

254
2 es.

**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**PROGRAMA DE INTERVENCION EN SALUD MENTAL
PARA ADOLESCENTES EN LA CIUDAD DE LEON
GUANAJUATO**

REPORTE LABORAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A

MARIO CECILIO SANCHEZ TAPIA

**DIRECTORA DEL REPORTE LABORAL
MTRA. ALMA MIREIA LOPEZ-ARCE CORIA**

MEXICO, D.F.

1998

267716

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A quién más, sino a ti.

A *Verónica*
A ti, mi compañera que me has dado tu vida, tu compañía y tu amor; por tu apoyo
incansable, por proporcionarme la motivación para trabajar día a día.
Te amo.

A mis hijos.
Este trabajo es para ustedes.
A *Vero*, por que me sigo llenando de ternura en el brillo de tus ojos.
A *Pame*, por tu tenacidad que me inspira a luchar día a día.
A *Mauricio*, por la alegría de todos los días en tu risa.
A *Itzehel Erandi*, por tu cariño intenso y tu búsqueda insaciable de cariño.

A ti madre.
Por tu ejemplo diario de lucha, de amor y fidelidad.

Gracias especialmente a ti Alma Mireia, por ser un ejemplo constante de claridad,
por tu apoyo y tu tiempo, pero sobre todo por ti amistad.

A mis compañeros, por su trabajo tenaz y cotidiano.

A DIF León, por la oportunidad de facilitarme hacer este trabajo.

Gracias a Marialuisa Castro, por permitirme ver luz en el camino
prestándome la suya.

A ti Dr. Vázquez, que me has acompañado en una recapitulación de mi vida, y que
me devuelves mi paternidad perdida, mi cariño y respeto.

I N D I C E

INTRODUCCION.....	1
JUSTIFICACION.....	6
ANTECEDENTES.....	9
1.- SALUD Y SALUD MENTAL.....	9
2.- ADOLESCENCIA.....	17
2.1 COMO DEFINIR A LA ADOLESCENCIA.....	18
2.2 ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA.....	19
2.3 PROCESOS DE DESARROLLO.....	25
2.4 METAPSICOLOGIA.....	29
3.- EL ENFOQUE DE LOS GRUPOS.....	37
PROCEDIMIENTO.....	43
APLICACION DE LA INVESTIGACION PARTICIPATIVA.....	43
PROGRAMA DE PREVENCION ESCOLAR DE LA	
FARMACODEPENDENCIA.....	43
PROGRAMA DE PREVENCION GENERAL.....	55
PROGRAMA DE GRUPO DE ADOLESCENTE MOTIVADOS AL	
ESTUDIO.....	59
PROGRAMA DE PREVENCION DEL RIESGO PSICOSOCIAL	
CHIMALLI.....	63
PROGRAMA BUZON JUVENIL.....	70
EVALUACION Y ANALISIS DE RESULTADOS.....	75
CONTRIBUCIONES.....	99
REFERENCIAS.....	102
ANEXOS.....	109

INTRODUCCION

En la actualidad el concepto de modernización se utiliza para describir los rápidos, necesarios y significativos cambios que se presentan en la sociedad. Uno de los aspectos nodales a los que se enfrenta el mundo en general y América Latina en particular es el desafío de la adaptación al llamado proceso de Modernización.

El proceso de adaptación al cambio requiere de un tiempo mínimo de elaboración, que desde luego varía de persona a persona; pero en general, en él, se dan diversos procesos de duelo. La sociedad actual no otorga el tiempo necesario para realizar esta adaptación, ya que la velocidad con la que estos cambios se presentan, propicia que personas razonables y emocionalmente estables, en particular los adolescentes, no tengan suficiente tiempo para adaptarse a su entorno.

Autores como Pick, Aguilar, Rodríguez, Vargas y Reyes (1993), han subrayado algunos hallazgos que son de importancia mencionar en relación con la condición del adolescente actual, entre ellos sobresale el que los jóvenes que han tomado cursos preventivos de planear el futuro, tienen mayor conocimiento de la sexualidad y la anticoncepción. Un segundo hallazgo consiste en que aquellos que han recibido información preventiva antes de empezar a tener relaciones sexuales, logran tener medidas preventivas de seguridad sexual a diferencia de los adolescentes que no recibieron información. Y una tercera conclusión estriba en encontrar diferencias en las prácticas sexuales entre los jóvenes que recibieron información respecto de aquellos que no la recibieron.

Así podemos decir que la adolescencia, (Blos, 1981; González y Tavira, 1989; en Figueroa, 1994) es un periodo del desarrollo humano que, implica cambios que pueden ser aprovechados para modificar los patrones conductuales de los jóvenes, lo que no es tan viable en etapas tardías de dicho desarrollo.

La sexualidad como un proceso fundamental del ser humano, reclama día con día mayor interés y compromiso por parte de especialistas y de la población en general, sobre todo en poblaciones como la nuestra en donde el 20.4% de los adolescentes son potencialmente reproductivos. Y de acuerdo con Pick (1993), ésto los convierte en un sector "...particularmente vulnerable a sufrir las consecuencias nocivas de una explosión demográfica no controlada".

A pesar de ser pocos los estudios epidemiológicos confiables en los que se puede obtener información precisa sobre el consumo de sustancias psicoactivas a nivel nacional y aún más en la región del bajo, a decir de Pick y Cols. (1993), las variables que intervienen y precipitan este problema de salud tan grave son las

mismas o por lo menos muy similares a las que precipitan la paternidad temprana en los adolescentes.

Cuando una mujer inicia su etapa de fecundidad en la adolescencia, esta decisión tiene implicaciones en sus oportunidades futuras de desarrollo. Se reducen sus oportunidades de permanecer en la escuela, de insertarse en el mercado de trabajo e inician tempranamente las responsabilidades de la crianza y del trabajo.

Según datos que cita Welti, (1989, 1995 en INEGI-PRONAM, 1995), la fecundidad de las adolescentes va en aumento. Del total de mujeres que en 1987 tenían entre 20 y 49 años, 34% tuvieron su primer hijo en la adolescencia. Para 1991 este indicador aumentó en poco más de dos puntos porcentuales para alcanzar un 37%.

Una afirmación que se desprende del análisis de los datos estadísticos de dependencias como INEGI o CONAPO es que uno de cada seis nacimientos serán dados a luz por mujeres menores de veinte años y la fecundidad temprana contribuirá con el 14% de la tasa global de fecundidad.

De acuerdo con CONAPO el uso de anticonceptivos entre adolescentes es poco difundido, en 1992 sólo cuatro de cada diez adolescentes casadas usaba algún método. El inicio precoz de la vida fecunda alarga la vida reproductiva y predispone a embarazos numerosos, lo que incide de manera negativa en la salud de la madre y en la adecuada atención a cada uno de los hijos.

Se ha observado que la mera adquisición de conocimientos por parte del adolescente, sobre los problemas de salud que le afectan, no es suficiente para lograr la prevención de los mismos (especialmente los de carácter sexual), el procedimiento tiene que ser de carácter reflexivo.

Por otro lado, numerosos estudios (Bry, 1988 en Figueroa, 1994), han señalado una serie de factores de riesgo que se relacionan con el consumo y abuso de sustancias psicoactivas. Entre los más importantes están: relaciones distantes y comunicación deficiente con los miembros del núcleo familiar, autoestima o imagen de sí mismo negativa, baja motivación a futuro, falta de identificación de valores, el nulo respeto a las normas sociales, impulsividad y búsqueda incansable de experiencias nuevas, la práctica de la automedicación en el núcleo familiar, el uso de sustancias psicoactivas en el grupo de iguales y uso temprano del tabaco.

Rivera, Ortega y Reidl, (1994) señalan que en Guanajuato es necesario desarrollar programas a nivel preventivo para evitar mayor deterioro en las áreas: del trabajo, la imagen personal y las que se refieren a la protección social de la población juvenil. Señalan también que es necesario establecer programas de intervención a nivel de fortalecimiento de los aspectos referidos a la escolaridad,

las adiciones, el desarrollo personal, la familia y el desarrollo de la sexualidad. Y su tercera conclusión sugiere elaborar programas correctivos para las relaciones de amistad.

El Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia D.I.F. de la ciudad de León considerando estas conclusiones como la base para la estructuración del programa de Desarrollo Integral del Adolescente (D.I.A.) realizó la revisión de la base jurídica de la Asistencia Social, la que se encuentra contemplada en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que en su artículo 4to. el cual garantiza el derecho a la salud.

En correspondencia a este ordenamiento constitucional, se contempló la Ley General de Salud (1983) y en ella los mecanismos de coordinación de los sectores social y privado, así como las dependencias que actúan en el campo de la salud. La cual califica en su artículo 24 los servicios de salud en tres tipos: a) de atención médica, b) de salud pública y c) de asistencia social.

La ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, establece las bases y procedimientos para la operación de un Sistema Nacional de Asistencia Social, mediante la ocurrencia y la colaboración de la federación, las entidades federativas y los sectores social y privado.

Para realizar la intervención, se consideró que el enfoque debería establecerse desde el marco de la psicología de la comunidad, considerando que una de las tareas de esta disciplina, es la solución inmediata de los problemas emocionales que se dan en el campo y que es un derecho de los individuos el recibir información disponible en la comunidad. El programa D.I.A. León, intenta así apoyar al adolescente en su desarrollo integral y en su derecho a ser diferente.

A continuación se plantearan algunas proposiciones con un marco teórico, basado en el enfoque de la intervención comunitaria; que resultan coherentes para introducir el presente programa:

En primer lugar el enfoque de atención comunitaria acentúa la prevención como un objetivo fundamental. Caplan y Grunebaum (1972), señalaron que la prevención primaria se refiere a los esfuerzos para reducir la incidencia de los casos de incapacidad y perturbación mental en la población. Es decir, se trata de los esfuerzos dirigidos a evitar la aparición de un problema, alteración o males que pudieran afectar al individuo o a su comunidad.

Como la prevención primaria se efectúa en el periodo prepatogénico, es decir, antes de que aparezca la enfermedad o el problema, la educación se considera el instrumento privilegiado. Desde luego considerando que la educación no es la simple adquisición de la información, sino la reflexión y su análisis. Además de que funciona en el mismo momento que aparece la prevención

secundaria como una consecuencia de la detección temprana de alteraciones del desarrollo y del aprendizaje.

Por otra parte Reiff (1968), al definir el carácter de la psicología comunitaria, refirió la necesidad de que el psicólogo desarrollara un nuevo enfoque conceptual que le permitiera intervenir en el sistema social, beneficiando a los necesitados de atención. Este campo congrega a los interesados en el diseño de programas preventivos; en la comprensión de los factores socioculturales relacionados con las alteraciones y con la salud mental, para desarrollar modelos de intervención que consideren el potencial de la comunidad.

En la actualidad, una práctica común en el trabajo comunitario, es la detección de necesidades de la población con la que se trabaja algún programa, por lo general este tipo de intervención parte de las necesidades planteadas por profesionistas, así como las estrategias consideradas adecuadas por ellos, para satisfacer las necesidades que el grupo social o la comunidad les demanda. Sin embargo, este modelo de intervención ha resultado ser rígido y paternalista, centrado en objetivos de tipo asistencial. Aunque bien intencionado, no considera los recursos de la comunidad, ni propicia su participación responsable. En su mayor parte las respuestas a éstos programas en la población es de apatía, desinterés, desmotivación y en ocasiones ha llegado a ser la respuesta nula o hasta agresiva. Es así, que debe existir una congruencia entre las necesidades evaluadas de la población y los programas desarrollados para su atención. Es de suponer que entonces la participación de la comunidad es de vital importancia para la efectividad de los programas.

El enfoque comunitario es total, o para decirlo técnicamente, es holista de la naturaleza humana y de la sociedad, y opera en ésta última como un todo, (este concepto surge de la teoría general de los sistemas), y presupone que un sistema, necesariamente se encuentra vinculado con otro u otros y en su conjunto forman un sistema aún mayor, el cual al sufrir cambios, actúa sobre los otros y viceversa. Cada subsistema es un ecosistema abierto, completo y relacional. (Gómez, 1994).

Otra proposición factible de señalar, es que el enfoque de intervención comunitario es desprofesionalizante, ello tiene que ver con el objetivo de que el individuo o grupo con el que se trabaja, asuma responsablemente su propio poder de ayuda para satisfacer sus necesidades de servicios. Este criterio se apoya en la posibilidad de capacitar a personal no profesional para satisfacer las necesidades del medio; a la fecha ha dado buenos resultados. (Idem).

Partiendo de la idea de que el psicólogo puede y debe crear programas de intervención a nivel preventivo, como una forma de intervención a nivel popular y de la atención a la población juvenil en la ciudad de León, Gto.

En este reporte laboral se presentan cinco programas, que fueron integrados en diferentes etapas o momentos por el sustentante del reporte, y que a continuación se describen.

El primero de ellos, es el Programa de Prevención Escolar de la Farmacodependencia. Aún cuando éste ya existía en la dirección como un programa preventivo, la aportación hecha por el sustentante, fue su reestructuración en base al modelo de investigación participativa. Su implementación, la capacitación del personal de base, su seguimiento, asesoría y promoción de las actividades autogestivas.

Como consecuencia de la ejecución de éste programa nace la demanda de la población estudiantil de algunos docentes de implementar un Programa de Prevención General que resuelva sus dudas y promueva la participación de los jóvenes en actividades autogestivas. La aportación a éste programa es similar al anterior, desde la selección del material con el que el personal lo ejecuta, se capacita, se superviza y se evalúa.

En cuanto al tercero de ellos, es decir, el Programa de Grupo de Adolescentes Motivados al Estudio (GAME), la aportación fue su adaptación al modelo preventivo, su seguimiento y evaluación, ya que dicho programa existía ya en la dirección aunque con una conceptualización de realizar un trabajo remedial.

Para el Programa Chimalli, la aportación fue su adaptación para el uso de los fines institucionales de la dirección.

Y el quinto programa, es decir, el Buzón Juvenil, su diseño, implementación, ejecución y evaluación fueron realizados por el sustentante.

JUSTIFICACIÓN.

La intención en este apartado es plantear la Investigación Participativa como una alternativa metodológica dentro del campo de la salud mental comunitaria. La propuesta es una sistematización conceptual de los principios epistemológicos que sustentan la práctica de la investigación participativa desde la perspectiva de la participación popular y el sujeto histórico, vinculando esos principios.

De acuerdo con Rodríguez (1994), la Investigación Participativa toma cuerpo teórico a partir de la década de los sesenta con la instrumentación particular del enfoque de Freire y su enfoque filosófico del materialismo histórico-dialéctico y la fenomenología, cuerpo que desarrolla en el campo de la educación popular al que denominó "Investigación Temática". (Freire, 1983).

Su surgimiento está marcado por varios factores, en principio, aparece en momentos de crisis socioeconómica y política, manifestándose un rápido desarrollo en oposición a los modelos hegemónicos y opresores. También como una respuesta a la búsqueda de un paradigma de carácter alternativo para la investigación científico - social, Rodríguez (1994), señala dos factores el primero relacionado con la falta de relevancia social de los proyectos de investigación social y el segundo la deficiencia de los métodos positivistas (reduccionistas y mecanicistas) para dar respuesta a los problemas sociales.

La aparición de la crítica social de Braunstein en 1979, y la aparición de Moscovici en la década de los 80, con su propuesta de hacer una psicología social para Europa, con personalidad propia con capacidad para resolver los problemas sociales.

Ya en los ochenta era evidente la influencia epidemiológica, metodológica e ideológica de la investigación participativa en el campo de la salud mental, la Psicología Social Comunitaria y, en particular en la Salud Mental Comunitaria.

DEFINICIÓN Y CONCEPTUALIZACIÓN.

Para Rodríguez (1993), la Investigación Participativa se define como una "propuesta metodológica insertada en una estrategia de acción definida, que integra el sujeto histórico en un proceso colectivo de producción del conocimiento necesario para la transformación de su propia realidad".

Esta es la razón por la que se ha escogido trabajar con esta metodología y usarla como marco teórico de referencia, ya que plantea una forma particular de hacer investigación, educación y acción, que trata de responder a la demanda de los sectores sociales mayoritarios.

"Con ella se pretende una ciencia para la transformación de las estructuras y de las relaciones sociales de dominancia y subordinación política, económica, cultural, institucional"... y en especial la que en este caso interesa más la sociopsicológica.

Además se encuentra inserta en una estrategia de acción, ya que no se hace ciencia pura o abstracta; así la investigación, la educación y la acción se convierten en un momento metodológico de un solo proceso. E integra al sujeto histórico en el proceso de producción colectiva del conocimiento privilegiando su plena participación en la producción colectiva del conocimiento. El sujeto participa en la investigación, y pasa a la planeación, organización, ejecución y evaluación, así como sensibilización - socialización de los resultados y productos para finalmente participar en la reprogramación, punto en donde se reinicia el ciclo de la producción del conocimiento en espiral dialéctica.

La premisa fundamental del programa que la Dirección de Orientación Familiar trabaja, está basada en la hipótesis de que descolonizar el conocimiento es romper con la dependencia hacia los centros y estructuras de producción del saber; es desarrollar la capacidad autogestionaria del sujeto histórico partiendo de sus propios agentes y medios

LOS PRINCIPIOS DE LA INVESTIGACIÓN PARTICIPATIVA.

"Se plantea como una totalidad, así los problemas de salud mental comunitaria se encuentran en un contexto socioeconómico, político, cultural, histórico, psicosocial y ecológico. Así, la salud mental es una realidad que implica procesos simultáneos de estructuración, de organización y caos; de orden y de azar" Rodríguez (1993).

El hablar de totalidad, implica que los problemas de salud mental comunitaria dejen de ser atendidos de forma unidimensional, unidisciplinaria o monocausal. Y que por tanto, sean vistos como partes de un todo, tratando de entender que no se debe tratar de dar explicación a todos los hechos, sino más bien lograr entender la realidad como un todo estructurado y dialéctico en el que puede ser entendido racionalmente cualquier hecho. En este sentido, *la intención es que en la comunidad se logre mediante temas específicos la "reflexión - concientización"*

Otro de los postulados, señala Rodríguez es que la relación tradicional de sujeto - objeto, entre agente externo y comunidad, se convierte gracias a esta interacción, en una relación distinta sujeto - sujeto, dialógica de carácter horizontal, en donde el sujeto no es visto como un objeto. Es en base a ésta intersubjetividad como se establece la relación gnoseológica entre personas, a propósito del objeto a conocer.

A ésta relación de sujeto - sujeto, se llega gracias a la participación auténtica entre el sujeto externo y la comunidad, ello implica que el profesional debe de cambiar su carácter técnico universitario en donde la comunidad es vista como el paciente, y dejar de ser un interlocutor para ser un facilitador del proceso necesario para que se dé el diálogo entre sujetos.

Un siguiente concepto señala que la unidad entre la teoría y la práctica se respeta como uno de los postulados centrales. Partiendo de esta última, se integra la teoría con la práctica social y la experiencia, convirtiéndose en una praxis.

La praxis es el concepto dialéctico que permite recontextualizar las contradicciones de subjetividad - objetividad, de sujeto - objeto, de teoría - práctica. Es finalmente en ella en donde hay que buscar el conocimiento.

En la acción reflexiva con grupos y comunidades populares, se recupera y se revalora su saber, como punto de partida para la articulación crítica del conocimiento científico y el popular, produciendo un tercero, el conocimiento reflexivo, aplicable a la transformación de la calidad de vida de aquellos. De esta manera, se podría afirmar que se trata de conocer transformando.

Rescatar el desarrollo histórico manifestado por una comunidad o grupo es una tarea frecuente en los programas participativos de salud mental comunitaria, sus objetivos son el fortalecimiento de la identidad psicosocial, la devolución sistemática de la historia, valores culturales y hechos; y finalmente procesos y estructuras populares específicas vinculadas al presente.

Finalmente, se subraya la importancia de la participación de la gente en el todo el proceso desde la investigación, educación - acción. Y como principio metodológico, el compromiso con los sectores populares como sujetos históricos, con ello se exalta la capacidad de transformación, de movilización y organización.

ANTECEDENTES.

1.- SALUD Y SALUD MENTAL.

Una de las áreas de la psicología con mayor aplicación en los últimos años a nivel institucional, y en creciente medida a nivel privado, es el trabajo preventivo, dirigido a la población en general o a sectores específicos de ésta.

La rama de la psicología, que se ha hecho cargo de sustentar el trabajo preventivo ha sido la Psicología Comunitaria, la cual surgió por una parte de la Psicología Clínica, predominantemente orientada a la atención de la salud mental, y por otra de la Psicología Educativa, dirigida a modificar el proceso de aprendizaje social.

En este apartado se expone la primera; aquella que tiene que ver con la prevención de la salud mental.

Las primeras aproximaciones de definición las aporta Rappaport (1977), quien la consideraba como una "búsqueda de alternativas a normas sociales establecidas", que llevarán a defender " el derecho a ser diferente que tiene cada uno, sin recibir sanciones"; y también como el derecho de ser iguales y a tener acceso a los recursos de la sociedad en que vive". Como se puede observar en la definición se le otorga un carácter evidentemente social a esta disciplina, al igual que un rol activo al aspecto psicológico, así como a su objeto de estudio.

Así tenemos que, " la psicología comunitaria es la rama de la psicología, cuyo objeto es el estudio de los factores psicosociales que permiten desarrollar, fomentar y mantener el control ... que los individuos pueden ejercer sobre su ambiente individual y social, para solucionar problemas que los aquejan y lograr cambiar en esos ambientes y en la estructura social". (Mora, 1982)

Caplan (1985), por su parte al definir a la psiquiatría comunitaria como el conjunto de conocimientos, teorías, métodos y procedimientos aplicados en los campos de servicio e investigación a la comunidad, aportó a la psicología comunitaria otros elementos, que no solo son requeridos en la actualidad por el psiquiatra, sino que son una herramienta fundamental del psicólogo, ya que éste es a la fecha el que más participa en "...los programas organizados de la comunidad, para la promoción de la salud mental, la prevención y el tratamiento de los trastornos mentales y la rehabilitación de pacientes". Parafraseando esta definición, Calderón (1984) subraya, "... la utilización de los recursos de la comunidad para tratar de alcanzar el máximo de salud de sus propios integrantes".

Después de una amplia revisión bibliográfica se observa la dificultad que a lo largo de la historia ha representado para las disciplinas médicas y psicológicas el poder definir la salud.

Los psicólogos se han interesado en cuestiones de salud desde los primeros años de nuestro siglo (Rodin y Stone, 1987; Stone, 1979). Stanley Hall en 1904 y William James en 1922, abordaron el tema de la salud mental en sus escritos. Sin embargo, según Becoña (1996) el interés profesional e investigador en esta área creció relativamente poco, hasta los años setenta y finales de éstos no hubo un movimiento en la psicología a que se le pudiera denominar "de la salud" (Matarazzo, 1980; Stone, 1979). Y no es sino hasta 1978, que nace formalmente la división de salud de la American Psychological Association. Para 1979, aparece publicado el primer libro sobre psicología de la salud cuyo título era "Health Psychology". (Stone, Cohen y Adler 1879, en Becoña, 1994).

La idea de este apartado, es realizar un análisis de lo que estas disciplinas definen por salud en general para después realizar un análisis de lo que se entiende por salud mental. Para ello es importante señalar que éstas definiciones parten desde luego de distintos enfoques y posturas teóricas que van desde concepciones idealistas o filosóficas hasta el otro extremo, con puntos de vista reduccionistas e incluso mecanicistas.

Para Cohen (1975): La historia de la salud es la historia del progreso humano: la evolución filo-onto-genética del hombre, que aporta la extraordinaria capacidad plástica del soma, permitiéndole un alto grado de adaptabilidad a condiciones cambiantes; el devenir creativo de la cultura, con que se forja el instrumental que permite al hombre vivir con mayor seguridad; y las relaciones con sus semejantes, cada vez más extensas y complejas, que le dan una existencia más satisfactoria y de progreso continuo, constituyen las bases mínimas y los valores máximos de la salud

Este postulado permitirá en adelante hacer un análisis del concepto de salud. Por ejemplo, para San Martín (1984) la salud y enfermedad, dos grados extremos en la variación biológica son la resultante del éxito o del fracaso del organismo para adaptarse física, mental y socialmente a las condiciones de nuestro ambiente total. Para el autor el individuo sano es aquel que muestra una armonía física, mental y social con su ambiente. Como podemos ver en esta definición, la salud es identificada como parte de la naturaleza pero se advierte un énfasis unilateral de su aspecto adaptativo; la influencia individualista del autor destaca el papel que el individuo debe de jugar en su medio ambiente para adaptarse a la naturaleza y sus condiciones cambiantes.

Cabría hacer varios cuestionamientos al respecto: ¿es el individuo el que enferma, o bien, su enfermedad es el producto de un desajuste en la sociedad o en la naturaleza?, o, por otra parte, ¿la sociedad o la naturaleza y su funcionamiento cambiante son las que precipitan la enfermedad?.

Se plantean en esta forma dos aspectos del problema: la unidad ontológica de la salud y la naturaleza (la salud es un fenómeno del mundo natural), y la

oposición entre salud y naturaleza que existe a nivel gnoseológico (la salud no es sino un reflejo de la naturaleza).

Partiendo de los conceptos anteriores, se llega a la conclusión (de acuerdo con Cohen, 1975) cuando declara que éstos dos aspectos no han sido aún captados dialécticamente: la mayoría de las ciencias de la salud han destacado unilateralmente la unidad ontológica de la salud y la naturaleza, dándole una interpretación mecanicista; examinando los procesos de salud exclusivamente desde el punto de vista de los procesos fisiológicos, descuidando el aspecto gnoseológico (el aspecto psicosocial de la salud). Otros, que actualmente representan un fuerte movimiento, destacan el aspecto social e intentan tomar en consideración los procesos psíquicos y sociales, pero los proponen como algo yuxtapuesto a la base somática o simplemente como una sumación tripartita, bio-psico-social. Un ejemplo de esto es la definición propuesta por la Organización Mundial de la Salud O.M.S. (1974), en la que se enfatiza que "La salud es un completo estado de bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad", (en Narvaez, 1984).

Se pretendió con ello incluir el aspecto gnoseológico, intentando darle un sentido dialéctico entre salud y naturaleza; pese a ello, persiste un enfoque individualista, que involucra a la estructura competitiva de la sociedad en que vivimos. También, se puede observar que se concibe a la salud como un producto subjetivo de la naturaleza: el "bienestar".

"Si se tiene que la salud es una consecuencia del funcionamiento de la naturaleza, y si esta naturaleza es la realidad que existe objetiva e independientemente de la salud y que es reflejada por ésta, se concluye que la contradicción entre la naturaleza y la salud es absoluta. La salud no puede ser a la vez fenómeno natural (ontológicamente) y opuesto a la naturaleza (gnoseológicamente). La salud, entonces, no es natural, ni la naturaleza se identifica con la salud. El planteamiento llega en esta forma a un dualismo metafísico, a un idealismo gnoseológico" (Cohen, 1975).

Las concepciones parciales, ya sea ontológicas o gnoseológicas que siempre se han hecho, a lo que conducen de manera inevitable, es a excluir a la salud de la naturaleza, a desmaterializarla. En un extremo, la oposición entre salud y naturaleza lleva a concepciones dualistas, y en el otro extremo, resultan concepciones idealistas si se parte de una posición en la que se considera a la salud y la naturaleza como unidad.

Aparte del problema del reflejo se necesita estudiar el papel objetivo de la salud en el proceso del modo de vida humano, su personalidad. Es necesario estudiar la salud sin ninguna mistificación, como uno de los fenómenos del mundo material que permita a la ciencia ser más objetiva haciendo útil el concepto de salud.

Esto ha sido reconocido por varios autores, entre ellos Vega (1985), cuando dice que: " ... no es posible comprender la salud si se descuida su carácter de reflejo y su aspecto social, al igual que es imposible estudiar los fenómenos de la salud si no se le considera como existiendo de una forma objetiva, como un fenómeno del mundo material".

El ser humano no vive aislado, vive en sociedades específicas donde se dan relaciones sociales, de producción y estilos de vida concretos que determinan en buena medida, su salud enfermedad.

La conceptualización del proceso salud enfermedad debe por tanto, incluir sus elementos determinantes no sólo individual, sino también socialmente. Es un proceso históricamente determinado, que se caracteriza por ser dinámico, complejo y dialéctico.

Algunos autores hacen referencia a dos determinantes históricas en el proceso salud enfermedad: "...el dominio que la sociedad haya alcanzado sobre la naturaleza y el tipo de relaciones sociales que se establezcan entre sus miembros. Ambas determinantes, explican las condiciones materiales de vida de los diferentes grupos sociales, las cuales, a su vez, son el factor fundamental de la incidencia de la enfermedad y la muerte". (Terris, 1982).

Por otra parte, existe la necesidad de lograr una mejor comprensión de la influencia recíproca que existe entre el proceso económico y la salud: "Generalmente se ha considerado que la elevación de los niveles de salud es de alguna manera el resultado de la satisfacción de las necesidades esenciales como vivencia, alimentación, educación, etc." (COPLAMAR, 1980).

En algunas sociedades la salud no ha adquirido su adecuada prioridad, se encuentra supeditada a las necesidades del aparato productivo, que en su mayor parte tiene un carácter lucrativo. Un ejemplo de esto se presenta en el hecho de que los servicios de salud pública se ocupan básicamente de cubrir a la población asalariada, población cuyo buen estado de salud es requisito para el funcionamiento de la planta productiva.

En relación con lo anterior, es posible citar a Terris (1982), quien propone una versión modificada de la definición de la O.M.S., la cual se expresa de la siguiente manera: "Salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de malestar o dolencia" (el subrayado es propio); de acuerdo a él, la capacidad de funcionamiento se podría evaluar a partir de cuatro criterios:

- 1) medición del rendimiento,
- 2) estudios de capacidad de rendimiento,
- 3) medición de los impedimentos del rendimiento,
- 4) estudios de sensación subjetiva.

En esta definición, se puede observar claramente el papel del factor económico dentro del aparato productivo de una sociedad como un indicador de salud de los individuos: mientras el sujeto es capaz de producir es considerado como sano, y deja de serlo en el momento en que no es capaz de trabajar y afecta a la producción, y por tanto, a la economía.

Esto ocurre a pesar de que el estudio de la salud como necesidad esencial requiere concebirla como un valor social fundamental y no como un medio para el adecuado funcionamiento del aparato productivo.

En lo que se refiere a salud mental, se puede decir que cada época y cada sociedad han tenido sus propias definiciones tanto de salud como de enfermedad; definiciones que no son estáticas y que se modifican cuando cambian las circunstancias particulares que les dieron origen.

Desde el punto de vista histórico, esto se comprueba con el caso del vulgarmente llamado "loco" que hoy es comprendido como un enfermo y no como una persona poseída por los demonios. Sin embargo, aún en la actualidad, se continúan teniendo dificultades para la conceptualización de la salud y la enfermedad mental. "No existe acuerdo entre los profesionales de los distintos países para definir la enfermedad mental y sus variantes; pues aunque existen estudios epidemiológicos importantes, su confiabilidad deja mucho que desear, principalmente, por las diferencias que hay en los procedimientos de notificación y registro estadístico" (Velazco, 1975). Un ejemplo de esto es que, aunque el alcoholismo es uno de los principales problemas de salud pública en los países latinoamericanos, su reconocimiento como enfermedad no es frecuente.

Según Becoña (1996), hay cinco factores relativos al cuidado de la salud que influyeron para que naciera dentro de la psicología una disciplina de la salud.

a).- El concepto de salud y de tener "buena salud" cambió, es decir, ya no basta la sola ausencia de enfermedad. La conceptualización se hizo más holística e incorporó los aspectos psicológicos, ejemplo de ello es la definición de la O.M.S. (1974), (que abordaremos más adelante).

b).- También hubo un cambio en el modelo médico de atención a la salud, ya que siempre se había descuidado el aspecto psicológico.

c).- En tercer término, contribuyó el cambio en los patrones de enfermedad. La reducción de la frecuencia de enfermedades, gracias al avance de los fármacos y la creación de tecnologías médicas más eficientes, aumentaron la longevidad, con ello, se dió paso a que las enfermedades crónicas fuesen las de mayor incidencia en la muerte y no las epidémicas. Lo anteriormente citado, significa que la enfermedad está directamente relacionada con nuestra conducta. (Videla,

1991). Desde este punto de vista se afirma que enfermamos debido a una conducta y un medio ambiente inadecuados.

d).- Los factores de índole económica también jugaron un papel muy importante ya que los costos en los cuidados de la salud se han disparado utilizando gran cantidad del Producto Interno Bruto de los países desarrollados, sin que la población experimente un cambio favorable en su estado de salud proporcional al gasto, ello principalmente debido a que una gran cantidad del presupuesto va destinado a reparar los daños causados por hábitos y estilos de vida no saludables. Según Agras (1982) y Weiss, (1982), ésta es una de las razones para adoptar medidas preventivas para cambiar las conductas no saludables.

e).- "La madurez de la tecnología conductual ha contribuido de modo claro a la emergencia de la psicología de la salud en ese momento histórico (Agras, 1982), como un hecho casi natural al tener éxito en la salud mental y quedar a un paso la salud física que tiene clara relación con los factores psicológicos y conductuales." (Becoña, 1996).

Matarazzo (1980), definió la psicología de la salud como: "El agregado de las contribuciones educativa, científica y profesional de la disciplina de la psicología para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad y la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y disfunciones relacionadas".

Debido al progreso social, la salud mental tiene un lugar dentro del panorama médico, psicológico, sociológico y ha sido necesario definirla.

Algunos criterios no han tomado en cuenta el devenir histórico y las transformaciones sociales, sino que son prácticamente el resultado de criterios ideológicos. Tal es el caso, de la definición dada por la O.M.S. (1974), que se mantiene en un nivel de abstracción tal al hablar de "completo estado de bienestar" que algunos autores la han llegado a considerar más que una definición científica una definición teológica, pues ese estado de completo bienestar no sería otra cosa que el "paraíso" o el "nirvana".

Dentro de este mismo criterio, igual abstracción encierra la definición propuesta por el Congreso de Higiene Mental en Londres, (citado por Becoña, et al. 1996), que dice: "La salud mental consiste en el desarrollo óptimo de las aptitudes físicas, intelectuales y emocionales del individuo en cuanto no contraríe el desarrollo de los otros individuos".

