes reconocen que la vida sexual de las personas se ve afectada por el hecho de consumir drogas.

Las actitudes hacia la vida social son desfavorables, lo que nos estaría indicando que estos jóvenes suelen creer que el consumo de drogas no afecta la vida social de las personas.

11. DISCUSIONES Y RECOMENDACIONES

A continuación se presentan una serie de recomendaciones, las cuales son frutos de los resultados hallados y las experiencias vivenciadas por las investigadoras a lo largo del estudio:

- Al Colegio Barranquilla se le sugiere implementar un programa formal de prevención de la farmacodependencia. Esto con el fin de afianzar lo hecho hasta el momento y procurar prevenir el consumo de drogas en sus estudiantes.

En este sentido debè tenerse en cuenta que desde el punto de vista legal es de carácter obligatorio que las entidades educativas tengan programas formales para evitar el consumo de drogas.

De igual forma, se le sugiere volver a evaluar las actitudes hacia las drogas en los estudiantes. Esto con el fin de verificar si hubo cambios actitudinales a mediano o largo plazo, pues a corto plazo no los hubo.

- A futuros investigadores se sugiere estudiar la efectividad del programa aplicado en otras poblaciones. Esto con el fin de verificar si la no presentación de cambios fue un elemento propio de la población estudiada o en su defecto hay problemas relacionados con el programa mismo.

Se sugiere además realizar una investigación desde el paradigma hermenéutico, es decir, que mediante el uso de técnicas cualitativas como los grupos focales, se llegara a profundizar acerca de las actitudes de los jóvenes. De esta forma se tendría una información mucho mas amplia y de primera mano.

- A la Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar se le sugiere colocar su recurso humano a disposición de las entidades educativas, esto con el fin que estudiantes en prácticas profesionales diseñen y ejecuten programas de prevención de la farmacodependencia, contribuyendo con ello con la función de proyección social de toda entidad educativa superior.

BIBLIOGRAFÍA

ABELLO, Raimundo y MADARIAGA, Camilo. Estrategias de evaluación de programas sociales. Barranquilla: Uninorte, 1.986.

ALCÁNTARA, José Antonio. Como educar las actitudes, Madrid: Ceac, 2.000.

ALLEN, F. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. México: Trillas, 1.990.

BARRERA, Diana y colaboradores. Efectos de un programa de prevención de la farmacodependencia sobre las actitudes de un grupo de estudiantes universitarios. Monografía de grado en psicología. Barranquilla: Universidad del Norte, 1.993.

BELLOCH, Amparo. Manual de psicopatología. México: Mc Graw Hill, 1.995.

CEPEDA, Jairo y Colaboradores. Programa prevengamos la farmacodependencia. Barranquilla: Uninorte, 1.990.

-----, Apuntes sobre tolerancia a las sustancias psicoactivas. Barranquilla: Uninorte, 1.992.

CERVILLA, Jorge. Fundamentos biológicos en psiquiatría. Barcelona: Plaza y Janés, 2.000.

EGG, Ander. Metodología y práctica del desarrollo comunitario. México: El Ateneo, 1.982.

FERNÁNDEZ, Francisco. Compendio de psiquiatría. España: Oteo, 1.978.

GUEVARA, Claudia y Colaboradores. Sistemas de creencias de los padres y madres con hijos adolescentes al brindar educación sexual a sus hijos. Monografía de grado en psicología. Barranquilla: Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar, 2.000.

MAJUL, Milena y Colaboradores. Aplicación y evaluación de un programa informativo en farmacodependencia. Monografía de grado en psicología. Barranquilla: Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar, 2.001

MARIN, Juan Carlos y Colaboradores. En: Factores psicosociales asociados al no consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes universitarios. Monografía de grado en psicología. Barranquilla: Uninorte, 1991.

MARTINEZ, Efrén. Acción y elección. Bogotá: Aquí y ahora, 1.996.

MORALES, J.F; MOYA, Miguel; PEREZ, Juan; FERNANDEZ, Inmaculada; FERNANDO, José. Psicología social. Ed 2. Madrid: Mc Graw Hill, 1.999.

MENCIAS, Emilio; MAYERO, Luis. Manual de toxicología básica. Madrid: Díaz de Santo, 1.999.

