

METAS EDUCACIONALES Y PROBLEMAS PSICOSOCIALES CRÍTICOS EN EL PERÚ DROGAS Y VIOLENCIA

JOSÉ ANICAMA G.*

UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLAREAL

It begins describing the social - demographic context which is developed education and mental health actions in the country. It is emphasized in the problems of the national education, describing how in its relation there have emerged a series of problems of psychosocial order that affect mental health of the population: the greater use and abuse of drugs, the development of all type of violence especially in high school and in the streets, such as the emergence of gangs, or the critical problems derived from the lack of information and appropriate sexual education: each of them is being analyzed in their epidemiological aspects, in its conception and in their prevention strategies that facilitate the development of mental or psychological health in people. *Key words:* Education, mental health, prevention, drugs, violence.

Uno de los principales y mayores propósitos de la educación como sistema social, es sin lugar a dudas el proveer de las condiciones para que sus miembros adquieran las habilidades que los hagan competentes para vivir en sociedad (Anicama, 1983a, 1996a) y ello es precisamente más crítico en el caso de la salud mental.

Un sistema de enseñanza, escolarizado y no escolarizado basado en la familia y en la comunidad, debe proveer las condiciones para un crecimiento armónico e integral del individuo que permita su desarrollo biopsicosocial, su bienestar físico y social, así como, su necesaria e imprescindible salud mental o ajuste conductual para enfrentar con éxito las demandas y el estrés de la sociedad con-

temporánea que hoy nos toca vivir. Destrezas y habilidades psicológicas para vivir como: afrontamiento y manejo del estrés, habilidades sociales y de comunicación, desarrollo del autocontrol, autoestima apropiada, educación moral entre otras, son algunas de las habilidades que han sido consideradas por autores como vitales para vivir satisfactoriamente en comunidad, es decir, con salud mental (Goldshtein 1981a)

Salud mental es un concepto multívoco del cual pueden darse por tanto diversas versiones, por ella entendemos aquí el desarrollo y consolidación de un conjunto de destrezas, de habilidades y actitudes que le permitan al individuo en su interacción con el ambiente, desempeñarse de manera competente y con eficacia, demostrando así su flexibilidad para la adaptación social a los diferentes ambientes a los cuales se enfrenta, así como, el desarrollo de su ajuste o auto-

* Anicama, J. (1998). Decano Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Federico Villarreal. Av. Colonial 450, Lima - Perú.

control personal que le procure salud física y psicológica mejorando así su condición social y su calidad de vida.

Perales (1993) ha enfatizado por su parte que la consecuencia más inmediata y visible de la salud mental, es el bienestar biológico, psicológico y social de la persona, así como su productividad, de esta forma el individuo que goza de salud mental, no sólo contribuye a su propio progreso y al de su familia sino al de su país.

Con estas premisas un Programa Nacional de Educación deberá estar íntimamente articulado con un programa de salud mental, puesto que, la educación es el principal medio por el cual se pueden cambiar comportamientos, actitudes, valores, y cogniciones que permitan la autorrealización del individuo como persona y su aporte para el crecimiento y desarrollo de su comunidad. En síntesis, la salud mental implica un proceso de enseñanza aprendizaje que ocurre en la escuela y en todo ambiente social donde viva el individuo.

LA PROBLEMÁTICA DE LA EDUCACIÓN NACIONAL Y SU RELACIÓN CON LA SALUD MENTAL

El Perú es un país con una población estimada en 22'639,443 millones de habitantes, según el último Censo Nacional de 1993, la cual se distribuye en las zonas de costa, de sierra y de selva, alcanzando una extensión de 1,285'215,600 km². El Perú es un país predominantemente joven, pues el 30% de su población son niños y otros 14% son adolescentes. En conjunto ambos grupos llegaron a ser 10

millones 75 mil personas en 1994 (INEI - UNICEF 1994).

Según este detenido informe acerca del "Estado de la niñez, la adolescencia y la mujer 1993-1994" en el Perú, estos niños y adolescentes viven en condiciones de un país emergente en el cual el 54% de los hogares peruanos no han logrado satisfacer sus necesidades básicas. En cuanto a educación se halló que el 86% de niños entre los 6 y 9 años de edad asiste a la escuela y hay todavía un retraso en la edad en la cual empiezan a estudiar, de tal modo que el 24% de niños entre los 6 a 9 años de edad aún no saben leer, son analfabetos.