Como dice Caruso (1964): "Tales definiciones son en primer término negativas, limitativas y además plantean cuestiones extremadamente complicadas. Aceptando que una sociedad sea injusta, ¿cómo conciliar el desarrollo óptimo de los oprimidos con el de los opresores?, ¿qué es el óptimo

desarrollo de un esclavo en una sociedad esclavista?, ¿de una mujer en una sociedad patriarcal?, lo óptimo de los opresores se puede mantener solamente en detrimento de lo óptimo de los oprimidos y viceversa".

Otras definiciones, más que concepciones parecen recetas, en donde se dice:

1).- El adulto poseedor de una buena salud mental trabajará por el mejoramiento del ser humano pero aceptará también a las personas y situaciones en la medida que los encuentre.

2).- Se sentirá elemento constitutivo del grupo al que pertenece y medirá sus satisfacciones por lo que es capaz de dar a los demás y no por su palabra egoísta.

3).- Tendrá conocimiento de su relación con el universo y su vida estará orientada hacia la íntima realidad.

4).- Conocerá sus propias limitaciones pero poseerá una dosis equitativa de confianza en sí mismo.

5).- No se sentirá deshecho por conflictos interiores sino que su personalidad estará integrada como totalidad.

6).- Enfrentará los problemas con sentimiento real y constructivo, no confundiendo evasión con solución.

7).- Dirigirá la vista hacia adelante mirando al futuro y no al pasado con intereses vivos y crecientes que lo muevan. Solamente pensando que lo mejor de la vida es lo que está por venir podrá considerarse poseedor de una perfecta "salud mental" (Castro, 1995).

Esto es subjetivo, pues el individuo se justificará con ello por ejemplo, al hacer discriminaciones raciales y sociales y hasta eliminando aquellos que de acuerdo con su criterio no contribuyan al progreso de la sociedad, y todavía se le llamaría "sano".

Es posible entonces ver con claridad que en ambos criterios se encuentran problemas difíciles de superar en cuanto a la definición del término salud mental.

Si tal es el panorama respecto a qué es la "salud mental", algo similar ocurre en lo que se refiere a saber qué es la "enfermedad mental" y aquí las polémicas giran entorno a tres ejes interrelacionados:

1).- La génesis o influencia de las variables orgánicas y sociales.

2).- Las definiciones en sí mismas.

3).- La validez científica de algunas categorías diagnósticas.

Se puede observar, cómo las distintas definiciones propuestas representan diversas concepciones del hombre y la sociedad, cargadas de la particular visión de quienes las formulan, y responden a sus necesidades teóricas individuales. Son explicaciones o definiciones que pueden resultar válidas sólo cuando son consideradas dentro del substrato que les da origen.

Se plantea entonces, la dificultad de presentar un concepto de salud. No se pretende dar una nueva definición del concepto: la idea central del presente es dejar en claro que no existe una definición, que la concepción de salud enfermedad depende siempre de la postura teórica - ideológica - de la que se parta.

2.- ADOLESCENCIA.

Sin duda, definir la adolescencia es un reto para cualquiera al igual que entenderla, o intentar trabajar con los adolescentes, los constantes cambios en un periodo de tiempo relativamente corto de la vida del ser humano, pueden darnos cuenta de lo difícil de este proceso de la vida.

De acuerdo a Hurlock (1981), la palabra adolescencia se deriva del verbo latín *adolescere* que significa crecer o crecer hacia la madurez. La adolescencia es un periodo de transición en el cual el individuo pasa física y psicológicamente desde la condición de niño a la de adulto. Por ser un estado global de la personalidad que es dinámico y permanentemente cambiante, se le puede aplicar el concepto de "el proceso adolescente".

Uno de los autores que más ha contribuido al estudio del desarrollo del individuo es Winicott (1985), quien en sus escritos menciona: "En la adolescencia, cada individuo está comprometido en una experiencia vital, en un problema de existencia", a lo que podríamos agregar: en un problema de supervivencia.

Este mismo autor considera que el único remedio efectivo para esta etapa fundamental del desarrollo del ser humano, es: "el transcurso del tiempo y los procesos glandulares de maduración", lo que en última instancia conduce al surgimiento de una persona adulta.

Más adelante anota, que se debe recordar que cada adolescente crece y puede convertirse en adulto en unos cuantos años; debiendo dejar entonces, de considerar a la adolescencia como un problema, ya que antes de que cualquier individuo logre ser un adulto responsable y socializado, tuvo que ser un adolescente.

Es importante tomar en cuenta que durante esta etapa del desarrollo, la persona está enfrascada en la tarea de afrontar los cambios que sufre tras la pubertad, pero este enfrentamiento se lleva a cabo no sólo con la serie de cambios biológicos y psicológicos inherentes a dicha fase, sino que a esto, se agrega la historia personal, cúmulo de experiencias tanto de la infancia temprana como de la niñez, así como de aquellas características personales heredadas y adquiridas de ese individuo en particular.

Así, el que ahora es un púber, comparece con una estructura psíquica de cierta envergadura, que le permitirá su desempeño en la etapa de la adolescencia, en la forma en que dicha estructura pueda adaptarse a las contingencias que se enfrente.

2.1 CÓMO DEFINIR A LA ADOLESCENCIA

Existen distintas definiciones de lo que es la adolescencia, es más, aún algunos han llegado a decir, que es más fácil definir lo que no es, que lo que en realidad es. Así, para algunos la adolescencia es un periodo de transición entre la infancia y la juventud. En la sociedad occidental este periodo comienza alrededor de los 12 años y termina teóricamente a los 19. En las mujeres ocurre entre los 12 y 17 años, mientras que en los varones acontece entre los 13 y los 20 años. En esta etapa se presenta una progresiva diferenciación biológica y psicológica, considerándola como el periodo más delicado del desarrollo, puesto que de ella dependen las características posteriores del sujeto adulto (Craig, 1989).

Por otro lado, Lindgren, en su *Tratado de psicología*, la define como un: "periodo o etapa del desarrollo que se sitúa entre la niñez y la edad adulta", y considera que empieza a mostrarse hacia los 10, 11 o 12 años de edad, a través de cambios en el aspecto y la conducta, lo cual puede llamarse preadolescencia. Se considera que la definición más acertada es la de Blos (1962), quien refiere que la adolescencia puede concebirse como: "el proceso psicológico de adaptación a la pubertad", criterio compartido por gran número de autores en la actualidad.

La adolescencia es un periodo muy importante de la especie humana, durante la cual, se da la máxima diferenciación sexual y donde se dan diversos y rápidos cambios fisiológicos e intelectuales, así como en la personalidad.

Tordjan 1984, (en Graig 1989), considera la etapa adolescente como "un periodo de transición, una etapa del ciclo de crecimiento que marca el final de la niñez y anuncia la adultez. Para muchos jóvenes la adolescencia es un periodo de incertidumbre e inclusive de desesperación, para otros es una etapa de amistades íntimas, de aflojamiento de las ligaduras con los padres y de sueños acerca del futuro"

En general, como se puede observar en estas definiciones la adolescencia se conceptualiza como un conjunto de características que definen un episodio de la vida, o que abarca la segunda década. Se tiende a generalizar las similitudes de los adolescentes de ambos sexos, sin considerar las grandes diferencias evolutivas que existen entre ellos, en todo caso lo que debe de quedar bien sentado es que "los comienzos y terminación de la adolescencia en el hombre y en la mujer no son sincrónicos, su respectiva maduración y desarrollo no avanzan a ritmo parejo ni tampoco son de naturaleza totalmente comparable" (Blos, 1981). Un segundo aspecto a resaltar es que los conflictos de la adolescencia se suscitan por factores internos y externos, y que las manifestaciones de los mismos son similares. Como tercer elemento se subraya la importancia que tienen los aspectos biológico y sociales.

Con la finalidad de homogeneizar el concepto de adolescencia, se realizará una breve revisión de los aspectos más importantes del desarrollo de la adolescencia. Dando por hecho que en ello participan tres sistemas que son:

Biológico.- Como la maduración de los sistemas nervioso y endocrino.

Psicológico.- Desarrollo intelectual y la experiencia personal.

Sociocultural.- Transmisión cultural y el contexto socioeconómico.

Esta descripción está organizada desde un punto de vista cronológico, sin olvidar que los parámetros que se citan no son rígidos e inflexibles, pues como se sabe que el desarrollo (como ya se señaló) varía según cada individuo en cuanto a ritmo, velocidad y características particulares.

2.2 ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA

Aun cuando es claro que la adolescencia es una etapa de mediana duración, comparándola con la edad adulta, es conveniente dividirla en tres estadios, que se superponen caracterizándose por elementos y fenómenos específicos, tanto biológicos como psicológicos, en cada uno de ellos. Se retoma de Espinosa (1991), algunos elementos de su descripción de la etapa.

2.2.1. Adolescencia temprana (11 a 15 años)

Esta etapa se caracteriza por la búsqueda de autonomía, independencia y propia identidad; la rebelión a todo lo que significa autoridad y el inicio del pensamiento abstracto (hipotético deductivo).

Está matizada por muchos y muy rápidos cambios tanto internos como externos, debido a la aparición de la pubertad. La respuesta del adolescente a ella, es en general de preocupación por los siguientes aspectos: Tamaño y posición de los órganos genitales (en el varón). Tamaño de los senos y la función de la menstruación (en la mujer). Estatura, acné, acrecentamiento de los impulsos sexuales y agresivos que no sabe manejar, comparación de sí mismo con los amigos, la nueva conciencia que tiene de su cuerpo, sentimientos bisexuales que le provocan confusión, etc.

Durante el inicio de la adolescencia, entendida como el fenómeno psico-socio-cultural, aparece un incremento de los impulsos sexuales y agresivos en comparación con las etapas anteriores, en las que estaban más o menos dominados.

Con el funcionamiento hormonal aparece un gran desequilibrio emocional. El joven busca la descarga de su impulso, por ejemplo en la masturbación, que aparece como parte normal de su crecimiento y desarrollo psicosexual. A menudo se acompaña de fantasías de todo tipo, sin causar daño físico o mental a excepción de que le provoque fuertes sentimientos de culpa.

Los conflictos bisexuales, son parte del desarrollo del adolescente. Pertenecen a una etapa de maduración en donde él, está probando su identidad sexual.

Las actitudes sexuales entre individuos del mismo sexo son muy frecuentes durante esta etapa de la vida, pues el adolescente se siente íntimamente ligado a su grupo; por lo que no deben ser consideradas como preámbulo a la homosexualidad.

El adolescente pasa la mayor parte del tiempo con su grupo de pares, hecho que le ayuda a independizarse del núcleo familiar, así como a redefinir su identidad sexual.

A medida que el adolescente comienza a afrontar, o asimilar e integrar los cambios ocasionados por la pubertad, se vuelve de modo creciente hacia el otro sexo.

A través de sus fantasías, ha venido ensayando su conducta al respecto; las actividades compartidas con otros jóvenes del mismo sexo le han confirmado que la atracción y el deseo sexual son no tan sólo algo normal, sino conductas hipervaloradas a nivel social en la mayoría de los casos.

2.2.2 Adolescencia tardía (16 a 19 años).

Esta etapa se caracteriza por la cantidad de decisiones trascendentales que el joven va a tener que tomar.

En la segunda fase de la adolescencia, el joven inicia su heterosexualidad con citas y noviazgos que empiezan por tener una corta duración y finalizan con su estabilidad que lleva al deseo de formar una familia.

Sin embargo, el joven, aunque ya se encuentra casi maduro desde el punto de vista biológico, aún no alcanza la madurez psicológica y social necesarias para manifestar su impulso sexual de una manera aceptada por la sociedad, (como lo es el matrimonio), por lo que tiene que seleccionar una o varias alternativas que se le presentan, de acuerdo a edad, sexo y tipo de educación recibida.

En esta etapa el desarrollo intelectual y emocional, lleva a los jóvenes al deseo de formar su propia escala de valores y de lograr una autosuficiencia e independencia social y familiar.

2.2.3. Juventud (19 a 23 años)

La proximidad del matrimonio (si éste no se ha dado), hace de éste un período de máxima conciencia interpersonal e intrapsicosexual. Es la etapa en la que el estatus sexual propio, es parte del estatus social público.

Las relaciones "premaritales" se dan casi en todos los varones y actualmente en un mayor número de mujeres.

La masturbación puede ser considerada como común en ambos sexos, así como el jugueteo sexual mutuo.

La preocupación general esta en relación al desempeño sexual en ambos sexos, y en los hombres más específicamente, en cuanto a las enfermedades sexualmente transmisibles.

En las mujeres en cuanto a embarazos no deseados, a su reputación, si la relación no culmina en matrimonio legal y a la conservación o no de la virginidad hasta el matrimonio.

Como podemos ver con todo lo expuesto, la infancia y la adolescencia son los cimientos de la vida adulta y por tanto, los factores que influyen en el desarrollo psicosexual en etapas cruciales de la vida, se verán plasmados en conductas, sentimientos y actitudes en los años siguientes de la vida adulta.

Otros autores (Blos, 1981 y Aberasturi, 1971) la han dividido en: preadolescencia; adolescencia temprana; adolescencia propiamente dicha; y adolescencia tardía.

La primera etapa, consideran, empieza con la aparición de cambios sexuales incipientes, pero que a su vez provocan un cambio en el aspecto corporal que determina una serie de respuestas psicológicas adaptativas, echándose a andar todo el proceso adolescente.

De cualquier forma, esta etapa está plagada de modificaciones tanto físicas como psicológicas, de necesidades básicas y superiores, de deseos, fantasías, temores, frustraciones e ilusiones; y todas ellas luchan en el interior de cada uno de los adolescentes.

De los padres, la familia y la sociedad depende que todos estos fenómenos y sucesos logren un punto de equilibrio.

En cuanto a la rapidez con que acontece este proceso y se desarrolla normalmente, o con desviaciones, existen muchas variaciones, ya que algunos individuos llegan a un nivel adulto antes, otros después, e incluso hay algunos que nunca llegan. Estas diferencias dependen de una gran variedad de factores, entre

ellos: sexo, situación familiar, características personales y la posibilidad de tener distintas oportunidades y opciones, Pero es importante recordar que: lo que espera de nosotros la familia y la sociedad, y por tanto, lo que esperamos de nosotros mismos, juega un papel fundamental al determinar cuándo finaliza la adolescencia y cuándo empieza la edad adulta... (Espinoza, 1991).

El desarrollo psicológico del ser humano, es un proceso que toma lugar a través de múltiples fenómenos que ocurren a diferentes niveles, afectan en cadena y se afectan por cada fenómeno producido. El estudio del desarrollo, se puede emprender mediante la observación de algunos de los diferentes niveles en que ocurren estos fenómenos, como: el desarrollo de las relaciones interpersonales, el de las funciones intelectuales, el de las sexuales, etc., lo que siempre resulta en una visión parcial y unidimensional. Sin embargo, si lo abordamos a través del concepto de líneas del desarrollo, se puede comprender en su totalidad.

Nunca han dejado de reconocer los observadores del desarrollo humano, la enorme significación de las dimensiones físicas y psicológicas de la pubertad. En la maduración sexual, se ha dado siempre gran importancia a esta etapa del crecimiento, a la cual están relacionadas directa y causalmente las transformaciones de la personalidad. Sin embargo, no había sido posible entender la pubertad en sus aspectos psicológicos hasta que el psicoanálisis exploró y sistematizó la psicología de la niñez temprana; al hablar de adolescencia nos referimos a estos aspectos. Las aclaraciones sobre la niñez temprana, unían genéticamente a la adolescencia con los periodos más tempranos de la vida; así, la pubertad estaba establecida como una continuidad del desarrollo psicológico. Se reconoce a la adolescencia como la etapa terminal de la cuarta fase del desarrollo psicosexual, la fase genital, que había sido interrumpida por el periodo de la latencia.

El suceso biológico de la pubertad produce un nuevo impulso y una nueva organización en el yo. En este proceso, se reconoce el modelo del desarrollo de la niñez temprana, en donde las organizaciones mentales se forman en asociaciones con las funciones fisiológicas, estableciendo así las zonas erógenas del cuerpo. El término pubertad, se emplea para calificar las manifestaciones físicas de la maduración sexual. El término adolescencia, se emplea para calificar los procesos psicológicos de adaptación a las condiciones de la pubertad.

El hecho, es que el cambio puberal o el estado de maduración sexual, influyen en la aparición y en la declinación de ciertos intereses y actitudes.

Durante el periodo de crecimiento comprendido entre las dos primeras décadas de la vida hay una diferenciación e integración progresiva de la personalidad. Los procesos de diferenciación son llevados a cabo por los estímulos de maduración que actúan simultáneamente de adentro y de afuera, en forma suplementaria y complementaria, y se integran de acuerdo con el tiempo de

maduración del cuerpo y del aparato psíquico. La capacidad para valorar, reconciliar y acomodar los estímulos internos y externos, tanto benignos como peligrosos, permite al yo mantenerse en una armonía relativa con los impulsos, el superyo y el ambiente.

Se debe tener en mente, que los complejos fenómenos de la adolescencia están constituidos sobre antecedentes específicos que residen en la niñez temprana. Entendiendo esto, se puede comprender los factores psicológicos de la adolescencia.

La adolescencia, está principalmente caracterizada por cambios físicos que se reflejan en todas las facetas de la conducta. Además de que los adolescentes de ambos sexos se ven profundamente afectados por los cambios físicos que ocurren en sus propios cuerpos, también en forma más sutil y en un nivel inconsciente, el proceso de la pubertad afecta el desarrollo de sus intereses, su conducta social y la cualidad de su vida afectiva.

Estas pautas no deben desde luego ser consideradas como resultado directo de los factores psicológicos, porque no puede establecerse un paralelo directo entre los cambios que ocurren en forma simultánea en la adolescencia en los terrenos, anatómicos, fisiológicos, mentales y emocionales. Las disposiciones existentes antes de la pubertad siempre afectarán el resultado final.

Se debe entender a la adolescencia como la suma total de todos los intentos para ajustarse a la etapa de pubertad, el nuevo grupo de condiciones internas y externas endógenas y exógenas que confrontan al individuo. La necesidad urgente de enfrentarse a la nueva condición de la pubertad evoca todos los modos de excitación, tensión, gratificación y defensa que jugaron un papel en los años previos, es decir, durante el desarrollo psicosexual de la infancia y la temprana niñez. Esta mezcla infantil es responsable del carácter grotesco y regresivo de la conducta adolescente; es la expresión típica de la lucha por recuperar o de retener un equilibrio psíquico que ha sido sacudido por la crisis de la pubertad. Las necesidades emocionales significativas y los conflictos de la niñez temprana deben ser recapitulados, antes de que puedan encontrarse nuevas soluciones con metas instintivas cualitativamente diferentes e intereses yoicos igualmente diferentes. A esto se debe, que la adolescencia haya sido llamada la segunda edición de la infancia; ambos periodos tienen en común el hecho de que, "un ello relativamente fuerte confronta a un yo relativamente débil" (Freud, A. 1936). Debe tenerse en mente que las fases pregenitales de organización sexual, todavía trabajan tratando de afirmarse e interfieren intermitentemente con el progreso hacia la madurez. El avance gradual durante la adolescencia hacia la posición genital y la orientación heterosexual, es sólo la continuación de un desarrollo que se estancó temporalmente al declinar la fase edípica.

En la adolescencia se presenta un segundo paso en el proceso de separación-individuación; el primero ocurre hacia el final del segundo año de vida,

cuando el niño experimenta la fatal distinción entre "ser " y "no ser". Una experiencia de individuación similar, aunque mucho más compleja, ocurre durante la adolescencia, que lleva en su etapa final a un sentido de identidad.

Antes de que el adolescente pueda consolidar esta formación, debe pasar por etapas de introspección y de existencia fragmentada. Los esfuerzos resistentes, opuestos y rebeldes, las etapas de experimentación, el probar, el ir cayendo en excesos, todo tiene una utilidad positiva en el proceso de autodefinición.

La individuación adolescente se acompaña de sentimientos de aislamiento, soledad y confusión. La individuación lleva a algunos de los preciados sueños megalomaniacos de la infancia, a un fin irrevocable. Deben ser ahora relegados enteramente a la fantasía. La realización de la finalidad del término de la infancia, de la naturaleza envolvente de los compromisos, de la limitación concreta de la existencia individual, crea un sentido de urgencia, miedo y pánico.

Durante la adolescencia ocurre una profunda reorganización de la vida emocional con un estado de conflicto bien reconocido. La elaboración de defensas características, con frecuencia extremas y también transitorias, mantienen la integridad del yo.

El problema central de la adolescencia recae en una serie de dilemas sobre las relaciones de objeto. La solución de este problema depende de muchas variaciones, vinculadas a la historia previa del individuo.

Las fases de la adolescencia, traen a colación los impulsos en sus diversas constelaciones regresivas y progresivas u organizaciones de fase específica. De hecho, podemos decir que a través de toda la adolescencia el yo está en el más íntimo involucramiento (egocentrismo), a fin de poder cumplir con la tarea principal que tiene esta etapa del desarrollo: la búsqueda y logro de una identidad propia y única.

Muchos padres y educadores temen a esta etapa del desarrollo, debido a los incontables problemas que se presentan. Después de un largo periodo de comportamiento relativamente estable, el niño se torna súbitamente falto de equilibrio, inestable, y sus reacciones son impredecibles a medida que entra en la adolescencia.

2.3. PROCESOS DE DESARROLLO

Por desarrollo psicológico deberá entenderse, el proceso gradual de diferenciación (individuación), manifestado a través de los cambios de conducta que se encuentran ligados a los procesos de crecimiento, evolución mental y medio ambiente.

La adolescencia puede considerarse, entonces, como un proceso en el desarrollo psíquico del individuo hacia la adquisición de una madurez que implica la transformación en algo nuevo, de aquello que conserva en sí mismo lo antiguo: la infancia no desaparece totalmente, así como tampoco se accede nunca a una madurez absoluta.

El estudio psicoanalítico de la adolescencia comprende necesariamente la relación entre adolescencia e infancia. Jones demostró que el individuo, recapitula y amplía en la segunda década de la vida el desarrollo que experimenta en sus primeros años de infancia. Blos (1981) confirma esta idea al afirmar: "Lo característico y específico del desarrollo adolescente está determinado por organizaciones psicológicas anteriores, y por experiencias individuales ocurridas durante los años que preceden al periodo de latencia".

La llamada "crisis de adolescencia", supone el antagonismo de elementos incompatibles: aquellos por los que el sujeto permanece niño y aquellos otros por los que se convierte en adulto. Esta simultaneidad de aspectos contradictorios desprende una rebelión contra uno mismo, y una desadaptación para con los demás, puesto que se está fuera de los márgenes de la niñez y de la adultez.

La adolescencia, logra con frecuencia una recuperación espontánea de influencias infantiles debilitantes y ofrece al individuo una oportunidad para modificar o rectificar exigencias infantiles que amenazaban con impedir su desarrollo progresivo.

Los procesos regresivos de la adolescencia, permiten la reconstrucción de desarrollos tempranos defectuosos: "La experiencia puede resolver conflictos o cambiarlos a una dirección final; puede dar pie a una, estructuras más antiguas y oscilantes" (Fenichel, 1966).

Erickson (1950), sugiere que la adolescencia es una "crisis normativa", es decir, una fase normal de conflicto acentuado, caracterizado por una aparente fluctuación en la fortaleza yoica, y también por un alto potencial de crecimiento.

A manera de conclusión, es la adolescencia la suma de todos los intentos por ajustarse a las nuevas condiciones internas y externas que confronta el individuo. La necesidad urgente de enfrentarse a la nueva condición evoca todos los modos de tensión, excitación, defensa y gratificación que jugaron un papel importante en los años previos.

Las necesidades emocionales significativas y los conflictos de la temprana niñez, deben ser recapitulados antes de que puedan encontrarse nuevas soluciones con metas cualitativamente diferentes e intereses más maduros.

Deberá tenerse en cuenta que el avance gradual durante la adolescencia hacia la posición genital y la orientación heterosexual, es sólo la continuación de un proceso que se estancó temporalmente al declinar la fase edípica. Finalmente la adolescencia, como proceso de desarrollo, finalizará satisfactoriamente al cubrir 3 propósitos centrales:

1.- Liberación de la dependencia de la autoridad y protección paternas, aprendiendo a asumir responsabilidades.

2.- Efectuar la transición de los intereses de grupo a una adaptación heterosexual equilibrada.

3.- El ajuste a las propias aptitudes y limitaciones.

2.3.1 Cambios emocionales y de conducta

La visión dicotómica de los hechos y las cosas, es muy propia de la edad adolescente: o es blanco, o es negro, no hay términos medios. De ahí lo extremo de los juicios, la asunción de ideas radicales; aún el pensamiento no es plenamente ponderativo.

Caracterizar al adolescente como extrovertido, entusiasta y apasionado no supone en modo alguno que tales aspectos sean constantes emocionales de su vida. Es más, la depresión, el abatimiento o la melancolía hacen su aparición con frecuencia en la existencia cotidiana, poniendo en relieve que aún no se ha accedido a un grado de estabilidad emocional propia del adulto. La tristeza alterna con la alegría, los estados exultantes con las depresiones, aunque predomine abiertamente la tónica positiva

Las reacciones emocionales son producidas por las tensiones a que está sometido el adolescente, en su esfuerzo por librarse de la dependencia múltiple que hasta ahora le guiaba (padres, maestros, etc.). Agravado todo por los problemas derivados de la maduración sexual. Estas reacciones primarias son de carácter emocional, todavía no afectivo, y son reacciones de inquietud, inestabilidad y de amargura, puesto que el adolescente no consigue comprenderse.

Queda por señalar la implicación del sujeto en su propia acción. El dinamismo del adolescente se basa en una total confianza en las propias posibilidades. Se siente capaz de todo; no se trata, por supuesto, de una confianza realista, sino envuelta en un halo nuevo de omnipotencia y optimismo. El dinamismo, significa atención e interés por cuanto le rodea: el adolescente quiere saberlo y entenderlo todo.

Sin embargo, concebida la evolución como un proceso bipolar, el adolescente se debate en medio de tensiones y crisis que se caracterizan por rasgos y comportamientos opuestos. En el avance del adolescente hacia ámbitos más armónicos y conductas más integradas, aparecen obstáculos que impiden tal progresión. El adolescente no ha adquirido aún la experiencia para afrontar todas las dificultades, y naturalmente, el avance puede verse obstaculizado por el fracaso, o por la frustración ante un objetivo no conseguido. En tal contexto puede optar por el repliegue personal, por el retraimiento como forma de defensa ante la situación hostil.

Una primera consecuencia será la ausencia de confianza en sí mismo y una radical inseguridad. Por otro lado, se hace uso excesivo de la fantasía como elemento de compensación ante la imposibilidad de una satisfacción en la realidad. Jersila (en Samperio, 1994) sintetiza las variadas funciones que puede desempeñar la fantasía:

1. Forma irreal de satisfacer deseos incumplidos o no plenamente satisfechos, por tanto, es un medio de evasión.
2. Se relaciona con la memoria, al plantearse un recordatorio de satisfacciones no realizadas.
3. La forma de pensamiento que puede ayudar a resolver problemas que se plantean en la vida cotidiana. Posee, algunas veces, la función de mera descarga emotiva.

Las necesidades de aceptación, de buena fama y de estimación no aspiran sólo a una favorable acogida externa, sino también a una sintonía en cuanto a opinión, criterios y sentimientos. La necesidad de aceptación, conduce a la búsqueda de comprensión y lógicamente se intercala la preocupación por la apariencia. Una de las grandes motivaciones del adolescente, es causar buena impresión y conseguir el beneplácito de los demás. En los varones se canaliza a las demostraciones de habilidad y de ingenio y en las mujeres, en la coquetería y los atractivos personales.

Es posible concluir que la etapa adolescente tiene el sentido de una fase de interiorización de la conducta, de la afectividad y del pensamiento, intercalada entre dos periodos de expansión: uno despersonalizado y gregario que precede en la edad puberal, y otro socializado y personal, que se asoma a la convivencia en actitud cooperativa y consciente.

2.3.2. Egocentrismo

Durante la adolescencia, el individuo puede tratar sus propias operaciones mentales como objeto de consideración intelectual. Pueden someterse a consideración no solamente las percepciones de otro, sino también sus propias operaciones lógicas. Así, puede pensar en sí mismo como lo harían otros, es decir, considerarse a sí mismo como el objeto de las percepciones y pensamientos de los demás. Por tanto, el egocentrismo de la adolescencia, según es descrito por Eikind, (1975 en Craig 1989) equivale a la persuasión del adolescente de que él o ella son de alguna manera exclusiva y única, el foco de preocupación de otros.

Los dos aspectos de este egocentrismo son; la preocupación por la presencia de un "público imaginario" y la "fábula personal". El primero se refiere a la creencia de que el sujeto está siendo observado por otro, y que de alguna manera es el centro de atención. Es evidente que los cambios físicos por los que los adolescentes están pasando los hacen más conscientes de su propio desarrollo, y que por esta razón se convierten en una gran preocupación. Dicha autoconciencia de cambio, y la preocupación correlativa por un público imaginario suele conducir a la crítica y a la alabanza de uno mismo.

Por otro lado, el término de "fábula personal" designa la persuasión del adolescente, de que sus pensamientos, sentimientos y experiencias son únicos. Le parece imposible que un adulto pueda comprender lo que le sucede. Lo que podría parecer oposición obstinada o negativismo, suele ser el resultado de esta fábula personal.

Una de las consecuencias del egocentrismo propio de la adolescencia, es el idealismo poco realista. Piaget (1973) afirma: "El adolescente no solamente se esfuerza por adaptar su ego a este ambiente social, sino que, con el mismo empeño se esfuerza por adaptar el ambiente a su ego". Conforme a ésto, el adolescente suele interesarse por problemas de índole religioso, social, económico y político, discurriendo con gran habilidad para especular y para considerar alternativas simultáneamente.

2.3.3. Búsqueda de Identidad

En la adolescencia dice Erickson (1950), "presenciamos el segundo paso en la individuación; el primero ocurre, hacia el final del 2 año de vida cuando el niño experimenta la diferencia entre el "yo" y el "no yo". La experiencia de individuación es más compleja, y lleva en su etapa final un sentido de identidad".

Antes de que el adolescente pueda consolidar esta formación, deberá pasar por etapas de autoconciencia y de existencia fragmentada; asimismo, las etapas de experimentación tienen utilidad positiva en el proceso de autodefinición.

La individuación adolescente se acompaña de sentimientos de aislamiento, soledad y confusión, así como de euforia y megalomanía. El incremento de la diferenciación psíquica, es necesariamente acompañado por un aumento en la habilidad psicológica.

El problema del adolescente en la búsqueda de la identidad, es la conservación de la continuidad de un sujeto que antes fue asexual (en sentido de genitalidad), inmaduro y no responsable, y que ahora deberá asumir las responsabilidades de su genitalidad.

La lucha por encontrarse a sí mismo puede revestir gran variedad de formas: la búsqueda de una vocación o carrera, la elaboración del propio papel, logros especiales o la identificación con otros.

La rebelión en contra del grupo establecido al mismo tiempo que la conformidad, son señales de la búsqueda de identidad. Un sujeto puede afianzar su identidad conformándose con las costumbres que prevalecen o en una forma negativa por medio de la rebelión y la delincuencia.

El ideal en la búsqueda de todo adolescente se concreta en la construcción de un código personal de convicciones, en un intento de fundir armónicamente las estructuras intelectuales y afectivas en el flujo real de la conducta responsable.

Según Hauser (1991), los logros que afianzan un sentimiento de identidad son los siguientes:

1. Sentimiento de independencia con respecto a los padres.
2. La adquisición de aptitudes en el desempeño social.
3. El reconocimiento del propio valor.
4. Desarrollo de habilidades académicas y vocacionales.
5. Adaptación al cambio físico y al desarrollo sexual.
6. Asimilación del conjunto de normas y valores internalizados.

2. 4. METAPSICOLOGÍA

Casi cualquier texto de desarrollo puede indicar los cambios que presenta el adolescente en su estructura física, de personalidad y de funcionamiento social, sin embargo, la mayoría de los autores no centran su interés en explicar que es lo que pasa en el aparato psíquico del adolescente (como ya se señaló), incluso los mencionados han tenido cierta dificultad en explicar el funcionamiento intrapsíquico del adolescente. En las líneas siguientes se muestran los aportes de Aryan (1985), al funcionamiento del aparato psíquico.

Las investigaciones psicoanalíticas de la adolescencia, se basan sin excepción, en tres premisas fundamentales que introdujera Freud en la metamorfosis de la pubertad (Tres ensayos ...,1905) a) la subordinación de la pregenitalidad a la genitalidad; b) el establecimiento de nuevos objetivos sexuales heterosexuales; y c) la consolidación de la exogamia. (Laufer, 1975; Aryan, 1985)

Con base en estas premisas la consecuencia lógica fue considerar a la adolescencia como una etapa de formación final, un puente entre la sexualidad polimorfa infantil y la sexualidad adulta centrada en la genitalidad.

Aberastury (1989), describe las características psicológicas de la adolescencia compartiendo conceptos de psicólogos sociales. Ella, la considera, como un fenómeno humano dentro del marco cultural social: postuló el "síndrome normal de la adolescencia" del duelo por el cuerpo, identidad y el rol infantil, y los padres de la infancia. Esta autora adoptó para la adolescencia los aportes de Klein (1950), acerca del duelo.

Sin embargo, éste no se puede entender sin considerar los aportes de Freud (1914) al estudio del narcisismo, que por una parte da explicación a situaciones patológicas y por otra describe una situación normal y habitual de la vida amorosa. Allí Freud afirmó que cuando el sujeto inicia la vida, su inmadurez y dependencia hacen que tome a su madre como primer objeto erótico, pero no alcanza a diferenciarse de ella, por lo que la siente como una parte de él mismo.

En adelante tendrá dos objetos de amor; él mismo y los objetos externos, en los que se reeditan las satisfacciones infantiles, es decir de manera narcisista y la objetal. Esta brevísima descripción es fundamental para entender los duelos de la adolescencia si consideramos que: la relación narcisista funciona en un vínculo diádico, con dos términos en espejo, el primero por identificación primaria que propicia la omnipotencia; y la segunda la atribuida al objeto, vivida como confirmatoria, en donde la sensación de completud con éste, le permiten experimentarlo como un otro yo, en general crean un estado de autoengrandecimiento el "yo ideal".