NATHAN, Peter y HARRIS, Sandra. Sicopatología y sociedad. México: Trillas, 1.983.

OVALLE, Victor y RAMÍREZ, Andrés. Metodología de la investigación: un enfoque cuantitativo. Barranquilla: documento sin editar, 1.996.

PAPALIA, Diane y WENDKOS, Rally. Desarrollo humano. México: Mc Graw Hill, 1.999.

PEREZ, Augusto. Historia del consumo de sustancias psicoactivas. Bogotá. Uniandes, 1.986.

PEZANO, Gina y colaboradores. Programa prevengamos la farmacodependencia. Barranquilla: Uninorte, 1.988.

PICO, Alvaro. Prevención frente a las drogas. Bogotá: Carrera, 1.995.

SABINO, Carlos. El proceso de investigación. Medellín: El Cid, 1.990.

SARASON, Irwin y SARASON, Bárbara. Psicología anormal. México. Mc Graw Hill, 1.995.

SPOERRO, Tocado. Compendio de psiquiatría. México: Troya, 1.975.

TORO, Ricardo y YEPES, Luis. Fundamentos de medicina psiquiátrica. Bogotá: Mc Graw Hill, 1.997.

VASCO, Carlos. Tres estilos de trabajo en las ciencias sociales. Medellín: El Cid, 1.999.

ANEXOS

ANEXO A

ESCALA DE ACTITUDES HACIA LA FARMACODEPENDENCIA

A continuación encontrará usted una serie de planteamientos relacionados con el consumo de drogas y la farmacodependencia, ante los cuales deberá responder según su parecer de acuerdo a cinco (5) alternativas de respuestas, de las cuales solo marcará una con una equis (X).

Recuerde que no hay respuestas buenas o malas, pues esta escala tan solo pretende conocer sus actitudes hacia a la farmacodependencia.

Esperamos responda con absoluta sinceridad y le recordamos que esta escala es totalmente anónima, por lo que se garantiza absoluta confidencialidad.

1. CONSUMIENDO DROGAS SE PUEDEN EVADIR LAS RESPONSABILIDADES.
2. SE PUEDE LLEGAR A CONSUMIR DROGAS POR PRESION DE LOS AMIGOS.
3. ME GUSTARÍA CONSUMIR DROGAS PARA VER QUE ME PASA.
4. EL CONSUMO DE DROGAS LE IMPIDE A LOS JÓVENES LOGRAR SU PLENO DESARROLLO.
5. EL CONSUMO DE TRANQUILIZANTES PERMITE LLEVAR UNA VIDA MAS TRANQUILA.
6. POR SALUD LOS JÓVENES DEBERÍAMOS ABSTENERNOS DE USAR DROGAS.
7. ME GUSTARÍA CONSUMIR DROGAS PARA OBTENER ESTADOS DE ÁNIMO PLACENTEROS.
8. EL FARMACODEPENDIENTE ES UN ENFERMO CRÓNICO.
9. ALGUNA VEZ CONSUMIRÍA DROGAS, PUES HE OBSERVADO QUE A OTROS NO LES HA HECHO DAÑO.
10. LOS CONSUMIDORES DE DROGAS TIENEN MAS AMIGOS QUE LOS NO CONSUMIDORES.
11. DESDE NIÑOS HEMOS APRENDIDO QUE LOS MEDICAMENTOS CAUSAN BIENESTAR FISICO Y PSICOLOGICO.
12. PARA INCREMENTAR SU RENDIMIENTO EN EL ESTUDIO MUCHOS JÓVENES RECURREN AL CONSUMO DE ESTIMULANTES.
13. CONSIDERO QUE LOS JÓVENES PUEDEN VIVIR SANAMENTE SIN CONSUMIR DROGAS.
14. DESEO ABSTENERME DE USAR DROGAS POR LO QUE PUEDAN PENSAR LOS DEMÁS DE MÍ.
15. EL CONSUMO DE DROGAS ES INCOMPATIBLE CON LOS ESTUDIOS.
16. SIENTO TEMOR DE CONSUMIR MEDICAMENTOS POR MI PROPIA CUENTA, PUES PUEDE TENER EFECTOS NOCIVOS SOBRE MI SALUD.
17. EL CONSUMO DE DROGAS HA CONTRIBUIDO A INCREMENTAR LA VIOLENCIA EN EL PAÍS.
18. LA DROGA HACE DAÑO SOLO SI SE USA CON MUCHA FRECUENCIA Y EN GRANDES CANTIDADES.
19. EL PROBLEMA DE LAS DROGAS ES SOLO DE LOS PAÍSES CONSUMIDORES.
20. CONSUMIRÍA DROGAS PERO SOLO POR DIVERSIÓN.
21. CREO QUE LOS CONSUMIDORES DE DROGAS TIENEN BAJO RENDIMIENTO ACADÉMICO.
22. EL CONSUMO DE DROGAS PUEDE LLEVAR A LA FARMACODEPENDENCIA.
23. USARÍA DROGAS SOLO SI TUVIERA PROBLEMAS.
24. EL ALCOHOL ES MENOS GRAVE QUE LAS DEMAS DROGAS.
25. RESULTA FÁCIL CON FUERZA DE VOLUNTAD, DEJAR EL CONSUMO DE DROGAS.