El 72% de los adolescentes tiene primaria completa por lo menos, y los que llegan a la mayoría de edad (18 años) alcanzan una escolaridad promedio hasta 3ro de instrucción secundaria. En materia de salud, la desnutrición crónica es uno de los principales problemas de la infancia, ya que el 48% de quienes inician sus estudios primarios padecen este problema. La primera causa de morbilidad infantil son las infecciones respiratorias agudas (41%) y la segunda causa las enfermedades infecciosas y parasitarias (24.8%). Existen serias dificultades para generalizar entre la población los servicios esenciales de salud.

En cuanto a la población económicamente activa (P.E.A) ésta se estima en 7'109,527 millones de personas a partir de los 15 años de edad; representan el 51.2% de la población en edad de trabajar. Hay serias deficiencias estructurales entre clases sociales. Así mismo, se estima que la mayoría de las jóvenes mujeres que participan de la fuerza laboral, lo hacen desempeñando labores de servicio do-

méstico, mientras que los varones consiguen trabajo como obreros.

Ambos grupos tienen similar posibilidad de laborar como empleados en instituciones diversas. Una situación preocupante es que la mayoría de los adolescentes que participan de la fuerza laboral, son trabajadores eventuales, viéndose afectados por el subempleo y el desempleo.

Por otro lado se estima en 16 millones de habitantes quienes viven en condiciones de pobreza y, de ellos unos 6 millones viven en condición de extrema pobreza aproximadamente. Los principales problemas del país precisados en la Conferencia Anual de Ejecutivos: CADE (1994) son: desempleo 69.3%, pobreza 45.5%, bajo sueldo 41.5%, terrorismo 10.5% entre otros.

Es en este contexto socio-demográfico que se desarrolla la educación y la salud mental en el Perú. Si bien las estadísticas recientes hablan de mejoras en la cobertura educativa, poco o nada se puede decir acerca de la calidad de la educación nacional, en vista de que la problemática social y económica del país ha deteriorado los varios factores que en ella inciden agudizando los indicadores de repitencia y deserción escolar.

A consecuencia de toda esta problemática estructural y socioeconómica, que viven los niños y los adolescentes peruanos, han surgido una serie de problemas de orden psicológico y psicopatológico que afectan la salud mental de la población. Los problemas actuales más críticos y de mayor impacto son: el surgimiento de un mayor uso y abuso de drogas, el desarrollo de todo tipo de violencia, especialmente la violencia escolar y callejera, tal como el surgimiento de

pandillas, o los críticos problemas derivados de la falta de una oportuna información y educación sexual. Estos 3 principales problemas lamentablemente no han sido abordados de manera satisfactoria por las políticas educativas que tuvieron los gobiernos de turno. Sin embargo, los esfuerzos de los últimos 10 años con el surgimiento de instituciones privadas y estatales de gran impacto en el área, como CEDRO y el COPUID han permitido importantes logros, los cuales ahora están siendo implementados en los nuevos planes curriculares en mayor o menor medida.

Un objetivo sustancial del gobierno debería ser entonces la mejora de la eficiencia y la calidad del sistema educativo, para ello deben identificarse mejor los problemas específicos, por ejemplo; la concepción y diseño curricular, el costo beneficio de un programa en particular y un mejoramiento dramático en la calidad de los recursos humanos que intervienen en la educación. Si en ello se mejora, su consecuencia será igualmente una mejora en la salud mental de la población y en un mejor afrontamiento de los críticos problemas psicosociales ya mencionados.

LA PREVENCIÓN DEL ABUSO DE DROGAS

La situación actual del uso y abuso de drogas en el Perú se presenta en el estudio comparativo efectuado por Anicama (1996) que muestra la Tabla No. 1 basado en un análisis de los tres grandes estudios epidemiológicos nacionales conducidos por CEDRO, realizado por Jutkowitz

TABLA N° 1

Prevalencia de vida (usó alguna vez) por sustancias según estudios epidemiológicos: análisis comparativo - 1986, 1992, 1995 según J. Anicama - UNFV.