Es por lo anterior que el complejo de Edipo resulta el golpe más fuerte al narcisismo, se desmiente en el niño la omnipotencia de bisexualidad y aparece la diferencia de los sexos, la escena primaria y el enigma de la procreación. De aquí en adelante se oscila entre el deseo de la perfección narcisista y la aceptación de la realidad de la parcialidad y la finitud que toda satisfacción implica. En cada pérdida se reactivan los componentes narcisistas, que solo se atenúan cuando se elaboran los duelos. Destaca también como indicador clínico que en la melancolía: la pérdida es de naturaleza más ideal tal vez el objeto no está muerto, pero se perdió como objeto de amor.

Como características del objeto perdido señala Freud, (1914) que se trata de un objeto elegido narcisistamente, "o sea a imagen y semejanza del yo arcaico cuando el yo era su propio ideal". El amor al objeto es ambivalente, "intenso pero lábil", es decir que funciona según la lógica del todo o nada, razón por la cual ante el mínimo revés se siente que se pierde todo y entonces "... se instala como sustitución de dicha pérdida una identificación narcisista con todas las características ambivalentes del modo oral sádico".

Cuanta similitud se encuentra en las quejas de los padres de adolescentes cuando consultan: "no hay nada que lo conforme, pero nunca se le entiende por qué, ni él se entiende. Pide algo, incluso empieza con bastante entusiasmo y a las pocas semanas cambia de interés, pero nadie sabe por qué, y nosotros ya no sabemos qué ofrecerle ni qué aconsejar". Es que la identidad infantil en crisis y el deseo genital incrementado hacen vivenciar un vacío intenso, porque no se puede encontrar un objeto (una solución) ideal que los satisfaga totalmente. Así, la autoestima es vulnerada por la omnipotencia perdida, y se trata de reequilibrar vanamente a través de la búsqueda de la saciedad del hambre de objetos externos. Desde los padres, ésto es visto como inconstancia egoísta.

Klein (1957), ubica el duelo entre los fenómenos de la posición depresiva, considerando que la pérdida de una persona amada reactiva esa posición infantil. A diferencia de Freud, demuestra que la pérdida de un objeto bueno externo, paralelamente ocasiona el sentimiento inconsciente de haber perdido el objeto bueno y amado interno; hay dolor y pena por los dos, pero también, persecución de los objetos malos y odiados, por la culpa proyectada ante el bueno. Por lo que, se reactivan, en el duelo normal, las tempranas ansiedades persecutorias y depresivas de la posición depresiva infantil. Sólo el amor mitigará el odio, favoreciendo la reunificación de los aspectos idealizados y persecutorios de los objetos internos a través de la disminución de las defensas maníacas, la aceptación de la culpa y la responsabilidad por los daños ocasionados y del proceso de reparación.

Freud en su obra *Duelo y Melancolía* (1915), introdujo la idea de que la pérdida en la melancolía es narcisista e inconsciente, aunque pueda tener la apariencia de pérdida objetal, y el rebajamiento de la autoestima es su indicador. Klein (1932), describió, más tarde, estos componentes melancólicos en el duelo normal al plantear: "el sujeto en duelo atraviesa por un estado maníaco-depresivo modificado y transitorio, y lo vence repitiendo, en diferentes circunstancias y con diferentes manifestaciones, los procesos por los que atraviesa el niño en su desarrollo temprano" (p 288). Pudo arribar a esta comprensión gracias a su concepto de objeto interno en la realidad psíquica, con vida independiente del externo.

Y continua, "aplicar estas ideas al estudio del estado mental adolescente y considerarlo como una neurosis narcisista (obviamente no como sinónimo de psicosis), cuyo padecimiento central sería una melancolía incipiente, un estado

global de la personalidad que es dinámico y permanentemente cambiante, sin la estabilidad de las neurosis de los adultos”.

La diferencia entre la adolescencia como neurosis narcisista y la melancolía sería la siguiente: el adolescente, por haber desarrollado su capacidad de simbolización durante la elaboración adecuada de sus ansiedades depresivas, en los sucesivos pequeños y grandes duelos de la infancia, padece sólo temporariamente regresiones narcisistas que lo llevan a restablecer relaciones de objeto parciales. Es una reactivación narcisista. Una vez reelaborados los (tres) duelos básicos, se reintegrará en relaciones de objeto totales y logrará un nuevo salto cualitativo en su capacidad simbólica y, por ende, en su juicio de realidad. Mientras que el melancólico (adolescente o adulto) fracasa, una y otra vez, en la elaboración y resignificación de las pérdidas narcisistas, durante los múltiples duelos que la realidad impone. Es una patología estructural del carácter.

Por esta diferencia es que en la clínica se observa que si bien el adolescente, por su autoestima vulnerada, padece una reactivación de su ambivalencia hasta grados por momentos alarmantes, su capacidad previamente adquirida de simbolizar pérdidas, aunque no funcione en pleno, resulta suficiente para preservarlo de autorreproches y autocastigos severos. Su hambre de objetos se mantiene. Su capacidad de amar no se pierde. No devuelve sistemáticamente odio por amor y las relaciones con los buenos objetos internos y externos no se deterioran definitivamente. Mientras que en el melancólico, por su reiterada identificación narcisista con los objetos perdidos (por atacados), surgen como forma habitual de respuesta, las actuaciones destructivas y autodestructivas, y el empobrecimiento y deterioro de la personalidad se hacen cada vez más serios.

Hasta aquí, se ha intentado hacer una descripción de lo que ocurre con la pérdida del narcisismo y como segunda vía lo que acontece con la melancolía, pero hay una tercera vía, es el estudio de las perturbaciones de la sexualidad por el grado de injerencia del narcisismo.

En este campo los dos autores que han hecho aportes específicos a la psicología adolescente a partir de la clínica, son Blos (1981) y Meltzer (1974), al primero se le citará con cierta extensión. Blos (1981) apoyándose en las ideas freudianas, desarrolla las vicisitudes del complejo de Edipo completo y la evolución del ideal del yo, y adapta el concepto de separación-individuación de Mahler (1968), para explicar el desprendimiento adolescente.

Dice en *La transición adolescente*:

"... la decadencia del complejo de Edipo al final de la fase fálica representa una suspensión de una constelación conflictiva y no una disolución definitiva. La disolución del complejo de Edipo, es completada no meramente repetida durante la adolescencia... Cuando hablo del complejo de Edipo en general, nos referimos tanto al componente positivo como al negativo. (. . .) el niño de la prelatencia soporta la bisexualidad sin el desajuste que se produce en la pubertad. El complejo de Edipo positivo es el que cae bajo la represión o es disuelto mediante la identificación y la influencia reguladora del superyo, al final de la fase fálica. Será misión de la disolución edípica adolescente transmutar el complejo de Edipo negativo (pág. 386) (. . .) Queda implícito que otra tarea evolutiva de este período es la de llegar a un arreglo con el componente homosexual de la pubertad. (. . .) La formación de la identidad se funda en el completamiento de este proceso. (. . .) Uno podría relegar por entero la transposición de la pulsión parcial en cuestión, a actitudes emocionales neutralizadas (o sea, desexualizadas); a rasgos de carácter y a empeños sublimatorios la teoría psicoanalítica clásica explícita la disolución del complejo de Edipo negativo guiada por esta lógica"; . . "lo edípico negativo es una relación narcisista de objeto. ("amo lo que quiero ser"); en la adolescencia la libido investida en este vínculo se desexualiza e inicia así la estructura del ideal del yo adulto. La creencia infantil en la factibilidad de la perfección es relevada, en la adolescencia tardía, por el impulso a aproximársele (pág. 389). (. . .) el ideal del yo adulto es el heredero del complejo de Edipo negativo, así como el superyo del positivo". (pág. 390).

"El paso intermedio" de todo este proceso, Blos (1981), lo denomina "segundo proceso de individuación" (p 118), y lo centra en el concepto de regresión pulsional y yoica al servicio del desarrollo. Esta regresión se refiere a las vicisitudes de las relaciones objetales preedípicas reactivadas.

"En el paso dado en la infancia se consigue una relativa independencia de los objetos exteriores, en tanto que en el segundo, la individuación adolescente procura la independencia respecto de los objetos infantiles interiorizados.(. . .) Y este cambio interior se produce a través de la regresión normativa de la adolescencia que es de naturaleza no defensiva.(. . .) Por vía de esta regresión, el adolescente entra en contacto con dependencias, angustias y necesidades infantiles pendientes (p 391) ... la etapa preedípica de relaciones objetales rivaliza con la edípica en cuanto a sus respectivos aportes a la formación de la personalidad adolescente.(. . .) Toda vez que prevalezca en la niñez o en la adolescencia una psicopatología neurótica, podemos estar seguros de que remanentes traumáticos preedípicos se han abierto camino hasta las formaciones edípicas" (p 392).

Algunas de estas ideas resultan sumamente atractivas y esclarecedoras en relación a la especificidad del proceso adolescente. El "naufregio" o disolución del complejo de Edipo en la fase fálica, ha suscitado múltiples interpretaciones no

quedando muy claro qué es lo que reaparece en la pubertad y la adolescencia. Centrar esta problemática en la elaboración del complejo de Edipo negativo, y considerar al ideal del yo adulto su "heredero", ya que este aspecto negativo del complejo es una relación narcisista de objeto, parece ciertamente una secuencia de las ideas de Freud y una modificación de la teoría clásica, como Blos (1981), mismo lo declara.

"Sin embargo, los desarrollos del 'paso intermedio' se restringen al área pulsional, y los conceptos de ambivalencia, bisexualidad, regresión y fijación son vistos en términos de la primera teoría de la libido. Al no tomar en cuenta la dinámica del duelo y su eje, el dolor depresivo, las conceptualizaciones de Blos (1981), no se completan con este factor como parte del motor de la realidad psíquica, y entonces, las vicisitudes de la autoestima y de las idealizaciones, así como los cambios de los puntos de fijación en las relaciones objetales tempranas, quedan explicadas prevalentemente en términos económicos y muy tíbiamente, en relación con los múltiples significados de las diversas identificaciones con los objetos infantiles interiorizados". (Aryan 1985).

La adolescencia es un estado de *completa resignificación del mundo infantil* porque se le agregarán dos elementos más, que son fundamentales: la capacidad efectiva de realizar la vida erótica y la capacidad de procrear, que finalmente se reflejarán ambas en un sentimiento de identidad y autonomía, y la práctica de una vida social exogámica con conciencia de la temporalidad.

Lo característico del estado consciente de la pubertad y la adolescencia media, es la inestabilidad emocional por la reaparición de la incertidumbre con respecto a las diferenciaciones interno - externo, adulto - infantil, bueno - malo, y masculino - femenino, parecido al período preedípico. Este estado confusional y de terrible caos de niveles, zonas e identificaciones, se desencadena cuando se rompe la organización pseudoadulta de la latencia, frente a los primeros cambios corporales y el poder del empuje sexual que pronto se hace sentir.

Estos cambios corporales sacuden la tranquilidad narcisista de la latencia que se sostiene por una rápida y movilización del self y de los objetos, y por el placer que ese cuerpo infantil en crecimiento lento y armonioso proporciona. El ideal infantil, confirmado en su autoestima por imitación obsesiva de los objetos parentales y, muchas veces, por la admiración de los padres reales y el mundo de los adultos en general, se ensalza en sus ilusiones seudoadultas. Pero este estado seudomadura de la latencia, inducido por la identificación proyectiva y los mecanismos obsesivos, mantiene a los objetos tan separados, desexualizados y disminuidos en su vitalidad creativa, que sirven muy poco para sostener el sentimiento de identidad. El crecimiento físico rápido y disarmónico de la pubertad pone en duda todo. El yo ideal, una vez más, es puesto en tela de juicio en su omnipotencia, porque no podrá anticipar que cuerpo se tendrá finalmente. Resurge entonces ante esta imagen cambiante, la variada y compleja conducta

pregenital polimorfa y perversa, que ya fue la modalidad más ejercitada en la infancia, para hacer frente a las ansiedades y tensión narcisista de entonces.

La imagen corporal implica las representaciones referidas tanto a la forma y armonía físicas como a su funcionalidad. El púber y el adolescente temprano tienen que hacer frente al cuerpo que cambia, especialmente en dos aspectos: primero, la situación inédita de la eyaculación en el varón y la menstruación en la mujer, que fueron preanunciadas por la aparición del vello pubiano. El joven puede haber tenido previamente información acerca de estos acontecimientos, pero esta previsión no resulta suficiente para mitigar la perplejidad y los miedos que surgen, porque si bien, en el sentido descriptivo, son excreciones corporales cuyos antecedentes de duelo en la historia infantil fue la pérdida de las heces con las ansiedades acompañantes, ahora deberán ser resignificadas en su valor genital.

Especialmente la masturbación resulta siempre un arma de doble filo. Si bien, da una salida a la excitación genital, a la vez ocasiona una ansiedad confusional importante por su inducción a abandonar el self y apoderarse de la identidad de un objeto por intrusión. La ilusión de ser adulto, infantil y narcisista, mantenida por esta vía, impide al adolescente tomar clara conciencia de su propio estado y carencias. Como el propósito es experimental, y por experiencia los adolescentes descubren que el orgasmo masturbatorio es seguido de culpa y persecución, la regulan según su tolerancia. Pero si las ansiedades confusionales y la angustia de castración son muy intensas, existe el peligro de que la masturbación se vuelva compulsiva.

En este sentido, la vida grupal juega un papel mucho más importante porque ofrece la oportunidad de ensayar alternadamente los distintos personajes de las fantasías masturbatorias, con una gradual disminución de las rígidas disociaciones, de la omnipotencia y de los estados confusionales provocados por la masturbación. Si bien la vida en grupo también puede implicar el peligro de quedar aprisionado en ella, la identidad del grupo habitualmente da tiempo (moratoria psicosexual de Erikson (1950) a la elaboración de las ansiedades y del duelo personal.

Cuando las confusiones adentro-afuera, activo-pasivo y masculino-femenino empiezan a superarse, la angustia de castración disminuye, y se está en condiciones de abordar la situación de la penetración - defloración que, con el surgimiento del impulso hacia el apareamiento, da mejor salida a los deseos genitales insatisfechos. Cuando esto comienza a ocurrir significa que la vida en grupo ha cumplido su cometido. Al principio surge una promiscuidad algo desenfundada en busca de una resolución del complejo de Edipo. Debido a esta finalidad, la promiscuidad y los cambios frecuentes de pareja sexual son actividades relativamente libres de culpa y no alcanzan un pico inhibitor.

Mientras tanto, el predominio del amor sobre el odio y el fortalecimiento de la autoestima durante los distintos logros van posibilitando la superación del dolor

depresivo por los múltiples ataques orales, anales y fállicouretrales con rabia narcisista, infringidos a la pareja parental interna a través de las fantasías masturbatorias, y muchas veces a la externa, y van permitiendo las identificaciones introyectivas como forma de repararla. Pero ésta se logrará al final de la adolescencia (si bien puede no tener límites de edad).

Sin embargo, cuando el odio y los ataques a los objetos idealizados son muy intensos porque los celos se hacen intolerables y la autoestima decae una y otra vez, se intensifica la disociación, especialmente adentro - afuera como defensa ante el dolor depresivo y las identificaciones proyectivas se hacen masivas. Se pierden la capacidad para el amor y el hambre de objetos. Son adolescentes que en lugar de sentirse impulsados por la ilusión de un objeto ideal, refuerzan los métodos de agresividad que el odio y la envidia de la organización narcisista inspiran. Ya no se aspira a lograr el placer sexual aunque sea por imitación de los objetos idealizados, sino sólo se busca la triunfante abolición de la angustia y el dolor depresivo. La rivalidad edípica no sólo es rechazada como propuesta, sino que, con una competencia envidiosa se la trata de destruir haciendo lo contrario en todo. Pronto se pierde todo sentido de la temporalidad y la identidad se hace difusa o engañosa. Esto podría ser una definición de adolescencia patológica que presenta diferentes grados y fachadas, desde el oposicionismo y la denigración sistemática del mundo adulto y también del infantil, hasta la destructividad psicopática y perversa en la delincuencia. (Perversidad neurótico de Meltzer).

Adolescentes mucho más enfermos aún, pero no clínicamente psicóticos, son aquellos que presentan lo que Freud (1915), reconoció en la melancolía: una identificación narcisista con todas las características ambivalentes del modo oral sádico, como sustitución de la pérdida de un objeto ideal inconsciente. Presentan una realidad psíquica poblada de objetos atacados, destruidos y perdidos, alternando con su negación maníaca absoluta. Los cuadros clínicos varían desde depresiones graves, anorexia nerviosa, hasta adicciones.

Hacia el final de la adolescencia (entre 20 y 25 años), si se pudo paulatinamente enfrentar el dolor depresivo con valentía, confianza en los buenos objetos, y contención del medio ambiente, la autoestima se sostiene cada vez más gracias a la mayor integración y fortalecimiento de las partes buenas del self. Comienza a aceptarse la posibilidad de ser querido aún cuando no se es el único. De esta manera va instalándose en la mente del adolescente la noción de una preferencia parcial y selectiva, donde cada integrante del triángulo edípico adquiere una posición y una función determinada frente a los otros dos. Disminuye el deseo de exclusividad porque se descubre que el amor de la madre hacia el padre no está en contradicción con el amor que ella tiene hacia el sujeto.

Ya ninguno de los tres es todo en sí mismo, nadie es un yo ideal.

3.- EL ENFOQUE DE LOS GRUPOS

El propósito de este apartado es hacer una breve descripción de la concepción del grupo como una técnica de trabajo con adolescentes en los programas preventivos que se trabajan en la comunidad.

Partiendo de la idea de que el ser humano es un ser social, que pertenece desde su nacimiento a un grupo, que se educa y crece en él, y el cual lo determina de manera decisiva y lo influye. Además Finalmente consideramos que la sociedad actual nos "exige" una convivencia constante con otros.

La etapa de la adolescencia es crucial para esta integración y trabajo en grupo, por lo que a continuación hablaremos de ésta.

Tratando de sintetizar las características de la adolescencia Knobel (1971), (en Aberasturi y Knobel, 1971), describió la siguiente "sintomatología" que integraría el llamado "síndrome normal de la adolescencia "

- 1) Búsqueda de Identidad y de sí mismo.
- 2) La Tendencia Grupal.
- 3) Necesidad de Intelectualizar y fantasear.
- 4) Las Crisis Religiosas.
- 5) Desubicación temporal.
- 6) La evolución sexual. Desde el autoerotismo hasta la heterosexualidad.
- 7) Actitud Social Reivindicatoria.
- 8) Contradicciones sucesivas en todas las manifestaciones de la conducta.
- 9) Separación progresiva de los padres.
- 10) Constantes fluctuaciones de humor y estado de ánimo.

Factores de Protección.

Como factores de protección, pueden identificarse:

- El reconocimiento dentro de la familia de esfuerzos y logros de todo tipo; escolares, deportivos, habilidades personales, etc.
- La estrategia en este modelo enfatiza que el vínculo familiar constituye un aspecto de protección en contra del desarrollo de conductas antisociales y del consumo de drogas.
- La convivencia sana y el respeto entre los miembros de la familia.
- El abordaje y el manejo compartido de responsabilidades; roles bien definidos.
- Comunicación clara y directa, etc.

3.1 GRUPOS.

Las orientaciones teóricas donde se realizan las tareas grupales en el terreno de la psicología son variadas. Esta propuesta fundamentará sus procesos en diferentes planteamientos teóricos sobre la fenomenología grupal:

La Teoría de Campo, Corriente Psicosociológica representada por los Grupos T de Lewin (1978).

La Orientación Interaccional

Corriente Psicoanalítica representada por:

- Grupo Operativo de Pichon (1977)
- Grupos de Reflexión.
- Grupo de trabajo y de Supuestos básicos de Bion (1994).

3.1.1. Corriente Psicosociológica.

La Teoría del Campo postula que "la conducta es producto de un campo determinante, interdependiente, llamado Espacio Vital o Espacio Social. De ahí surge una modalidad de trabajo que combina la investigación social con la búsqueda de acciones transformadoras paralelas (Técnicas de investigación - acción o investigación participativa)."

Lewin considera que no es la similitud o disimilitud lo que decide la existencia de un grupo social, sino éste se define por la interdependencia de los miembros. Considera al grupo como una totalidad dinámica poseedora de la fuerza para determinar la conducta de los individuos.

Bradford (1975), propone tres objetivos básicos en los grupos T:

- Aprender a aprender
- Aprender a brindar ayuda
- Logro de una asociación eficiente

Para que una transacción resulte productiva se requiere de la asociación de personas interesadas; esto implica técnicas de colaboración y participación.

3.1.2. Orientación Interaccional.

La orientación interaccional considera a los grupos como un "sistema de individuos que interactúan a través de ciertas pautas repetidas y reconocibles que mantienen cierta constancia en su interior y en las interacciones con otros sistemas de su ecología mediante la utilización de mecanismos homeostáticos; comprende fundamentalmente una teoría del equilibrio y una teoría del cambio."

3.1.3. Corriente Psicoanalítica.

a) Grupos Operativos.

En lo referente a la definición de grupo, adopte lo que Pichon (1977), denomina Situación Grupal, y ésta se refiere a todo conjunto de personas o personajes que se reúnen para realizar una tarea, ligados entre sí por constantes de tiempo y espacio, articulados por su mutua representación psíquica, que

funcionan como una estructura con un plano manifiesto y otro latente, sometidos a una interacción dinámica interna y con el exogrupo social, por medio de un complejo mecanismo de prescripción, adjudicación y asunción de roles y funciones.

A partir de las experiencias de Lewin (1978), y Bion (1994) ; Pichón (1977), desarrolló una nueva forma de abordar los grupos, conocida como grupo operativo. Es un grupo centrado en la tarea que los integrantes tratan de resolver funcionando como equipo. La noción de la tarea corresponde al eje o guía, alrededor del cual gira el trabajo de grupo. La tarea o aprendizaje genera dos miedos básicos de pérdida y persecución ante el cambio y lo nuevo. Estos deben ser elaborados dentro del grupo porque son el obstáculo más importante para el cambio (expresados por la rigidez y los estereotipos en la conducta y el pensamiento).

El grupo operativo busca:

- Adaptación activa a la realidad.
- Posibilidad de asumir nuevos roles.
- Poder asumir mayor responsabilidad.
- Pérdida de roles anteriores inadecuados para la situación
- Sentimientos básicos de pertenencia, cooperación y pertinencia que operan en todo grupo humano y que al hacerlo en forma armónica dan al grupo mayor productividad.

Cuando un grupo se propone abordar una tarea, se coloca en una situación que implica cambio, ya que durante el proceso grupal ocurren modificaciones de los esquemas referenciales de cada uno de los miembros.

b) Grupo de Reflexión.

El grupo de reflexión limita su campo a los pensamientos y vivencias en relación con un tema y experiencia particular, ofrece formas diferentes de pensar el problema que posibilitan el desarrollo y cambio de actitudes a favor del cambio. Su cometido se centra en indagar acerca de un tema o situación determinada, explicitando las tensiones que ello genera.

El objetivo central de estos grupos es la modificación de los estereotipos y la tarea está centrada en la actividad reflexiva.

Los grupos de reflexión son espacios privilegiados para posibilitar esas resignificaciones que permiten reacomodar la vida y encontrar nuevos objetivos.

La metodología abarca tres aspectos fundamentales:

a) Aclarar y sintetizar los temas manifiestos agregando información pertinente.

b) Plantear nuevas maneras de pensar sobre el tema, lo cual implica necesariamente, la generación de nuevas alternativas de acción.

c) Aclarar y explicitar los conflictos latentes que interfieren para pensar el tema.

La tarea que se realiza en los grupos de reflexión permite revizar los conocimientos y creencias consideradas desde siempre como las únicas verdades y poder pensar e incluir lo que hasta ahora no ha sido pensado, es decir lo "omitido".

En cuanto a la coordinación, esta modalidad lo conceptualiza como un lugar diferenciado. Esto no significa que sea el lugar de la "verdad" ni de la "autoridad". Es simplemente un lugar que permite desempeñar una función, la cual consiste en disponer de aquellos recursos que favorezcan el desarrollo reflexivo, desarmen los obstáculos que impidan una comunicación espontánea y el logro de la tarea.

En cualquier grupo, el encuadre constituye el aspecto invariable de la situación grupal, el proceso se refiere a todo lo móvil que acontece dentro del grupo, a todo lo que pasa dentro de ese marco de tiempo y espacio preestablecido.

Los grupos descritos tienen como elemento común resaltar una tarea que se asume en equipo, para lo cual el establecimiento de una comunicación espontánea entre los miembros del grupo es propiciada, y es la base de la técnica.

Se considera que la propuesta también está inscrita en lo Educativo, por tal razón la fundamentación está basada en conceptos teóricos sobre Educación para la Salud y Educación Comunitaria en Salud donde confluyen aportes de Pichon (1979), y Freire (1983).

El criterio participativo implica la ruptura del vínculo Poder - Saber entre los especialistas y la población, para apoyar el desarrollo de una conciencia crítica. Esto es lo que Pichon y Freire proponen en su dialéctica de lo grupal.

Cuando se trabaja en salud mental, la idea es estimular la discusión grupal, desmitificar y desarticular todos los estereotipos, bajar el nivel de autoexigencia y culpabilidad jóvenes, generar un espacio donde tengan palabra los temas olvidados y reprimidos para que se conviertan en temas de todos y se aborden soluciones comunitariamente.

c) El grupo de Trabajo y los Supuestos Básicos de W.R. Bion

Bion (1994), aporta conceptos que permiten tener un mejor entendimiento de la dinámica grupal: *Grupo de trabajo y Supuestos Básicos*.

En cualquier grupo pueden encontrarse rasgos que revelan una actividad mental, dado que esta actividad va aparejada a una tarea, se haya ligada a la realidad, sus métodos son racionales, y en consecuencia, aunque sea de forma embrionaria, científicos. A este aspecto de la actividad mental en un grupo se llama *grupo de trabajo*.

La actividad del grupo se ve obstruida, diversificada, y en ocasiones asistida por algunas otras actividades mentales que tienen en común el atributo de poderosas tendencias emocionales. Esta surge de supuestos básicos comunes a la totalidad del grupo. Este autor señala la existencia de tres supuestos básicos:

c.a) *Supuesto básico de dependencia*: Consiste en que el grupo se reúne a fin de lograr el sostén de un líder, de quien depende para nutrirse material y espiritualmente y para obtener protección.

c.b) *Supuesto básico de emparejamiento*: Este también se relaciona con el propósito del grupo. Un sentimiento característico del grupo de emparejamiento es un sentimiento de esperanza. Es un precursor de la sexualidad. Será una persona o idea la que salvará al grupo, pero a fin de lograr ésto, es obvio que la esperanza mesiánica no debe verse realizada. La dificultad está en que halla en el grupo de trabajo una tendencia a dejarse influenciar por el sentido de producir un mesías, sea éste una persona, una idea o una utopía. En la medida en que lo logra la esperanza se desvanece.

El problema que debe enfrentarse dentro del grupo, consiste en capacitar al grupo para que esté conscientemente alerta de los sentimientos de esperanza y sus conexiones, y al mismo tiempo los tolere.

c.c) *Supuesto básico de ataque - fuga*: Es aquel fenómeno del grupo en el que se ha reunido para luchar por algo o para huir de algo, a este estado mental se llama grupo de ataque - fuga. Dentro de un grupo en tal estado, se aceptará a aquél líder capaz de lograr que el grupo que aproveche la oportunidad para escapar o para agredir.

La organización del grupo da estabilidad y permanencia al grupo de trabajo, que corre el peligro de ser fácilmente ahogado por los supuestos básicos cuando el grupo carece de organización.

La organización y la estructura son armas del grupo de trabajo. Las dificultades surgen solo cuando el grupo comienza a actuar de acuerdo con un supuesto básico.

PROCEDIMIENTO.

APLICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN PARTICIPATIVA EN EL TRABAJO PREVENTIVO CON ADOLESCENTES.

La Dirección de Orientación Familiar estructurada en el año de 1993, ha cambiado varias veces de nombre desde esa fecha, el primer nombre que tuvo fue Centro de Atención y Prevención Integral (C.A.P.I.) el cual fue auspiciado por un patronato, después pasó a formar parte de la Presidencia Municipal quien lo financió por el lapso de un año a través de un fideicomiso, a principios de 1994 lo entrega al D.I.F. Municipal quien lo recibe con el nombre de Dirección de Atención y Prevención de la Farmacodependencia. En el transcurso de los primeros meses, cambia nuevamente su nombre al de Dirección de Programas Prioritarios para Niños y Jóvenes, subdividiéndose en Atención y Prevención de la Farmacodependencia; la de Desarrollo del Adolescente, y se le agrega una tercera subdirección a la que se da el nombre de Desarrollo Infantil. Con estos cambios se pretende atender a tres sectores que se consideran prioritarios de la población, los niños, los adolescentes y la atención preventiva de los problemas crecientes de la farmacodependencia, que quienes más la padecen son los niños y jóvenes. A principios del presente año, sufre su más reciente cambio de nombre, junto con un cambio administrativo se fusionan programas y se forman dos grandes Direcciones; la de Atención a Niños y Adolescentes, y la de Orientación Familiar.

Junto con estos cambios también se presentaron modificaciones a los programas que funcionan en cada dirección, en adelante se presentarán los programas que tienen carácter preventivo dado que ello es la finalidad de este reporte, ya que en ellos se encuentra la aportación personal de quien sustenta este trabajo. Por ello se hará referencia a la aportación en cada programa, iniciando con:

PROGRAMA DE PREVENCIÓN ESCOLAR DE LA FARMACODEPENDENCIA

DIAGNOSTICO: En la Ciudad de León, Guanajuato en la última década se ha venido observando un incremento en el consumo de drogas lícitas e ilícitas en la comunidad escolar. Para 1988 sólo existía una institución que se dedicaba a la prevención de este problema, la incidencia del mismo fue rebasando las capacidades instaladas y se contaba con poca información, por otro lado el mayor porcentaje de población en riesgo fluctuaba en la edad escolar. Por tal motivo surge la necesidad de crear una herramienta que nos permita en el aula misma favorecer conductas que despierten una conciencia preventiva, partiendo de la educación para la salud.

A esta herramienta se le denominó: Programa de prevención escolar de la farmacodependencia.

JUSTIFICACION: Ante el grave problema de salud pública que representa la farmacodependencia y el cual no respeta sexo, edad, ni condición social, resulta incuestionable la relevancia del compromiso participativo de escuelas y universidades en la lucha por detener y prevenir la acción devastadora que este fenómeno provoca, no solo a nivel social sino también a nivel individual, como en el caso de los inhaladores de disolventes que sufren daños físicos y mentales irreversibles. Este renglón de la farmacodependencia tiene en nuestra ciudad carácter de problema prioritario por la alta incidencia que registra y que va en aumento día con día.

La trascendencia de la labor educativa que los padres inician en el hogar, y que por desgracia no siempre resulta positiva, tiene como continuador inmediato la participación directa de los docentes en el ámbito escolar.

Dicha participación está expuesta también a la posibilidad de obtener resultados finales en los que quede plasmado el objetivo primordial de la educación que consiste en promover el desarrollo integral del educando a través de una interacción adecuada con sus semejantes y el medio ambiente, partiendo siempre de un celoso respeto hacia su individualidad.

La gravedad del problema de la farmacodependencia ya no permite que se emprendan acciones para su control y prevención que no cuenten con una base real, que las sustenten y dirijan por los caminos más efectivos hacia el logro de sus objetivos.

En la Dirección de Orientación Familiar de D.I.F. León, se considera que dentro del ámbito escolar es absolutamente necesaria la implementación de actividades ligadas entre sí y sistematizadas que proporcionen datos sobre la realidad interna de cada escuela para de esta manera se cuente con una directriz que ajuste más adecuadamente el tipo de información que se da; tanto al cuerpo de docentes como al alumnado y padres de familia, respetando sus necesidades propias y el propósito de contribuir como institución a elevar el índice de salud individual y comunitario a través de la lucha contra la farmacodependencia.

Debido a los resultados obtenidos a través de investigaciones de la D.O.F., se ha observado que la prevalencia en el consumo de drogas ilícitas en los alumnos de educación primaria se ha mantenido en un 4%; y en la población de alumnos de nivel secundaria en un 13 % en el periodo de 1988 a 1996. Otro de los fenómenos observados en esta casuística nos ha demostrado que el patrón de consumo se ha venido modificando, tanto en la educación básica, como en media básica, de tal manera que si en 1988 la cocaína ocupaba un quinto o sexto lugar en el consumo, en la actualidad (1997), en las escuelas secundarias se encuentra en tercero o cuarto lugar. Cabe hacer notar que en nivel de educación primaria en

donde la cocaína prácticamente era desconocida a empezado a ser una droga consumida, aunque todavía en porcentajes mínimos.

Aún cuando este programa ya existía en la D.O.F., se realizó una revisión de su funcionalidad estableciéndose cambios que consistieron:

a) En cuanto a su estructura y sustento teórico, los cuales le han dado a la fecha un carácter más psicológico y menos médico. Específicamente la aportación consistió en implementar la propuesta del CONAPSI (1993), en la aplicación de las tres funciones sustantivas del quehacer profesional del psicólogo. (Los cuales se expondrán más adelante).

b) Ello implicó la necesidad de capacitar al personal operativo de la D.O.F. para su manejo y ejecución.

c) Una de las metas era implementar un modelo que favoreciera el incremento de la población atendida en los programas preventivos, dado el índice creciente de consumo de sustancias de abuso en adolescentes escolarizados de nivel medio y medio superior.

MARCO TEORICO: La Dirección de Orientación Familiar (D.O.F.), desarrolla dentro de la prevención programas específicos en los que se incluye la atención a escuelas.

Dicho trabajo esta sustentado en las premisas de los principios teóricos de la educación para la salud:

1.- El educador debe actuar particularmente en la prevención primaria sobre el conjunto de la comunidad. La prevención secundaria, o la fase asistencial del drogadicto, que comprende la desintoxicación, reducción y rehabilitación, corresponde al equipo de salud con el que puede colaborar el educador.

2.- El abuso de drogas debe estar basado en todas las facetas de la política no en impulsos, las escuelas deben articular objetivos de prevención, expresar sus razones para establecer dichos objetivos de prevención y desarrollar políticas y procedimientos amplios que aseguren su trabajo.

3.- El inhalante es un químico o grupo de químicos que una vez dentro del cuerpo producen sensaciones que el usuario disfruta.

Los inhalantes se utilizan para provocar un estado alterado de la conciencia, principalmente confusión y mareo asociado con una depresión general de las funciones del cerebro.