26. ME ABSTENGO DE USAR DROGAS POR LOS DAÑOS QUE PUEDA OCASIONAR EN SALUD.
27. LA INFORMACIÓN QUE HE RECIBIDO DE LAS DROGAS, ME HA PREVENIDO DE SU CONSUMO.
28. CONSIDERO QUE LOS JÓVENES QUE CONSUMEN DROGAS ASUMEN UN GRAVE RIESGO.
29. PUEDO ESTAR CON MIS AMIGOS SIN NECESIDAD DE CONSUMIR DROGAS.
30. ME DISGUSTA HABLAR SOBRE EL TEMA DE LA DROGADICCIÓN.
31. SIENTO QUE EL CONSUMO DE DROGAS Y LOS DEPORTES SON INCOMPATIBLES.
32. LLEGARIA A CONSUMIR DROGAS SI MI NOVIO (A) ME LO SOLICITA.
33. MUCHAS PERSONAS CONSUMEN DROGAS PARA SENTIR MAYOR SATISFACCIÓN EN SU VIDA SEXUAL.
34. EL PROBLEMA DE LAS DROGAS HA AFECTADO LA SITUACIÓN POLÍTICA Y ECONOMICA DEL PAIS.
35. SIENTO QUE EL PROBLEMA DE LAS DROGAS ME AFECTA A MÍ TAMBIÉN.
36. EL CONSUMO OCASIONAL DE DROGAS ES INOFENSIVO.
37. UNA PERSONA CONSUMIDORA DE DROGAS PUEDE LLEVAR A OTRAS A SU CONSUMO.
38. SI ALGUN AMIGO ME BRINDA DROGAS CREO QUE PUEDO RECHAZARLAS SIN DIFICULTAD.
39. LOS PROBLEMAS DEL CONSUMO DE DROGAS COMPETEN SOLO AL QUE LAS CONSUME.
40. ME PREOCUPA EL CONSUMO DE DROGAS EN COLOMBIA.
41. ES IMPORTANTE ACONSEJAR A LOS COMPAÑEROS QUE CONSUMEN DROGAS SOBRE SUS PELIGROS.
42. PUEDO ESTAR EN UNA FIESTA O REUNION SOCIALES SIN CONSUMIR ALCOHOL.
43. ACOSTUMBRO RECOMENDARLE MEDICAMENTOS A MIS AMIGOS CUANDO ELLOS ESTÁN ENFERMOS.
44. ME PREOCUPA EL CONSUMO DE DROGAS EN MIS AMIGOS Y COMPAÑEROS DE COLEGIO.
45. QUIEN RINDE ACADÉMICAMENTE Y ESTÁ BIEN SOCIALMENTE GOZA DE BUENA SALUD.

ANEXO B
PROGRAMA DE PREVENCIÓN PRIMARIA DE LA FARMACODEPENDENCIA

GUIA DE ACTIVIDADES

OBJETIVO DEL PROGRAMA: Implementar mediante acciones educativas un programa tendiente a prevenir de manera primaria la farmacodependencia, procurando el cambio de actitudes.

