



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

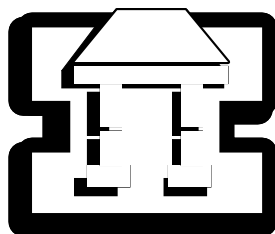
**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA**

**“EL MANEJO DE LOS 5 FACTORES DE PROTECCIÓN DE
CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL A. C. PARA LA
PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS”**

**REPORTE DE ACTIVIDAD PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A :
SANDRA YESENIA VARGAS DÍAZ**

**ASESORA:
MTRA. MARGARITA MARTÍNEZ RIVERA**

**SINODALES:
LIC. JORGE GUERRA GARCÍA
LIC. ALEJANDRO GAONA FIGUEROA**





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.

DEDICATORIAS

A DIOS:

Por permitirme llegar a esta etapa de mi vida, por darme a los mejores padres, y a la mejor familia, por darme salud, por iluminarme, por ayudarme en los momentos más difíciles y por llenarme de bendiciones.

A MIS PADRES:

EMILIO VARGAS VELAZQUEZ Y TERESA DÍAZ PÉREZ

A mi padre porque desde pequeña ha sido para mí un hombre grande y maravilloso y que siempre he admirado, te quiero mucho papá Emilio, gracias por guiar y apoyar mi vida con energía y buen humor, esto es lo que ha hecho que sea lo que soy. A mi madre que es el ser más maravilloso del mundo. Gracias por el apoyo moral, tu cariño y comprensión que desde pequeña me has brindado, por guiar mi camino y estar siempre junto a mí en los momentos más difíciles. Te quiero mucho mamá Tere.

A MIS HIJOS:

SALMA ALEXSANDRA Y JOAQUÍN ALEJANDRO

Porque son el tesoro más maravilloso y valioso que he tenido, gracias por todo su amor, su comprensión, sus besos y su cariño que me brindan todos los días, es la vitamina que me impulsa para lograr todos mis retos y mis sueños.

A MI GRAN AMOR:

JOAQUÍN ALEJANDRO

Porque Jamás encontraré la forma de agradecer tu amor, comprensión y apoyo tanto en los triunfos como en las derrotas, por eso quiero compartir este momento contigo como todo en la vida, porque es el fruto de tu dedicación y entrega hacia mí. Te amo y te amaré siempre mi corazón.

A MIS HERMANOS:

DIANA, FRANCISCO, NORA, EMILIO, LUPITA Y VICKY

Porque a parte de ser mis hermanos son mis amigos, gracias a todos ustedes nunca me he sentido sola, los admiró, los quiero y pido a DIOS que nunca nada y nadie nos separe, todos los días pienso en ustedes, nunca cambien.

A MIS SOBRINOS:

MARTÍN, DANIEL, JESÚS, MARIANA, VIVIAN, EMILIO, REGINA, GEOVANNA, ESTRELLA, VANIA Y CRISTHIAN.

Porque son los niños y jóvenes más inteligentes del mundo, su alegría y su brillo me iluminan todos los días, y logran que este corazón se sienta contento.

A MIS ABUELITAS:

MARIA PÉREZ DE DÍAZ (†) Y GUADALUPE VELÁZQUEZ DE VARGAS (†).

Gracias por darme a los mejores padres, su cariño y su amor incondicional. Siempre están en mi corazón.

A MIS SUEGROS:

JOAQUÍN MONTES JUÁREZ Y NOEMÍ CORTEZ MARTÍNEZ

Porque gracias a ustedes conocí a la persona más importante y valiosa de mi vida, les doy las gracias por ser parte de su familia, y por todo este apoyo, consejos y ayuda que me han brindado.

A MIS CUÑADOS:

JOSÉ, CÉSAR, CARLOS

Porque al ser las personas más importantes en la vida de mis hermanas, son para mí algo especial. Gracias por todo su apoyo.

A MIS CUÑADAS:

NELLY, ALMA, TANIA Y VARINIA

Porque en mí solo quedan los gratos momentos compartidos, gracias por el apoyo y el cariño que brindan a mis hijos.

A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Por darme la oportunidad de ser parte de ella, por las herramientas y los conocimientos que hoy me permiten ser una profesionista. Así mismo, quiero agradecer la sabiduría, el profesionalismo y ética de cada uno de los profesores.

A LA MAESTRA:

MARGARITA MARTÍNEZ RIVERA.

Por su atención y esmero en la realización de este reporte de trabajo que fue de gran guía para su culminación. Mi respeto y admiración por su excelencia académica.

A LOS LICENCIADOS:

JORGE GUERRA GARCIA Y ALEJANDRO GAONA FIGUEROA.

Por el interés en la revisión del presente trabajo, que sin ello no hubiera sido posible dar el punto final.

A CENTROS DE INTEGRACION JUVENIL A. C.

En especial a “Centro Regional Gustavo A. Madero Oriente”, gracias por todo el apoyo y las facilidades brindadas para la realización del presente trabajo. Así mismo, a todo su personal técnico y administrativo.

A TODOS AQUELLOS AMIGOS Y PROFESORES

Que de alguna manera me dieron su amistad, y que permitieron entender que las metas se logran con tenacidad, trabajo, paciencia, nobleza, fuerza, perseverancia y entusiasmo por lo que se quiere lograr. Muchas gracias.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO 1. CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL A. C.	19
1.1 Reseña Histórica de Centros de Integración Juvenil A. C.	19
1.1.1 <i>Estructura Organizacional</i>	22
1.1.2 <i>Modelo de Abordaje Institucional</i>	23
1.1.3 <i>Programas Institucionales</i>	26
1.1.4 <i>Organización y Funcionamiento de Centros de Integración Juvenil A. C. “Gustavo A. Madero Oriente”</i>	34
1.1.5 <i>Alternativas de Colaboración en Centros de Integración Juvenil A.C.</i>	36
1.2 Bandura y Teoría Social	38
1.3 Las drogas y sus efectos	46
1.3.1 <i>Definición de droga</i>	46
1.3.2 <i>Tipos de droga</i>	47
1.3.3 <i>Efectos que generan las drogas</i>	47
1.3.4 <i>Definición de drogadicción</i>	48
1.3.5 <i>Tipos de usuarios</i>	49
1.3.6 <i>Efectos de las drogas mas usadas</i>	51
1.3.7 <i>Drogas de más consumo</i>	56
1.3.8 <i>Quienes consumen mas drogas</i>	57
1.4 Causas que propician el consumo de drogas	58