4.- Por otra parte, se afirma que los métodos audiovisuales como técnica de prevención, son eficaces.

Sostiene que dicha transmisión se percibe en la medida que el lenguaje y los símbolos son comprendidos en la capacidad que estos tengan para provocar reflexiones y acciones entre los receptores.

5.- Es posible implementar programas sobre la prevención por personal paramédico y por exfarmacodependientes para farmacodependientes.

6.- Se sostiene que para la intervención en las escuelas, es necesario aplicar el abordaje de la autogestión - mismo que en la D.O.F. en donde se matizará con los apoyos de área profesional "biopsicosocial".

7.- Leavell y Clarck (en Caplan, 1985), describen tres niveles de acción preventiva:

7.1.- La prevención primaria, que tiene como finalidad evitar que la enfermedad se presente.

7.2.- La prevención secundaria, cuya meta es detener la progresión de los procesos patológicos, y limitando las secuelas que estos dejan.

7.3.- La prevención terciaria, que se realiza con la rehabilitación a las personas ya inválidas.

La prevención primaria tiene lugar durante la fase prepatogénica de la historia natural de la enfermedad, mediante:

a) la promoción de la salud y

b) la protección específica.

c) Cuando la enfermedad ocurre, o sea en la fase patogénica, la prevención secundaria tiene efecto por medio de: 1) el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno, 2) limitando la presentación de secuelas. La prevención terciaria se lleva a cabo: rehabilitando, cuando éstas ya están presente.

d) De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), la educación para la salud es " el conocimiento e interés por todas aquellas experiencias del individuo, el grupo o la comunidad, que influyen en las creencias, actitudes y conducta respecto a la salud, así como a los procesos y esfuerzos para producir cambios a fin de lograr un nivel óptimo en ella".

Diversos autores describen la educación para la salud de la siguiente manera: a) como un medio para mejorar la salud individual y colectiva; b) como el desarrollo de un sentido de responsabilidad del individuo hacia su propia salud, ó c) como una fase de los programas de instituciones de salud pública y hospitalaria.

8.- Los programas de educación para la salud centrados en transferir información han sido abandonados hace años incluso en las escuelas, escenarios en los que se ha enfatizado tradicionalmente la función de informar.

Hoy día la mayor preocupación de los educadores para la salud es la de cómo lograr que la gente, los grupos y comunidades adopten realmente comportamientos facilitadores de salud.

La Educación para la Salud es una empresa demasiado amplia y compleja como para ser delegada únicamente en manos de los especialistas sean éstos de las ciencias biomédicas o de la conducta. La Educación para la Salud debe contemplarse en una estrategia amplia de Promoción de la Salud en donde la comunidad asuma un protagonismo efectivo, y sus objetivos vayan más allá de los estrictamente educativos.

Por otra parte también se retoma la idea del CONAPSI (1993), acerca del quehacer profesional del psicólogo, para que en la práctica cotidiana del personal que labora en la Dirección de Orientación Familiar realice las actividades propias del profesional sugeridas por CONAPSI, estas actividades son tres básicamente:

- a) La de Detección y Diagnóstico.
- b) La de Intervención, la cual se puede realizar en cuatro diferentes formas ellas son:
 - Preventiva
 - Concurrente
 - Rehabilitatoria y
 - Promoción y Desarrollo.
- c) La de Evaluación

En general interesa, que los programas de cada área desarrollen estas funciones, que permiten optimizar el trabajo y retroalimentar los procesos, para corregir sus fallas y actualizarlos de acuerdo con las necesidades de la población a atender.

Con ello se tiene que la Detección y el Diagnóstico están definidas como "la puesta en marcha de los métodos, procedimientos y/o técnicas psicológicas para delimitar un proceso, situación o condición, con fines de estudio de intervención" (CONAPSI, 1993).

Por otra parte la intervención se define como: " La puesta en práctica de los métodos, procedimientos y/o técnicas psicológicas para actuar sobre un proceso, situación o condición y lograr los efectos previstos y deseables". (Ídem).

De ella interesa particularmente su definición de Prevención, la cual dice "Es la intervención que se realiza en el proceso, situación o condición para que se mantenga en un curso favorable". (Idem).

Finalmente la Evaluación esta definida como: La "puesta en práctica de los procedimientos, métodos y/o técnicas Psicológicas para valorar y juzgar el grado de eficiencia o utilidad de la práctica profesional, en función de criterios explícitos señalados en la detección o diagnóstico en el pronóstico y en los objetivos de las estrategias de intervención". (Idem).

Objetivos de la Educación para la Salud:

- 1.- Desarrollar hábitos y costumbres sanas en la gente.
- 2.- Modificar las pautas de comportamiento de la gente cuando los hábitos o costumbres individuales y sociales son insanos o peligrosos para la salud.
- 3.- Promover la modificación de aquellos factores externos al individuo que influyen negativamente en su salud.
- 4.- Lograr que los individuos y los grupos organizados de la comunidad acepten la salud como un valor fundamental. Este objetivo pretende que la salud sea un patrimonio de la comunidad, y para ello, ésta habrá de asumir responsabilidades y control de muchas de las circunstancias y condiciones que la afectan.

El CONADIC define en su edición de 1994 como política para realizar programas de prevención de las adicciones, que una política es el conjunto de decisiones necesarias para lograr la adecuada operación de los programas preventivos, y comprender tanto una estructura programática, como las diferentes estrategias.

En el área que compete a los Sectores Educativo y de Salud, se ha adoptado como política de prevención el Fomento de la Salud, que se orienta a lo largo de la autorresponsabilidad en la conservación y mejoramiento de las condiciones de vida, y en consecuencia, de la salud.

Propone que el Fomento de la Salud vincula principalmente dos estrategias: la Educación para la Salud y la Participación Social. El objetivo común consiste en fortalecer la modificación de hábitos, actitudes y conductas favorables a la salud, manteniendo un diálogo permanente con la comunidad para que ésta, actúe de manera organizada tanto en la identificación de sus problemas, como en la búsqueda de soluciones.

También define que la Educación para la Salud se debe entender como un proceso permanente, organizado y sistemático que pretende orientar a las personas hacia el desarrollo de conductas saludables a nivel individual, familiar, colectivo y en relación a su ambiente.

Se debe entender por participación social el proceso para optimizar las formas de relación u organización que ya existen entre personas, grupos e instituciones, a fin de resolver colectivamente sus problemas y lograr que los diversos sectores y ámbitos de gobierno respondan ante sus necesidades y demandas, coordinando las actividades que tiendan a su solución.

Por lo antes expuesto se puede considerar que el modelo conceptual adoptado para nuestro programa corresponde al Integral; el cual pretende ofrecer opciones al individuo para que no se inicie en el consumo de drogas. Incide en los factores causales, propone alternativas de conducta e intenta disminuir los factores de riesgo.

En la comunidad escolar la participación juega un papel crucial para el éxito del programa, por lo que analizaremos que es lo que entendemos por participación.

La participación es un proceso social, permanente y dinámico, por medio del cual los integrantes de una comunidad, a través de sus organizaciones legítimas y representativas aportan y deciden sobre los aspectos del desarrollo que les concierne, utilizando para ello canales preestablecidos.

La participación debe ser, también, activa, pues ello constituye la clave de la apertura de las viejas estructuras hacia la verdadera incorporación de los sectores marginales a una nueva forma de concebir y estructurar la sociedad. El proceso de desarrollo del que se trata aquí, es de autogestión; por medio del cual la gente misma analiza la situación y sus recursos; define sus problemas, decide lo que debe hacer para solucionarlos y promover la acción. Consiste en el ejercicio de la gestión y control de las decisiones por parte de la mayoría y no sólo de grupos privilegiados, con el fin de que la mayor parte posible de los integrantes de una sociedad determinada pueda expresar y realizar sus intereses y aspiraciones.

Es necesario producir un proceso educativo de carácter permanente e informal, que lleve a las personas y a los grupos a ser conscientes, capaces y responsables.

Dicho proceso entendido como un sistema educativo orientado hacia grupos sociales de base, cuyo objetivo fundamental es facilitarse una progresiva toma de decisiones por sí mismos, estimular su análisis sobre la realidad que les permita despertar en ellos la energía necesaria y los conocimientos adecuados para lograr la plena participación en las tareas del desarrollo.

OBJETIVOS:

Objetivo General: Pretende crear conciencia en prevención de salud mental a través de sensibilizar, orientar, formar y capacitar a grupos de maestros, padres de familia y alumnos logrando su participación en la promoción de la salud, por medio de actividades continuas y adecuadas a sus necesidades.

Objetivo Específico:

1.- Sensibilizar, orientar y capacitar para proporcionar un compromiso de capacitación en la educación y promoción de la salud a través de los grupos autogestivos llevando las actividades intra y extramuros.

ESTRATEGIAS:

A quienes se aplica: A la comunidad escolar que comprende el cuarto, quinto y sexto grado de primaria; primero, segundo y tercero de secundaria, padres de familia y maestros.

El programa comprende un proceso dividido en cuatro fases:

- a).- Sensibilización.
- b).- Orientación.
- c).- Capacitación.
- d).- Autogestión.

ACCIONES ESPECIFICAS:

Procedimientos de Intervención:

a).- Realización de convenio con autoridades de educación municipal (Jefes de sector y supervisores de zona).

b).- Contacto y programación con los directores de los planteles educativos.

1.- Diagnóstico: a) Aplicación de encuestas. Dirigido a una muestra de alumnos de primero, segundo y tercero de secundaria (un grupo por grado).

b).- Vaciado e interpretación de datos:

c).- Devolución de resultados a la dirección.

2.- Acción Informativa: Sensibilización a alumnos, maestros y padres de familia a través de pláticas tipo, sobre farmacodependencia.

3.- Orientación: Plática de análisis y propuestas de solución a alumnos, padres de familia y maestros.

4.- Capacitación: Formación de grupos autogestivos.

5.- Actividades.

6.- Asesoría, seguimiento y evaluación final.

METAS:

Estas están supeditadas a las necesidades, recursos y limitaciones de la Institución; así mismo son planteadas durante la planeación estratégica anual.

METODOLOGÍA:

Esta deberá ser dinámica expositiva y audiovisual.

Primer paso: Reclutamiento y capacitación del personal sea de base, servicio social o Voluntariado.

Segundo paso: Integración y asignación de equipos de trabajo (un titular de personal de base y voluntariado y personal de servicio social -VyPSS-).

Tercer paso: Asignación de zona, plantel educativo y apertura de expediente.

Cuarto paso: Convenio y calendarización de acciones.

Quinto paso: Operativizar el programa.

Sexto paso: Reportes y asesorías semanales.

- a) Responsables del programa de Dirección.
- b) Responsables del programa con titulares.
- c) Titulares con VyPSS.

Séptimo paso: Evaluar la ejecución y resultados del programa.

- a) A través de reporte cuantitativo semanal.
- b) A través de reporte cualitativo semanal.
- c) A través de reporte cualitativo bimestral.

* Estos pasos se aplicarán en la primera y segunda fase del programa.

RECURSOS HUMANOS:

Personal de base: Responsable, corresponsales del programa (uno por turno), Trabajadoras Sociales, Psicólogos y Médicos.

Prestadores de Servicio Social de preparatoria, afines y Universitarios.

I.- RESPONSABLE DEL PROGRAMA: (funciones)

1. Asignación de corresponsales para el diseño y ejecución del programa.
2. Asesoría y Supervisión a corresponsales.
3. Control de informes semanales, mensuales y bimestrales.
4. Impartir curso de inducción y autorización de carta de asignación a VyPSS.
5. Abastecimiento de material necesario para la operativización del programa.

II.- CORRESPONSABLES DEL PROGRAMA: (funciones)

1. Coordinación en el diseño y ejecución del programa.
2. Asesoría y supervisión con titulares del programa y VyPSS.
3. Control de informes semanales, mensuales y bimestrales.
4. Convenio con autoridades educativas para la operativización del programa.
5. Asignación de carga de trabajo y de personal de VyPSS a Titulares.
6. Mantener la continuidad de las acciones, asignado o supliendo, en caso necesario.
7. Abastecimiento de material necesario a Titulares y VyPSS para la operativización del programa.
8. Aportación de datos estadísticos para el programa de investigación y dar a conocer los resultados a los colaboradores.
9. Evaluación semestral y anual.

III.- TITULARES: (funciones)

1. Capacitar a su equipo asignado y distribuir las cargas de trabajo.
2. Realizar el convenio y la calendarización con el plantel educativo.
3. Operativizar el programa (con maestros, padres de familia y alumnos).
4. Llevar a cabo la asesoría, el control de asistencia y reportes de su equipo asignado.

IV.- Voluntariado y Personal de Servicio Social: VyPSS (funciones)

1. Realizar la aplicación y vaciado de datos de las encuestas de primera y segunda fase.
2. Impartir las pláticas de las fases I y II (solo alumnos).
3. Auxilio en la realización de las acciones de las diferentes fases.

RECURSOS MATERIALES:

Formatos de plática tipo, programa, reporte, etc.

Hoja de rotafolio, cartulinas.

Marcadores.

Cinta Adhesiva.

Proyector de filminas.

Películas.

Videograbadoras

Altavoz.

Cámara fotográfica y/o video.

Mantas.

Transporte (vehículos).

Folletos, trípticos y carteles, etc.

RECURSOS FINANCIEROS:

INTERNOS:

Presupuesto institucional.

Cuotas de recuperación.

EXTERNOS:

Donativos.

EVALUACIÓN:

I.- GENERAL:

a) Logros, dificultades, análisis, conclusiones y sugerencias

1.- Semestral de Enero - Junio y Julio - Diciembre.

2.- En función de los objetivos, metodología y resultados tanto en personal de base como prestadores de Servicio Social.

3.- Evaluar en función a metas numéricas

4.- Evaluación de impacto social.

5.- Evaluar que las acciones o grupos generados por el programa obtengan la atención adecuada por los otros programas que se les asignaron.

ORGANIZACION PARA LA ACCION EN LAS ESCUELAS

ACCIONES	RESPONSABLES	METODO	COORDINACION Y EJECUCION	RESULTADO
<i>¿Qué se va a hacer ?</i>	<i>¿Quién lo va a hacer ?</i>	<i>¿Cómo lo va a hacer ?</i>	<i>¿Con quién lo va a realizar ?</i>	<i>¿Qué se espera obtener ?</i>
Designar a los corresponsables de la ejecución del programa	El responsable de la institución	Especificado por escrito: nombramiento, funciones, actividades y metas.		A la persona que cubra los requisitos para responsabilizarla de la ejecución del programa
Establecer contactos con Jefes de sector, Supervisores de zona escolar y Directores de escuela	El corresponsable del programa	Exponiendo los objetivos del programa para establecer convenios de trabajo	Jefes de sector, Supervisores de zona y Directores de escuelas	Convenir la ejecución del programa dentro de los centros escolares
Calendarizar las acciones	Corresponsables y titulares de base	Realizando reuniones de trabajo para exponer las técnicas a utilizar y los requerimientos de tiempo	Director de escuela y maestro	Ajustar las acciones del programa al horario y calendario escolar e institucional
Operativizar el programa	Los corresponsables del programa , titulares y VyPSS	Con pláticas, talleres y cursos	Alumnos, maestros y padres de familia	Cumplir con los objetivos planteados en el programa
Evaluar la ejecución y resultados del programa	El responsable , corresponsables del programa y titulares	Utilizando instrumentos de evaluación propios del programa	Los encargados de aplicar el programa. Población atendida	Evaluación cualitativa del programa
Informe de resultados	El responsable, corresponsables del programa, titulares y VyPSS	Integrando resultados en un formato	Los encargados de aplicar el programa	Informe global sobre resultados, alcances y evaluación del programa
Elaboración del reporte final	El responsable y corresponsables del programa	Exponiendo resultados	Jefes de sector, Supervisores de zona, directores de escuelas y Director de la Institución responsable	Ratificación y/o ajustes al diseño del programa

PROGRAMA DE PREVENCIÓN GENERAL.

I.- DENOMINACIÓN DEL PROGRAMA PREVENCIÓN GENERAL.

II.- ANTECEDENTES.

En 1995 y siendo parte aún de lo que era Centro de Atención y Prevención Integral (CAPI) se venía trabajando el programa de Desarrollo Integral del Adolescente (DIA) con temas de prevención dirigidas especialmente a los jóvenes.

Sin embargo, al pasar a formar parte de DIF Municipal se conformaron dos nuevas direcciones:

1a.- La Dirección de Desarrollo del Adolescente -D.D.A.-

2a.- La Dirección de Atención y Prevención de la Farmacodependencia - D.A.P.Fd.-

(La primera de prevención y tratamiento dirigida a una población específica: adolescentes de 12 a 19 años, y la segunda de prevención y tratamiento a farmacodependientes y sus familias).

Es entonces cuando se conforma el Programa de Prevención General que pretende seguir atendiendo un rubro muy importante en cuanto la prevención y con temas bien definidos y a una población abierta a corto plazo.

La creación de la metodología de aplicación así como los contenidos temáticos a impartir son la aportación personal del sustentante, así como la elaboración del presente programa tal cual aparece a continuación.

De tal manera que la supervisión de la aplicación directa del por el personal operativo, así como la capacitación y la evaluación continua, han sido las tareas fundamentales del que elabora el presente reporte.

III.- FUNDAMENTACION

Concepto y Desarrollo Histórico de " Educación para la Salud".

La educación para la salud, como disciplina científica, es de muy reciente desarrollo, pues para estructurarse como tal, hubo que apoyarse en otras ciencias, particularmente de educación, socioantropológicas, psicológicas y las sanitarias.

Sin embargo, la educación higiénica como transmisión de conocimientos y conductas que sirven para evitar la enfermedad y fomentar la salud, ha existido siempre como una actitud inherente al hombre, basada en su condición instinto - biológica que le hace huir del dolor y de la muerte.

El concepto de Educación para la Salud puede ser enunciado según el enfoque como disciplina, proceso o conducta.

Como disciplina científica, la educación para la salud se refiere a los conocimientos y principios que determinan como las personas y los grupos humanos pueden tomar conciencia de la salud, o sea que, " la Educación para la Salud es concebida como una actividad científica aplicada, que se basa en sólidos fundamentos científicos y sociales".

Como proceso, la educación para la salud presupone un acto de transmisión y fomento del valor salud, que va de quienes tienen la tarea de educar hasta aquellos que son objeto de la acción educativa. Dado que la palabra educación significa un proceso de dirección, la educación para la salud puede entenderse, así mismo, como un proceso de conducción hacia la adquisición de la salud y su conservación.

La tercera concepción es como conducta aprendida, la manera de actuar de las personas y sus manifestaciones hacia la salud, determinan su conducta o educación para la misma. En este enfoque, se concibe como la suma de conocimientos, hábitos y actitudes que tienen las personas en aspectos de salud.

Resumiendo, la educación para la salud es una ciencia aplicada que estudia y desarrolla los procesos de transmisión de conocimientos, actitudes y valores, tendiente a crear en los individuos conductas favorables a su salud.

IV.- JUSTIFICACION

Debido a la problemática que la ciudad de León Gto. ha presentado en los últimos años, caracterizada por la desintegración familiar, el desempleo, la falta de vivienda, etc. y que se han mermado las buenas relaciones familiares generando a su vez, la falta de interés y práctica de los valores familiares y humanos. Creándose conductas degeneradas en el rol social, (pandillerismo, delincuencia, farmacodependencia, prostitución, etc.).

Es por esto, que la función de informar toma fuerza, ya que la finalidad es llegar a la población en general desde el niño, el joven estudiante, el padre de familia o el maestro y disminuir dicha problemática, además de promocionar los diferentes programas de la Institución, con los que en conjunto apoyamos a corto plazo a la población, que presenta alguna problemática.

V.- RELACION INTER - INSTITUCIONAL

- Escuelas primarias, secundarias, preparatorias
- Iglesia

VI.- OBJETIVO GENERAL

Se busca sensibilizar a la población en general sobre el tema de educación para la salud, así como situaciones que se consideren riesgosas.

VII.- OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Lograr la participación de la Autoridad Escolar a través del convenio y programación para nuestra intervención.
- Sensibilizar y orientar a los padres de familia sobre los temas de sexualidad, Familia y farmacodependencia.
- Lograr que a través de la información se genere la participación de dicha población en la formación de Grupos de Reflexión, Prevención y Orientación (GRPO), Tratamiento y Grupos de Padres Farmacodependientes (GPFd).

VIII.- ACTIVIDADES

- Se darán pláticas sobre los temas que sugiere el programa (Familia, Farmacodependencia y Sexualidad).
- Se darán alternativas de prevención de acuerdo a la situación específica o de Tratamiento según las necesidades de la población (Grupo).

IX.- METAS

Se pretende cubrir, 8 pláticas mensuales dentro de los jardines de niños o contactando con grupos o solicitudes.

Teniendo como requisitos:

- Convenio con la institución.
- Lugar y hora disponibles.
- Grupos de 15 personas (mínimo).

X.- BENEFICIARIOS

A quien va dirigida la plática: principalmente padres de familia, jóvenes, niños.

XI.- COBERTURA ESPACIAL

- Instituciones educativas: Jardines de niños.
Escuelas primarias.
Escuelas secundarias
Escuelas profesionales
- Grupos religiosos.

XII.- METODOLOGIA.

- Técnicas de exposición.
- Lluvia de ideas.
- Dramatización.
- Plenario.

PROGRAMA DE GRUPO DE ADOLESCENTES MOTIVADOS AL ESTUDIO. G.A.M.E.

Este programas es considerado sinérgico, y su elaboración fue llevada acabo por el que elabora este reporte, de manera integra.

El programa de motivación escolar está dirigido a los alumnos de nivel escolar de secundaria que tengan alguna materia reprobada, y se acepta el grupo con un número de entre 6 a 12 alumnos. Por lo tanto la edad fluctúa entre los 12 y los 18 años de edad.

El programa se imparte en un tiempo aproximado de ocho sesiones.

I.- OBJETIVO TERMINAL:

Lograr que los alumnos se involucren en el proceso del grupo, tengan el conocimiento y reconocimiento de estrategias que faciliten su aprendizaje y desempeño escolar.

II.- JUSTIFICACIÓN:

El D.I.F., como institución pública ha dado respuesta a la petición realizada por la población escolar, para llevar a cabo un programa tratando de disminuir la deserción por cuestiones académicas y al mismo tiempo prevenir la farmacodependencia.

Dentro del servicio brindado a escuelas, surge G.A.M.E. (Grupo de alumnos motivados al estudio) interesado en trabajar con alumnos de nivel medio (secundaria) que han reprobado materias, para brindarles algunas actitudes y técnicas de estudios como la motivación, la disposición, la disciplina y la constancia, para que de esta manera mejoren su rendimiento escolar.

Este programa está diseñado para ayudar a desarrollar buenos hábitos de estudio, por medio de un proceso de desarrollo de capacidades de aprendizaje, ya que se proporciona una amplia gama de técnicas a usar para que el alumno decida cuáles implementar y cuáles desechar en favor de su rendimiento académico y de esta manera reforzar sus hábitos de estudio y aprendizaje en general. Este programa se considera dentro de la prevención, siguiendo el esquema de Leavel y Clark sobre las actividades preventivas.

III.- METODOLOGÍA:

Este programa se lleva a cabo por personal de base, psicólogos y trabajadoras sociales, así como por estudiantes de nivel superior (licenciatura en psicología y trabajo social), que prestan su servicio social en la Dirección de Orientación Familiar, dentro del D.I.F.

Dichos alumnos reciben una capacitación y se les asignan escuelas de nivel medio básico, en las cuales se promueve el programa, y si éste es aceptado, se procede a desarrollarlo, en el horario y lugar acordado con la institución.

El programa G.A.M.E., cuenta con un coordinador psicólogo, el cual tiene a su cargo la supervisión de las actividades realizadas por los prestadores de servicio social y del personal de base, así como el apoyo del personal base para capacitar, supervisar, orientar y otorgar el material necesario para realizar la intervención en la escuela asignada.

La capacitación tiene una duración de 4 horas, dando a conocer los alcances, temas y procedimientos del programa en general, así como la metodología y la motivación para el buen desarrollo del programa.

La supervisión tiene duración de 60 minutos, una vez por semana, donde se comenta sobre el trabajo realizado y la actividad siguiente a trabajar.

IV.- SESIONES:

- 1.- Expectativas, encuadre y diagnóstico de hábitos de estudio.
- 2.- Autoconocimiento, superación personal y familiar.
- 3.- Motivación y reconocimiento de la realidad social.
- 4.- Temporama, distribución de horario y tips de mejoramiento, la forma, el tiempo, etc., dedicado al estudio.
- 5.- Técnicas didácticas y capacidades aplicadas para el aprendizaje.
- 6.- Preparación de exámenes y guías de estudio.
- 7.- Condiciones físicas de estudio.
- 8.- Evaluación cuantitativa y cualitativa de manera oral y escrita.

V.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1.- Identificar las técnicas de hábitos de estudio utilizadas por los alumnos, reconociendo las inquietudes y expectativas de los participantes y establecer el encuadre.

2.- Reconocer las motivaciones e intereses de los participantes para el estudio partiendo del reconocimiento de sí mismos y su familia.

3.- Conocer cuales son las motivaciones de los participantes para el estudio, reflexionando sobre la situación socioeconómica del país.

4.- Delimitar y aplicar un horario de estudio para estudiar con mayor aprovechamiento, así como algunas técnicas de registro de record de estudio que sea representativo de la realidad.

5.- Conocer las diferentes técnicas didácticas y su aplicación en el mejoramiento de su aprendizaje escolar.

6.- Dar a conocer las diferentes estrategias para estudiar de manera eficiente al preparar un examen, por medio de una guía de estudio.

7.- Identificar los diferentes tipos de distractores que interfieren en el aprendizaje y su relación con el rendimiento escolar.

8.- Evaluar el curso, el coordinador y los participantes por medio de un cuestionario, reflexionando sobre los resultados obtenidos, promoviendo el compromiso a mejorar sus hábitos de estudio.

IV.- ACTIVIDADES:

SESIONES:

1.- Presentación de la Institución, instructor y programa:

- Dinámica de presentación, (nombre, edad preferencias o gustos).
- Sondeo de expectativas.
- Delimitación de los objetivos y alcances del programa.
- Encuadre: hora, lugar, día y tiempo, duración.
- Diagnóstico de hábitos de estudio.
- Autoevaluación.

2.- Realiza un collage.

- Presentación y discusión del collage.
- Dinámicas de autoconocimiento:

Dar a conocer la pirámide de la autoestima reflexionando cada miembro del grupo en su propia aplicación.

Actividad del hogar: Realizar un familiograma anotando nombre, edad, año escolar cursando, ocupación, abarcando hasta la tercera generación.

3.- Exposición, análisis y discusión del familiograma por el grupo.

- Reflexionar sobre las motivaciones hacia el estudio: ¿Para qué estudio?, ¿Por qué?, ¿Para quién ?, ¿Me gusta el estudio?

4.- El coordinador expondrá los beneficios de contar con una organización de los tiempos de cada día.

5.- Se expondrán las diversas técnicas didácticas de transmitir el aprendizaje involucrando al grupo en la actuación de cada una de ellas y proponiendo alternativas de estudio, de acuerdo a la técnica didáctica.

6.- Se darán a conocer las diferentes formas para preparar un examen, proporcionando una guía de estudios y elementos básicos para resumir, como cuadros sinópticos, y los elementos que comprende una preparación de materias teóricas y prácticas para un mejor aprovechamiento.

7.- Dar a conocer las condiciones físicas que favorezcan el aprendizaje y comparar las diferencias entre un buen espacio para estudiar por medio de un roll-playing.

Formado equipos se discutirá sobre:

- 1.- Cuando no hay metas.
- 2.- Cuando no se organiza el tiempo.
- 3.- Cuando no escuchamos.
- 4.- Cuando no tomamos apuntes.
- 5.- Cuando estudiamos en un lugar inadecuado.
- 6.- Cuando no nos preparamos para un examen.

8.- Se aplicará el cuestionario de evaluación escrita para evaluar al coordinador, el grupo y los participantes.

- Se llevarán a cabo dinámicas dónde se hará énfasis en el compromiso adquirido.

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL RIESGO PSICOSOCIAL CHIMALLI

El programa chimalli, es un material didáctico para aplicar un programa de educación preventiva a grupos de jóvenes que están expuestos a riesgos psicosociales. El aporte del sustentante fue la adaptación a las necesidades institucionales, así como la capacitación del personal de base, su supervisión y evaluación continua.

ANTECEDENTES:

El programa Chimalli, el cual es un programa de prevención de los factores de riesgo psicosocial en la adolescencia, fue elaborado por una investigadora Nacional y Especialista en adolescencia (Directora del programa), con ayuda de psicólogos sociales y psicoterapeutas; Licenciados en psicología; Licenciados en Ciencia y Técnicas de la Información; Diseñadores Gráficos; Estudiantes de psicología y estudiantes de teatro.

El programa fue realizado con el financiamiento de la Agencia Internacional de Desarrollo de la Embajada de los Estados Unidos en México, y por el Consejo Nacional de Fomento Educativo (CONAFE) de la Secretaría de Educación Pública.

Dicho programa está basado en un modelo Psico-social, cuyo objetivo es buscar cambios de actitud, ya que al intervenir con el joven en la reflexión, entra en juego el mundo interno con el mundo externo del adolescente, buscando que el joven tenga alternativa para mejorar su estilo de vida. Así como también en un modelo Ecológico, el cual se enfoca a los ambientes y a la relación del organismo humano y su entorno (ambientes naturales, físicos, influencias sociales y las interacciones entre individuos y grupos); es decir que el enfoque de dichos modelos ayudará a promover el desarrollo humano de cada individuo.

El programa Chimalli, empezó a trabajarse en esta Institución a partir de finales del año de 1995, con un promedio de 15 grupos atendidos; en 1996 con un promedio de 40 grupos y actualmente (en 1997) se encuentran trabajando un promedio de 23 grupos.

Dicho trabajo, se logró por la participación de gente de servicio social de nivel universitario, así como personal de base: Trabajo Social y Psicología; Se ha otorgado capacitación a diferentes instituciones como: Centros de Salud dirigido a Enfermeras, médicos, y Trabajadoras Sociales, las cuales continúan trabajando dicho programa en escuelas, y a la vez han recibido asesoría por parte de nuestra Institución.

FUNDAMENTOS:

El trabajo preventivo que se ha venido trabajando en la Institución por los diferentes programas, ha dado a conocer la importancia de continuar trabajando en un nivel de prevención primaria (antes de que se presente el problema), cuyos resultados han sido favorables, llevando algunos grupos de jóvenes a la autogestión.

Por tal motivo, se tomó en consideró trabajar con el programa Chimalli, ya que es otro modelo de intervención que ayudará a encontrar para los jóvenes alternativas de protección.

Además de que nos brinda un instrumento que permite evaluar ó diagnosticar los riesgos a los que está expuesto el grupo de jóvenes con el que se va a trabajar: éste instrumento se denomina Escala de Actitud, en donde a través de las respuestas se puede evaluar el grado de riesgo (alto, medio ó bajo) en el que se encuentran las personas, así como las áreas en donde éstos se localizan (estado general de salud, manejo de la sexualidad, uso y abuso de drogas, conductas compulsivas, eventos negativos de la vida y actos antisociales).

Así pues, el intervenir con el programa Chimalli, es enfrentarse con el grupo de jóvenes y su problemática, tomando en cuenta que ninguno de nosotros, es tan poderoso como para cambiar el mundo, pero en cambio si podemos ayudarnos y ayudar al joven a protegerse de los riesgos a los que está expuestos.

JUSTIFICACIÓN:

En un gran número de hogares, escuelas y comunidades del país, existen personas que están cada vez más interesadas en actuar en favor de los jóvenes, antes de que los problemas en que éstos puedan verse involucrados, se manifiesten con tal magnitud, que su resolución será difícil y compleja.

Cuando se habla de trastornos emocionales y psicosociales, por lo general se piensa que quien los padece ya presentan severas desviaciones en su desarrollo emocional y social y que, por lo tanto, requieren de atención especializada para su recuperación y rehabilitación. Sin embargo, las personas que están en contacto con los adolescentes, como los maestros, padres de familia y promotores juveniles, también están preocupados por evitar que, entre ellos, se presenten trastornos severos del desarrollo; es decir, que existen personas interesadas en prevenir. Así mismo, se interesan en procurarle al joven un medio ambiente protector que facilite el desenvolvimiento de sus habilidades para la vida.

El área de acción de estas personas no es la recuperación y la rehabilitación de jóvenes en situaciones graves, sino de la detección precoz de los problemas y

la creación de una cultura que proporcione a éstos adolescente un estilo de vida favorable para su desarrollo, sustentado en valores humanos. En otras palabras, su labor es fomentar la llamada Educación Preventiva.

RELACION INTER-INSTITUCIONAL

El programa se trabaja en Escuelas, en especial a nivel preparatoria, ya sea por petición de las mismas escuelas, así como también, por apoyo de otras instituciones como Centros de Salud, quienes hacen directamente el trabajo en las escuelas.

OBJETIVO GENERAL:

Proteger al grupo de jóvenes, favoreciendo la reflexión para que puedan crear un escudo que les facilite enfrentar el medio ambiente en el que se encuentran.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

a) Educar a los jóvenes a protegerse del uso de sustancias tóxicas que se encuentren disponibles en su medio ambiente (alcohol, tabaco, medicamentos, inhalantes, etc.)

b) Concientizar al grupo de jóvenes, a través de una actitud reflexiva, que los proteja del Consumismo propiciado por los medios masivos de comunicación.

c) Transmitir a los jóvenes los valores humanos, a través del respeto y autoestima necesarios para guiar su vida sexual.

d) Favorecer la reflexión en el grupo de jóvenes para enfrentar los Eventos Negativos de la vida, favoreciendo su autoconcepto.

e) Transmitir la importancia de una conducta interpersonal basada en la solidaridad y el respeto al grupo, como una alternativa para reducir las conductas antisociales.

f) Estimular al grupo de jóvenes a un cambio de actitud frente a los hábitos y estilos de vida, promoviendo la Salud.

MARCO TEÓRICO:

El CHIMALLI, es un material didáctico para aplicar un programa de educación preventiva a grupos de jóvenes que están expuestos a Riesgos Psicosociales.

La palabra CHIMALLI, es una palabra Nahuatl, que significa "ESCUDO O PROTECCIÓN", cuyo fin es buscar Factores de protección. Estos son aquellos Factores interpersonales, sociales, de influencia ambiental e individuales, que se presentan en forma en los ambientes claves en los que se desarrollan los niños y los adolescentes (Escuela, Hogar, Comunidad) y que eliminan, disminuyen ó neutralizan el riesgo de que un individuo inicie un proceso adictivo.