CLASIFICACIÓN SUSTANCIA	1986	1992	1995
<i>Sociales</i>			
Alcohol	87.20	92.00	84.60
Tabaco	67.40	66.00	62.10
<i>Ilegales</i>			
Marihuana	8.30	7.80	6.40
P.B.C.	4.00	5.60	3.10
Cocaína	2.60	2.00	1.90
<i>Industriales</i>			
Medicamentos	8.25	23.60	5.10
Inhalantes	3.60	3.60	1.30
<i>Folkloricas</i>			
Hoja de Coca	21.70	26.20	17.80
Alucinógenos	3.00	3.50	0.90

Nota: Los datos son expresados en porcentaje. Tomado de estudios epidemiológicos sobre drogas 1986, 1992 y 1995. Lima - Cedro.

(1986), Rojas (1992) y, Rojas y Castro de la Mata (1997).

Como señala la Tabla No. 1, en 1986 la prevalencia de vida para las drogas sociales fue de 87.2% para el alcohol y de 67.4% para el tabaco; mientras que en 1992 subió a 92% para el alcohol y bajó a 66% para el tabaco; para finalmente en 1995 iniciar un significativo descenso en consumo de alcohol a 84.6% y en consumo de tabaco a un nivel de 62.1%.

En cuanto a las drogas ilegales las más consumidas en el estudio de 1986 fue la marihuana 8.3% y PBC 4.0%, mientras que en 1992 la prevalencia de marihuana baja levemente a 7.8% y la PBC sube a un 5.6%, pasando como nota característica de un 2.4% en provincias (Selva) a un 6.1% en 1992. En el estudio nacional de 1995, el

consumo de marihuana sigue la tendencia a la baja llegando al 6.4% y la de PBC al 3.10%, descendiendo igualmente en Lima y provincias significativamente.

La Tabla N° 2 describe la prevalencia de vida por sustancia según sexo, edad, nivel socio-económico y grado de instrucción hallados en el estudio de CEDRO a cargo de Rojas y Castro de la Mata (1997). Los hombres consumen más alcohol y tabaco, más marihuana, PBC y cocaína que las mujeres, pero ellas consumen más drogas del tipo medicamentos. La edad de mayor consumo es entre los 30-39 años. En cuanto a nivel socio-económico, la clase media y alta consume más alcohol y tabaco, más marihuana y cocaína, y muy cercano en porcentaje a la clase baja en PBC; la clase

TABLA N° 2

Prevalencia de vida (usó alguna vez) por sustancia según sexo, edad, nivel socio-económico y grado de instrucción (cedro, 1995)

SUSTANCIA	SEXO		EDAD	NSE		GRADO INSTRUCC.
	M	F		BAJO	M/ALTO	
Alcohol	87.9%	81.5%	30-39	82.4%	90.7%	Superior no Univ.
Tabaco	75.2%	50.0%	25-29	57.4%	75.6%	Superior Univ.
Marihuana	12.1%	1.1%	30-39	5.1%	10.0%	Superior Univ.
P.B.C.	5.7%	0.7%	30-39	3.2%	3.0%	Superior no Univ.
Cocaína	2.9%	0.9%	30-39	1.4%	3.4%	Superior Univ.
Medicamentos	3.3%	6.8%	30-39	5.7%	3.3%	Ninguno
Inhalantes	1.6%	1.0%	12-18	1.6%	0.6%	Primaria
Hoja de Coca	20.6%	15.2%	40-50	18.3%	16.3%	Superior Univ.
Alucinógenos	1.4%	0.4%	40-50	1.0%	0.6%	Secundaria

Nota: Tomado de Rojas y Castro de la Mata (1997). Epidemiología de drogas en la población urbana Peruana 1995. Cedro.

baja consume más medicamentos e inhalantes. Finalmente, en cuanto a grado de instrucción los que tienen nivel universitario consumen más tabaco, marihuana, PBC, cocaína y hoja de coca.