CAPÍTULO 2. MODELO DE PREVENCIÓN DE CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL A. C. “PARA VIVIR SIN DROGAS”	61
2.1 Modelo de Prevención	61
2.2 Factores de Riesgo y Protección	65
2.3 Estrategias de Intervención en la prevención del consumo de drogas	68
2.3.1 <i>Prevención Universal</i>	69
2.3.2 <i>Prevención Selectiva</i>	72
2.3.3 <i>Prevención Indicada</i>	74
2.3.4 <i>Estrategia Preventiva de Movilización Social</i>	77
2.4 Nivel de Información Preventiva	81
2.4.1 <i>Estrategia de Abordaje</i>	84
2.5 Nivel de Orientación Preventiva	85
 CAPÍTULO 3. EL PSICÓLOGO Y LA PREVENCIÓN ANTE EL CONSUMO DE DROGAS	 90
3.1 Definición de Factores de Protección	90
3.1.1 <i>Autoestima</i>	91
3.1.2 <i>Habilidades Sociales</i>	94
3.1.3 <i>Apego Escolar</i>	95
3.1.4 <i>Asertividad</i>	97
3.1.5 <i>Afrontamiento del Estrés</i>	99
3.1.6 <i>Resilencia</i>	102
3.2 El Trabajo del Psicólogo Como Promotor de Factores de Protección	104
 CONCLUSIONES	 116
 ANEXOS	 122
 BIBLIOGRAFÍA	 128

RESUMEN

El presente trabajo, es un análisis del trabajo del psicólogo en Centros de Integración Juvenil, A. C. “Gustavo A. Madero Oriente”, como promotor de Factores de Protección para la prevención del consumo de droga, los cuales son estrategias preventivas dirigidas a reducir o eliminar factores de riesgo. Los 5 factores a implementar en el programa preventivo, que pueden ayudar a una persona a evitar el consumo de drogas son: Autoestima, Habilidades Sociales, Apego Escolar, Asertividad y Afrontamiento del Estrés. Sus programas de prevención se dividen en acciones de información, orientación y capacitación, dirigidas a niños, jóvenes y adultos. Las acciones que realiza el Centro de Integración Juvenil (CIJ), tiene como objetivo sensibilizar a la población general, acerca del problema de las adicciones, sus daños y formas de prevención. La cual consiste en: Información y Sensibilización, a través de, medios masivos, sesiones de información, cursos, talleres de orientación y capacitación, a diversos grupos de población. Acciones de movilización social, como eventos, foros y organización de grupos de voluntarios. Campañas para que disminuyan la disponibilidad de drogas; coordinación con diversas instituciones (educativas, salud, gobierno, etcétera), y promoción para el desarrollo de una cultura de salud en las comunidades.

A su vez se describe como, para prevenir las adicciones se cuenta con un programa permanente, el cual busca crear una cultura de prevención del consumo de drogas con carácter autogestivo, donde las personas y los grupos, por iniciativa propia, lleven a cabo acciones preventivas, a través de promover estilos de vida saludables, que fomenten o refuercen el auto cuidado de la salud.

INTRODUCCIÓN

La droga es cualquier sustancia química, natural o sintética con efectos sobre el sistema nervioso central, que se consume para obtener una alteración del estado de ánimo que resulta placentera y que puede producir fenómenos de tolerancia y adicción (CONACID, 1992). El término ha perdido sus antiguos significados de sustancia química utilizada en la industria, en pinturas o en limpieza (droguería) y de fármaco (sustancia química con actividad terapéutica).

El número de sustancias que se engloban bajo esa denominación es muy amplio y diverso. Las drogas incluyen fármacos de prescripción legal cuyo uso indebido conduce a problemas de drogadicción (barbitúricos), sustancias que se compran, se venden de forma ilegal (cocaína, heroína, Cannabis, LSD), y otras que se comercializan de forma legal (alcohol y tabaco). Las drogas se pueden fumar (tabaco, marihuana), aspirar (cocaína), inhalar (pegamentos), inyectar (heroína) o tomarse por vía oral (alcohol, drogas de síntesis). Algunas pueden consumirse por diferentes vías, como es el caso de la heroína que se fuma, se aspira o se inyecta.

Los efectos de las drogas son múltiples y complejos. En ocasiones, dependen de factores como la pureza, la vía de administración, la dosis consumida, la frecuencia y las circunstancias que acompañan al consumo (entorno, lugar, mezcla con otras sustancias).

Las drogas actúan sobre el sistema nervioso central produciendo un efecto depresor, estimulante o perturbador. Las sustancias depresoras disminuyen o inhiben los mecanismos de funcionamiento normal del sistema nervioso central provocando relajación, sedación, somnolencia, hipnosis e incluso coma.

Los estimulantes producen sensación de fatiga y alteraciones del apetito o del sueño. Un tercer grupo de sustancias, llamadas alucinógenas o perturbadoras, alteran la percepción de la realidad, el estado de conciencia y provoca

alucinaciones. Algunas sustancias producen más de un efecto, como las drogas de síntesis, que causan estimulación y perturbación del sistema nervioso central.

Las alteraciones psicológicas van desde cambios en el estado de ánimo a crisis de ansiedad, crisis de pánico, delirios, alucinaciones e incluso trastornos psicóticos. Además, las drogas pueden afectar también a otros órganos como el hígado, los pulmones, los riñones, el páncreas o el corazón.

El uso de drogas provoca, en la mayoría de los casos, fenómenos de tolerancia y adicción. A medida que el organismo se adapta a la presencia habitual de una sustancia se puede producir el fenómeno de la tolerancia, es decir, la necesidad de consumir dosis cada vez mayores y con más frecuencia para conseguir los mismos efectos (OMS, 1993).

Además, el empleo repetido de una droga puede crear adicción, es decir, la necesidad compulsiva de consumir esa droga regularmente sin que sea posible moderar su consumo o suprimirlo. La mayoría de las drogas producen dependencia física y psicológica (CONACID, 1992).

Cuando una persona necesita consumir una droga para conseguir un estado afectivo agradable o evitar un estado desagradable, tiene una dependencia psicológica de esa sustancia. Muchas veces, esa dependencia es muy fuerte y difícil de superar.

Por otra parte, el uso regular de una sustancia química produce, en muchos casos, alteraciones fisiológicas en el organismo que originan una dependencia física de esa sustancia.