Dicho programa se basa en un Modelo de Acción Ecológica, el cual parte del Modelo de Desarrollo Humano, se enfoca a los ambientes y a la relación del organismo humano y su entorno; dicho término, designa los ambientes naturales, físicos, influencias sociales y las interacciones entre individuo y grupo.

Es decir, se enfoca a los factores protectores del medio escolar, familiar y comunitario.

ACTIVIDADES:

1.- Leer todo el material.

2.- Formar el grupo de adolescentes:

Cuidando que el número de integrantes del grupo sea un mínimo de 10 a un máximo de 30 integrantes.

3.- Invitar al grupo de adolescentes a participar en CHIMALLI:

Al estar frente al grupo, es importante dar a conocer en qué consiste el programa, cuestionar al grupo qué entiende por el concepto de Riesgo, así como de Riesgos Psicosociales, para de allí partir al análisis de la importancia en el autocuidado de estos riesgos.

Describir el programa: Hablar sobre el programa y detectar en el grupo aquellos que tengan deseos de participar. Es importante aclarar a los adolescentes que es un programa de largo plazo, a fin de que adquieran un compromiso consciente, y que por lo tanto se llevará a cabo dicho programa, sólo con aquellos que deseen participar de manera voluntaria.

4.- Al tener al grupo de participantes de manera Voluntaria, se aplicará y calificará la Escala de Actitud, cuyas respuestas a la Escala deberán ser hechas en forma individual.

Dicha Escala consta de 42 reactivos, la cual se aplica a cada uno de los integrantes. (En anexo).

5.- Planear con el grupo las sesiones preventivas;

Después de haber aplicado la Escala de Actitud, y al tener los resultados (proceso de calificación), se obtendrá el diagnóstico grupal, es decir, cuáles son las áreas de riesgo en las que se encuentra el grupo.

Con el diagnóstico, se determinarán las lecciones a trabajar, como: Estado general de Salud, Sexualidad; Uso y abuso de Drogas; Consumismo; Actos Antisociales y Eventos Negativos de la vida.

Para obtener dichas lecciones, se usan como guía los puntos del diagnóstico de riesgo, de la tabla de clasificación de lecciones, con su respectivo ejercicio vivencial y mensaje protector.

6.- Desarrollar el programa:

Se presenta al grupo la hoja de planeación del programa y a partir de ahí, se inicia el trabajo con reuniones de una o dos horas, una vez a la semana, con la lección cognitiva y el ejercicio vivencial.

7.- Después de haber llevado a cabo el número de sesiones, las cuales son 12 (3 meses), se aplicará de nuevo la Escala de Actitud, calificando ésta y mostrando al grupo los resultados del cambio de sus propias actitudes, medido a través de la aplicación de la escala respectiva al inicio y al final del programa.

Los cambios se presentarán de acuerdo con cada una de las áreas consideradas, haciendo énfasis en los logros alcanzados.

*Las áreas en las cuales no se obtuvo ningún cambio, ó donde por el contrario la actitud negativa se incrementó, serán llamadas "retos de crecimiento".

METAS:

En el último semestre del año de 1997, se planeó cubrir 12 grupos, en escuelas de nivel preparatoria.

BENEFICIARIOS:

Dirigido a Adolescentes entre 12 y 19 años de edad.

COBERTURA ESPACIAL:

Se trabaja en escuelas, las cuales proporcionan un espacio determinado, estableciendo un horario fijo, con privacidad y disponibilidad para los jóvenes.

METODOLOGIA:

Es un programa vivencial y participativo.

Pretende un cambio de actitud de los jóvenes en riesgo.

No va dirigido a adictos, ni jóvenes con severos trastornos, porque su enfoque no es médico rehabilitatorio, sino preventivo.

Se basa en un modelo de acción Ecológica y de Desarrollo Humano.

Contempla a la evaluación científica del impacto del material en los grupos juveniles.

1.- Diagnóstico: Aplicación de Escala de Actitud inicial, cuyo objetivo es determinar el perfil de riesgo en las áreas en que interviene el programa.

2.- Intervención Preventiva: Trabajo con grupos a través de dinámicas vivenciales, cuyo objetivo es proporcionar mensaje protector al adolescente, dando un enfoque positivo del tema a tratar.

3.- Evaluación: Aplicar Escala de Actitud final, cuyo objetivo es evaluar el cambio de actitud a lo largo del programa.

CALENDARIO DE ACTIVIDADES:

Se trabajará en un número de 12 sesiones.

Duración de cada sesión de 90 minutos.

Una sesión por semana.

Cada grupo de 10 a 25 participantes.

DETERMINACIÓN DE RECURSOS:

Recursos Materiales:

La guía técnica para aplicar los materiales.

La carpeta del conductor.

Formatos de la Escala de Actitud (cuestionarios).

Formatos de respuestas.

Hoja de rotafolio.

Plumones.

Recursos Humanos:

Gente del servicio social de nivel universitario

Psicología

Trabajo Social

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL PROGRAMA:

El sistema de evaluación del programa está diseñado para evaluar el impacto del trabajo grupal con los jóvenes y presupone la siguiente hipótesis.

"Las actitudes de protección hacia cada una de las áreas y subáreas en las que trabaja el programa se incrementarán en cada uno de los grupos, después de haber sido aplicado el material, también se observarán diferencias en la actitud protectora, al comparar grupos juveniles que sí han trabajado con el material y grupos juveniles que no han trabajado con el material".

Nota: El diagnóstico se da a conocer al grupo, así como también el diagnóstico final.

PROGRAMA DE BUZÓN JUVENIL.

Este programa es un programa sinérgico que cuya elaboración se debe integramente al sustentante, su implementación, capacitación del personal de base y evaluación de deben al líder del programa el cual es el elaborador del reporte.

OBJETIVO:

Brindar al adolescente un medio por el cual pueda expresar las dudas e inquietudes que se le presentan, así como ofrecerle algunas orientaciones respecto a su desarrollo, relaciones interpersonales, sexualidad, etc.

JUSTIFICACIÓN:

A un año de aplicar el programa Preventivo de Riesgo Psicosocial Chimalli; se ha determinado la gran necesidad de atención a los jóvenes con quienes trabajamos, y considerando que en la etapa de la adolescencia se cursa por momentos de duda y confusión respecto a: ¿quién se es?, ¿qué se hace o debe de hacer?, hacia donde se dirige su futuro, etc., y además que en muchas ocasiones los jóvenes no cuentan con alguien que les aclare las interrogantes de lo que les sucede, creando con ello mas dudas e inseguridad. O bien, buscando en donde sus posibilidades se lo permiten la información que en su gran mayoría es distorsionada e ineficiente para los fines de esclarecimiento de tan importantes aspectos del desarrollo. Preocupados por la dinámica del adolescente y atendiendo a su demanda, el equipo de la Dirección de Orientación Familiar inició un programa denominado: "EL BUZÓN JUVENIL" en el cual los jóvenes tienen un medio para resolver sus dudas y al mismo tiempo para conocer y establecer contacto con otros jóvenes de su misma edad.

ANTECEDENTES:

Actualmente en Guanajuato existen 722, 235 adolescentes entre los 12 y 19 años de edad, muchos de ellos padeciendo las consecuencias de la desorientación social, la falta de comunicación intrafamiliar, la desintegración familiar, así como los efectos dolorosos de la farmacodependencia o de la paternidad temprana, de abuso sexual, o del maltrato físico, situaciones todas que dejan una profunda herida en la persona con penosos resultados a mediano y largo plazo para ella misma, su familia y la sociedad en general.

Es debido a lo anterior que se consideró necesario y urgente establecer un enlace de comunicación con los jóvenes, para que ellos puedan preguntar y esclarecer sus inquietudes.

METODOLOGÍA.

Previo acuerdo y sectorización con las autoridades educativas de nuestro municipio:

I.- ORGANIZACIÓN Y ACUERDOS

- a) Planeación del programa
- b) Pilotaje del programa
- c) Sectorización de zona de trabajo con la Dirección de Educación Municipal de la Presidencia.
- d) Selección de las escuelas

II.- ACTIVIDAD OPERATIVA

- a) Sensibilización a Docentes
- b) Promoción del Buzón Juvenil con los alumnos
- c) Ubicación física del Buzón dentro de la escuela y recolección de preguntas
- d) Devolución de la respuesta
- e) Publicación de la respuesta
- f) Retroalimentación a la escuela

III.- ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS

- a) Informe mensual
- b) Evaluación parcial y final de la demanda
- c) Elaboración del "Manual de Respuestas"

I - ORGANIZACIÓN Y ACUERDOS

a) Planeación del programa

Esta actividad se realizó en Enero de 1996 y fue presentada para su aprobación a la Dirección General de D.I.F.

b) Pilotaje del programa

En esta fase se trabajó con 3 escuelas secundarias de los tres tipos existentes (Telesecundarias, Técnicas y Generales) durante los últimos días de Enero y los primeros de Febrero.

Las preguntas obtenidas nos dieron la posibilidad de plantearnos las necesidades de capacitación del personal de la Subdirección de Desarrollo del Adolescente.

c) Sectorización de la zona de trabajo

Se inicia el programa en las Escuelas Secundarias Generales, Técnicas y Telesecundarias de la ciudad, de acuerdo con la sectorización de la Dirección de

Educación Municipal y la Dirección de Programas Prioritarios de D.I.F. León, además se calendarizaron las actividades de acuerdo con la programación de la Subdirección de Desarrollo del Adolescente.

d) La selección de la escuela.

Las escuelas son seleccionadas de acuerdo a la sectorización; sin embargo es necesario que los directores de las escuelas lleguen a acuerdos para realizar el programa en su escuela, e involucren a la trabajadora social o la orientadora vocacional en el programa, las cuales servirán de enlace con el personal de la Subdirección de Desarrollo del Adolescente.

II ACTIVIDADES OPERATIVAS.

a) Sensibilización a docentes.

La intervención inicia con una sensibilización al trabajo, se realiza con los Directores de las escuelas, Orientadores Vocacionales, Trabajadoras Sociales y Maestros con el objeto de que ellos, además de conocer el programa realicen el apoyo necesario para el adecuado desempeño del mismo dentro del centro educativo.

b) Promoción del "Buzón Juvenil" con los alumnos.

La elaboración del material de promoción como son carteles, trípticos, volantes, etc. se realiza con la colaboración de la Dirección de Educación Municipal.

Y la distribución de dichos materiales está a cargo de la Subdirección de Desarrollo del Adolescente, en coordinación con los directores y maestros (especialmente las orientadoras vocacionales) de las mismas escuelas.

La promoción con los alumnos consiste en presentar el programa dando a conocer el procedimiento y la finalidad del "buzón juvenil", ésta la hacen los orientadores y los maestros de cada grupo de la escuela, así como, las trabajadoras sociales y el personal de apoyo de la Subdirección de Desarrollo del Adolescente.

c) Ubicación física del "Buzón Juvenil" dentro de la escuela y recolección de preguntas

De acuerdo con las autoridades de las escuelas el "Buzón" se ubica en un espacio fijo en el que los alumnos depositan sus preguntas sin ningún problema o restricción.

La recolección de las preguntas es semanal por el personal de la Subdirección de Desarrollo del Adolescente, la cual concentra las preguntas y elabora las respuestas correspondientes.

El buzón permanece en cada escuela durante dos semanas, en las cuales la primera semana depositan sus preguntas y en la segunda semana se resuelven las dudas que los jóvenes demandan, pasando inmediatamente después a otra escuela. Una vez que se han cubierto todas las escuelas secundarias se pasa a las primeras realizando su cobertura en ciclos periódicos.

d) Devolución de la respuesta

La respuesta es elaborada por personal capacitado de la Subdirección de Desarrollo del Adolescente, así como por personal pasante de la licenciatura en psicología y voluntarios.

Posteriormente es enviada a la escuela, a la orientadora vocacional de la misma.

e) Publicación de la respuesta

Esta, se hará con la colaboración de los alumnos de la escuela así como con la ayuda de la orientadora vocacional para que sea publicada en el periódico mural de la escuela, o bien para que la carta que es remitida de manera personal le llegue su respuesta por la vía que el alumno solicite.

f) Retroalimentación a la escuela

Se da a la escuela devolución de los resultados, una vez terminada la intervención (ello se realiza sin incluir los nombres de los alumnos salvaguardando su confidencialidad).

Esta actividad se realiza en coordinación con la Dirección de Educación Municipal de la Presidencia.

III ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS.

a) Informe mensual del programa

Se elabora un informe mensual de los resultados de manera cuantitativa y cualitativa que sirve para retroalimentar el trabajo. Se da a la Escuela y a la Dirección de Educación Municipal un informe a manera de devolución por escrito de la evaluación de los temas que son solicitados por los alumnos.

b) Evaluación parcial y final de la demanda

La principal característica de este programa es que se realiza investigación constante acerca de las necesidades, intereses y motivaciones de los adolescentes de las escuelas con las que se trabaja. Para ello es necesario realizar un procesamiento constante de los datos que el programa arroja, lo cual esta a cargo de la Subdirección de Desarrollo del Adolescente.

c) Elaboración del "Manual de Respuestas".

Después de hacer el análisis de las respuestas, éstas son tipificandas y clasificadas de tal manera que se logre realizar un "manual" de ellas, que posea un marco teórico de referencia, y que sirva de sustento al trabajo institucional.

En cuanto al "Manual de Respuestas", éste se elaborará con la colaboración del Director y de los Subdirectores de la Dirección de Programas Prioritarios, el cual hará las veces de comité técnico tratando de salvaguardar con ello el enfoque "reeducativo y de salud" que se le pretende dar al programa; por otra parte, aun y cuando ya existen algunos trabajos parecidos, hemos considerado que es necesario elaborar un instrumento propio en la localidad, ya que los adolescentes si bien, pasan todos por el mismo proceso, guardan diferencias significativas en sus intereses, motivaciones y costumbres, de región a región.

UBICACION DEL PROGRAMA

Ejecución: Se trabajará con el total de escuelas secundarias públicas del Municipio iniciando dentro de la mancha urbana

ALCANCES

Es necesario llevar la experiencia al total de las escuelas secundarias públicas de la comunidad.

EVALUACIÓN Y ANALISIS DE RESULTADOS:

PROGRAMAS DE PREVENCIÓN: INFORME DE ACTIVIDADES DE LOS AÑOS 1995, 1996 Y EL PRIMER SEMESTRE DE 1997.

Los datos que a continuación se presentan son el resultado acumulado por los programas de prevención que se realizaron durante los años 1995, 1996 y de Enero a Junio de 1997. También aparecen los resultados de la planeación estratégica de 1997 y el avance calculado para el primer semestre del presente año.

Los resultados que contienen la primer fila, es la denominación del programa, en la segunda, tercera y cuarta fila aparecen los resultados del año 1995, a 1997, en la quinta fila aparece la cantidad programada para el primer semestre y en la sexta se encuentra la programación anual.

Datos con los cuales nos podremos percatar del avance o déficit de los programas.

El objetivo general de la Dirección es:

Proporcionar a la población programas preventivos y de atención que favorezcan la higiene mental y reduzcan el riesgo psicosocial de las familiar que carecen de lo indispensable, tratando de mejorar con ello su calidad de vida y favorecer la consolidación del núcleo familiar.

OBJETIVO GENERAL DE LA PREVENCIÓN.

INFORMAR, ORIENTAR, CAPACITAR E INVESTIGAR A LA POBLACION EN GENERAL EN LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA FARMACODEPENDENCIA, GENERANDO ACCIONES AUTOGESTIVAS DENTRO DE UN MARCO DE EDUCACION PARA LA SALUD.

En seguida se presentan las contribuciones a cada uno de los programas realizados por el sustentante iniciando con el programa denominado Prevención Escolar de la Farmacodependencia. Aún cuando ya existía como programa de la Dirección se realizaron cambios en cuanto a:

a).- Su estructura y sustento teórico, los cuales le han dado a la fecha un carácter más psicológico y menos médico. Específicamente la aportación consistió en implementar la propuesta del CONAPSI (1993), para este programa en cuanto

a las funciones sustantivas del quehacer profesional del psicólogo (los cuales se expusieron en el apartado anterior).

b).- Ello implicó la necesidad de realizar capacitación al personal de la D.O.F. (psicólogos, trabajadoras sociales, voluntarios y personal de servicio social. Apelando al concepto de la investigación participativa de la desprofesionalización del personal que realiza las actividades de salud en la comunidad.

c).- También existía la demanda de incrementar la población a atender en los programas preventivos, dado el índice creciente del consumo de fármacos en adolescentes y jóvenes escolarizados de nivel secundaria y preparatoria.

d).- La aplicación del modelo de investigación participativa, obligo a la implementación, capacitación del personal de base, seguimiento y asesoría de la actividad autogestiva.

Respecto a la contribución realizada al programa de prevención general, se elaboró la selección del material didáctico y bibliográfico para los temas que demandó la población juvenil. Desde luego el material es en esencia psicológico y con probada eficacia para realizar el trabajo preventivo.

También fue desarrollada la metodología de aplicación, la cual se trata de fomentar la reflexión y disminuir con ello las posibles ansiedades que con motivo de la sola información se generan en los jóvenes.

La supervisión del trabajo preventivo por lo tanto ha sido fundamental ya que con ella se apoya el trabajo del personal operativo que este contacto directo con la población. Hay que hacer hincapié en que este programa es el resultado de la demanda de los jóvenes tras haber aplicado el programa preventivo de la farmacodependencia en las escuelas. Su función ha sido en formar a los jóvenes y promover su participación autogestiva.

Con respecto al tercer programa "Grupo de Adolescente Motivados al Estudio" la aportación fue la adaptación al modelo preventivo, ya que este programa ya existía en la Dirección. Por lo que fue necesario establecer su seguimiento y evaluación en base a los niveles de intervención propuestos por CONAPSI (1993), ya que antes poseía un carácter puramente remedial.

Para el Programa Chimalli la aportación principal fue la adaptación para el uso institucional para esa Dirección, ello implicó la necesidad de capacitar al personal operativo en el manejo de los instrumentos y de las sesiones que tienen una función esencialmente protectora y preventiva; así como la elaboración de los materiales didácticos necesarios para la ejecución del mismo. También se implementó la supervisión y la evaluación continua del Programa.

En lo que se refiere al programa "Buzón Juvenil" se realizó en diseño, su implementación, capacitación del personal, ejecución y evaluación, ya que se trata de un programa sinérgico cuya finalidad ha sido la atención a una demanda juvenil específica.

Area de Prevención

Los programas que comprenden esta área son :

- 1.- Prevención Escolar de la Farmacodependencia.
- 2.- Prevención General
- 3.- Grupo de Alumnos Motivados al Estudio (G.A.M.E.)
- 4.- Programa Preventivo de Riesgo Psicosocial Chimalli
- 5.- El Buzón Juvenil

1.- PROGRAMA DE PREVENCION ESCOLAR DE LA FARMACODEPENDENCIA.

Este programa tiene como finalidad informar y generar acciones preventivas autogestivas de parte de toda la comunidad escolar, se trabaja con adolescentes, padres de familia y maestros , para lo cual comprende las siguientes fases:

- a).- Aplicación de Encuestas (Diagnóstico)
- b).- Sensibilización
- c).- Orientación
- d).- Capacitación
- e).- Autogestión.

**TABLA No. 1
PROGRAMA DE PREVENCION ESCOLAR
DE LA DIRECCION DE ORIENTACION FAMILIAR.**

PREVENCION ESCOLAR	REALIZADO 95	REALIZADO 96	REALIZADO 1997	PROGRAMADO 97	ANUAL
				50%	
<i>ALUMNOS</i>	51.650	56.227	23.151	21.225	42.450
<i>P. DE FAM. Q.</i>	8.594	9.716	2.960	4.250	8.500
<i>MAESTROS</i>	1.500	705	747	500	1.000
<i>ACCIONES</i>	1.350	1.362	1.347	770	1.540
<i>ESCUELAS</i>	210	135	79	70	140

En la tabla No. 1 en lo que se refiere al programa de prevención en escuelas a la fecha se han trabajado un total de 79, las cuales representan 9 escuelas más de las planeadas para el semestre, ello indica que nos encontramos a un 43.5 % de la meta anual.

Llama la atención que en el año 1995 se trabajaron 210 escuelas, las cuales en esa época superan por mucho la meta de este año, lo cual obedece a que, en esa fecha no se contaba con otros programas que son adicionales al programa actual de escuelas. Entonces la intervención era solo de primera fase, es decir de información y actualmente se trabajan programas con características de segunda fase en donde se interviene con funciones de orientación y capacitación, que llevan directamente a promover actividades autogestivas.

Por otra parte, destaca que el número de alumnos atendidos sea de 23151, lo cual refleja que se trabaja cerca de 50% de los atendidos en 1995 con un número mayor de escuelas. como se puede observar en el año 1996 se realizaron más acciones con casi la mitad de escuelas (135) que las reportadas en 1995.

Solo el número de padres de familia que el programa atiende en las escuelas es menor del esperado para el primer semestre del año, se encuentra a un 35% de la meta semestral. Ello es debido a que el programa ha intensificado su trabajo dirigido a los jóvenes, y a que actualmente existen programa específicos para los padres de familia.

Es de señalar que el número de acciones en las escuelas se encuentra cercano a la meta anual, se espera trabajar con 1540 personas y a la fecha se han atendido a 1347. (gráficos 1-5)

Los programas de atención al adolescente de diferentes niveles, se han intensificado dirigiendo nuestro esfuerzo a aquellos que son los más desprotegidos.

Cualitativamente podemos decir que a la fecha se han trabajado con secundarias, y preparatorias particulares y oficiales del municipio, en ambos niveles se ha aplicado la fase primera, que es la aplicación de encuestas y la plática de sensibilización, y se inicia con la aplicación de la segunda fase del programa para los adolescentes y padres de familia.

Desde el primer semestre del año a la fecha, los resultados que arrojo la participación son:

- Se le reconoce como Institución que atiende este problema a nivel preventivo y de tratamiento para toda la comunidad escolar.
- Manejan los conceptos de salud y enfermedad en la identificación de la farmacodependencia, así como los factores que la originan.
- Recuerdan los jóvenes la Plática de la Primera fase.
- Se tienen solicitudes de trabajo de fuera del sector asignado.
- Las propuestas y realización de trabajo autogestivo es de diversos tipos.
- La aportación generada por Servicio Social ha sido importante, ya que facilitó y promovió las acciones, involucrándose en buena manera después de haberlos sensibilizado y capacitado, mostraron una muy buena disposición, que en

algunos casos se vió manifestada en no cubrir tan sólo el tiempo asignado sino incluso hasta el final del semestre, aún cuando ya habían terminado, además de que les ha quedado muy claro el trabajo a realizar, lo cual favorece la acción frente a los grupos de alumnos, es importante ver como los propios prestadores de Servicio Social mencionan su crecimiento y contacto con la realidad.

- Se logró establecer una comunicación tanto con los alumnos, padres de familia y maestros, donde hemos podido escuchar sus expectativas y sus experiencias, logrando con ello un involucramiento más cercano en la problemática.

- Posesionar a D.I.F. Municipal como una Institución de Servicio y de apoyo en el Sector Educativo.

- Sobresalen entre los logros de actividades autogestivas: obras de teatro, escritas y representadas por ellos mismos ante toda la comunidad escolar.

- Realización de un sinnúmero de carteles con mensajes preventivos.

- Periódicos Murales.

- Marchas por las colonias donde se encuentran las Escuelas.

- Pinta de Bardas, con leyendas de salud.

- Eventos deportivos.

- Cartas a los padres de familia pidiendo un mejor trato y relación familiar.

- Mejoras de su entorno escolar.

- Maquetas.

- Elaboración de playeras y participación en el Concurso Estatal de diseño de playeras con mensajes preventivos donde se lograron 2 segundos lugares compitiendo con alumnos de profesional en Diseño, nuestros participantes son alumnos de secundaria.

Cabe señalar que una parte importante que se cuida en el trabajo es la utilización de un mensaje de un lenguaje claro, sencillo y de acuerdo al nivel de los jóvenes.

Todo esto ha favorecido incluso la participación del personal de base, donde manifiestan una satisfacción de ver frutos a corto plazo, lo que favorece la autoestima, la confianza y la disposición, y la ubicación de los demás como un profesionista especializado que sabe, así mismo poder esclarecer el programa y poder reconocerse los logros.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

2.- PROGRAMA DE PREVENCIÓN GENERAL.

Su objetivo básicamente es servir de acceso a otros programas que implican un proceso más largo, ya sea de Orientación o de Capacitación, ya que la función de este programa es informar sobre lo que es salud - enfermedad, alguna actividad aislada en cuanto al tema de farmacodependencia, o de familia.

TABLA No. 2
PROGRAMA DE PREVENCIÓN GENERAL

PREVENCIÓN GENERAL	REALIZADO 95	REALIZADO 96	REALIZADO 97	PROGRAMADO 97	ANUAL
				50%	
No. DE PERSONAS	9.257	7.126	7.779	0	No programado
No. DE PLATICAS	175	132	118	No programado	No programado

Su actividad se genera en las escuelas, grupos establecidos, ya sean religiosos o asociaciones tanto civiles como municipales, clubes de servicio, etc.

Su planeación programada se encuentra inmersa dentro del programa de Prevención Escolar, sin embargo las cifras alcanzadas son satisfactorias, generalmente trabajamos en grupos, sin embargo a esta Dirección acuden personas en forma aislada, buscando información u orientación sobre un problema específico ya sea de farmacodependencia o de enfermedad mental, por lo cual se atiende de manera individual, aparentemente es costoso este servicio sin embargo es necesario, ya que solo de esta forma podemos hacer una canalización adecuada.

Por lo general en el servicio al exterior donde más se trabaja es con los padres de familia de las escuelas secundarias, algunas preparatorias y maestros de éstos niveles académicos. Desde el año pasado hemos tenido la demanda de apoyo de instituciones de salud, como el Instituto Mexicano del Seguro Social quien nos ha solicitado capacitación para su personal del área de medicina, enfermería y trabajo social en temas como adolescencia, maternidad temprana, sexualidad en niños y adolescentes, etc., teniendo una buena respuesta y pudiendo generar Grupos de Reflexión, Prevención y Orientación (GRPO).

Como se puede ver, hasta Junio de 1997 se han realizado 118 sesiones con temas diversos y se ha atendido a un total de 7779 personas, lo cual representa el 84% de lo trabajado en el año 1995 y el 109 % de lo realizado en 1996.

La demanda para este programa ha superado en la primera mitad de 1997 lo realizado en todo el año de 1996. (Gráficos 6 y 7).

3.- PROGRAMA DE ADOLESCENTES MOTIVADOS AL ESTUDIO.

(G.A.M.E.)

La finalidad de este programa es evitar la deserción escolar de los alumnos de nivel secundaria con problemas de reprobación y de inasistencia ,como una vía de prevenir la farmacodependencia y con ello la delincuencia juvenil.

Como se sabe, este programa se trabaja en las escuelas secundarias (de preferencia de bajos recursos tanto económicos, como materiales) en un proceso que se desarrolla en 6 sesiones, una semanal de 90 minutos, donde se trabajan algunas técnicas de estudio y dificultades en cuanto al proceso de enseñanza aprendizaje.

Para ello los maestros realizan un diagnóstico de los alumnos que presenten esta problemática, por lo general utilizan la primera parte del primer semestre del ciclo escolar.

**TABLA No. 3
PROGRAMA DE GRUPO DE
ADOLESCENTES MOTIVADOS AL ESTUDIO**

GPS. ALUM. MOT. ESTUDIO	REALIZADO 95	REALIZADO 96	REALIZADO 97	PROGRAMADO 97	ANUAL
				50%	
NO. DE GRUPOS	48	28	13	15	30
No. DE ADOLESCENTES	493	336	151	180	360
No. DE SESIONES	216	166	88	90	180

Cabe señalar que este programa es básicamente trabajado por Prestadores de Servicio Social de nivel Universitario, de preferencia de la licenciatura en psicología, ya que es necesario que se tengan herramientas técnicas y metodológicas en cuanto al manejo y contención de un grupo de esta naturaleza, sin embargo los prestadores con estas características son pocos, por lo que la planeación estratégica también lo es en cuanto a cobertura de grupos y de alumnos.

En la tabla No. 3 se puede observar que se ha trabajado con 13 grupos, los cuales representan el 27% de lo realizado en 1995. Sin embargo, en comparación con el año 1996 el porcentaje es de 46.5%.

Para este programa se tiene calculado trabajar 30 grupos anuales, y 15 para el primer semestre, por lo cual el avance es del 86% de lo planeado para el semestre. En cuanto al número de adolescentes atendidos, se tiene que son el 83% de los esperados para la primera mitad del año y el 41% de los programados para el año.

Las acciones realizadas son el 98% de las esperadas para el semestre y el 48% del anual.

Este programa a pesar de tener cifras menores a las programadas se encuentra dentro del rango de tolerancia de déficit, ya que no sobrepasa el 10%. Y durante el periodo vacacional por lo regular, incrementa la demanda.

Destaca que en el año 1995 las cifras se incrementaron en relación con la planeación estratégica de este año, ello se debe a que en ese año fueron capacitados maestros con cargo de orientadores vocacionales de las escuelas secundarias en las que trabajábamos, y como un programa especial para la Secretaría de Educación de Guanajuato (S.E.G), se les capacitó y supervisó en el manejo de la técnica durante un año, ello nos reportó cifras elevadas. Por ello en este año únicamente se planeó estratégicamente con la capacidad que el personal operativo de base le da a la Dirección. (Gráfico 8- 10)

El logro cualitativo es mucho mejor en el sentido de que los alumnos al final del proceso escolar muestran una mejoría bastante observable, ya que se han dado casos donde el alumno lleva reprobando la mayoría de las materias, y termina obteniendo los primeros lugares, no solo de su salón sino de la escuela entera.

Este programa va teniendo cada vez mayor demanda, sobre todo de las escuelas telesecundarias y mucho más de aquellas en las que ya se ha llevado el programa.

En cuanto a desarrollo interno del programa, éste continúa en vías de renovación, ya que se trata de ir implementando una mejor visión, claridad, mejor técnica y apoyo de los padres de familia en este proceso, el cual también tiene que ver con una estructura familiar deficiente, por lo que se está contemplando elevar el número de sesiones y de contenidos.

Lugares donde se trabajó el programa:

* D.O.F.- E.T.I. 1	* Tv. Sec. 9
* Tv. Sec. 10	* Tv. Sec. 14
* Tv. Sec. 15	* Tv. Sec. 17
* Tv. Sec. 123	* E.T.I. 1
* Tv. Sec. 1	* Tv. Sec. 2
* Tv. Sec. 3	* Tv. Sec. 6
* Tv. Sec. 8	

4.- PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL RIESGO PSICOSOCIAL CHIMALLI.

Su objetivo es intervenir en la población adolescente para enriquecer y superar sus propias potencialidades, fomentando con ello que se mantengan en su curso sano y mejoren su calidad de vida, previniendo los riesgos psicosociales y favoreciendo la autogestión.

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL RIESGO PSICOSOCIAL CON ADOLESCENTE

CHIMALLI	REALIZADO 95	REALIZADO 96	REALIZADO 97	PROGRAMADO 97	ANUAL
				50%	
No. DE PERSONAS	0	4.191	260	275	550
No. DE GRUPOS	0	51	11	11	22
SESIONES	0	599	132	130	260

El programa de prevención del riesgo psicosocial Chimalli se inició a trabajar en el año 1996, con personal capacitado por la Dr. Castro, una de las creadoras del programa. Por tal motivo, en ese año se alcanzaron cifras extraordinarias, y gracias a un convenio con la Facultad de Psicología de la Universidad de Guanajuato en León, en el cual los alumnos de la Facultad que tomaron el curso de capacitación en el programa Chimalli pudieron realizar sus prácticas con la población que en ese momento se trabajaba, y bajo la supervisión del personal de la Dirección que ya conocía la técnica, y autorizado por la Dra. Castro.

Al igual que en el programa anterior la planeación estratégica se realizó contando con la capacidad de cobertura del personal de base.

Este es el segundo año de trabajo del programa Chimalli y ha brindado muy buenos frutos tanto en el área de prevención como de atención y capacitación de nuevo personal. Como se puede notar en la tabla No. 4 las cifras se encuentran muy cercanas a lo esperado para el primer semestre de 1997 aunque son ligeramente bajas en cuanto al No. de personas atendidas, de 275 esperadas para el semestre se tiene 260, es decir el 94.5% de lo esperado.

En cuanto al número de grupos, se cumple con el 100% de lo esperado, y por lo tanto las cifras se explican señalando que algunos grupos han tenido un número menor de personas integrantes. Se ha de hacer notar por otra parte que

para ampliar nuestra cobertura, se realiza un programa por escuela durante el año, la intención es que, maestros y padres de familia también conozcan las bondades del programa preventivo y si lo desean se puedan capacitar en su manejo para que ellos mismos lo ejecuten.

El número de acciones sobrepasa ligeramente lo esperado para el primer semestre del año, se considera que este programa alcanzará cifras al final del año mayores que las planeadas.

Por otra parte, es necesario hacer hincapié en las alternativas de atención que este programa brinda a la población adolescente, y en la necesidad de actualizarse constantemente en el programa.

El personal capacitado de la Secretaría de Salud, han sido los que más arduamente han trabajado el programa, la meta fue superada gracias a sus actividades.

5.- PROGRAMA DEL BUZON JUVENIL.

Su objetivo es brindar al adolescente un medio por el cual pueda expresar las dudas e inquietudes que se le presentan, así como ofrecerle algunas orientaciones respecto a su desarrollo, relaciones interpersonales, sexualidad, etc.

**TABLA No. 5
PROGRAMA PREVENTIVO EL BUZÓN JUVENIL**

BUZON JUVENIL	REALIZADO 95	REALIZADO 96	REALIZADO 97	PROGRAMADO 97	ANUAL
				50%	
No. DE ESCUELAS	NO EXISTIA	13	15	4.5	19
No. RECIBIDAS	NO EXISTIA	266	353	325	650
CONTESTADAS	NO EXISTIA	266	311	325	650

Este programa inicia en el año 1996 con la participación y la demanda de los alumnos de las mismas en las que trabajábamos, fue creado como un programa sinérgico a pesar de que originalmente se pretendía tener una línea telefónica.