SESIÓN 1

TEMA: Presentación de programa

OBJETIVOS:

-Motivar a los adolescentes a través de las informaciones sobre las actividades que se llevan a cabo durante el programa con el fin de despertar su interés y lograr la participación activa e estos.

-Fomentar la integración de los estudiantes a través de las distintas actividades de grupo.

-Ejercitar las funciones cognitivas de los estudiantes por medio de actividades que requieran la utilización del pensamiento, memoria, percepción, atención y lenguaje.

GUIA DE EJERCICIOS 1

TEMA: Salud y enfermedad.

ENFERMEDAD			SALUD		
PERSONAJES DE DRAMATIZACION	ACTITUD DURANTE LA DRAMATIZACION	ACTITUD IDEAL	PERSONAJES DE DRAMATIZACION	ACTITUD DURANTE LA DRAMATIZACION	ACTITUD IDEAL
MEDICO			INSTRUCTOR DEL GIMNASIO		
FARMACEUTA			VENDEDOR DE ALIMENTOS		
PADRE ENFERMO DEL			PADRE DEL SANO		
MADRE ENFERMO DEL			MADRE DEL SANO		
JOVEN ENFERMO			JOVEN SANO		
AMIGO ENFERMO DEL			AMIGO DEL SANO		
ABUELA ENFERMO DEL			ABUELA SANO DEL		

EVALUACION DE ACTIVIDADES EN GRUPO

RESPUESTAS A LA GUIA DE EJERCICIOS 1

PERSONAJES DE LA DRAMATIZACION	ACTITUD DURANTE LA DRAMATIZACION	ACTITUD IDEAL
1 Médico		Amable-comunicativo-comprendivo-disposición de escucha-atento-da indicaciones.
2 Farmaceuta		Amable-escucha con atención-solicita la prescripción médica-da indicaciones y responde inquietudes.
3 Padre del enfermo		Preocupado-llama al medico-dialoga con la esposa-pregunta a su hijo cómo se siente. No se muestra ansioso (controlado)
4 Madre del enfermo		Preocupada-atende al hijo-dialoga con el esposo-pregunta a su hijo cómo se siente. No se muestra ansiosa (controlada)
5 Joven enfermo		Decaído-triste-preocupado por su salud, se cuida para recuperarse pronto.
6 Amigo del enfermo		Conversa con el amigo enfermo y lo anima a recuperarse
7 Abuela del enfermo		Acompaña a la familia-aconseja da ánimos al enfermo.

EVALUACION DE ACTIVIDADES EN GRUPO

RESPUESTAS A LA GUIA DE EJERCICIOS 1

PERSONAJES DE LA DRAMATIZACION	ACTITUD DURANTE LA DRAMATIZACION	ACTITUD IDEAL
1 Instructor del gimnasio		Amable-enérgico-da instrucciones-fuerte-activo.
2 Vendedor de alimentos		Amable-escucha con atención-atento-servicial-sencillo.
3 Padre del sano		Despreocupado-dialoga con su esposa-charla con su hijos controlado-tiene confianza y no se muestra ansioso
4 Madre del sano		Despreocupada-dialoga con su esposo-charla con su hijos controlada- tiene confianza y no de muestra ansiosa.
5 Joven sano		Activo-tiene buena apariencia-despreocupado-alegre.
6 Amigo del sano		Conversa con su migo-salen juntos-se divierten.
7 Abuela del sano		Visita ala familia-dialoga con su nieto y comparte con el.

SESIÓN 3

TEMA: Mi visión de la salud, de la enfermedad y de los medicamentos.

OBJETIVOS:

- Contribuir al desarrollo de las estructuras intelectuales ejercitando las capacidades de observación, comprensión, análisis e integración de la información.
- Favorecer las relaciones interpersonales fomentando actividades de cooperación en grupo.
- Estimular la expresión de ideas y de sentimientos.
- Favorecer la formación de actitudes adecuadas hacia la salud.