El organismo se “acostumbra” a la presencia de la droga y la “necesita” para funcionar con normalidad. Si la droga se suprime o se reduce, el organismo responde con un conjunto de síntomas físicos y psíquicos que reciben el nombre de síndrome de abstinencia. El síndrome de abstinencia depende de cada droga y, a veces, se controla con medidas terapéuticas sintomáticas o sustitutivas

(sustancias menos nocivas, de efectos parecidos, que se retiran progresivamente) (CONACID, 1992).

El consumo de drogas constituye un problema social de gran importancia. La mayoría de las drogas crean una adicción que es difícil de superar de forma individual y que, en muchos casos, no es reconocida por el propio consumidor. Esa adicción origina graves conflictos familiares, de pareja, escolares, laborales, e incluso, problemas legales que deterioran el entorno social de la persona. La necesidad e insistencia de contar con un marco teórico-conceptual que sustente cualquier intervención preventiva al consumo de drogas es básico. Cualquier tipo de intervención preventiva debe estar guiada por un modelo teórico, derivado de la observación, comprobación del mismo y elaboración de un marco conceptual que permita comprender la realidad sobre la que se elaboró la teoría.

Teoría del Aprendizaje Social de Bandura.

Esta basada en los principios del aprendizaje, la persona y su cognición junto a los aspectos del ambiente en que lleva a cabo la conducta; varios de los programas preventivos más eficaces parten de la misma, utilizan algunos de sus componentes o los sustentan junto a otras teorías. Con la teoría del aprendizaje social se aporta la inclusión del aprendizaje social, vicario o de modelos, que como elemento práctico permite explicar y cambiar cierto tipo de conductas.

Bandura (1986), renombra a la teoría del aprendizaje social como cognitiva social con base en los procesos cognitivos mediacionales. Este nuevo término que ahora él utiliza reconoce los orígenes sociales de gran parte del pensamiento y de la acción humana; la porción cognitiva reconoce la influyente contribución causal de los procesos del pensamiento hacia la motivación, afecto y acción humana. Esta teoría actualmente está red denominada como teoría cognitiva social, es una de las más utilizadas e importante dentro del campo del consumo de drogas. Si el uso de drogas representa un problema de salud pública, entonces la prevención es la herramienta ideal para contender con esta situación.

La prevención de adicciones se entiende como el conjunto de acciones dirigidas a evitar o reducir el consumo de sustancias psicoactivas, a disminuir situaciones de riesgo y a limitar los daños asociados al consumo de dichas sustancias.

Actualmente, las estrategias de abordaje que se emplean en la prevención del consumo de sustancias tóxicas se define con base al modelo desarrollado por el Instituto de medicina de los Estados Unidos (IOM), el cual considera que la atención a la población de interés implica actividades de prevención, tratamiento y mantenimiento. En este sentido, se plantea que con la prevención se pretende incidir en la reducción de la demanda, al disminuir los factores de riesgo y aumentar los factores de protección relacionados con el uso de drogas. Particularmente, debe señalarse que en la prevención se contemplan a su vez tres tipos de modalidades de intervención preventiva: la prevención universal, la prevención selectiva y la prevención indicada.

1) Prevención Universal

En este tipo de intervención las actividades que se desarrollan se diseñan para abarcar a todos los individuos de la población, sin considerar si algunos de ellos presentan mayor número de riesgos individuales que los conlleven al inicio y abuso de drogas. El objetivo principal de la intervención preventiva universal es posponer o prevenir el abuso de drogas, a partir de la presentación de información específica y actualizada, así como promover el desarrollo de habilidades necesarias en las personas que contrarresten el problema de las adicciones.

2) Prevención Selectiva

En este tipo de intervención, se dirigen a ciertos subgrupos de la población que han sido identificados como sujetos de alto riesgo para el abuso de sustancias tóxicas, ya que presentan riesgos específicos que requieren su participación directa en actividades preventivas adecuadas a su situación. El objetivo principal

de los programas basados en la prevención selectiva es evitar el inicio del abuso de drogas, a partir del fortalecimiento de los factores de protección de los integrantes del subgrupo en alto riesgo (p.e. autoestima, solución de problemas, etc.), de forma que éstos sean empleados como recursos efectivos contra los factores de riesgo (como la asociación que se establece con gente que abusa de las drogas).

3) *Prevención Indicada*

En este tipo de intervención, dirigen sus actividades hacia aquellos individuos que han experimentado con drogas y que exhiben conductas problemáticas relacionadas, que están asociadas con el abuso de sustancias.

Por lo tanto, el objetivo central de los programas de prevención indicada, no sólo es, reducir el primer evento del abuso de drogas, sino también disminuir a lo largo del tiempo la continuación de señales; retardar el inicio del abuso y/o reducir la severidad del consumo excesivo de drogas. Para luchar contra las drogas se han creado organismos y centros de asistencia a farmacodependientes formados por profesionistas (médicos, psicólogos, personal de enfermería y trabajadores sociales), preparados para informar, orientar y apoyar a todas aquellas personas que, por una u otra razón, necesitan esas sustancias.

La educación y la información, sobre todo a niños y jóvenes, en cuanto al tipo de sustancias que existen y los riesgos inherentes a su consumo, es, en muchos países, la mejor forma de prevenir y evitar el uso de drogas.

Centros de Integración Juvenil A. C. asociación no lucrativa, incorporada al Sector Salud, participa en actividades encaminadas a la prevención, tratamiento, rehabilitación e investigación sobre el consumo de drogas. Cuenta con una red de 90 unidades operativas instaladas en lugares estratégicos del territorio nacional. Tiene como visión tener una sociedad con mejores niveles de información y sensibilidad frente al consumo de sustancias, con más alta coparticipación en la

tarea preventiva; más proactiva; con menos tolerancia o aceptación hacia el uso de drogas; con una mayor percepción del riesgo, y con más diversas alternativas para vivir saludablemente. Y como misión prevenir, tratar e investigar el problema de la farmacodependencia, con acciones que disuadan y eviten el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias adictivas, otorgando servicios a la comunidad, preferentemente en localidades con características identificadas que sitúan a los pobladores en condiciones de mayor riesgo de consumo.