Este programa fue piloteado en 3 escuelas de la comunidad con buenos resultados, para finales de 1996 se recibieron 266 cartas de diferentes tipos y temas, las cuales fueron contestadas en su totalidad.

En el transcurso de la primera mitad del presente año hemos tenido 353 cartas; 32 % más que el año pasado, de las cuales se han contestado 311 es decir el 88 % de las recibidas, en un total de 15 escuelas.

Dentro de la planeación estratégica se tiene, que para este año se pretendía recibir un promedio de 650 cartas, contestar el 100% de ellas y se había calculado aplicarla en un promedio de 19 escuelas.

Se puede decir que la meta semestral se ha cubierto satisfactoriamente ya que encontramos con cifras ligeramente por encima de lo esperado, y se tiene un 54% de lo programado para el presente año.

ANALISIS.

Por lo general cuando un psicólogo realiza un trabajo institucional y es contratado para ello, conoce medianamente los fines y los objetivos, de la institución y de los programas para los que fue contratado.

Si además, se considera que hay fines explícitos e implícitos en todas las instituciones, es aún más apremiante hacer notar la necesidad de la existencia de programas claros y explícitos, ya que cuando éstos no existen o bien no se encuentran plasmados por escrito, generan confusión profesional del personal y permite agregarte elementos que son de la creación y voluntad individual del trabajador, que se manifiesta en problemas que a la larga decrementan la tarea de generar salud mental en la población juvenil.

Es por ello, que se estableció la meta de generar programas coherentes para la población juvenil, que dieran resultados rápidos y que atendieran los sectores con los que mayor cercanía existe, es decir los padres de familia y los maestros sobre todo en el ámbito de la escuela.

Otro aspecto que es digno de destacar, es la función que en el terreno de la prevención de la salud mental desempeña el psicólogo con su consecuente cambio de función, de la tradicional imagen del profesionista de la salud del segundo y tercer nivel, a la del profesional que sale a la calle en busca de su paciente, y que echa mano de herramientas psicológicas aplicadas a la comunidad.

También es de vital importancia señalar que el empleo de esta metodología ha permitido pasar de la planeación, a la organización, ejecución y evaluación, para dar pie a la sistematización y socialización de los resultados y productos, junto con la población atendida, lo cual da como resultado la reprogramación de las acciones realizadas; en donde el producto de la reprogramación, es el

resultados del análisis de las necesidades sentidas y no de un comité que posee una realidad distinta.

Este proceso es el resultado de una nueva forma de conocimiento derivado de la reeducación de la población juvenil, que favorece el compromiso social y que se plasma en la alternativa de realizar trabajo autogestivo en la búsqueda de mejoras en su calidad de vida.

Desde el punto de vista de la psicología dinámica, se sabe que el adolescente demanda de los adultos, cierta capacidad de contención de las ansiedades que se despiertan en este proceso de la vida del ser humano, los programas aquí expuestos tienen esta finalidad implícita, la de servir de contención a la problemática de la vida de adolescente y al mismo tiempo favorecer el desarrollo yico de la estructura de la personalidad, que redundan en todo caso en poseer adultos más sanos y críticos, comprometidos con su realidad social e individual.

DIFICULTADES.

1.- Es necesario contar con un transporte más, y de preferencia para uso específico de la dirección, cada vez es mayor el número de actividades que se realizan con distancias grandes, el número de salidas que se cubren actualmente por el vehículo Institucional no son ni el 30% de las que se generan semanalmente, esto implica bastante pérdida de horas hombre por andar en camiones, ya que si una salida a alguna colonia en camión implica transborde, lo mismo el regreso, mientras que en vehículo oficial impacta en un tercio de tiempo.

Esto mismo impacta en la atención a los pacientes atendidos en la Institución, ya que muchas veces el tiempo es insuficiente para desplazarse de un lugar a otro con rapidez y con la consecuente falta de disposición al trabajo psicoterapéutico, lo que genera falta de atención.

El aumento de actividades en la comunidad del personal de servicio social, al cual hay que generarle trabajo estableciendo contactos, horarios, supervisiones, así como acompañamiento de los mismos, etc. También es una necesidad creciente de la D.O.F., ya que obliga al personal de base a invertir varias horas en la capacitación y en la ejecución de las actividades con la consecuente dificultad de tiempo de desplazamiento.

El que el personal ante esta carencia utiliza sus propios vehículos para desarrollar sus actividades con los consecuentes temores de ser agredidos en las colonias donde se trabaja.

2.- Es necesario mayor apoyo bibliográfico especializado en los temas que tratamos, ya que con el que contamos es insuficiente para todas las áreas.

3.- La obtención de material de apoyo actualizado y la reposición del que ya se cuenta (videocassetes) y aumento del acervo o de copias, ya que no se tiene el suficiente.

4.- Es muy importante que se destinen recursos en cuanto a la capacitación y supervisión del personal de base, tanto interna como externa y sobre los temas que constantemente se trabajan, buscando con ello mejorar el servicio y obtener mejores resultados.

Es importante señalar que en este año la carencia de la misma, generó mucha molestia, sobretodo hacia la dirección, creyendo que más bien era algo que el subdirector del área no quería dar, lo cual fue aclarado varias veces, sin embargo la molestia persiste, ya que se considera vital.

5.- Es importante que la difusión de las actividades sea más constante, ya que consideramos que a pesar de que es mucho el trabajo que se realiza, es poco lo que se informa a través de los diversos medios de comunicación, así como tener prevista una asignación presupuestal para el desarrollo de algunas campañas publicitarias.

Así mismo, que el área de difusión de D.I.F. esté en contacto más estrecho con cada una de las direcciones, permitiendo con ello que la comunidad conozca más las actividades que la dirección realiza, así como su propio trabajo autogestivo.

6.- Tener una comunicación más cercana sobre todo lo que sucede en D.I.F., para lograr una integración con todas las actividades, ya que hay muchos programas de los cuales se desconoce su operatividad, por lo que consideramos que es importante que la información baje hasta el personal operativo para incluso conocer directrices y estrategias de trabajo y facilitar la inclusión de otras actividades dentro de los programas de prevención y tratamiento que desarrollamos, así como poder tener una mejor canalización de casos en su momento dado.

7.- El personal de servicio social es un recurso humano que no se ha valorado, ya sea en los logros alcanzados, como en los deseos y motivaciones que adquieren. Así como, en el ahorro económico que ello representa para la administración. Es importante que se tomen medidas pertinentes en el aspecto económico y que cuando menos se les pague el transporte, debido a que hay muchos muchachos que en ocasiones no tienen los recursos para cubrirlo. Esta situación nos pone en desventaja con otras instituciones que sí lo brindan, o que los llevan en sus vehículos oficiales. Se recalca aquí, que las actividades

preventivas se llevan a cabo en las colonias, de tal forma que el campo de acción es básicamente la calle y no dentro de las instalaciones de la dirección.

8.- Es necesario establecer un acuerdo con seguridad pública para que establezca rondines por las colonias donde se lleva a cabo el trabajo de primer contacto, sobretodo con personal de servicio social, ya que en este año llegaron a sufrir agresiones verbales, así como asaltos, esto mismo se ha dado incluso en el personal de Base.

9.- Es importante que se tome en cuenta el crecimiento de la ciudad en contra del decremento del personal de la dirección, ya que incluso cuando ésta institución tenía el nombre de CAPI y fue fundada tenía mayor personal que ahora, es importante pensar que con el personal que se tiene en este momento difícilmente se puede cubrir toda la demanda de prevención que se genera, incluso juntando a otras instituciones que se dedican a actividades similares.

10.- Es importante pensar en los sueldos del personal operativo, en la retroalimentación de su trabajo, en una relación más estrecha, en el reconocimiento de sus logros.

11.- Que los programas de intervención en otras áreas como son el tratamiento, la promoción y el desarrollo, logren desarrollar la estructura que han logrado los programas preventivos que aquí se reportan.

12.- Promover que el personal operativo desarrolle reportes de investigación de su experiencia laboral para publicar y dar a conocer los resultados.

CONSIDERACIONES FINALES.

El trabajo preventivo en el transcurso del año ha dejado muchas satisfacciones en cada uno de los programas, ya que al alcanzar la autogestión sobre todo en los adolescentes ha sido algo sorprendente, por su entusiasmo, por su organización y su constancia, así como poder observar que manejan un concepto de salud muy práctico y que pueden alcanzarla de igual manera.

Así mismo, el trabajo realizado con los padres de familia cada vez se ve más fortalecido, tal vez no toda la gente participa activamente en una fase autogestiva, sin embargo los cambios de actitudes hacia su entorno familiar, la comunicación dentro de la misma, el mejorar la relación de pareja es algo que provoca satisfacción. Sin embargo, aunque se sabe que los resultados de la prevención son difícilmente medibles en corto plazo, se ha podido ver, disfrutar y reconocer el agradecimiento de gente joven, a la que se ha atendido, fortaleciendo su trabajo y por consiguiente su yo y su personalidad.

Lo obtenido en las escuelas es algo que no podemos olvidar, sobretodo porque incluso para algunos - como trabajadores - implicó un reto personal, los

agradecimientos de los jóvenes, su reconocimiento como Institución y como personas, de las autoridades, de los padres de familia y de la comunidad en sí, a través de los diversos eventos que se realizaron, que no fueron pocos y que siguen dándose.

Finalmente el que se pueda transmitir ese deseo de participar tanto al personal de Servicio Social como a los grupos mismos, convencidos de que ésto es vital, no para trabajo en sí, sino para la familia, colonia y la ciudad.

ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN
DIRECCION DE ORIENTACION FAMILIAR
COMPARATIVO 1995-1996-1er SEMESTRE 1997

OBJETIVO: Proporcionar a la población un programa preventivo y de atención que favorezca la higiene mental, y reduzca el riesgo psico-social de las familias que carecen de lo indispensable, tratando de mejorar con ello su calidad de vida y favorecer la consolidación del núcleo familiar, a través de la atención a la población juvenil.

PREVENCIÓN ESCOLAR	REALIZADO 95	REALIZADO 96	REALIZADO 97	PROGRAMADO 97	ANUAL
				50%	
ALUMNOS	51650	56227	23151	21225	42450
P. DE FAM.	8594	9716	2960	4250	8500
MAESTROS	1500	705	747	500	1000
ACCIONES	1350	1362	1347	770	1540
ESCUELAS	210	135	79	70	140
PREVENCIÓN GENERAL	REALIZADO 95	REALIZADO 96	REALIZADO 97	PROGRAMADO 97	ANUAL
				50%	
No. DE PERSONAS	9257	7126	7779	0	
No. DE PLATICAS	175	132	118		
GPS.ALUM. MOT.ESTUD.	REALIZADO 95	REALIZADO 96	REALIZADO 97	PROGRAMADO 97	ANUAL
				50%	
NO. DE GRUPOS	48	28	13	15	30
No. DE ADOLESCENTES	493	336	151	180	360
No. DE SESIONES	216	166	88	90	180
CHIMALLI	REALIZADO 95	REALIZADO 96	REALIZADO 97	PROGRAMADO 97	ANUAL
				50%	
No. DE PERSONAS	0	4191	260	275	550
No. DE GRUPOS	0	51	11	11	22
SESIONES	0	599	132	130	260
BUZÓN JUVENIL	REALIZADO 95	REALIZADO 96	REALIZADO 97	PROGRAMADO 97	ANUAL
				50%	
No. RECIBIDAS	0	266	353	325	650
CONTESTADAS	0	266	311	325	650
No. DE ESCUELAS	0	13	15	10	19

GRAFICO No. 1

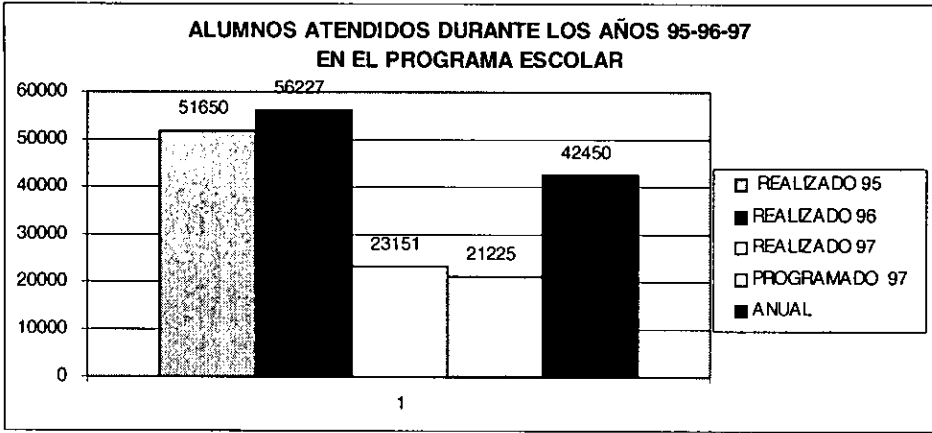


GRAFICO No. 2

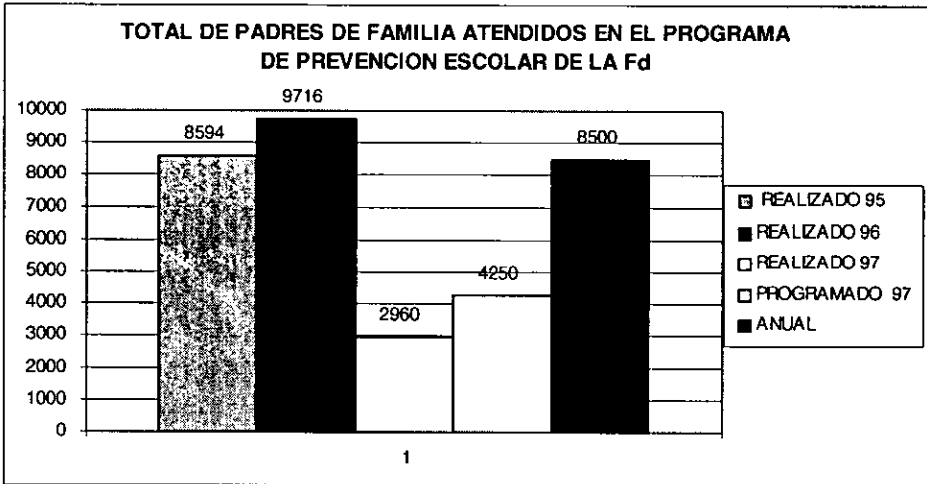


GRAFICO No. 3

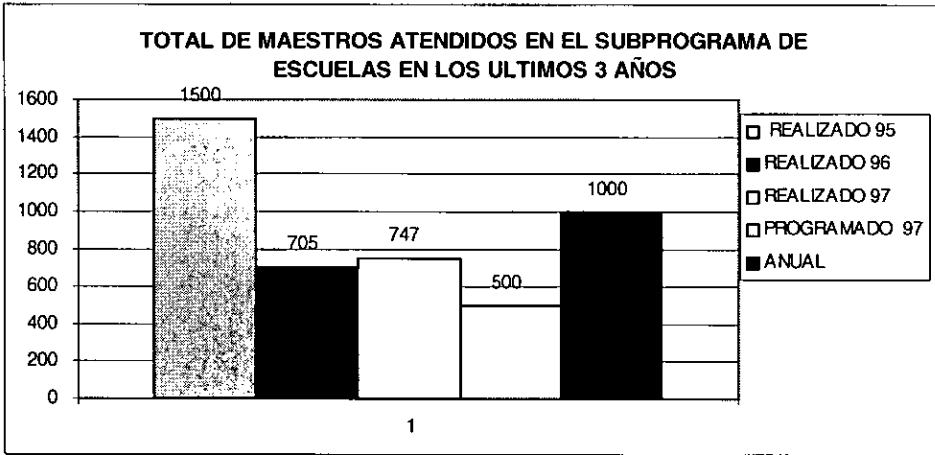


GRAFICO No. 4

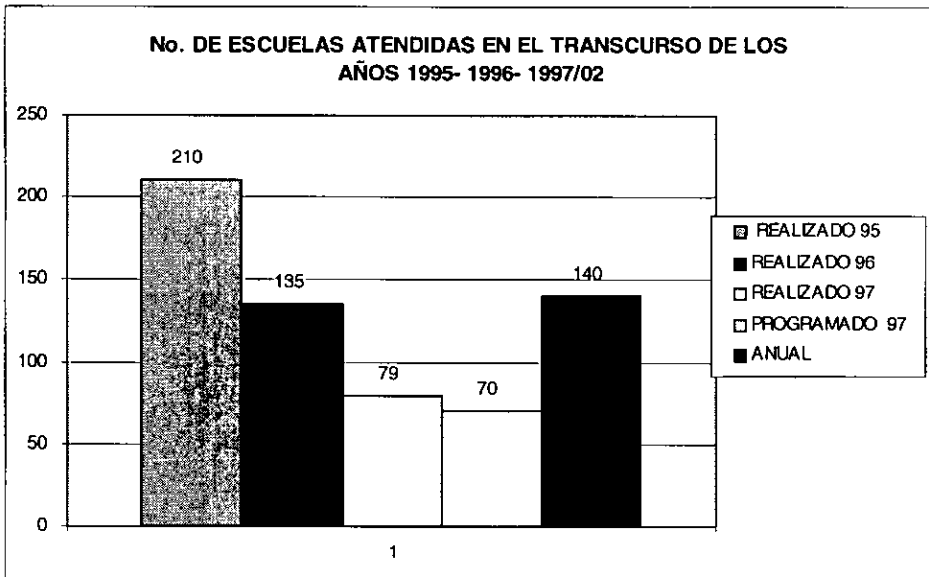


GRAFICO No. 5

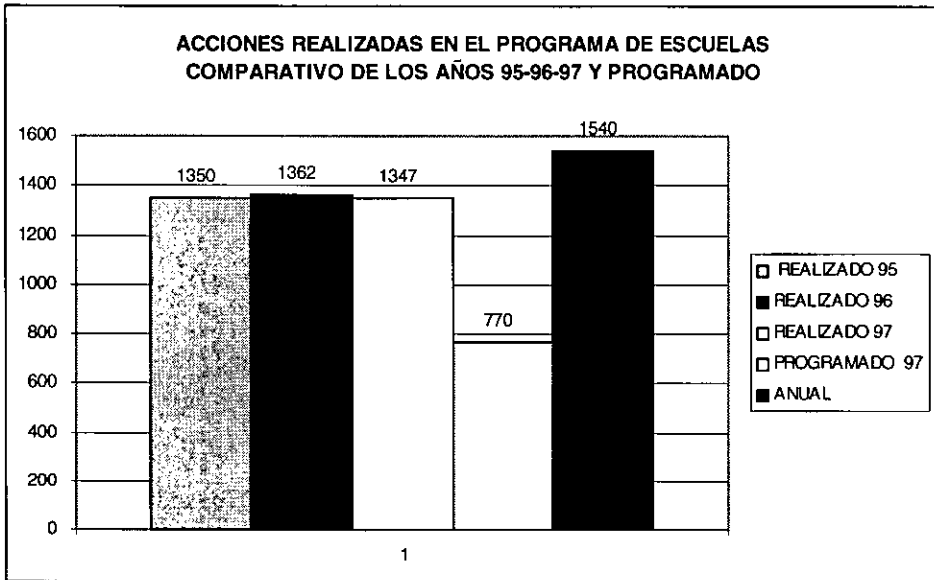


GRAFICO No. 6

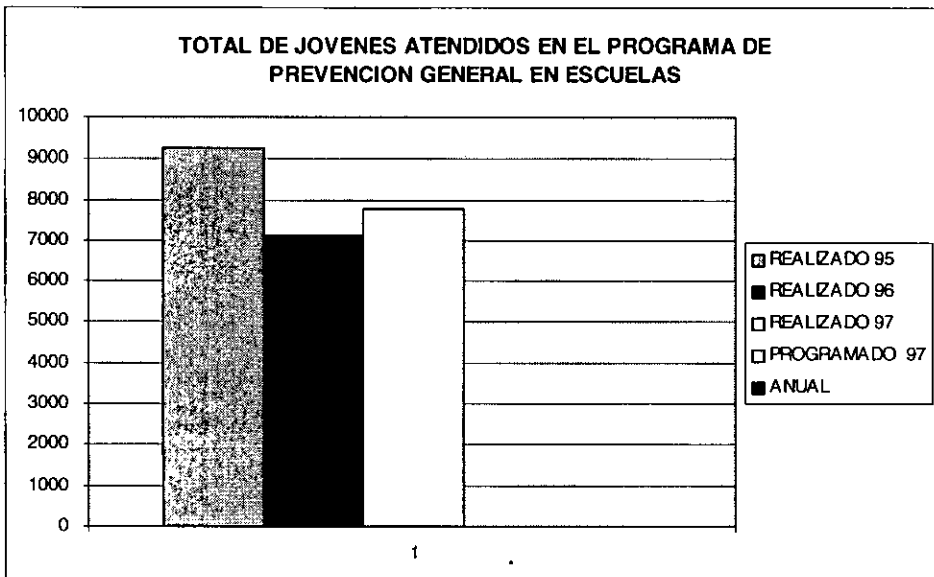


GRAFICO No. 7

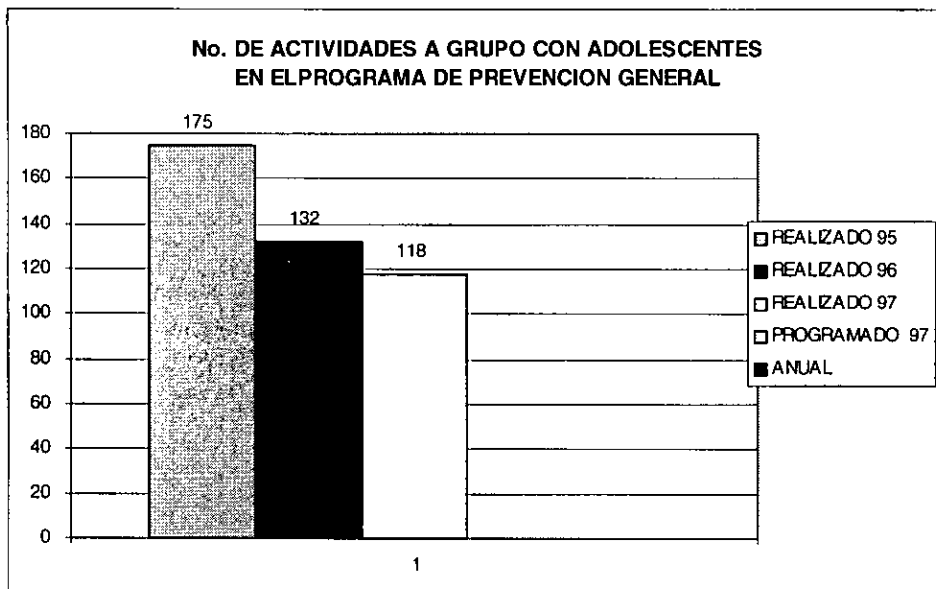


GRAFICO No. 8

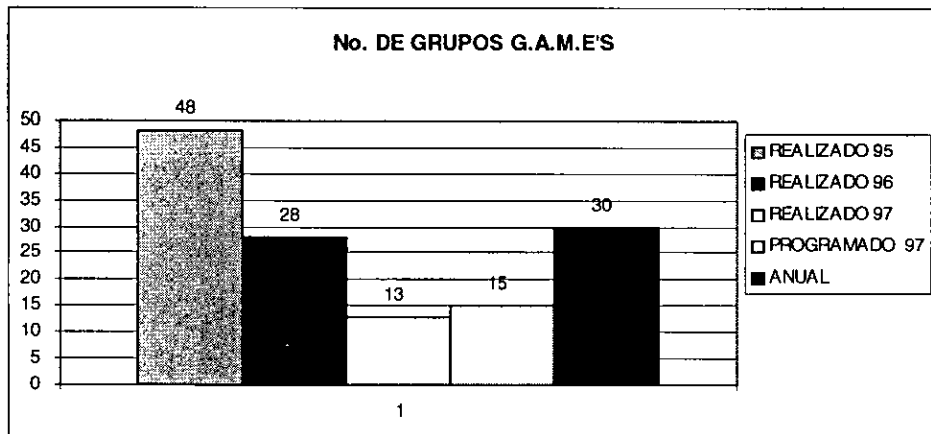


GRAFICO No. 9

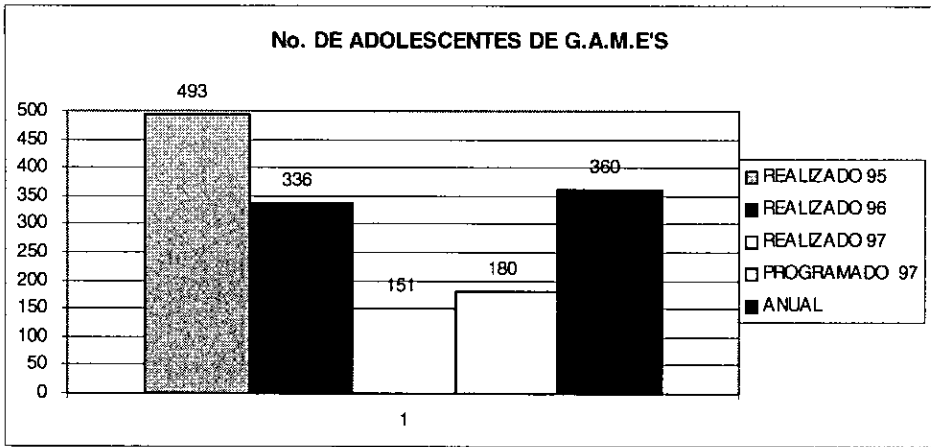


GRAFICO No. 10

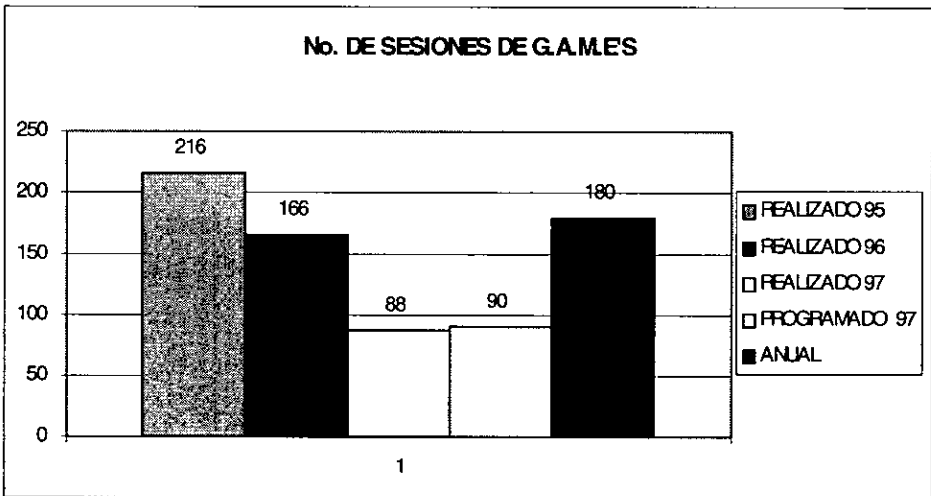


GRAFICO No. 11

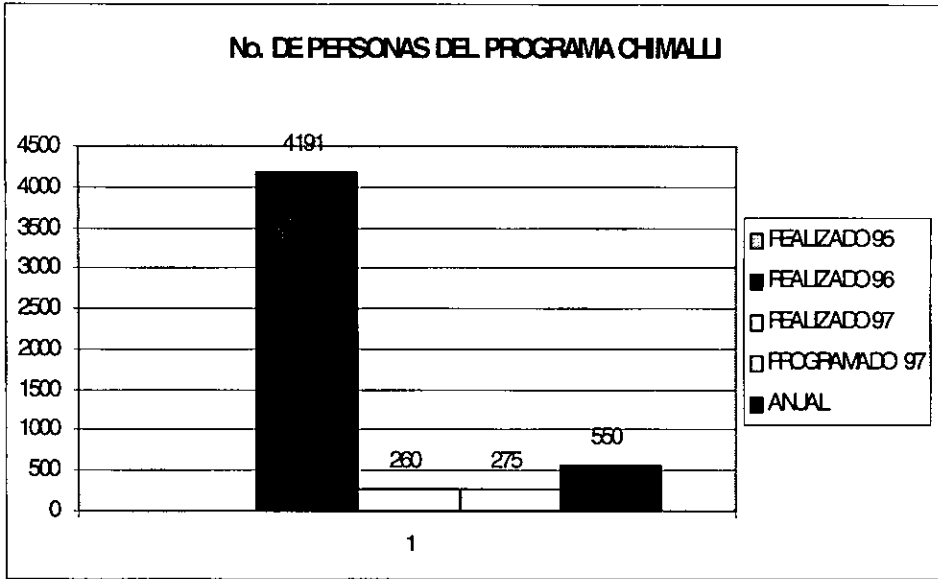


GRAFICO No. 12

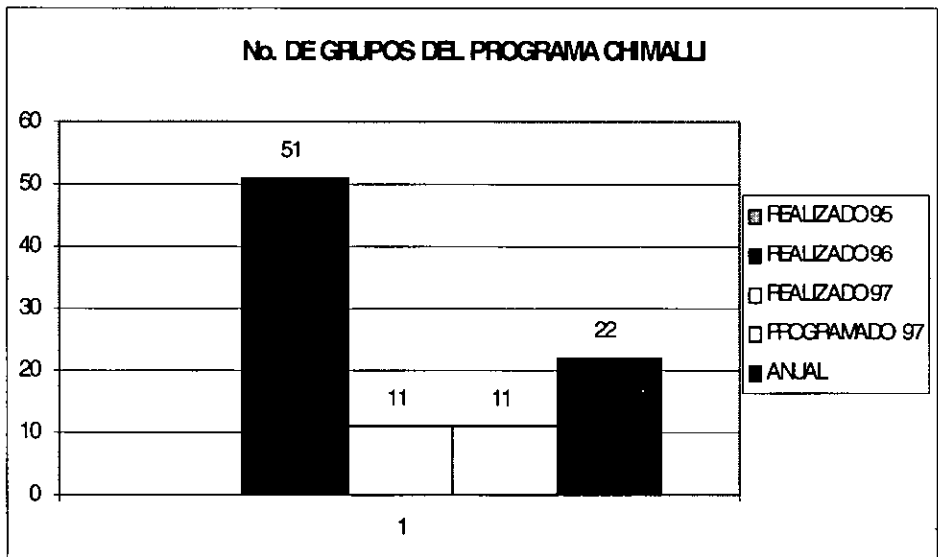


GRAFICO No. 13

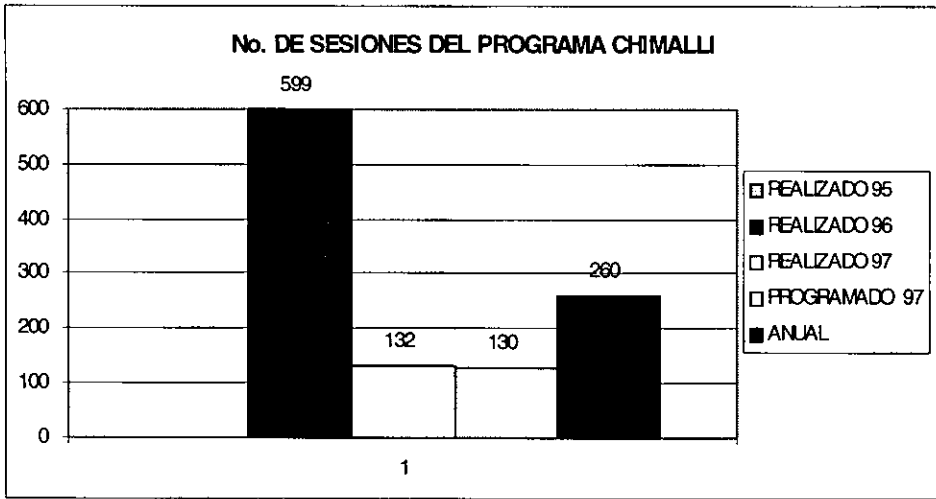


GRAFICO No. 14

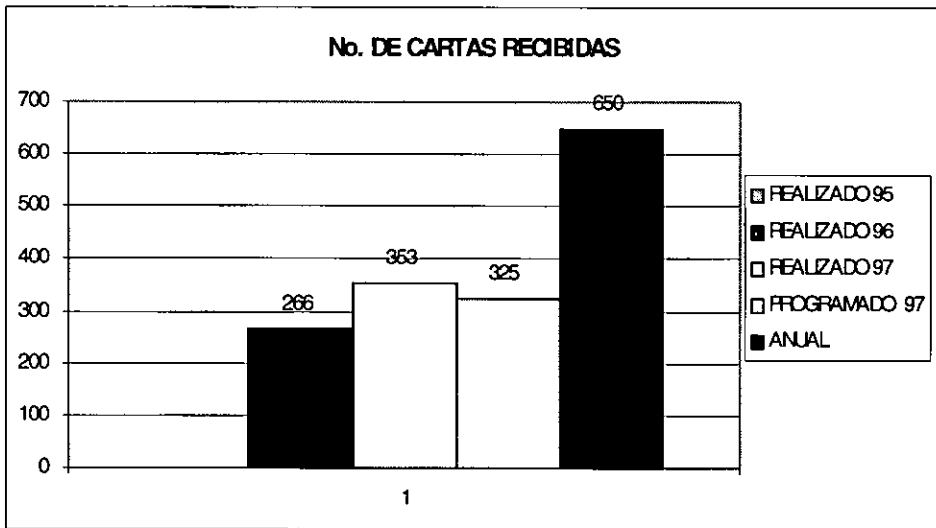


GRAFICO No. 15

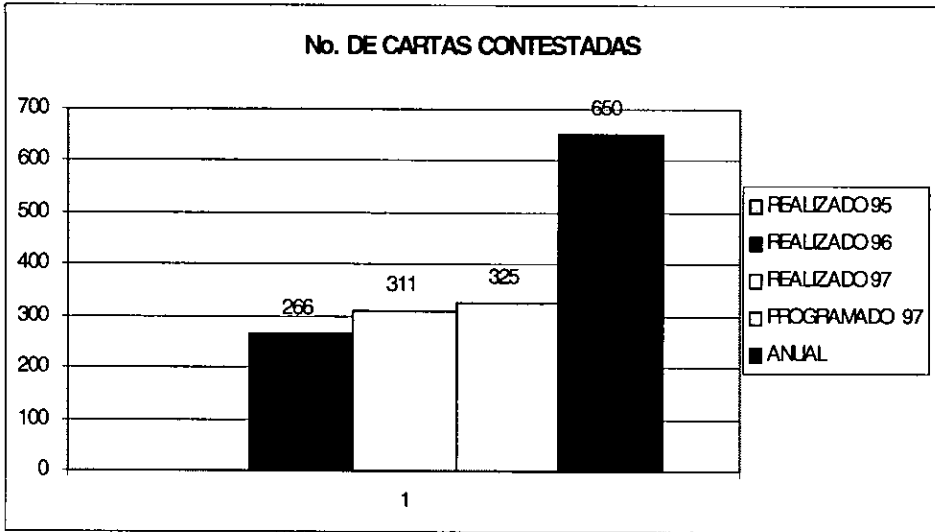
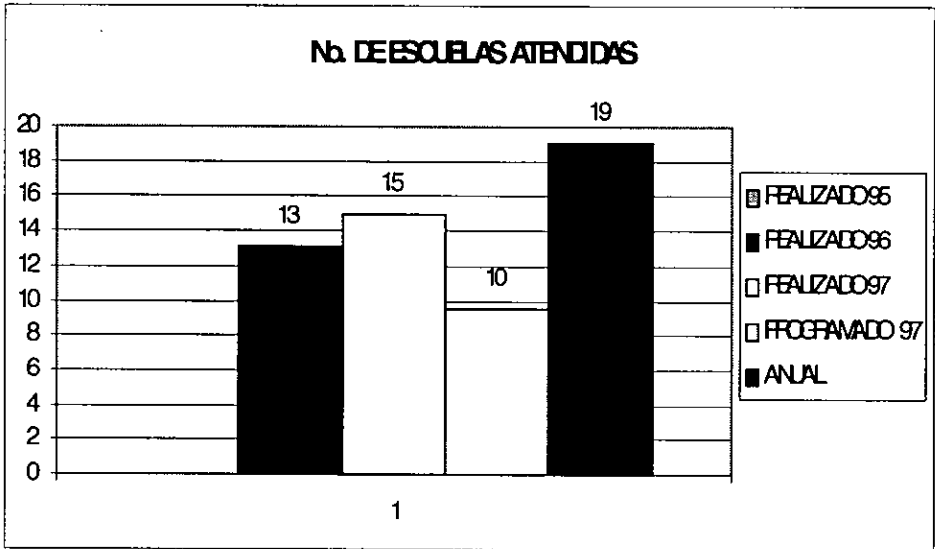


GRAFICO No. 16



CONTRIBUCIONES.