En lo que respecta a la población escolar, Ferrando (1992) realizó una investigación sobre el conocimiento y uso de drogas en los colegios de secundaria a nivel nacional; señalando que el patrón de consumo entre los escolares tiene características similares a la que ocurre en la población total, aunque las tasas de prevalencia sean diferentes. Las drogas de mayor prevalencia en el grupo estudiado son; el alcohol (50.8%) y el tabaco (39.1%). En tercer lugar está la hoja de coca que fue consumida por lo menos una vez por el 7.7% de escolares y en cuarto lugar los inhalantes que lo fue por el 3.7%. Entre las drogas ilegales, la mari-

huana fue probada por lo menos una vez por un 2.7%, mientras que la PBC lo fue por el 1.3% y el clorhidrato de cocaína por el 0.7%. En cuanto al uso actual en el último mes, la prevalencia se halló en 28.4% y 22.3% para alcohol y tabaco, mientras que el de marihuana estuvo en 1.4%, la PBC en 0.6%, la hoja de coca en 1.8% y el consumo de inhalantes en 1.2%

La Tabla No. 3 presenta el nivel de consumo de drogas en escolares a nivel nacional.

La Tabla No. 3 presenta el nivel de consumo de drogas en escolares a nivel nacional. Así mismo, la edad promedio de inicio del consumo de drogas en escolares es; Tabaco (12,59), Alcohol (12,69), Marihuana (13,71), PBC (12,81), Cocaína (12,99), Hoja de Coca (11,52), Inhalantes (11,74), y Medicamentos (11,59) años. Siendo el primer contacto con la hoja de

TABLA N° 3

Nivel de consumo de drogas entre los estudiantes de secundaria de las ciudades de 20 mil y más habitantes

SUSTANCIA	Prevalencia Global		Uso Actual		Uso Reciente		Uso hace más de un año	
	1988	1992	1988	1992	1988	1992	1988	1992
Alcohol	66.5	50.8	26.3	28.4	30.7	10.3	9.5	12.1
Tabaco	35.9	39.1	16.7	22.3	13.1	6.5	6.1	10.3
Marihuana	1.6	2.7	0.1	1.4	0.7	0.6	0.8	0.7
PBC	0.9	1.3	0.2	0.6	0.5	0.2	0.3	0.5
Cocaína	0.2	0.7	0.1	0.3	0.1	0.2	0.0	0.2
Hoja de coca	8.1	7.7	0.7	1.8	1.7	1.4	5.7	4.5
Inhalantes	3.7	3.7	0.6	1.2	1.7	0.5	1.4	2.1
Medicamentos	--	1.2	--	0.5	--	0.2	--	0.5

Nota: Tomado de Ferrando (1992). Conocimiento y uso de drogas en los colegios de secundaria. Lima. Ministerio de Educación - COPUID.

coca, inhalantes y medicamentos antes de los 12 años, con las sustancias legales y con los derivados de la hoja de coca, antes de los 13 años, mientras que con la marihuana ocurre a una mayor edad entre todas las drogas investigadas, a los 13.7 años.

La situación así descrita señala pues que el abuso de drogas es un crítico problema psicosocial del país que afecta la salud mental de sus habitantes. La mejor estrategia para controlarla y reducirla es a través de la prevención. La prevención es un conjunto de acciones de información, orientación y educación, principalmente destinados a impedir que ocurra el uso y abuso de drogas. La filosofía que acompaña a estos esfuerzos es que, es mejor en todos los sentidos prevenir que rehabilitar o tratar.

Es evidente también que la prevención debe hacerse con un enfoque no dogmático, tomando lo mejor de cada modelo o estrategia y, actuar de manera

realista dentro de las posibilidades individuales e institucionales ya que, así como las consecuencias afectan a todos, la responsabilidad de la acción también corresponde a todos, cada uno según sus capacidades y posibilidades

Los momentos de la intervención preventiva son tres;

La Prevención Primaria: se define como prevención al conjunto de acciones psicoeducativas para evitar que se inicie un proceso de adicción, para impedir el uso recreacional o el paso de éste a un uso habitual.

La Prevención Secundaria: es aquella que trata de impedir el paso del uso habitual al uso exclusivo o adicción.

La Prevención Terciaria: momento en el cual las acciones se destinan a hacerse cargo del adicto para tratar de recuperarlo y reintegrarlo a la sociedad.