El Programa Preventivo Institucional de Centros de Integración Juvenil A. C. tiene como línea estratégica la Educación para la Salud, cuya premisa principal es la promoción de estilos de vida saludables, es decir, la enfermedad no es el foco de atención sino la conservación de la salud. Acorde con esta línea, existen una serie de investigaciones que han reportado un abordaje efectivo, consistente en la identificación de Factores de Riesgo y la promoción de mecanismos que los neutralicen o disminuyan, generando condiciones que protejan a la población, ya que estos mismos estudios señalan que el énfasis de los programas deberá ubicarse en los Factores Protectores.

El Programa en sus niveles de Información, Orientación y Capacitación, está dirigido a niños, adolescentes y adultos y llega a los diferentes escenarios naturales como la escuela, la familia y la comunidad, incorporando factores protectores como: Autoestima, Asertividad, Apego Escolar, Afrontamiento de Estrés y Habilidades Sociales para implementarse en los proyectos preventivos.

En el nivel de Información se encuentran los proyectos: Información a Concurrentes, Información Pública Periódica y Escuelas.

En Orientación: Orientación Preventiva Infantil, Orientación Preventiva de Adolescentes, Orientación Familiar preventiva.

En Capacitación: Grupos Organizados, Voluntariado y Personal en Servicio Social y Capacitación a la Comunidad.

La institución cuenta con el programa Atención Curativa que apoya al usuario de sustancias tóxicas y a su familia, en la resolución de su enfermedad. Las acciones se proporcionan a través de dos subprogramas: Consulta Externa y Tratamiento Residencial.

1) Consulta Externa. Representa la alternativa de servicio más frecuente en nuestra institución, promueve una atención especializada con modalidades terapéuticas acordes a la particularidad de cada paciente.

El abordaje terapéutico integral del usuario de sustancias tóxicas, considera la psicoterapia, de corte breve, multimodal, con objetivos y tiempos limitados, la cual se desarrolla de manera individual, familiar y grupal. Dependiendo de las condiciones clínicas de cada caso se considera la prescripción farmacológica para manejar alteraciones psiquiátricas, o el síndrome de abstinencia. El tratamiento promueve la inclusión de la familia en sesiones de orientación, como medida de apoyo y reforzador.

El subprograma cuenta también con: Tratamiento para dejar de fumar.

La nicotina, principal componente del cigarro tiene propiedades adictivas tan fuertes como la cocaína, por lo que resulta difícil dejar de fumar. Por ello, es necesario proporcionar al usuario un servicio que le permita tomar conciencia de la necesidad de abandonar el consumo de tabaco. El tratamiento establece previamente sesiones de valoración diagnóstica; se desarrolla en 10 sesiones de terapia grupal con técnicas Cognitivo Conductuales.

Auriculoterapia. El Programa Atención Curativa incorporó recientemente la técnica de Auriculoterapia como un auxiliar para contender con la sintomatología

de la depresión y la ansiedad asociada al craving (deseo de consumo de la sustancia), que se mantiene aún después de haber superado el síndrome de abstinencia a la cocaína.

Por otra parte, es necesario mencionar que se han detectado factores que preceden al consumo de drogas, denominadas factores de riesgo, los cuales aumentan la probabilidad de su ocurrencia, entre ellos la Violencia Domestica, el Abuso Sexual, las Dificultades Escolares en el Nivel Básico, y el Abuso de Alcohol y/o uso de drogas ilícitas en uno o ambos padres y/o hermanos mayores. Con el fin de detectar oportunamente y realizar una intervención temprana entre la población de alto riesgo se trabaja con padres de familia y maestros de escuelas primarias y secundarias a través del proyecto Factores de riesgo y detección temprana.

2) Tratamiento Residencial. Se dispone de tres unidades que proporcionan servicios a pacientes cuyas condiciones de farmacodependencia hacen necesario este tipo de atención; atienden cuadros de intoxicación por drogas, síndrome de abstinencia, y un tratamiento residencial para suprimir el consumo de drogas.

Constituyen también una alternativa a la hospitalización tradicional. En su funcionamiento contemplan la ejecución de actividades basadas en los postulados de la Comunidad Terapéutica, donde el uso de la estructura social funciona como una variedad de tratamiento en un medio ambiente concebido para producir el cambio deseado en los pacientes que ingresan a él.

Movilización Social.

Dado que la farmacodependencia requiere para su abatimiento de la participación corresponsable de los profesionales de la salud y la población que padece directa o indirecta el problema, uno de los elementos básicos que el modelo de Centros de Integración Juvenil sea integral y efectivo es la incorporación activa y

responsable de todos los sectores de la población desde sus diferentes niveles y ámbitos en que se desenvuelven.

La experiencia de 35 años de trabajo institucional nos ha permitido establecer diversas modalidades de participación que la población se plantea, de tal forma que todos los que deseen colaborar, encuentren un espacio que responda a sus intereses, donde apliquen o adquieran habilidades, conocimientos y experiencias a nivel personal o profesional, que les sean satisfactorias y enriquecedoras, al mismo tiempo que coadyuven a la atención del consumo de drogas, mediante el desarrollo de acciones específicas, con la capacitación y asesoría necesaria para lograr un desempeño de calidad.

Ya que es interés de la institución que sus voluntarios sean atendidos con calidez y que los contenidos para su formación respondan a sus necesidades, corresponde a la Dirección de Participación Comunitaria sistematizar un modelo participativo así como promover, establecer y vigilar la operación de las políticas, estrategias, lineamientos y normas que permitan la involucración e incorporación activa de la población en el desarrollo de los programas institucionales. Esto implica formar y guiar a profesionales y voluntarios que operan esos programas, dándoles elementos teóricos y técnicos para obtener y mantener el interés de la población, de tal forma que al participar en la atención de la farmacodependencia, se constituyan en promotores de salud al interior de su colonia, escuela, club e instituciones, donde viven, estudian, se divierten o trabajan, lo que es posible siendo voluntarios de CIJ.

Comunicación Social.

La Comunicación Social se realiza a través del establecimiento de convenios de Coordinación Interinstitucional, programas de Comunicación Social y la Edición de Publicaciones Técnico-Científicas y de Divulgación. Con los programas de Comunicación Social se busca lograr una mayor presencia en los medios de

comunicación masiva y alternativa, para otorgar mensajes preventivos en forma permanente e informar a la población en general acerca de los servicios de prevención, tratamiento, rehabilitación e investigación del uso nocivo de drogas. Dentro de estos programas de comunicación se realizan campañas en medios masivos, talleres de periodismo y el Concurso Nacional Anual de Cartel.