Desde la perspectiva del trabajo institucional que se ha presentado en los capítulos anteriores, se ha logrado atender a un número creciente de personas de la comunidad leonesa, y apoyamos directamente a la formación de una consciencia de la salud física, mental y social de la población, en donde la participación de la ciudadanía se convierte en la columna vertebral de las acciones de la salud mental.

En los programas preventivos, cada día es mayor la participación de los jóvenes, en acciones de grupos autogestivos en favor de la comunidad. Los maestros y padres de familia han participado con mayor frecuencia y entusiasmo tomando consciencia de su papel como educadores y formadores de sus hijos.

Los problemas de salud que enfrenta la sociedad leonesa con los jóvenes, son muchos y muy variados. Dentro de los problemas que están al alcance de la atención del psicólogo, en la Dirección de Orientación Familiar, no están únicamente los de la farmacodependencia, se encuentran por ejemplo; los de la sexualidad temprana, el embarazo temprano, la violencia intrafamiliar, los problemas de riesgo psicosocial (como pandillerismo, violencia social, robo, etc.) y muchos otros, que son innumerables.

La educación para la salud como vía regia del desarrollo comunitario, tiene como finalidad gestionar la manifestación grupal de una serie de capacidades de producción, que favorezcan la calidad de vida, a nivel individual, familiar, y comunitario. Ello se intenta lograr a través de la sensibilización y la reeducación para la salud física y mental de sus miembros.

En múltiples ocasiones, nos hemos encontrado que la tarea institucional se centra en dar pláticas aisladas de temas relacionados efectivamente con la salud, pero que solo responden a las necesidades de algunos miembros y no de la comunidad o del grupo, o bien, que la actividad resulta tan aislada y poco comprometida que fomenta actitudes pasivas y de profunda dependencia, respecto a la solución de aquello que afecta a la salud.

Es así que, realizar una tarea de educación para la salud, implica un proceso, (recordemos que cuando hablamos de proceso nos referimos a las fases sucesivas de un fenómeno, y al sistema adoptado para llegar a un determinado fin), que en sí mismo es un compromiso institucional, y de la misma comunidad en general, donde la demanda y la satisfacción de servicios debe ser entendida y asumida por cada uno de los participantes en el proceso, en forma clara y delimitando los alcances de la tarea a realizar.

Esta tarea no ha sido fácil de emprender, dado que el modelo tradicional del trabajo en la comunidad ha sido aplicado con una estructura paternalista y

protectora que no fomenta la participación, y por ende aumenta la dependencia a las instituciones públicas. Un cambio de actitud en la comunidad, requiere del apoyo de las autoridades municipales y estatales así como de la opinión pública y de la sociedad en general.

La contribución de la D.O.F. ha sido favorecerlo de tal forma que: el primer cambio de actitud se ha dado en el marco de las políticas institucionales; el segundo necesariamente es conceptual, en el personal operativo, para ello a sido necesaria la capacitación constante, que permita el análisis de su participación en la comunidad a la luz de la función de ser un facilitador del trabajo y no únicamente un proveedor de servicios. El tercer elemento ha sido de la comunidad misma, trabajar con constancia, permanencia, pertinencia y pertenencia, y en general con un compromiso en el que todos los miembros aportan sus experiencias y las ponen al servicio del grupo y de sí mismos, al trabajo organizado y propuesto por ellos.

Los psicólogos de la Dirección de Orientación Familiar, han sido gestores de la participación directa de los miembros de la comunidad, fungiendo como facilitadores, supervisores, y asesores de las tareas que se realizan en los programas de Intervención Preventiva, Tratamiento, Capacitación e Investigación, desde la generación de las acciones ya sean de Información, Orientación, Capacitación y Autogestión.

La difusión de los resultados, especialmente de los autogestivos en la comunidad, a facilitado la integración y la ejercitación de las acciones de la misma, después de haber acompañado el proceso de crecimiento individual y grupal.

El análisis de las contribuciones hechas al sistema, especialmente desde la perspectiva de la psicología, van de la mano con la aparición de los programas preventivos, ya que cada uno posee alguna contribución al proceso y desde luego su creación obedece a necesidades específicas, las cuales fueron atendidas parcial o totalmente con los programas.

Hasta 1993, la visión del entonces Centro de Atención y Prevención Integral, así como su organización interna, no habían permitido iniciar un trabajo preventivo coherente con un marco teórico que sustentara y justificara este tipo de intervención, aún cuando ya se ejecutaban como una tarea cotidiana. Esto se debía a que el personal que entonces laboraba en el centro no tenía la formación profesional que permitiera tal desarrollo. Actualmente, cada uno de los programas de la dirección cuenta con un marco teórico coherente con las actividades preventivas que desarrolla. Los psicólogos actuales son egresados de la Facultad de Psicología de la Universidad de Guanajuato y en su gran mayoría tienen formación en áreas de la salud relacionadas con la prevención de la salud mental.

Por otra parte, es de suma importancia recalcar el cambio conceptual que en el terreno de la educación para la salud se presenta; considerando que ésta, no

puede ser delegada en profesionales sino que implica estrategias de promoción y desarrollo en las que la comunidad debe asumir un protagonismo efectivo utilizando sus propios recursos materiales y naturales.

De tal manera que se trata de desencadenar motivaciones de los jóvenes hacia su propio desarrollo, privilegiando la toma de consciencia en grupo para compartir vivencias, experiencias y necesidades, tratando de reconocerlos como portadores del saber. Ya que éste, no es exclusivo de los adultos, de los profesionales o de la institución.

La actual forma de crear e insertar los programas que la comunidad demanda se inició en 1993, fecha en la cual empezamos a aplicar los conceptos de la salud mental en función de los niveles de intervención de Leavell y Clark, (1985). para después aplicar los de Caplan (1985), y finalmente hacer ajustes de acuerdo con la metodología propuesta por el Colegio Nacional de Psicólogos (1993), en cuanto al quehacer profesional del mismo.

Tal aportación, no solo ha impactado al interior del funcionamiento de la D.O.F. como una institución de asistencia, sino que también ha favorecido cambios en las instituciones educativas, ya que las prácticas de los alumnos de la Facultad de Psicología, se realizan en un 70% en las diferentes direcciones del D.I.F. Municipal, la dirección se ha convertido en una pieza importante que ha generado la necesidad de incluir materias encaminadas a capacitar a los alumnos con materia de intervención preventiva de la salud mental, en la propuesta de la modificación curricular iniciada en 1996 por la Facultad de Psicología de la Universidad de Guanajuato.

Gracias a este tipo de intervención, se goza del apoyo de dependencias Estatales para apoyar económicamente el servicio social de alumnos de escuelas profesionales o técnicas y de universidades públicas, de tal forma que podemos satisfacer las necesidades de alumnos destacados que participan durante un año en la dirección como becarios o como prestadores de servicio profesional.

BIBLIOGRAFÍA.

- Agras, W.S. (1982). Behavioral medicine in the 1980s: Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50, 797-803. Nonrandom connections.
- Aberastury, A. (1989). Síndrome normal de la adolescencia. México: Paidós.
- Aberastury, A. Knobel, M. (1971). La adolescencia normal. Buenos Aires : Paidós.
- Aryan, A. (1985). La adolescencia: aportaciones a la psicopatología. Psicoanálisis. Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires. Vol. VII. No. 3. Buenos Aires.
- Anzieu, D.; Martin, I. (1971). La dinámica de los grupos pequeños. Buenos Aires: Kapeluz.
- Bauleo, A.; et al.(1983). Propuesta grupal. México: Folios Ediciones
- Becoña, E., Vásquez F., Oblitas L. (1996). Antecedentes y desarrollo de la psicología de la salud. Psicología Contemporánea Vol. 2, No. 1. 4 - 15. México: Universidad Iberoamericana
- Becoña, E., Vásquez F., Oblitas L. (1996). Estado actual y perspectivas de la psicología de la salud. Psicología Contemporánea. Vol. 2, No. 1. 100- 111. México: Universidad Iberoamericana.
- Bedolla, P.; Corres A.; Martínez T.I. (1996). Los significados del placer en hombres y mujeres. México: Fontamara Facultad de Psicología. UNAM.
- Bellack, S.; Hersen M. (1989). Métodos de investigación en psicología clínica. España: Desclée de Brouwer.
- Bion, W.R. (1994). Experiencias en grupos. México: Paidós.
- Bleger, J. (1994). Psicohigiene y psicología institucional. México: Paidós Mexicana.
- Blos, P. (1971). Psicoanálisis de la adolescencia. México: Joaquín Mortiz.
- Blos, P. (1962). On adolescence: a psychoanalytic interpretation. New York: Free Press.
- Blos, P. (1981). La transición adolescente. 1º reimpresión. Buenos Aires: Amorrortu.

- Braunstein, N.A. (1979). Psicología ideología y ciencia. México: Siglo XXI.
- Bradford L.P.; Gibb, L.R.; y Benne K. D. (1975). Una mirada al futuro En K. D. Benner. Psicodinamica de los grupos T. Buenos Aires: Paidós.
- Burin, M. (1991). El malestar de las mujeres. Buenos Aires: Paidós.
- Calderón N. G. (1984). Salud mental comunitaria. México : Trillas
- Campuzano, M. (1987 Junio). Adolescencia normal. Revista de análisis grupal. Vol. II, N°2,. AMPAG. México
- Caplan, G. (1985). Principios de psiquiatría preventiva. 1° reimpresión. Barcelona: Paidós.
- Caplan, G. y Gunerbaum, H. (1972). Perspectives on primary prevention. A review. In H. Gottefeld. (Ed). The critical issue of community mental health. New York : Behavioral Publications.
- Caruso, I. (1964). Aspectos sociales del psicoanálisis. México: Premia.
- Castro S.M. y et. al.(1995). Modelo preventivo de riesgo psicosocial en la adolescencia: Chimalli. México: CO.NA.F.E. & CO.NA.PO.
- Cohen, D. (1975). La Psicología en la salud pública. México: Textos Extemporáneos.
- Consejo Nacional Contra las Adicciones. (1992-1993). CONADIC Informa. No. 11, 13, 14 y 15 . México. Secretaria de Salud.
- Consejo Nacional Contra las Adicciones. (1994). Elementos básicos para la elaboración, desarrollo y evaluación de programas preventivos en adicciones. Guía para el diseño y elaboración de programas preventivos contra las Adicciones. México: Secretaria de Salud.
- Consejo para la Enseñanza e Investigación en Psicología. (1996 Ene - Jun). CENEIP. México: Nueva Época. Vol. 1 No. 1
- Consejo Estatal de Población COESPO. (1995). Guanajuato demográfico. México: Talleres Gráficos del Gobierno del Estado de Guanajuato.
- Consejo Nacional de Población CO.NA.PO. (1992). Encuesta Nacional de Planificación Familiar. México: Co.Na.Po.

- Coordinadora para la atención de áreas marginadas (1980). Necesidades de salud en México para el año 2000. Vol. IV, México: Siglo XXI
- Coria, C. (1992). El sexo oculto del dinero. Argentina: Paidós.
- Craig, G.J. (1989). Desarrollo psicológico. 6° ed. México: Prentice Hall.
- Delarosa, A. (1979). Grupos de reflexión. Argentina: Paidós.
- Erickson, E.H. (1950). Infancia y sociedad: 11° ed. Argentina: Hormé. (1987)
- Espinosa, H.P. (1991). Adolescencia: como definirla. Desarrollo integral del adolescente. México: Dirección de concertación y apoyo a programas - D.I.F.
- Estrada, L. (1989). El ciclo vital de la familia. México: Pax.
- Fenichel, O. (1966). Teoría psicoanalítica de las neurosis. Buenos Aires: Paidós. (1979).
- Figuroa, V.L. (1994 Jul - Dic). Adolescencia y SIDA un estudio exploratorio. Psicología y salud. Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana. México: Nueva Época. N° 4.
- Freire, P. (1983). Pedagogía del oprimido. 30° ed. México: Siglo XXI.
- Freud, A. (1936). El yo y los mecanismos de defensa. 1° reimpresión Argentina: Paidós. (1980).
- Freud, S. (1905). Tres ensayos sobre una teoría sexual. 3ra. ed. Obras Completas. Barcelona: Biblioteca Nueva. (1973).
- _____ (1914). Introducción al narcisismo. 3ra. ed. Obras Completas. Barcelona: Biblioteca Nueva. (1973).
- _____ (1915). Duelo y melancolía. 3ra. ed. Obras Completas. Barcelona: Biblioteca Nueva. (1973).
- Gaitan, G.A. (1993). Guía de capacitación y manual de procedimientos del sistema nacional de apoyo psicológico por teléfono. SAPTEL. México: Universidad Iberoamericana.
- Gómez del Campo, E.J. (1994). Psicología de la comunidad. México: Universidad Iberoamericana.
- Hauser, S. (1991). Adolescents and their families: Pahts of ego development. New York: The Free Press

- Harrsch, C. (1993). Identidad del psicólogo. México: Alhambra Mexicana.
- Hernández, G.L., Sánchez, S.J. (1991). Prevención primaria del riesgo psicológico: factores de riesgo y análisis etiológico a través de un modelo interactivo. En Revista Mexicana de Psicología. Vol.8 No. 1 y 2 83 - 87
- Hurlock, B.E. (1981). Psicología de la adolescencia. México: Paidós.
- *Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. (1993). Censo Nacional de Población y Vivienda. México: INEGI.
- *Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. (1995). Hombres y mujeres en México. México: INEGI.
- Instituto Nacional de Salud Mental. (1989). Programa DIF de Prevención de la Farmacodependencia. México: INSAME.
- Kaës, R. ; et al. (1987). La institución y las instituciones. Estudios psicoanalíticos. México: Paidós.
- Klein M. (1930). La importancia de la formación de símbolos en el desarrollo del yo. Obras Completas: Buenos Aires: Paidós. Vol. 2 (1974).
- _____ (1932). El psicoanálisis de niños. Writtings, London Hogarth Press. (1975)
- _____ (1957). Envidia y gratitud. Obras Completas. Buenos Aires: Paidós. Vol 6 (1974)
- Klevens, J.; De la Cruz, L.C.; Arango, P.; Rodríguez, P.; et al. (1989). prevención primaria en salud mental. Revista Latinoamericana de Psicología Vol. 21 (2). 243-253.
- Leufer, M. (1975). Adolescents disturbance and breakdown. Gran Bretaña: Penguin books.
- Lewin K. (1878). Teoría del campo en las ciencias sociales. Buenos Aires: Paidós
- Secretaria de Salud. (1983). Leyes y Códigos de México. Ley General de Salud. México : Ed. Porrúa.
- Malher M. (1968). Simbiosis humana: las vicisitudes de la separación - individuación. México : Joaquin Mortiz. (1972)
- Matarazzo, D.J. (1980). Behavioral Health and Behavioral Medicine: Frontiers for a New Health Psychology. American Psychologist, 35, 807-817.

- Matarazzo, D.J. (1996). Conducta y salud: Integración de la ciencia y la práctica en psicología y medicina, un siglo después. Psicología Contemporánea. Vol. 2, No. 1. 16 - 31. México: Universidad Iberoamericana
- Meltzer, D. (1968). El proceso psicoanalítico. Buenos Aires . Hormé.
- Meltzer, D. (1974). Los estados sexuales de la mente. Buenos Aires. Kargieman.
- Merlo, R. (1991). Manual de teoría de la prevención. México: Grupo Abele - CEJUV.
- Minuchin, S. (1977). Familias y terapia familiar. Barcelona: Granica.
- Mora, E. (1982). Salud, poder y locura. España: Fundamentos.
- Morin, E. (1983). Paradigma perdido. España : Kariós.
- Narváez, C.G. (1984). Salud mental comunitaria. México: Trillas.
- Organización Mundial de la Salud (1974). Constitución de la organización mundial de la salud. 24° ed. Documento Básico. Ginebra: O.M.S.
- Piaget, J. y Beth, E.W. (1973). Psicología del niño. 4ª. reimpresión. Buenos Aires: Ninus
- Pichón, R.E. (1977). Del psicoanálisis a la psicología social. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Pichón, R.E. (1979). Teoría del vínculo. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Pick, W.S. (1992). Yo adolescente. México: Planeta Mexicana IMIFAP
- Pick, W.S.; Aguilar, G.; Rodriguez, G.; Vegas, T.; Reyes, P. (1993). Planeando tu vida. México: 6ta ed. Planeta Mexicana. IMIFAP MEXFAM.
- Rappaport. J. (1977) Community psychology: Valuaes research and action. New York: Hlt, Rinehart, and Winston.
- Reiff, R.R. (1968). Social intervention and the problem of psychological analysis. American Psychologist, 23, 524-530. New York
- Rivera, T.B.; Ortega A.P.; Reidl M.L. (1994 May). Resultados de la encuesta sobre necesidades, intereses y costumbres de los adolescentes escolarizados de planteles oficiales en el Estado de Guanajuato. México: D.I.F. Nacional.

- Rodin , J.; Stone, G.C. (1987). Historical highlights in the emergence of the field. En G.C. Stone, S.M. Weiss, J.D. Matarazzo, N.E. Miller, J. Rodin, C.D. Belar, M.J. Follick y J.E. Singer (eds.), Health psychology: A discipline and a profession 15-26. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Rodríguez, G.L. (1993). Metodología participativa: Infancia callejera y programas de atención. Xalapa Radda Barnen de Suecia y Fulco, A.C.
- Rodríguez, G.L. (1994 jul- dic). Investigación participativa y salud mental. Instituto de investigaciones psicologicas de la universidad Veracruzana. Vol 4. No. 2 México: Nueva Visión.
- Samperio M.L. (1994). Aspectos psicológicos de la adolescencia II. Desarrollo integral del adolescente. México: Dirección de concertación y apoyo a programas - D.I.F.
- Sánchez, S.J.J.; Hernández, G.L. (1996). "El análisis actuarial como fuente de validez de las intervenciones preventivas en psicología de la salud. Psicología Contemporánea. Vol. 2, No. 1. 44 - 51. México: Universidad Iberoamericana
- San Martín, H. (1984). Salud y enfermedad. 4° ed. México: Prensa Médica Mexicana.
- Salazar, J.M.; et al. (1988). Psicología Social. México: Trillas.
- Siniego, P.A.; Benenati, S. (1982). Grupo de Padres Acompañantes. México: T. de R. AMPAG.
- Stone,G. C. (1979). Psychology and the health system. In G.C. Stone , F. Cohen y N.E. Adler. (Eds)., Health psychology. San Francisco, CA: Jossey- Bass.
- Terris, M. (1982). La revolución epidemiológica y la medicina social. México: Siglo XXI .
- Vega, F.L. (1985). Bases esenciales de la Salud Pública. México: La Prensa Médica Mexicana.
- Velazco, A. (1975). Normalidad y proceso de socialización desde el punto de vista transcultural. Conferencia Latinoamericana sobre salud mental en niños y jóvenes. México:
- Videla, M. (1991). Prevención: Intervención Psicológica en Salud Comunitaria. México: Ediciones cinco.

Weiss, S.M. (1982). Health psychology: The time is now. Health Psychology, 1, 81-91.

Winnicot D.W. (1985). La integración del yo en el desarrollo del niño. Argentina: Gedisa.

Zax, M. (1981). Psicología Comunitaria. Buenos Aires: Paidós.

Anexo 1

ANEXO 1

Debido a que en la actualidad se ha popularizado la terminología de la farmacodependencia y que esta encierra muchos términos y conceptos técnicos, optamos por anexar un apartado en donde se vislumbren dichos aspectos.

DROGA: Es cualquier sustancia química o mezcla de sustancias distintas que introducidas en el organismo vivo puede modificar una o varias más de sus funciones.

El concepto de **Farmacodependencia, Adicción o Drogadicción** que adoptamos en el Subprograma de Prevención Escolar es el propuesto por la **O.M.S.** (Organización Mundial de la Salud) y **CONADIC** (Consejo Nacional contra las Adicciones).

Definición: Es el estado psicofísico causado por la interacción entre un organismo vivo y una droga, caracterizado por la modificación del comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible por tomar la droga en forma continua o periódicamente, a fin de experimentar sus efectos psíquicos, y a veces para evitar el malestar producido por privación de ésta o el llamado síndrome de abstinencia. En este sentido se denomina alcoholismo a la adicción al alcohol, tabaquismo a la adicción al tabaco y farmacodependencia al hábito de consumir drogas médicas y drogas que no son medicamentos (solventes, etc.).

Dependencia Psicológica: Es la necesidad compulsiva de un individuo por el uso de una sustancia para sentirse bien, aunque fisiológicamente no sea necesaria y su ausencia no desencadena síndrome de abstinencia.

Dependencia Física: Es el estado de adaptación biológica de un organismo que necesita la presencia de una sustancia (droga) para seguir funcionando normalmente y la disminución o supresión de ésta desencadena el síndrome de abstinencia.

Síndrome de Abstinencia: Es el conjunto de manifestaciones clínicas fisiológicas y psicológicas, que presenta el individuo que ha desarrollado dependencia física a una droga cuando la suspende bruscamente o disminuye la dosis.

En el subprograma nosotros manejamos una definición más sencilla de farmacodependencia que abarca los principales elementos que se dan en el fenómeno, como son: "La necesidad que tiene el individuo para abusar de una sustancia (fármaco) que tiene efecto sobre el Sistema Nervioso Central, en busca de una sensación placentera o para disminuir o para evitar sensaciones desagradables, cuya etiología es multicausal."

También estamos señalando que el problema se llega a presentar no sólo por el abuso, sino a veces por el simple uso.

• **Uso:** Es la utilidad que el médico infiere a una droga con fines diagnósticos o terapéuticos.

• **Mal uso:** Administración excesiva o indebida de drogas por los médicos.

Abuso: Es el que lleva a cabo el usuario por automedicación o prescripción indebida.

Prácticamente cualquier sustancia es capaz de desarrollar una dependencia en los individuos, entonces para considerarla como una " droga " requiere que tenga una serie de características como: que tenga efectos sobre el sistema nervioso central de tal manera que le origine cambios fisiológicos, emocionales, que se manifiestan en el comportamiento, además con la posibilidad de que se desarrolle una **Tolerancia** que es el fenómeno de adaptación de un organismo a los efectos de las drogas, lo que implica la necesidad de aumentar la dosis para obtener resultados de igual magnitud, tanto las de tipo placentero, pero sobre todo que busca evitar sensaciones desagradables, de ésta manera el individuo se coloca en el mayor riesgo de llegar a la **Intoxicación**, que es el estado patológico de un organismo por alteraciones psicológicas desencadenadas por efectos de una sustancia, pues hay una más activa o tóxica que otras, también las condiciones individuales, pues algunas favorecen que se presente la intoxicación como estado de desnutrición, psicopatologías previas o debilidad en la estructura de la personalidad; factores ambientales por ejemplo: las tensiones sociales, las carencias materiales, los conflictos de valores.

MARCO LEGAL

LA LEY DE SALUD DE GTO., Implicada en la Ley Orgánica del Ministerio Público del Estado de Guanajuato, en su artículo 2 afirma que el derecho a la protección de la salud tiene las siguientes finalidades:

1.- Bienestar físico y mental del hombre para contribuir al ejercicio pleno de las capacidades.

2.- El fomento de actividades solidarias y responsables de la población en la prevención, conservación, mejoramiento y restauración de la salud.

3.- El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población y desarrollo de la enseñanza e investigación científica y tecnológica para la salud.

Entre otras:

La Ley de Salud del Estado de Gto., en el capítulo único, artículo tercero establece que:

En los términos de la Ley General de la Salud y de la presente ley corresponde al Estado de Guanajuato.

1.- La educación para la salud.

2.- La prevención y el control de los efectos nocivos de los factores ambientales en la salud.

3.- La asistencia social.

4.- Participar con las autoridades federales en el desarrollo de los programas contra inhalantes y sustancias tóxicas que provoquen dependencia.

LA LEY FEDERAL DE LA SALUD, Edición 1985, vigente a la fecha establece en el capítulo V artículo 66 que en materia de **HIGIENE ESCOLAR**, corresponde a las autoridades sanitarias establecer las normas técnicas para proteger la salud del educando y la comunidad escolar, las autoridades educativas y sanitarias se coordinarán para la aplicación de las normas.

La prestación de servicios de salud a los escolares se efectuará de conformidad con las bases de coordinación que se establezca entre las autoridades sanitarias y educativas y componentes.

En el capítulo VI, artículo 254 fracción III y IV respectivamente sostienen que: Brindarán la atención médica que requiera la persona que realice o haya realizado el consumo de inhalantes y promoverán y llevarán a cabo campañas permanentes de información y orientación al público para prevención de daños a la salud provocados por el consumo de sustancias inhalantes.

Artículo 38 fracción I del título tercero de la Ley de Salud del Estado de Guanajuato, establece que las actividades de atención médica son:

1.- Preventivas, que incluyen las de promoción general y las de protección específica.

2.- Curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno.

3.- De rehabilitación, que incluyen acciones tendientes a corregir la invalidez física y mental.

NORMAS TECNICAS PARA LA PRESENTACION DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL

CAPITULO I

Disposiciones Generales:

Artículo 3.- Salud mental significa ausencia de psicopatología y en un sentido más amplio, despliegue óptimo de las potencialidades individuales para el bienestar, la convivencia, el trabajo y la recreación.

Artículo 4.- La atención primaria a la salud mental, es el conjunto de actividades llevadas a cabo por el personal de salud en el seno de la comunidad,

con la participación activa de sus miembros, en el contexto de la atención primaria integral y con una orientación predominante de carácter preventivo.

Artículo 6.- La atención primaria a la salud mental comprende actividades preventivas, curativas y de rehabilitación psicosocial.

CAPITULO I.

Disposiciones Generales:

Artículo 3.- Farmacodependiente es la persona que ha desarrollado dependencia física y/o psíquica a una sustancia psicoactiva. Se caracteriza por modificaciones del comportamiento y un impulso irreprimible por consumirla en forma continua o periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos o para evitar el malestar producido por la privación.

CAPITULO II.

Disposiciones Generales:

Artículo 7.- Las actividades preventivas en relación con la farmacodependencia son las siguientes:

- Promoción de la salud
- Educación y
- Detección oportuna de casos.

Estas actividades deben desarrollarse preferentemente en los ámbitos estudiantil, familiar, laboral y comunitario.

Artículo 9.- La educación se lleva a cabo mediante la información y orientación proporcionada a los usuarios de los servicios de salud, particularmente a los sujetos en riesgo, a sus familiares y a la comunidad, con el objeto de alterarlos acerca de :

- Las causas y factores que originan la farmacodependencia y el abuso de drogas.
- Los daños físicos, psicológicos y sociales que ocasiona.
- Las actividades que deben realizarse con el propósito de evitar el consumo de drogas.

Artículo 12.-

IV.- Apoyar la coordinación entre las instituciones que presten servicios de asistencia social y las educativas para formar y capacitar recursos humanos en la materia;

V.- Promover la investigación científica y tecnológica que tiende a desarrollar y mejorar la prestación de los servicios de asistencia social.

Artículo 13.-

XI.- La promoción del desarrollo, el mejoramiento y la integración social y familiar de la población con carencia, mediante la participación activa, consciente y organizada en acciones que se lleven a cabo en su propio beneficio.

XIII.- La promoción e impulso del sano crecimiento físico, mental y social de la niñez.

XVII.- Los análogos y conexos a los que tienda a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan al individuo su desarrollo integral.

PREVENCION ESCOLAR

NOMBRE DE LA ESCUELA: _____ GRADO: _____ TURNO (M)
(V) (N)

SEXO: HOMBRE () MUJER ()

MARQUE CON UNA "X" LA RESPUESTA QUE USTED CREA CONVENIENTE.

1.- ¿CONOCE ALGUN TIPO DE DROGA? SI () NO ()

2.- ¿QUE TIPO DE DROGA CONOCE?

ANOTALO: _____

3.- ¿DONDE CONOCISTE O COMO TE ENTERASTE POR PRIMERA VEZ DE LAS DROGAS?

ANOTALO: _____

4.- ¿CONOCES O HAS VISTO DROGARSE A ALGUNA PERSONA? SI () NO ()

5.- ¿HAS PROBADO O CONSUMIDO ALGUNA DROGA? SI () NO ()
¿CUAL O CUALES DROGAS?

ANOTALO: _____

6.- ¿DURANTE CUANTO TIEMPO HAS CONSUMIDO DROGA?

UNA VEZ () SEMANAS () MESES () AÑOS ()

7.- ¿TE HAN OFRECIDO DROGA EN TU ESCUELA? SI () NO ()

8.- ¿TIENES ALGUN FAMILIAR QUE SE DROGUE? SI () NO ()

9.- ¿CREEES QUE LAS DROGAS SON BUENAS PARA EL SER HUMANO? SI () NO ()

¿PORQUE? ANOTALO: _____

10.- ¿EXISTEN PROBLEMAS EN TU FAMILIA?

- A) ENTRE TUS PADRES ()
- B) ENTRE TUS HERMANOS ()
- C) ENTRE TUS PADRES Y HERMANOS ()
- D) NO EXISTEN PROBLEMAS ()

11.- ¿QUE ACTITUD TIENES CON LOS QUE SE DROGAN?

- A) INDIFERENCIA ()
- B) MIEDO ()
- C) RECHAZO ()
- D) DESEO DE AYUDAR ()

12.- ¿PORQUE CREEES QUE LAS PERSONAS SE DROGAN?

- A) CURIOSIDAD ()
- B) PROBLEMAS FAMILIARES ()
- C) PORQUE OTROS LO HACEN ()
- D) PARA QUEDAR BIEN CON LOS AMIGOS ()
- E) PARA OLVIDAR LOS PROBLEMAS ()

13.- ¿CON QUIEN PLATICAS TUS PROBLEMAS?

- A) CON TUS PADRES ()
- B) CON TUS HERMANOS O FAMILIARES ()
- C) CON TUS MAESTROS ()
- D) CON TUS AMIGOS ()
- E) CON NADIE ()

14.- ¿SUELEN MANIFESTARSE EFECTOS EN TU FAMILIA? SI () NO ()

15.- ¿EN QUE DEDICAS TU TIEMPO LIBRE?

- A) SALIR A LA CALLE CON LOS AMIGOS
- B) VER LA TELEVISION
- C) EN JUEGO DE VIDEO (MAQUINITAS)
- D) ESTUDIAR O LEER
- E) NADA.

PREVENCION ESCOLAR

- 1.- ¿ PUEDES DEFINIR QUE ES LA FARMACODEPENDENCIA?
A) ENFERMEDAD FISICA
B) ENFERMEDAD PSICOLOGICA
C) ENFERMEDAD SOCIAL
D) TODAS LAS ANTERIORES.

- 2.- ¿QUE FACTORES INFLUYEN EN LA FARMACODEPENDENCIA?
A) SOCIALES, INDIVIDUALES Y FAMILIARES
B) ESCOLARES, LABORALES
C) DEPORTIVAS
D) NINGUNA

- 3.- ¿QUE CONDUCTA SERA LA MAS ADECUADA PARA QUE DESAPAREZCA LA FARMACODEPENDENCIA?
A) LA PREVENCION
B) LA REHABILITACION
C) EL TRATAMIENTO MEDICO

- 4.- ¿A DONDE ACUDIR CUANDO SE TENGA A UN FARMACODEPENDIENTE?
A) HOSPITAL
B) POLICIA
C) UN SACERDOTE
D) UNA INSTITUCION DE REHABILITACION

- 5.- ¿SABES COMO SE LLAMA LA INSTITUCION DE DONDE VIVIERON A DARTE LA PLATICA DE FARMACODEPENDENCIA?
ANOTA EL NOMBRE: _____

- 6.- ¿ENTENDISTE LAS PALABRAS QUE SE USARON EN LA PLATICA?
A) POCO () B) MUCHO () C) NADA ()

- 7.- ¿SABES DONDE SE UBICA NUESTRA INSTITUCION?
ANOTALO: _____

- 8.- ¿QUE FUE LO QUE MAS TE LLAMO LA ATENCION EN LA PLATICA QUE SE TE DIO?

- 9.- ¿QUE SUGERENCIAS NOS DARIAS?