FASE DE DESARROLLO

TIPO DE ACTIVIDAD	EJECUCIÓN	EJECUCIÓN	RECURSO
<p>CHARLA EXPLICATIVA (Todo el grupo)</p>	<p>El investigador inicia la actividad comentando a los adolescentes los temas a tratar durante la charla. Para esta actividad se contará con la presencia de un experto en farmacodependencia quien realizará una explicación de los siguientes contenidos: Adolescencia, salud, enfermedad, el médico y la utilización adecuada de los medicamentos. Una vez finalizada la charla el investigador organizará a los adolescentes en círculo y los estimulará a expresar sus ideas y sentimientos, relacionados los temas tratados por el expositor. Finalmente solicita elaborar las conclusiones y exponerlas al grupo permaneciendo atento a ellas con el fin de aclarar y profundizar los aspectos que sean necesarios.</p> <p>Se le pide a los adolescentes realizar subgrupos de 8 estudiantes y por cada grupo realizar una cartelera donde se muestren las actividades que pueden realizar en su tiempo libre y que le ayuden a vivir sanos, teniendo en cuenta los aspectos: social, sexual, académico, familiar y personal. Se les indica que las actividades deben ir acompañadas de frases que expresen sus sentimientos y opiniones sobre ellas.</p> <p>Luego de realizadas las carteleras un expositor por cada subgrupo la enseñará al resto del grupo y se premiará la mas creativa.</p>	<p>Auditorio amplio. Acetatos. Carteleras. Recurso humano: expositor invitado.</p>	<p>1 hora</p>
<p>(Pequeños grupos)</p>	<p>Se le pide a los adolescentes realizar subgrupos de 8 estudiantes y por cada grupo realizar una cartelera donde se muestren las actividades que pueden realizar en su tiempo libre y que le ayuden a vivir sanos, teniendo en cuenta los aspectos: social, sexual, académico, familiar y personal. Se les indica que las actividades deben ir acompañadas de frases que expresen sus sentimientos y opiniones sobre ellas.</p> <p>Luego de realizadas las carteleras un expositor por cada subgrupo la enseñará al resto del grupo y se premiará la mas creativa.</p>	<p>Cartulina. Marcadores Recortes Goma Tijeras.</p>	<p>1 hora</p>

SESION 4

---TEMA: EL ADOLESCENTE: Qué buen conocedor de la salud eres?

OBJETIVOS:

- Contribuir al desarrollo de las estructuras intelectuales ejercitando las capacidades de comprensión, análisis e integración de la información.
- Favorecer las relaciones interpersonales fomentando actividades de cooperación del grupo.
- Estimular la expresión de ideas y sentimientos.
- Favorecer la formación de actitudes adecuadas hacia la salud.
- Ayudar al desarrollo de las capacidades de toma de decisiones y de solución de problemas.

FASE DE DESARROLLO

TIPO DE ACTIVIDAD	EJECUCION	RECURSOS	TIEMPO
CAMPANITA 8 (Pequeños grupos)	<p>El investigador comienza la actividad solicitando al grupo construir subgrupos de ocho estudiantes cada uno. Les explica que contarán con ocho minutos para discutir sobre las causas, consecuencias y posibles soluciones del problema del abuso de medicamentos o drogas y además elaborarán preguntas acerca de las dudas que tengan respecto al tema.</p> <p>Luego cuando escuchen el sonido de una campana suspenderán la discusión y se les hará entrega de la guía de ejercicios 2, la cual deben resolver en los cinco minutos siguientes y escoger un delegado por cada subgrupo para que exponga las conclusiones y plantee las preguntas resultantes del debate.</p> <p>El investigador debe orientar las inquietudes que los adolescentes tienen con respecto al problema de abuso de medicamentos o drogas y responderlas con claridad.</p> <p>Por último se debe hacer hincapié en el aporte que los adolescentes sugieren como alternativas de solución del problema del abuso de medicamentos o drogas y en la importancia de asumir una actitud coherente ante éste.</p>	Reloj. Campana. Guía de ejercicios.	30 minutos.

GUIA DE EJERCICIOS 2

TEMA: EL ADOLESCENTE: Qué buen conocedor de la salud eres?

Preguntas que orientan la discusión:

1. ¿Cuáles cree usted que son las causas, consecuencias y posibles soluciones del problema del abuso de medicamentos o drogas?

CAUSAS: _____

CONSECUENCIAS: _____

POSIBLES
SOLUCIONES: _____

2. ¿Qué dudas tienen ustedes acerca del tema? _____