La atención a la población se ofrece a través de equipos multidisciplinados de salud mental apoyados coordinadamente por instituciones públicas, sociales y privadas incorporando la participación activa y organizada de la comunidad como un programa orientado a evitar, retardar, erradicar o disminuir la aparición del proceso y de los daños asociados.

Dentro del equipo multidisciplinado el desempeño del psicólogo es fundamental ante este problema de salud pública. El impulso que conlleva a la realización del presente trabajo es analizar la colaboración del psicólogo que se inserta en Centros de Integración Juvenil, para conocer su desempeño en este programa institucional de prevención de adicciones y por la salud.

Basándose en lo anterior el objetivo es hacer, un ***análisis del trabajo del psicólogo en el Centro de Integración Juvenil A. C. “Gustavo A. Madero Oriente”, como promotor de Factores de Protección para la prevención del consumo de drogas.*** Este objetivo conlleva a un análisis tanto de la institución y su función, así mismo, brindar a la sociedad mejores niveles de información y sensibilidad frente al consumo de sustancias, con más altos niveles de coparticipación en la tarea preventiva, con menos tolerancia, aceptación hacia el uso de drogas, con una mayor percepción de riesgo y con un mayor número de alternativas para vivir saludablemente. Para realizar el objetivo, este trabajo será dividido en tres capítulos:

El primer capítulo menciona los siguientes aspectos: Reseña histórica de la institución así como, su método y su conformación. La Teoría Social de Bandura.

Las drogas y sus efectos. El consumo de drogas en México y finalmente se menciona los factores de riesgo que conllevar al consumo de drogas en el adolescente.

En el segundo capítulo se hace mención del programa preventivo al consumo de drogas de Centros de Integración Juvenil A. C.

Y en el último capítulo, se hace mención del papel del psicólogo como promotor de los factores de protección para la prevención del consumo de drogas.

CAPÍTULO 1. CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL A. C.

Es una asociación civil no lucrativa, incorporada al Sector salud. Las actividades que realiza están encaminadas a la prevención, tratamiento y rehabilitación e investigación científica sobre el consumo de drogas en México. Cuenta con una amplia experiencia de más de 35 años. Tiene una red de 90 unidades operativas las cuales se encuentran distribuidas a lo largo y ancho de la República Mexicana.

1.1. Reseña Histórica de Centros de Integración Juvenil A. C.

El creciente consumo de drogas entre los jóvenes, motivó en 1969 a un grupo de comunicadoras, encabezadas por Kena Moreno, a fundar un centro de atención para jóvenes drogadictos. El 12 de marzo de 1970, abre sus puertas el denominado “Centro de Trabajo Juvenil”, en Coyoacán en él se iniciaron las labores de prevención y tratamiento de la fármacodependencia. Para el 12 de octubre de 1973, se constituye “Centros de Integración Juvenil” A. C, bajo el gobierno de una Asamblea General de Asociados y el primer Patronato Nacional integrado por las fundadoras y miembros de diversos sectores. De 1973 a 1976, se abrieron nueve unidades operativas en el Área Metropolitana y veinte en el interior del país. Para el 13 de diciembre de 1977, se inauguraron las Oficinas Centrales y el primer Centro de Información e Intercambio (CIJ, 1999).

De 1976 a 1979, se impulsó la coordinación nacional y binacional, celebrándose reuniones con instituciones y representantes del gobierno de Estados Unidos para intercambiar información científica y teórico-práctica.

A partir de 1978, se estableció el Servicio de Orientación e Información Telefónica, que desde 1980 brinda un servicio de 24 horas, los 365 días del año. En 1979, la institución fue invitada por la división de Estupefacientes de la ONU para presentar en Viena, Austria, el Modelo de Atención de Centros de Integración Juvenil (CIJ).

En 1981, la estructura organizativa de CIJ quedó definida por el Patronato Nacional como máximo órgano de gobierno y la Comisión de Vigilancia encargada de supervisar que los programas aprobados cumplan con las políticas y los lineamientos establecidos. Para el 3 de septiembre de 1982, mediante decreto presidencial, el CIJ fue incluido dentro de los organismos sectorizados de la Secretaría de Salud, con el carácter de institución de participación estatal mayoritaria y se integraron al Patronato Nacional representantes de la Asociación Civil y de los Patronatos Locales, así como de las Secretarías de Salud, Gobernación, Programación y Presupuesto, Contraloría General de la Federación, Trabajo y Previsión Social, Educación Pública y Desarrollo Social.

En el año de 1988, se realiza el primer estudio de “Riesgos Macro sociales de Fármacodependencia a Nivel Municipal” y “Red Estratégica de Atención en México”, que permitió establecer el Plan Rector Institucional a Mediano Plazo.

Para 1994, en su XXV aniversario, la institución convocó a expertos de varios países a una reunión internacional de intercambio de experiencias, a cuya clausura asistió la señora Diana Laura Riojas de Colosio. En 1995, se llevó a cabo en 54 municipios y delegaciones que contaban con unidades operativas, el Estudio Básico de la Comunidad Objetivo (EBCO), para identificar los principales factores sociocomunitarios y psicosociales que permitiesen trazar un diagnóstico y un pronóstico sobre el consumo de drogas.

Y en 1997, se elaboró el segundo estudio “Riesgos Macrosociales de Farmacodependencia a Nivel Municipal” y “Red Estratégica de Atención en México”, asimismo, se elaboró el libro de Farmacoterapia de los Síndromes de Intoxicación y abstinencia por Psicotrópicos, con el fin de constituir una Red Nacional de Atención Integral al Paciente Fármaco dependiente y su familia. Para 1998 se firma un convenio con el “Programa de Naciones Unidas para la

Fiscalización Internacional de Drogas” (PNUFID), para apoyar un proyecto de capacitación en 6 países de Centroamérica.

En marzo de 2001, El Patronato Nacional nombró Director General de CIJ al Dr. Víctor Manuel Guisa Cruz. En ese mismo año, a solicitud del Consejo Nacional Contra las Adicciones, la institución comienza a incorporar contenidos acerca de tabaco y alcohol en sus proyectos de prevención, en el mismo contexto, se firmó un convenio con el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias para instalar clínicas de tabaquismo en todo el país.