Anexo 2

DIRECCIÓN DE ORIENTACION FAMILIAR

PREVENCIÓN ESCOLAR

A) FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE DE LA ESCUELA _____

TURNO (M) (V) (D) (N) ZONA _____ SECTOR _____

DIRECCION _____

COL. _____

TEL _____

NOMBRE DEL DIRECTOR _____

NOMBRE DEL SUPERVISOR DE ZONA _____

NOMBRE DEL JEFE DE SECTOR _____

RESPONSABLE _____ FECHA _____

B) PROGRAMACIÓN :

I.- APLICACIÓN DE ENCUESTAS

FASE (1) (2)

FECHA _____

II.- SENSIBILIZACIÓN FASE (1)

ORIENTACIÓN FASE (2)

A) ALUMNOS

grado

FECHA _____

grado

FECHA _____

grado

FECHA _____

B) MAESTROS

FECHA _____

C) PADRES

FECHA _____

III FECHA DE CIERRE: _____

RESPONSABLE _____

FECHA							TOTAL
NOMBRE DE LA ESCUELA							
TURNO							
ZONA ESCOLAR							
COLONIA							
* CONTACTO Y CALENDARIZACIÓN							
* CONVENIOS							
GPS. DE ALUMNOS ATENDIDOS							
* No. DE PLATICAS I FASE							
* No. DE PLATICAS II FASE							
* No. DE ALUMNOS I FASE							
No. DE ALUMNOS II FASE							
No. DE PADRES I FASE							
No. DE PADRES II FASE							
No. DE MAESTROS I FASE							
No. DE MAESTROS II FASE							
G.R.P.O. INTEGRADOS							
No. DE INTEGRANTES POR C/G.R.P.O.							
GPFDF INTEGRADOS							
No. DE INTEGRANTES POR C/GPFDF							
G.A.N.O. INTEGRADOS							
No. DE INTEGRANTES POR C/GANO							
No. DE ACCIONES GANO REALIZADAS							
No. DE EVENTOS GANO							
No. DE PARTICIPANTES EN EVENTOS Y ACCIONES							
* No. DE SESIONES DE EVOLUCIÓN GANO							
* CUESTIONARIO APLICADOS I FASE Y No. DE SESIONES							
CUESTIONARIOS APLICADOS II FASE Y No. DE SESIONES							
* No. VACIADO DE DATOS Y SESIONES POR GRUPO							
TIEMPO DE EXPOSICIÓN							
TIEMPO DE TRANSPORTE							
No. DE CANCELACIONES							
No. DE PERSONAS APOYO VyPSS							
No. DE SESIONES DE CAPACITACIÓN VyPSS							
No. DE SUPERVISIONES Y No. DE VyPSS SESIONES							
RESPONSABLE TITULAR							

*** TOTAL DE ACTIVIDADES**

SOLO COORDINACION

Maestros 1a vez ____ Padres 1a vez ____ Alumnos 1a. vez ____ TOTAL DE PERSONAS 1er. VEZ ____
 Maestros subsec ____ Padres subsec ____ Alumnos subsec ____ ATENDIDAS ____ Sub.

TOTAL _____ TOTAL _____ TOTAL _____
 COORDINADOR. _____

**COMITE MUNICIPAL LEON
DIRECCION DE ORIENTACION FAMILIAR
REPORTE DE VISTA DOMICILIARIA**

C.D.D. _____ **T.S.** _____ **FECHA** _____

NOMBRE DEL P.I.: _____

DOMICILIO: _____

OBJETIVOS DE LA VISITA: _____

DESCRIPCION DE LA DINAMICA FAMILIAR:

PROBLEMATICA IDENTIFICADA:

PLAN SOCIAL:

TRATAMIENTO SOCIAL

FIRMA DE LA TRABAJADORA SOCIAL

Anexo 3

ESCALA DE ACTITUD HACIA LOS MENSAJES PROTECTORES DEL CHIMALLI

A continuación te presentamos una serie de afirmaciones que tienen dos alternativas de respuesta, señaladas con las letras A y B. El contenido de dichas afirmaciones hace referencia a sentimientos, conductas o eventos que son frecuentes en la vida de los jóvenes.

Te pedimos que leas con mucho cuidado cada una de las afirmaciones y elijas una de las dos alternativas que se te presentan. Esta elección deberá ser hecha cuidadosamente: elegirás lo que más se acerca a tu manera de pensar o de sentir; es decir, elegirás la alternativa con la que estés más de acuerdo. Puede ocurrirte que estés de acuerdo con ambas alternativas; o sea, que las dos alternativas coincidan con lo que piensas o sientas. Sin embargo aún así procura elegir tan solo una, aquella con la que más te identifiques.

Tu sinceridad y honestidad es indispensable, pues de esto depende el éxito del programa CHIMALLI, que como ya te hizo saber tu conductor grupal, es un programa que busca proteger a los jóvenes de los riesgos Psicosociales a los que se hallan expuestos.

Ahora vamos a poner un ejemplo.

Si un amigo es adicto:

A) Es un problema, no hay nada que se pueda hacer en su beneficio.

B) Podemos ayudarlo y motivarlo y acompañarlo a pedir ayuda especializada.

Vamos a suponer que después de leer las dos alternativas crees estar de acuerdo con ambas. Sin embargo, si reflexionas con detenimiento encontrarás una alternativa con la que te identifiques más : esa deberá ser la que elijas.

Anota en la hoja de respuestas, que tu conductor grupal te proporcionará, la letra de opción que haz elegido.

Recuerda, este cuadernillo no debes rayarlo, pues así, permites que otros jóvenes como tu lo utilicen en otras ocasiones.

Muchas gracias por tu cooperación

¡Ahora damos inicio a la resolución de la escala !

1.- Una persona que fuma:

- A) Si no lo desea no llegará a la Adicción.
- B) Puede llegar a ser adicto al tabaco.

2.- El hábito de fumar:

- A) Es agradable y el daño que ocasiona es relativo.
- B) Debe evitarse por que provoca un daño en el medio ambiente y en el organismo.

3.- Con el grupo de amigos se experimentan:

- A) Sentimientos de solidaridad, apoyo y respeto que no dependen de usar drogas.
- B) Sentimientos de solidaridad, apoyo y respeto que se pueden perder si no accedemos a la presión para hacer ciertas cosas, entre ellas usar drogas de vez en cuando.

4.- El abuso de sustancias ocasiona:

- A) Problemas médicos, legales y personales.
- B) Si uno sabe manejar este abuso entonces no traerá consecuencias.

5.- Si un amigo es adicto:

- A) Es su problema, no hay nada que se pueda hacer en su beneficio.
- B) Podemos ayudarlo y motivarlo y acompañarlo a pedir ayuda especializada.

6.- Informarse sobre la sexualidad:

- A) Nos permite conocer sucesos y fenómenos que de otra manera no conoceríamos.
- B) No es muy importante, pues conocemos nuestro cuerpo por experiencia.

7.- Reflexionas sobre nuestras sensaciones:

- A) Ayuda a distinguir lo "bueno" de lo "malo".
- B) Ayuda a pensar antes de actuar.

8.- Un adolescente:

- A) Aún es demasiado joven como para ponerse a pensar en como evitar un embarazo fuera de tiempo.
- B) Debe de saber las formas de evitar un embarazo, pues esto forma parte de su crecimiento como ser humano.

9.- Cuando la gente come de más:

- A) Es porque se siente ansiosa y no se da cuenta que es un acto automático, que a la larga le hace daño.
- B) Es algo normal, pues al comer las personas sienten un consuelo.

- 10.- Una joven de mi grupo es muy agradable pero:
A) No me gusta salir con ella, pues no tiene suficiente dinero.
B) Como es frecuente que no lleve dinero, entre todos tratamos de invitarla sin que se ofenda.
- 11.- Hacer ejercicio:
A) Es algo que no tiene que ver con la forma en la que nos sentimos.
B) Es algo que ayuda a sentirse con energía y a mejora el estado de ánimo.
- 12.- Las personas jóvenes que realizan actos antisociales:
A) Están muy necesitados de cariño y aceptación.
B) Son personas que deberían estar en la cárcel o en otro lugar fuera de la escuela y del hogar.
- 13.- El dinero fácil que se obtiene por corrupción o venta ilegal de drogas:
A) Puede disfrutarse de la misma manera que el dinero que se obtiene del trabajo honesto.
B) No se disfruta pues la angustia de hacer algo ilegal es un ingrediente negativo.
- 14.- Cuando nos sentimos enfermos lo mejor es:
A) Consultar con alguna persona que haya padecido los mismos síntomas que experimentamos nosotros.
B) Consultar directamente a un médico especialista.
- 15.- Cuando existe una alimentación sana las personas se sienten:
A) Igual que siempre. El estado de ánimo depende de otra cosa.
B) Alegres y llenos de energía.
- 16.- Tomar refresco con frecuencia:
A) No tiene por qué hacer daños si así fuera, no lo venderían en las tiendas ni lo anunciarían.
B) Es una mala costumbre que a la larga afecta nuestra salud.
- 17.- Una actitud adecuada frente al fracaso es:
A) Hacer lo posible por agradar a lo demás para ser aceptado.
B) Reflexionar en las alternativas que tenemos para hacerlo mejor la próxima vez.
- 18.- Si por algún motivo alguna joven detiene un embarazo (aborta) por que ocurre cuando aún es demasiado joven lo mejor es:
A) Aprender de la experiencia difícil y buscar apoyo emocional.
B) Dejar de ver a sus amigos y procurar no comentarlo con nadie pues es una experiencia vergonzosa.

19.- Si alguna vez un joven tiene una mala experiencia personal legal o familiar por haber usado drogas:

- A) Ese joven no debe temer nada, no por ese sólo hecho es una persona viciosa o despreciable. Lo que debería hacer es comentar esa experiencia con algún especialista.
- B) Si no le ocurrió nada grave, por ejemplo, haber sido encarcelado u hospitalizado será mejor no comentarlo con nadie.

20.- Si en una familia existe un miembro que es alcohólico o drogadicto lo mejor es:

- A) Acudir a un grupo de autoayuda, pues el problema no a sido por su causa.
- B) La familia puede sobrellevar las dificultades si somos fuertes.

21.- Cuando los padres se separan:

- A) Los hijos sufren, pero se da cuenta que el problema no ha sido por su causa.
- B) Los hijos deben ser leales al papá o a la mamá.

22.- El exceso en el comer o en el beber:

- A) Es algo que forma parte de nuestra manera de ser y de vivir y por tanto no puede ser controlado a voluntad.
- B) Es algo que podemos aprender a controlar si tomamos conciencia de que el abuso destruye poco a poco nuestro cuerpo.

23.- Reflexionar sobre los anuncios consumistas de bebidas alcohólicas

- A) Darnos cuenta de que la alegría y la capacidad de disfrutar y de relacionarnos con la gente no depende del alcohol.
- B) Es una pérdida de tiempo pues lo que escuchamos en la T.V. no influye en nuestra conducta diaria.

24.- Conocer nuestro cuerpo:

- A) Es algo que no debe de suceder en nuestra juventud.
- B) Ayuda a eliminar el miedo y a incrementar el amor a nosotros mismos.

25.- Las relaciones sexuales...

- A) Es la consecuencia de una relación en la que existe comunicación, amor y respeto.
- B) Es la consecuencia de la atracción y el gusto entre los jóvenes de distintos sexos.

26.- Las enfermedades de transmisión sexual son algo que:

- A) Se da con mayor frecuencia con prostitutas o personas que llevan una vida sexual promiscua.
- B) Es algo que puede ocurrir entre personas que llevan una vida sexual activa.

27.- Una rutina de alimentación poco sana, con comida chatarra y alimentos consumidos fuera de casa.

A) Se refleja en nuestro aspecto físico y en nuestro nivel de energía.

B) Es algo de lo que hablan con frecuencia los adultos, pero que en realidad no tiene mayor importancia.

28.- Es muy frecuente que cuando llamo por las tardes a un amigo, digan en su casa que está dormido, eso me hace pensar que:

A) Tiene algún problema y que no puede hablar con nadie.

B) Que es un flojo y que no le gusta hacer nada.

29.- La meditación o la reflexión sobre nosotros mismos:

A) Es algo que sirve únicamente a las personas que tienen tendencias espirituales.

B) Les sirven a todas las personas y en especial a los jóvenes.

30.- Los amigos que se la pasan en sus casas o en los estanquillos jugando juegos electrónicos:

A) Están influidos por los medios masivos de comunicación.

B) Lo hacen por que es divertido y es una forma de pasar el tiempo.

31.- El coraje es uno de esos sentimientos:

A) Que experimentamos todos los seres humanos; pero que podemos aprender a manejar y controlar.

B) Que experimentamos todos los seres humanos, pero que para ciertas personas es imposible controlar.

32.- Cuando uno anda en grupo con los amigos, a veces hace cosas que normalmente no haría, si esto sucede:

A) No importa, al fin que la culpa se distribuye entre todo el grupo y así te diviertes.

B) Lo mejor cuando uno anda en grupo es no hacer algo que después en forma individual nos sería vergonzoso.

33.- Los jóvenes que cometen actos antisociales:

A) Están en riesgo de iniciar una conducta delictiva.

B) Simplemente es un forma de pasar el tiempo con los amigos.

34.- Cada cuerpo es diferente, pero la salud y el peso dependen de:

A) Conocerse a uno mismo, observarse y descubrir el tipo de alimentación que nos hace sentir bien.

B) Preguntar a los amigos como le hicieron para bajar de peso y hacer lo mismo que ellos.

35.- Evitar las enfermedades:

A) Es responsabilidad de los médicos y de los adultos.

B) Debe interesar a los jóvenes, pues el cuerpo sano es el que nos permite vivir bien.

36.- Si tienes dificultades para dormir:

A) Una medicina puede ayudarte.

B) Reflexionar y hablar con alguien de confianza sobre los problemas que tienes últimamente puede ayudar.

37.- Nuestro cuerpo y nuestras partes íntimas son muy valiosas, si alguien las maltrata o abusan de nuestro cuerpo, lo mejor será:

A) Reflexionar sobre por qué lo permitimos, romper la barrera del sometimiento y pedir ayuda.

B) Tratar de que nadie se de cuenta de lo que está sucediendo, pues la persona que abusa de tí te quiere y no se atreverá a hacerte daño.

38.- Es frecuente que de pronto estemos abusando de el alcohol en las fiestas y en las reuniones, y nuestros amigos o nuestra familia lo haga notar, si esto ocurre lo mejor es:

A) Superar el enojo que esto ocasiona y empezar a observarnos, y acudir a un especialista de jóvenes en busca de ayuda.

B) No hacer caso, los amigos y sobre todo la familia con frecuencia exageran las situaciones y se preocupan mucho, aunque estemos bebiendo en exceso es sólo por diversión.

39.- Cuando nuestros padres nos maltratan, lo más adecuado es:

A) Callar y no comentar con personas fuera de la familia, porque puede ser peligroso.

B) Pedir ayuda y hablar con alguien que me tenga afecto.

40.- En la amistad lo que dura para siempre son:

A) Los sentimientos positivos y las cosas nuevas que nos dan las personas.

B) Las relaciones con las personas, el compartir cosas juntos.

41.- Cuando se repite el ciclo escolar, lo mejor es:

A) Reflexionar sobre nuestros errores y repararlos para pasar el año en otra escuela.

B) Buscar una escuela en que la actitud de los maestros sea más tolerante.

42.- Cuando se experimentan problemas con la autoridad por ejemplo con los maestros, lo más recomendable es:

A) Hablar con ellos para saber en que fallas.

B) Comentarlo con los compañeros y amigos.

DIRECCION DE ORIENTACION FAMILIAR
PLANTILLA PARA LA CORRECCION DEL CHIMALLI

ALTER-NATIVA DE CALIF.	OPCIONES	ALTER-NATIVA DE CALIF.	OPCIONES	ALTER-NATIVA DE CALIF.	OPCIONES	ALTER-NATIVA DE CALIF.	OPCIONES
1 B		12 A		23 A		34 A	
2 B		13 B		24 B		35 B	
3 A		14 B		25 A		36 B	
4 A		15 B		26 B		37 A	
5 B		16 B		27 A		38 A	
6 A		17 B		28 A		39 B	
7 B		18 A		29 B		40 B	
8 B		19 A		30 A		41 A	
9 A		20 A		31 A		42 A	
10 B		21 A		32 B			
11 B		22 B		33 A			

PASOS PARA CALIFICAR LA ESCALA

- 1.- CALIFICAR LA HOJA DE RESPUESTAS DE ACUERDO A LA CLAVE SEÑALADA EN ESTA PARRILLA, SI LA ALTERNATIVA COINCIDE CON LA RESPUESTA SE CALIFICA CON 1 Y SI ES DIFERENTE CON 0.
- 2.- SUMAR EL PUNTAJE POR RESPUESTA (ANOTAR EN LA SEXTA COLUMNA)
- 3.- SUMAR EL PUNTAJE TOTAL POR AREA (ANOTAR EN LA SEPTIMA COLUMNA)
- 4.- DIVIDIR EL PUNTAJE ENTRE EL TOTAL DE SUJETOS Y ANOTAR EN LA OCTAVA COLUMNA EL NIVEL DE PRPOTECCION GRUPAL.
- 5.- MULTIPLICAR LA CIFRA OBTENIDA EN EL NIVEL GRUPAL DE CADA AREA POR CIENTO Y DIVIDIR ENTRE EL NUMERO TOTAL DE REACTIVOS DE CADA AREA. EL PORCENTAJE OBTENIDO ANOTARLO EN LA NOVENA COLUMNA DE DIAGNOSTICO POR AREA.

NOTA: DEL PASO NUMERO DOS AL PASO NUMERO CINCO, SE ANOTAN LOS DATOS EN LA HOJA DE CALIFICACION GLOBAL.

DIRECCION DE ORIENTACION FAMILIAR

HOJA DE RESPUESTA DE LA ESCALA DE ACTITUD CHIMALLI

INSTRUCCIONES:

EN ESTA HOJA NO ANOTES DATOS PERSONALES, RECUERDA QUE ES CONFIDENCIAL TU RESPUESTA. SOLO DEBES ESCRIBIR CON LAPIZ LA RESPUESTA A o B, EN EL RENGLON CORRESPONDIENTE.

No.	OPCIONES A o B	No.	OPCIONES A o B	No.	OPCIONES A o B	No.	OPCIONES A o B
1		12		23		34	
2		13		24		35	
3		14		25		36	
4		15		26		37	
5		16		27		38	
6		17		28		39	
7		18		29		40	
8		19		30		41	
9		20		31		42	
10		21		32			
11		22		33			

Anexo 4

6

3
-
4

**SACA TUS DUDAS
PARA EL BUZON.
QUE EL BUZON TE
SACARA DE DUDAS**

NOMBRE O SEUDONIMO _____

EDAD _____ SEXO (M) (F)

ESCUELA _____

GRADO _____

PREGUNTA _____

**DIRECCION DE
ORIENTACION
FAMILIAR**

**HORARIO DE: LUNES A VIERNES
DE 8:00 A 20:00 HRS.**

**SOL PONIENTE #101
COL. VALLE DEL SOL
TEL. 74 33 47**

PROGRAMA

**BUZON
JUVENIL**

*Dirección de
Orientación
Familiar*

**Trata de hacer tu pregunta lo
mejor y más claramente
posible.**

El D.I.F. Municipal a través de la Sub-dirección de Desarrollo del Adolescente, tiene para ti

“El Buzón Juvenil”

EL BUZON JUVENIL ES UN MEDIO POR EL CUAL PUEDES EXPRESAR LAS DUDAS E INQUIETUDES RESPECTO A LO QUE TE SUCEDE.

TALES INQUIETUDES

PUEDEN SER REFERENTES A:

- SEXUALIDAD
- FAMILIA
- NOVIAZGO
- ORIENTACION VOCACIONAL
- CUALQUIER OTRO TEMA DE INTERES

¿PARA QUE SIRVE?

El buzón juvenil te ayudará a orientarte sobre las dudas que se te presenten. Además de esta manera tendrás la oportunidad de conocer a otros jóvenes, con los que podrás tener contacto y apoyo mutuo.

¿COMO FUNCIONA?

En tu escuela se instalará un buzón, durante un tiempo razonable (previa campaña de información). Si requieres de mayor información te la podrá proporcionar el Orientador Vocacional, tu Director o cualquier Maestro.

PASOS:

- 1.- Escribe tus dudas, preguntas e inquietudes en el formato anexo a este folleto o bien en una carta.

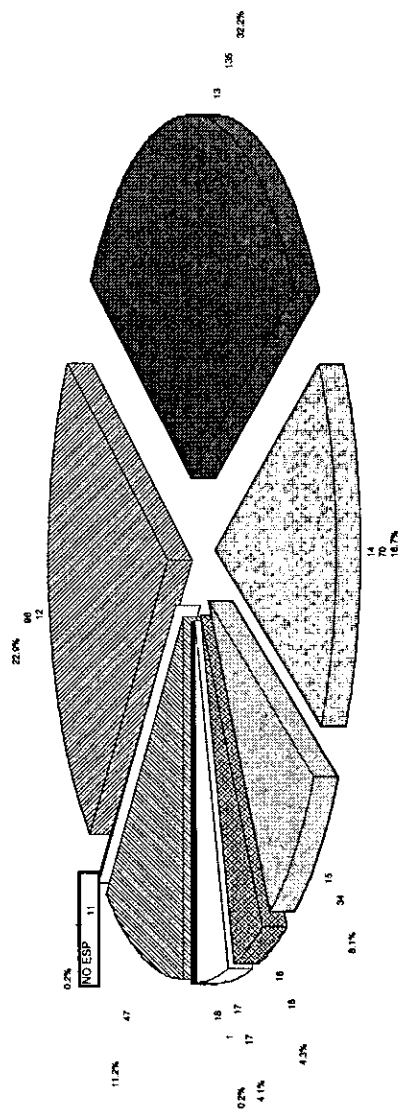
Puedes firmar con un seudónimo (apodo o sobrenombre) o bien con tu nombre.

- 2.- Deposita la carta con tus inquietudes en el buzón.
- 3.- Nosotros recogeremos las cartas.
- 4.- A la semana siguiente de depositada tu carta se publicarán las respuestas en el periódico mural o bien podrás recogerla de manera personal en tu escuela con el Orientador Vocacional

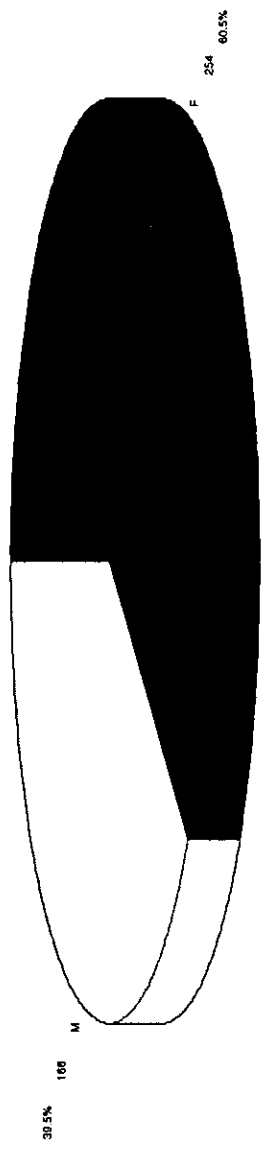
**DE ESTA MANERA
OBTENDRAS
RESPUESTA A TUS
PREGUNTAS,
SOLICITUDES Y
COMENTARIOS.**

• P. 46

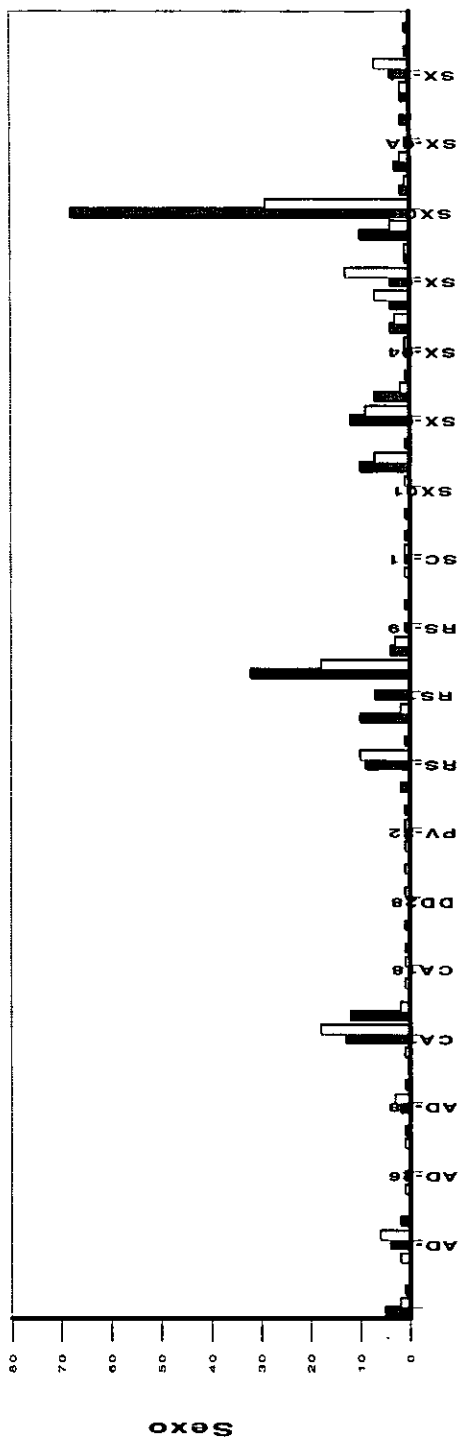
JÓVENES QUE PREGUNTAN SEGUN EDAD



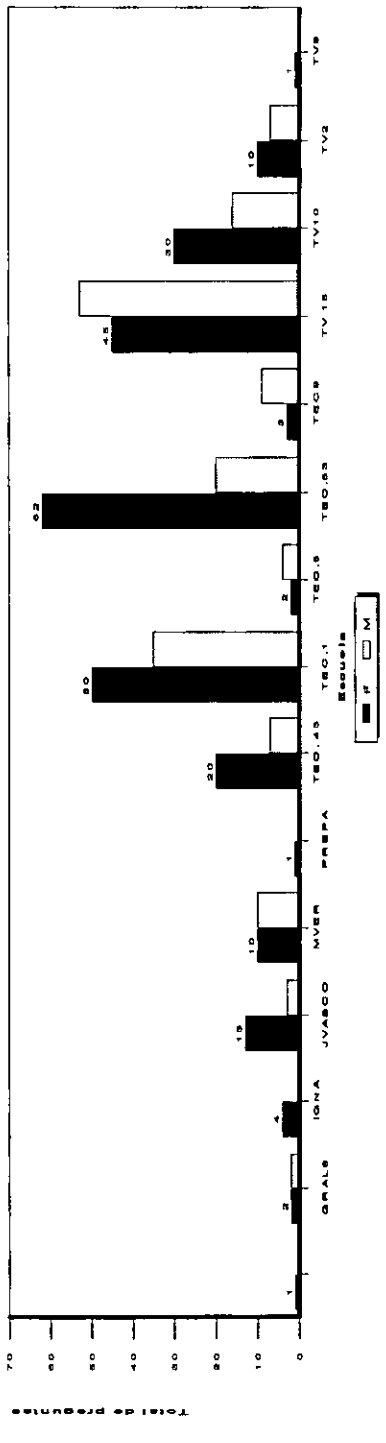
No. de preguntas por sexo.



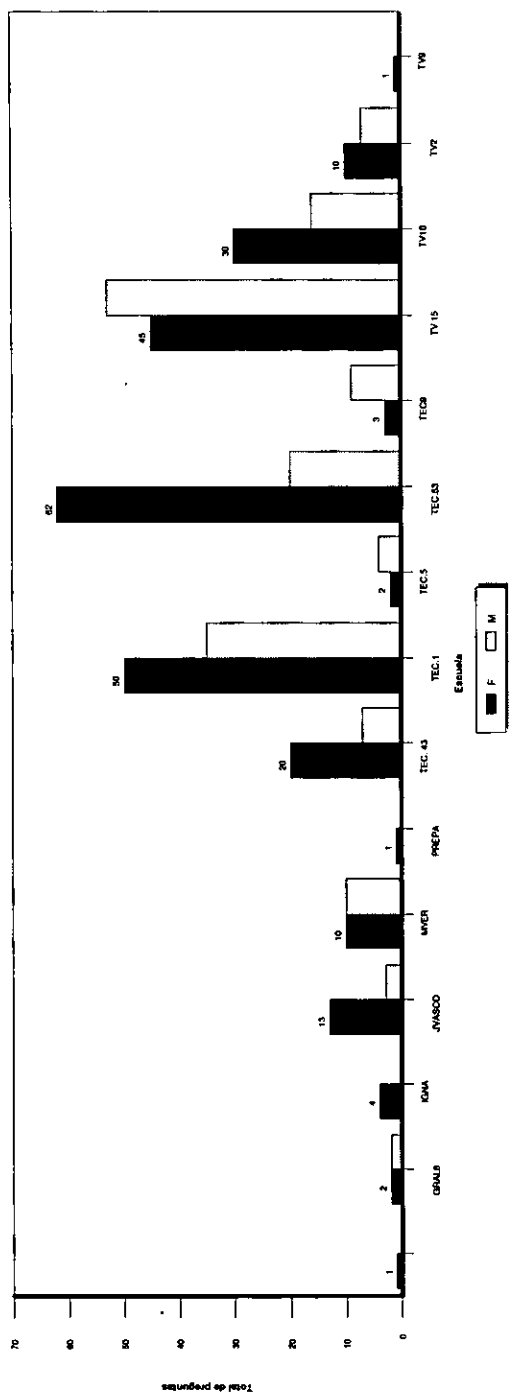
CLASIFICACIÓN DE LAS PREGUNTAS SEGUN EL SEXO



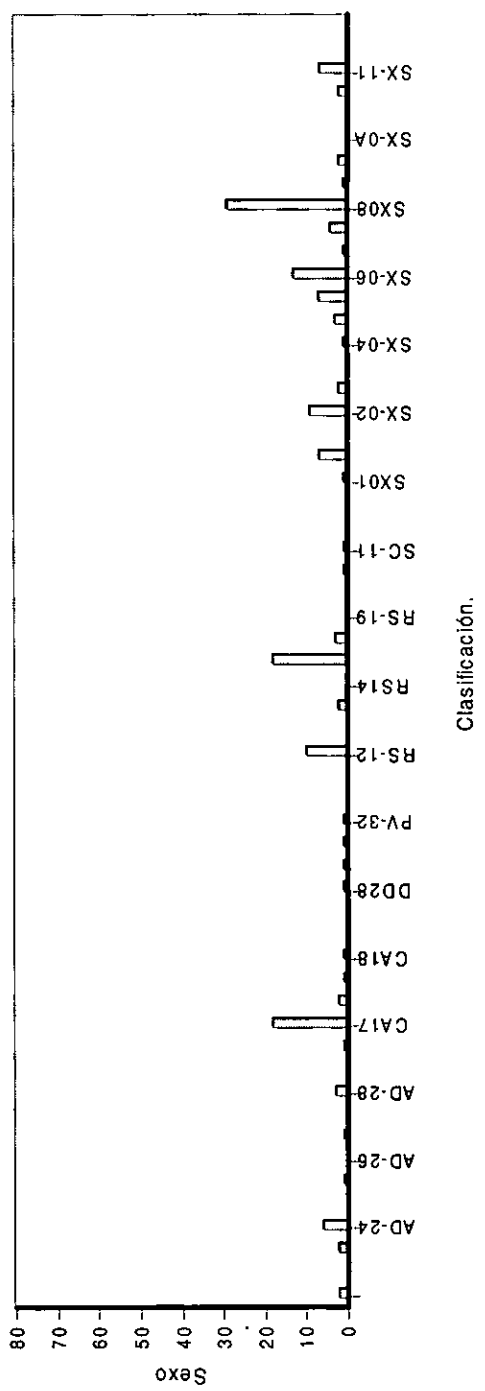
No. de preguntas por escuela y género



No. de preguntas por escuela y género



CLASIFICACIÓN DE LAS PREGUNTAS DEL SEXO MASCULINO



RESUMEN DEL ANALISIS DEL BUZON HASTA JUNIO DEL 1997

Como se puede observar, en el Gráfico No. 1, las edades de los adolescentes se distribuyen desde los 11 hasta los 17 años, se puede observar con claridad que alrededor de los 12 a los 14 años se tienen las frecuencias más elevadas. Y donde la mayor parte de las preguntas se encuentran en la edad de 13. Además la frecuencia de preguntas están relacionadas con la amistad y las relaciones amorosas, así como también las que tienen que ver con la sexualidad. Específicamente aquellas que tiene que ver con cierta urgencia de iniciar la vida amorosa.

De acuerdo con el Gráfico No.2, el promedio de mujeres que hace preguntas al Buzón Juvenil es mayor que la de los hombres, representa el 59.3% de las preguntas, en cambio los hombres representan el 40.7%

En los Gráficos 3, 4 y 5, se puede observar cual es el tipo de pregunta que realizan las mujeres a diferencia de los hombres, es el caso de las que resaltan más por su mayor frecuencia. Las de la clave CA17, se refiere a la conducta adaptativa específicamente a las dudas en cuanto el consumo de drogas o bien qué pasa con los consumidores de ésta. Destaca que sean las mujeres quienes más preguntan en relación con ello. Por su parte los hombres, preguntan más en relación a los efectos que ante el consumo que se manifiesta en la persona o en el periodo en que los efectos nocivos empiezan después de iniciado el consumo. Lo anterior desde luego pone al nombre como un sujeto de alto riesgo. La sugerencia es intensificar las campañas de prevención de la farmacodependencia en las escuelas secundarias.

En cuanto a la pregunta clasificada SR14 trata sobre relaciones amorosas entre jóvenes, son las mujeres quienes preguntan más, representan sus preguntas el 65.5 % en contraste con el 34.5 % de los hombres, destacan las dudas en relación con ¿Cómo poder tener, mantener o tratar al novio?

En cuanto a las preguntas relacionadas con la sexualidad, las cuales ocupan desde el criterio SX01 hasta el SX18, las cuales suman un total de 195 preguntas, de las cuales 118 son de mujeres y 77 de hombres.

Destaca dentro de ellas la SX08 de la cual existen 82 preguntas, 54 de ellas de mujeres las cuales representan el 65% en contraste con el 34% del de hombres, esta pregunta está en relación estrecha con respecto al sexo o a la sexualidad.