Como puede ser visto una educación efectiva permitirá prevenir el abuso de

drogas utilizando una variedad de estrategias y medios de tipo informativo, de orientación, de desarrollo de habilidades alternativas, de desarrollo de habilidades de rechazo, y un fortalecimiento de los principios y valores morales que permitan al ser humano su desarrollo pleno. En nuestro país importantes instituciones privadas y estatales han desarrollado en la última década significativos esfuerzos en el área de la prevención, de los cuales podemos sentirnos satisfechos, pero ello implica que nuestros esfuerzos deberán intensificarse aún más para asegurarnos su control total y la salud plena de la población.

LA PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA

Los problemas de la violencia y la agresión en el mundo, así como, en particular en nuestro país, han ido creciendo de una manera vertiginosa y alarmante en estas últimas décadas (Goldstein y Segal, 1983; Anicama, 1983b, 1989). Frente a ello diversos investigadores en diferentes lugares del mundo van desarrollando esfuerzos sistemáticos y científicos en formas de estrategias y programas psicoeducativos para prevenir, sustituir y controlar la violencia.

Estos programas están basados esencialmente en un modelo de análisis de aprendizaje social y cognitivo (Bandura y Walters, 1977), teniendo en cuenta que las formas, las características y las causas de estas conductas suelen ser diferentes en distintas regiones del mundo. Diversos factores específicos de cada sociedad, por ejemplo, la extrema pobreza, el subdesarrollo, la marginalidad social, el bajo

nivel educativo, los problemas estructurales socio económicos, entre otros, originan diferentes características y rasgos distintivos de estas respuestas (Alarcón, 1986; INEI, 1995); señalando así las interacciones entre variables psicológicas, la pobreza y el subdesarrollo.

A nivel internacional uno de los programas de mayor impacto mundial en el área de la prevención y sustitución de la violencia ha sido el programa ART de Goldstein y Glick (1987). A nivel nacional, Anicama (1989), formuló los lineamientos de investigación en esta área desde una perspectiva conductual-cognitiva basada en el aprendizaje social y en 1993, el mismo autor sistematizó y adaptó con los cambios pertinentes dicho programa, el cual está siendo objeto de una variedad de aplicaciones en poblaciones en condiciones de extrema pobreza, niños en condiciones especialmente difíciles institucionalizados, niños en peligro moral y en condiciones especialmente difíciles no institucionalizados (Varona, 1991; Masías, 1994; Masías y Anicama, 1995; Anicama, 1996c y Anicama y Cols. 1997).

La naturaleza de la conducta agresiva ha sido discutida en diversas publicaciones siguiendo los lineamientos de Freud (1923), conceptualizando que la conducta agresiva es innata. La otra tendencia es concebirla como una conducta aprendida (Bandura y Walters, 1977; Goldstein, et. al, 1978). Una revisión del tema presentando una sistematización de la conceptualización, así como, un análisis de la multiplicidad de causas que generan la violencia ha sido mostrado por Anicama (1983b, 1989, 1996c), organizando así los principales elementos que han de considerarse al estudiar la agresión con

un énfasis en el carácter social de la misma.

El concepto de agresión en un sentido psicológico ha sido concebido como una "clase de respuesta psicosocial" ante estímulos sociales aversivos y frustrantes (Anicama, 1996c); ello significa un conjunto de respuestas componentes y un conjunto de eventos estímulos en interacción, actuando a diferente nivel de expresión del organismo.

Goldstein y Keller (1987) han postulado además que un acto agresivo consiste en un modo típico de una secuencia específica de acontecimientos observables y encubiertos o de etapas de ellos. Una concepción de este tipo implica que los programas de prevención, de sustitución de la violencia no sólo van a reducir las conductas agresivas, incrementar las conductas pro-sociales y elevar los niveles de razonamiento moral, sino que también desde nuestra perspectiva socio-cognitiva se deberían esperar cambios en diversos componentes de la personalidad, tales como; el nivel de neurotismo y extraversión, los niveles de autocontrol, los niveles de autoestima y los sentimientos emocionales negativos de cólera, tal como lo ha demostrado Anicama y Cols (1997).

Dado que las formas y tipos de violencia suelen ser muy diversas, los estudios epidemiológicos ofrecen poca información sistemática y completa de los mismos. Goldstein y Segal (1983) presentan una de las más completas revisiones mundiales y Anicama (1983) presentó los datos referente al Perú.