Además de todo el apoyo proporcionado por diferentes personas e instancias, CIJ, cuenta con la participación voluntaria que ha acompañado a la institución desde sus inicios y en todo el proceso de atención al consumo de drogas, abriendo campos de acción a las actividades preventivas y participando directamente en los proyectos y servicios, que presta la institución a la población.

Para llevar acabo la aplicación de los programas institucionales, Centros de Integración Juvenil, A. C. actualmente cuenta con **90** Unidades Operativas: las cuales **77** son Centros Regionales, **3** Unidades de Tratamiento Residencial (Internamiento), **4** Unidades de Tratamiento en Consulta Externa, y **1** clínica de Metadona. Además de **5** edificios de oficinas normativas y administrativas.

Las 90 Unidades Operativas, se encuentran distribuidas en 29 estados de la República Mexicana y el Distrito Federal. Para su operación, se cuenta con una planilla de mil 200 trabajadores, en su mayoría profesionales de la salud mental, apoyados por más de 11 mil voluntarios, lo que permite atender anualmente a casi dos millones y medio de personas en programas preventivos y de sensibilización, así como, en tratamiento, a más de 70 mil pacientes y sus familiares. La mayoría de las unidades operativas cuentan con un Patronato que apoya en la promoción de los servicios, la obtención de recursos humanos, materiales y financieros. Se han desarrollado diferentes líneas de investigación: clínica, epidemiológica, psicosocial y de evaluación cualitativa.

1.1.1. Estructura Organizacional.

Dentro de la estructura organizacional de CIJ, el órgano máximo de decisión es la Asamblea de Asociados cuyos miembros representan a la comunidad.

La responsabilidad de hacer cumplir sus disposiciones, así como del manejo de la institución está depositada en el Patronato Nacional. La comisión de vigilancia, es aquella instancia que analiza y evalúa los resultados de los programas institucionales y el aprovechamiento de los recursos, así como la Comisión asesora el patronato. Posteriormente se encuentra el nivel ejecutivo que es designado por el Patronato Nacional y está compuesto por la Dirección General y Tres Direcciones Generales Adjuntas:

- Dirección General. Tiene bajo su cuidado la coordinación de normas y de la operación diaria de la institución.
- Dirección Médica. Norma, coordina vigilancia, y realiza la prestación de servicios.
- Dirección de Patronatos. Norma y coordina las actividades de los patronatos locales, quienes colaboran con los equipos técnicos en los proyectos implantados en la comunidad.
- Dirección de Administración y Coordinación de Planeación y de Comunicación, funcionan como unidades de apoyo a la dirección general.

El nivel operativo está integrado por órganos desconcentrados territorialmente y descentralizados por función, responsabilidad y prestación de servicios en patronatos y centros locales (ver fig. 1).

1.1.2. Modelo de Abordaje Institucional.

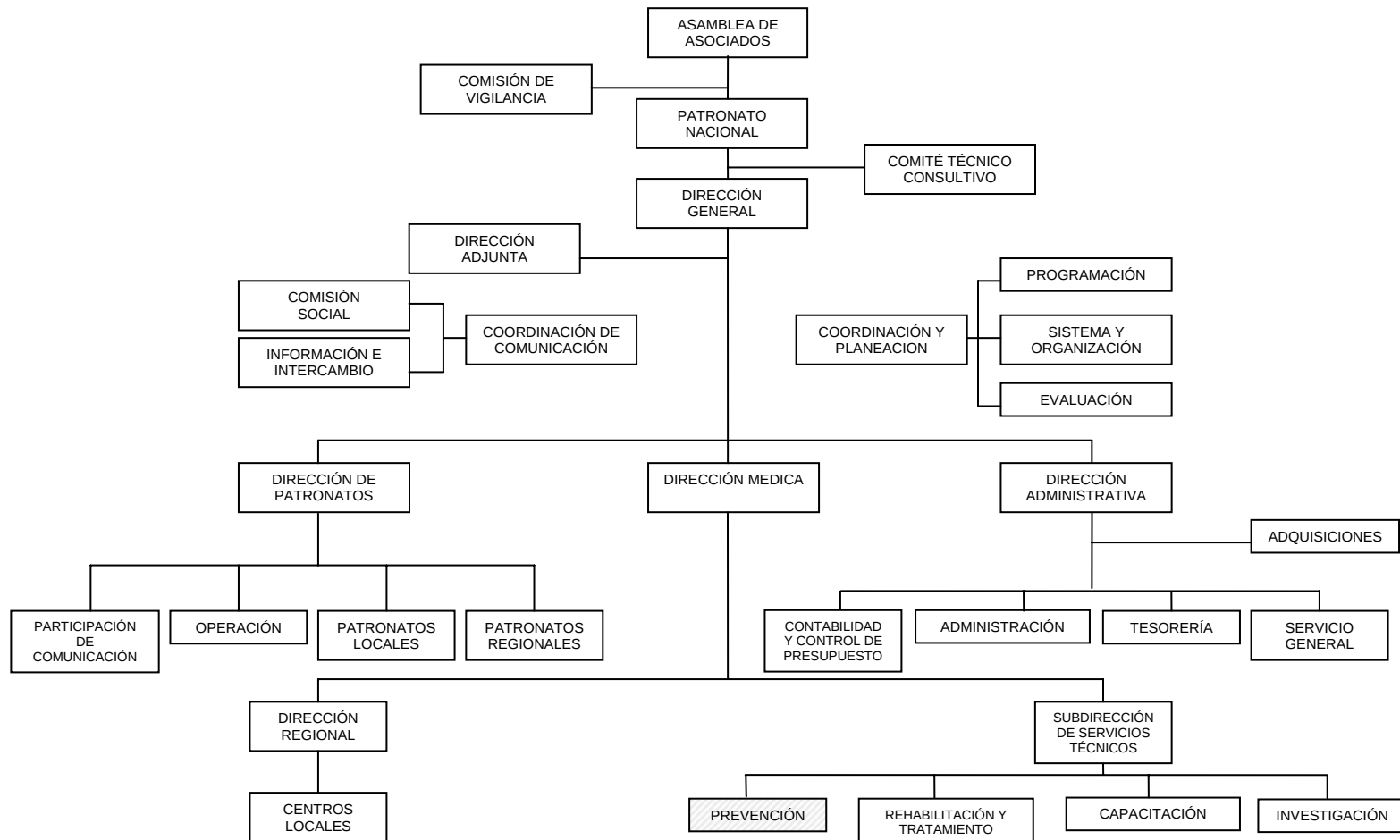
Para la prevención Centros de Integración Juvenil A. C., cuenta con el programa permanente “para vivir sin drogas” que contribuye a la creación de una cultura de prevención del consumo de drogas de manera autogestiva en las comunidades. Bajo los siguientes rublos.

Visión.

Una sociedad con mejores niveles de información y sensibilidad frente al consumo de sustancias, con más altos niveles de coparticipación en la tarea preventiva, con menos tolerancia o aceptación hacia el uso de drogas, con una mayor percepción del riesgo y con un mayor número de alternativas para vivir saludablemente.

Misión.

Prevenir, tratar e investigar el problema de la farmacodependencia, desarrollando acciones para disuadir y evitar el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias adictivas, otorgando servicios a la Comunidad prioritariamente en localidades con características identificadas que sitúan a los pobladores en condiciones de mayor riesgo de consumo. La atención a la población se ofrece a través de equipos multidisciplinados de salud mental apoyados coordinadamente por instituciones públicas, sociales y privadas, incorporando la participación activa y organizada de la comunidad.



Objetivos.

- o Articular en todos los proyectos de prevención, tratamiento y reinserción social, la visión de género y equidad, para que fortalezcan y respondan a las particularidades de los grupos marginados de la sociedad.
- o Reforzar los lazos de coordinación interinstitucional con los sectores prioritarios, a fin de conformar una red de atención organizada que permita atender poblaciones específicas en torno a la prevención y tratamiento de las adicciones.
- o Articular en el modelo preventivo a la movilización social como estrategia fundamental, y propiciar que los voluntarios realicen el 100% de los proyectos preventivos primarios institucionales.
- o Constituirnos como una institución de segundo nivel, incorporando estrategias y técnicas que puedan transferirse a la población y retomarse para fortalecer factores protectores, disminuir factores de riesgo y generar mecanismos de resistencia.
- o Beneficiar a los pacientes y a sus familiares; e incidir en su salud y calidad de vida con servicios de tratamiento oportunos, al alcance de la economía de la población objetivo.
- o Producir mayores conocimientos clínicos y científicos, que contribuyan al diseño de estrategias y esquemas de tratamiento, cada vez más efectivos y eficientes.
- o Contar con patronatos locales o regionales, en la totalidad de las unidades operativas.

- o Asegurar el cumplimiento de la misión a través de una operación eficaz de los programas vigilando la aplicación de la norma e integrando la totalidad de los elementos que intervienen tanto institucionales como comunitarios.

Población Objetivo.

Esta ha sido determinada con base en los Parámetros Demográficos, Epidemiológicos y de Accesibilidad, que establecen como población blanco a la comprendida entre los 10 y 54 años. Aunada a los estudios epidemiológicos de pacientes que acuden al CIJ, se identifica como población prioritaria la comprendida entre los 10 y 18 años, por ser el rango de mayor frecuencia para iniciar el uso de drogas. Bajo estos puntos se rige la institución y elabora sus programas.

1.1.3. Programas Institucionales.

Conforman los siguientes:

1) Programa de Prevención de Adicciones.

Tiene como objetivo evitar y/o retardar el inicio del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, atenuar el abuso de sustancias, desórdenes y psicopatologías asociadas al consumo. Generar un cambio de actitudes para una intervención eficaz en la prevención de adicciones.

* Los proyectos del programa de prevención se encuentran desglosados en el capítulo 2 de este reporte.

2) Programa de Tratamiento y Rehabilitación.

Tiene como objetivo contribuir a reducir y, en su caso, eliminar el consumo de drogas. Brindando tratamiento al usuario y a su familia, así como promover la rehabilitación y reinserción social del paciente; mediante estrategias actuales de tratamiento, acordes a los avances científicos modernos, en un marco multimodal y de prevención de recaídas.

El modelo de atención curativa se ofrece en dos modalidades: Consulta Externa y Hospitalización. Estas dos modalidades constan de cuatro etapas: Recepción, Diagnóstico, Tratamiento y Rehabilitación y Seguimiento.

Las estrategias en este programa son las siguientes:

a) Para la atención del abuso del alcohol, tabaco y otras drogas y de los síndromes de intoxicación y abstinencia.

Intervención en crisis. Se da un manejo inmediato del padecimiento para resolver la urgencia médica y psicológica, para evitar complicaciones haciendo énfasis en la intervención familiar.

Farmacoterapia. Consiste en la administración racional y cuidadosamente decidida del equipo interdisciplinario, de medicamentos dirigidos a síntomas específicos para un control conductual, oportuno y eficaz del consumo de drogas.

Terapia breve. Se establecen objetivos específicos en un tiempo corto que permiten obtener resultados de acuerdo al área más afectada, e ir observando los logros en la mejoría del caso.

Terapia familiar. Se considera a la familia como paciente y no únicamente al miembro que presente el trastorno motivo de consulta, para detección y manejo integral de los factores, dentro de la familia, que influyan en el problema.

Orientación, información y educación para la salud. Son programas que esclarecen las dudas acerca del padecimiento en todas las áreas de afectación del proceso adictivo; que permiten tener un buen manejo de las emociones ante el problema de drogas.

Detección temprana de personas seropositivas para VIH. Se realizan pruebas rápidas de diagnóstico (antidoping) y análisis de laboratorio cuando los pacientes refieren haber experimentado prácticas sexuales de alto riesgo desde la admisión o durante el proceso de atención, principalmente en la clínica de Metadona, con usuarios de drogas por vía endovenosa.

b) Para la atención del trastorno por dependencia y adicción (proceso adictivo), prevención de recaídas y de reinserción social en el ámbito de la consulta externa.

Tratamiento psicoterapéutico individual, familiar y/o grupal. Son modalidades distintas de abordaje psicoterapéutico dirigidos al individuo, a la familia o a un grupo heterogéneo. La orientación teórica empleada es amplia y depende de la formación de cada terapeuta. El modelo de terapia más empleado es el cognoscitivo-conductual.

Clínica para dejar de fumar. El programa empleado se basa en la evaluación y tratamiento médico de las probables complicaciones por el tabaquismo, en caso de existir complicaciones graves se canalizan a los servicios correspondientes en otras instituciones, así mismo el aspecto psicológico es abordado con técnicas y estrategias cognoscitivo-conductual.