Estudios de corte epidemiológico más recientes según Auccapoma (1996) muestran que la violencia en el Perú es ya por su trascendencia un problema de

salud pública, el cual ha adquirido un carácter endémico con consecuencias sociales, políticas y económicas de insospechadas dimensiones. La disminución de la violencia subversiva en estos últimos años ha permitido observar otros tipos de violencia responsable de una proporción creciente de mortalidad general. En el país actualmente, se tiene una tasa de homicidio de 12 por 100,000 habitantes, cerca de un 43.7% de faltas contra la vida, el cuerpo y la salud, un 33.6% contra el patrimonio y un 10.3% contra las buenas costumbres, entre otras faltas.

La misma autora señala que a Septiembre de 1993 se registran 3,169 denuncias sobre violencia contra la mujer, siendo un 48.8% por problemas conyugales, y un 21.8% por problemas familiares, entre otros. Pero en 1994 hubo 4,355 denuncias por maltratos físicos a mujeres, el cual subió en 1996 a 5,512; se dice también que habría cerca de 25,500 casos de violencia sexual contra la mujer.

En cuanto a violencia y maltrato contra niños y adolescentes en el Perú, Auccapoma (1996) señala que en el Perú existe una cultura de violencia y maltrato a niños que atraviesa todas las clases sociales; encuestas recientes señalan que un alarmante porcentaje 41% recibe algún tipo de golpiza por parte de los padres o tutores.

El surgimiento de nuevas formas de violencia, especialmente en Lima Metropolitana, como las llamadas Pandillas Juveniles y las Barras Bravas, han planteado otras formas de violencia que siembran el temor entre los ciudadanos. Se estima que en Lima a 1996 existen cerca de 100 pandillas juveniles aproximadamente compuestas de 8 a 50 miembros, con

edades de 11 a 23 años, que actúan en barrios populares, siendo variable su violencia: desde el graffiti y la agresión verbal hasta el vandalismo.

Pero indudablemente una de las violencias que mayor impacto tiene en la actualidad es la llamada violencia estructural, no olvidemos nuestro dramático mapa de la pobreza del Perú y, recordemos también la violencia estructural contra la niñez, se estima que el 60% de las 600,000 personas desplazadas por la guerra, son niños y adolescentes.

Todos estos hechos y datos epidemiológicos brevemente aquí descritos muestran el impacto de la violencia sobre la salud mental de la población. Esta es nuestra situación. Por eso la necesidad de realizar acciones psico-educativas que frenen, controlen y prevengan el desarrollo de la violencia y la agresión. Uno de los mejores esfuerzos fue realizado por Goldstein y Glick (1987), dicho programa fue adaptado por Anicama (1993) y ha permitido realizar una serie de importantes estudios que describen con precisión los efectos del programa ART-R en diversas poblaciones de Lima.

El programa ART-R con una base conceptual conductual-cognitiva consiste en 3 intervenciones debidamente ajustadas y adaptadas del programa inicial ART para los requerimientos de este estudio:

1. El Aprendizaje Estructurado consiste en un conjunto de procedimientos diseñados para mejorar los niveles de habilidad prosocial (Goldstein, 1981b). Los procedimientos o técnicas incluyen el uso de modelado, juego de roles, retroalimentación del rendimiento y transferencia del entrenamiento; la instrucción es ofrecida en un programa

de diez habilidades prosociales y dos sesiones de evaluación.

2. El Entrenamiento para el Control de la Cólera, fue desarrollado por Feindler y su grupo de investigación (Feindler y Ecton, 1986) en la Universidad Adelphi, basados en las investigaciones iniciales del control de la cólera y la inoculación del stress, de Novaco (1975) y de Meichenbaum (1977), respectivamente. Dicho entrenamiento enseña la inhibición de la conducta antisocial, esto es, la reducción, manejo o control de los sentimientos negativos de cólera que acompañan a la agresión generando así autocontrol emocional. Una revisión reciente de las estrategias lo presenta Furlong y Smith (1994).

3. La Educación Moral es el tercer componente destinado a modificar los valores y niveles de razonamiento moral, con el cual tratamos los estímulos aversivos; permitiendo así aumentar la probabilidad de que se responda al medio usando habilidades sociales mejoradas y con un mayor autocontrol de la cólera. En una serie larga y exploratoria de investigaciones, Kohlberg (1973) ha demostrado que exponiendo a los jóvenes a una serie de dilemas morales frecuentemente mejorará el razonamiento moral del joven hasta alcanzar el de los pares de más alto nivel en el grupo.

Este programa debidamente adaptado, ajustado y corregido fue aplicado por un grupo de investigadores dirigidos por Anicama desde 1991. Así se tiene, que Varona en 1991 desde Cayetano Heredia, investigó los efectos de la aplicación del mencionado programa en menores de 11 a 15 años en condiciones especialmente difíciles institucionalizados del

COMAIN, obteniendo como resultado que el grupo experimental en estudio evidenció una mayor ocurrencia de habilidades prosociales y de autocontrol que el grupo control, y así mismo disminuyó su nivel de agresión.

Continúa Masías (1994) desde CEDRO con la aplicación completa del programa en 36 adolescentes hombres en Alto riesgo entre 14 a 18 años, de sectores tugurizados de Barrios Altos. Ella obtuvo como resultado un incremento altamente significativo en las habilidades sociales y en el autocontrol emocional, cambios en el razonamiento moral y una reducción en las conductas antisociales agresivas, en dichos sujetos.

La Tabla No. 4 presenta la comparación de resultados entre mediciones pre y post test para las conductas antisociales y prosociales, bajando las conductas agresivas antisociales de 10.7 a 4.8 puntos en el post-test, mientras que las conductas pro-sociales subieron de 5.5

a 9.3 puntos. Esto es claramente efectos de ART-R y son diferencias altamente significativas cuando $p < .001$, ahora dichos adolescentes son más sociables y menos agresivo.

Un dato importante ha sido también el reportado por Masías y Anicama (1995) el cual se muestra en la Tabla No. 7 en donde se observa que los niveles de autoestima suben en más del 50%, van de 15.6 a 34.0 puntos y los sentimientos de cólera disminuyen en porcentaje similar, descienden de 103.7 a 52.11 con diferencias estadísticas altamente significativas a nivel de $p < .001$.

Anicama (1996) con otro grupo poblacional desde la Universidad Villarreal, aplicó el programa ART-R, a 52 adolescentes de alto riesgo y peligro moral, de ambos sexos entre 12 a 16 años. El programa fue capaz de producir un alto número de habilidades sociales, mejorarlas e incrementarlas. Así como también, un mejor y más alto nivel de

TABLA No. 4

Conductas agresivas-antisociales y conductas pro-sociales para el grupo experimental en condición pre y post test aplicado art-r.

		Conductas Anti-Sociales	Conductas Pro-Sociales	N
PRETEST	\bar{X}	10.7222	5.5000	18
	DS	2.4677	1.1667	
	S	6.0895	1.3611	
POSTEST	\bar{X}	4.8889	9.3333	18
	DS	2.4696	1.4907	
	S	6.0988	2.2222	

Nota: Tomado de Masías, C. (1994).

TABLA No. 5

Puntajes de autoestima y sentimientos de cólera para el grupo experimental en condiciones pre y post-test aplicado art.

		Autoestima	Cólera	N
PRETEST	\bar{X}	15.6667	103.7222	18
	DS	9.7696	28.5751	
	S	95.4444	816.5340	
POSTEST	\bar{X}	34.0000	52.1111	18
	DS	7.8174	25.3199	
	S	61.1111	641.0988	

Nota: Tomado de Masías y Anicama (1995).

autocontrol emocional y de razonamiento moral, hallando diferencias altamente significativas a un nivel de $p < .001$.

REFERENCIAS

- Alarcón, R. (1986). *Psicología, pobreza y subdesarrollo*. Lima. INIDE.
- Anicama, J. (1983a). Psicología y Educación: el diseño científico de la enseñanza. *Conferencia original sustentada en el Taller de Tecnología en Educación Superior. EOAF: Escuela de Oficiales de la Fuerza Aérea del Perú*. Lima.
- Anicama, J. (1983b). Perú: a functional analysis of aggression. En: Goldstein y Segal: *Agresión in global perspective*. New York: Pergamon Press.
- Anicama, J. (1989). Análisis conductual de los aspectos psicológicos de la violencia y la agresión. *El Analista de la Conducta*, 1, 20-32.
- Anicama, J. (1996a). Fundamentos del aprendizaje para el desarrollo de los sistemas de enseñanza. En: *Taller de Didáctica Universitaria*. Universidad Nacional San Luis Gonzaga, Ica. Perú.
- Anicama, J. (1996b). *Prevalencia de vida por sustancias psicoactivas según estudios epidemiológicos: Análisis comparativos*. Informe preliminar. Lima. UNFV.
- Anicama, J. (1996c). Efectos de un programa ART de sustitución y prevención de la violencia en menores de alto riesgo. *Revista Psicología Contemporánea*, 3, 2, 12-21.
- Anicama, J.; Mayorga, E.; Henostroza, C.; Antinori, B.; Ochoa, M. & Tomás, A. (1997). Efectos de un programa conductual-cognitivo para prevenir y controlar la violencia en menores de extrema pobreza y alto riesgo. *Revista Científica Wiñay Yachay*, 2 (1): 71-81.
- Anicama, J. (1996). Estado Actual del Abuso de Drogas en el Perú: epidemiología, prevención y tratamiento. En *I Congreso Nacional: La problemática de las Drogas, una visión hacia el Siglo XXI*. Universidad Central de Venezuela, Caracas.
- Auccapoma, M. (1996). Violencia y maltrato contra niños y adolescentes en el Perú. *Análisis situacional de la problemática de violencia y accidentes en el Perú*. Lima. Ministerio de Salud del Perú - Oficina general de epidemiología.
- Bandura, A. y Walters, R. (1977). *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*. Madrid. Alianza Editorial.
- Feindler, E. & Ecton, R. (1986). *Adolescent anger control*. New York. Pergamon Press.

- Freud, S. (1923). *A general introduction to psychoanalysis*. New York. Liveright.
- Ferrando D. (1992). *Conocimiento y Uso de Drogas en los Colegios de Secundaria*. Lima. Ministerio de Educación COPUID.
- Goldstein A. (1981a). *Psychological Skill Training*. New York. Pergamon Press.
- Goldstein, A. & Keller, H. (1987). *Aggressive behavior: assessment and intervention*. New York. Pergamon Press.
- Goldstein, A. Y Glick, B. (1987). *Aggression replacement training: a comprehensive intervention for aggressive youth*. Champaign, Illinois.
- Goldstein, A. y Segal, M. (1983). *Aggression in global perspective*. New York. Pergamon Press.
- INEI (1992). *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar*. ENDES II, Informe preliminar. Lima. INEI.
- INEI - UNICEF (1994). *Estado de la niñez, la adolescencia y la mujer en el Perú 1993-1994*. Lima. Asociación Editorial Steya.
- INEI (1995). *Sistemas de indicadores sociales y de pobreza*. Lima. Edit. INEI.
- Jutkowitz, J. (1986). *Uso y abuso de drogas en el Perú: una investigación epidemiológica de drogas en el Perú Urbano*. Monografía de Investigación No. 1. Lima. CEDRO.
- Kholberg, L. (1973). *Collected papers on moral development and moral education*. Cambridge. Harvard University.
- Masías, C. y Anicama, J. (1995). Experiencias en la aplicación de programa preventivo y de sustitución de la violencia: El Programa ART. En: *Drogas, violencia y ecología*. Lima. CEDRO.
- Masías, C. (1994). Efectos de un programa integral de sustitución de la agresión en un grupo de adolescentes hombres de alto riesgo, entre 14 y 18 años de edad, de sectores tugurizados de Barrios Altos. *Tesis Maestría*. Lima. UPSMP.
- Perales, A. (1993). Salud Mental en el Perú: variables socio-económicas, políticas y culturales. *Anales de Salud Mental*. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi". 9, 1-2. 83-107.
- Rojas, M. (1992). *Drogas en el Perú Urbano*. Monografía de Investigación. Lima. CEDRO.
- Rojas, M. y Castro de La Mata, R. (1997). *Epidemiología de Drogas en la Población Urbana Peruana -1995*. Monografía de Investigación No. 15. Lima. CEDRO.