Clínica contra el alcoholismo. Este programa de tratamiento del consumo del alcohol asociado al consumo de otras drogas, se lleva a cabo en todas las Unidades Operativas. En la mayor parte de ellas sesionan de manera periódica grupos de alcohólicos anónimos que, representan un apoyo terapéutico para el logro y mantenimiento de la abstinencia.

Clínica de Rehabilitación libre de drogas (Círculo Terapéutico). Se basa en los principios de la comunidad terapéutica, aplicados en la atención ambulatoria, mediante el desarrollo de un programa de actividades de corte psicoeducativo, psicoterapéutico, deportivo-recreativo y cultural en apoyo al mantenimiento de la abstinencia y prevención de recaídas. Favorecen en forma integral la rehabilitación y reinserción social.

Acupuntura. Se basa en la medicina tradicional china, en donde por medio de la estimulación de cinco puntos en la oreja (técnica de auriculoterapia) se apoya el tratamiento de los síndromes de abstinencia con la finalidad de que se favorezca la adherencia terapéutica.

Prevención de recaídas. Es un programa que se desarrolla por etapas, paralelamente al tratamiento de otras dificultades dentro de recuperación; con el fin de modificar el sistema de creencias de los pacientes acerca del abuso de drogas anticipándose a las situaciones de riesgo que provocan la recaída.

Reinserción social a través de redes. Consiste en la coordinación interinstitucional de servicios de apoyo a pacientes y a sus familiares.

c) Para la atención residencial (hospitalización) se tienen habilitadas tres unidades operativas, ubicadas en Zapopan, Jalisco; Tijuana, Baja California y García, Nuevo León y el tratamiento se basa en:

Desintoxicación. Programa de atención a síndromes agudos, que incluye el tratamiento del síndrome de abstinencia. Generalmente la intervención es de corte breve entre una y tres semanas en la Unidad Operativa. Se realizan las actividades descritas anteriormente para la atención del abuso de alcohol y otras drogas.

Comunidad Terapéutica. Este programa se realiza con base en el modelo de atención en el cual, el agente de cambio principal es el entorno proveedor de relaciones humanas capaces de satisfacer necesidades de los internos en un contexto coherentemente terapéutico, lo cuál, promueve el desarrollo de la ayuda mutua y solidaridad entre los residentes.

Programa de metadona. Se ubica de las instalaciones de CIJ Cd. Juárez, Chihuahua y proporciona tratamiento integral para personas dependientes de opiáceos con agonistas: metadona y buprenorfina y mantenimiento de la abstinencia con antagonistas (naltrexona).

3) Programa de Investigación y Enseñanza.

Este programa comprende lo siguiente.

A) Investigación.

El programa comprende tres líneas de investigación ya consolidadas: epidemiológica, psicosocial y evaluativo, se han sentado, además, bases para el desarrollo de proyectos de investigación clínica. Con base en esto, se ha contribuido al fortalecimiento del modelo institucional a través de estudios mediante los cuales se han identificado necesidades, fortalezas y debilidades de los programas de atención y factores asociados al consumo de drogas.

El objetivo consiste, en alimentar y retroalimentar, mediante la producción de información científica, la toma de decisiones en materia de diseño, planeación, ejecución y ajuste de los programas institucionales de prevención y análisis de información.

Las estrategias del programa de investigación son:

- Fortalecimiento del Sistema de Información Epidemiológica de CIJ

Línea de Acción.

Recopilar, integrar, analizar y difundir información epidemiológica y sociodemográfica actualizada de usuarios de drogas solicitantes de los servicios de tratamiento de CIJ.

Acciones Específicas.

- Estudio Nacional Anual
- Reportes Estadísticos
- Estudios especiales
- Catálogo de sustancias
- Prueba piloto de formato ajustado de Entrevista Inicial

- Investigación del proceso salud-enfermedad en adicciones.

Línea de Acción.

Conducir estudios de factores de riesgo o protección, correlatos, predictores, trastornos comórbiles, daños y consecuencias del uso, abuso y dependencia de sustancias.

Acciones Específicas.

- Estudios de correlatos del uso de drogas
- Estudios cualitativos

- Diseño de investigación del EBCO
- Diagnóstico del consumo de drogas en el contexto social y demográfico del área de influencia de los CIJ.

➤ Investigación Evaluativo.

Línea de Acción.

Desarrollar proyectos para evaluar integralmente los programas de atención institucionales, con prioridad a la evaluación formativa de alternativas de atención.

Acciones Específicas.

- Evaluación de proyectos preventivos.
- Evaluación de proyectos de Tratamiento.

B) Capacitación.

Este programa tiene los siguientes objetivos:

- Actualizar a profesionales de CIJ y otras instituciones que intervienen en el campo de la reducción de la demanda de drogas, a través de cursos de actualización.
- Favorecer la formación académica a través de promover la especialidad para el tratamiento de adicciones de CIJ, entre los profesionales que laboran en la institución y otras.
- Colaborar con instituciones educativas superiores y organismos afines en la formación de recursos humanos en materia de adicciones. Además que tiene la misión de contribuir al desarrollo de la institución en el logro de sus propósitos, a través de la formación y profesionalización de su personal,

utilizando modalidades educativas que impacten en la productividad y en la calidad de los servicios.

4) Programa de Comunicación Social.

Tiene como objetivo obtener resultados concretos y medibles en la difusión de las actividades y acciones de CIJ en los ámbitos local, nacional e internacional que identifiquen a la institución como opción viable y exitosa en el combate de las adicciones. Las acciones son:

- ✓ El diseño de material radiofónico en diversos formatos y búsqueda de nuevas estaciones para difundirlos.
- ✓ Acercamiento directo con directores de medios, líderes de opinión, legisladores, ejecutivos y empresarios para sensibilizar e informar acerca de las adicciones y de cómo prevenirlas y tratarlas.
- ✓ Elaboración y edición de la revista técnico-científica, para publicar los trabajos especializados en adicciones.
- ✓ Renovación de contenidos de la página de Internet de CIJ, actualización constante y respuesta a los correos recibidos por este medio.
- ✓ Taller de redacción para personal de CIJ que colabora con la revista CIJ, a fin de que tengan las herramientas técnicas para traducir los textos científicos a lenguaje llano en artículos periodísticos atractivos.
- ✓ Concurso de carteles con temática de adicciones.

5) Programa de coordinación Interinstitucional.

La atención de las adicciones requiere la participación conjunta de personas, grupos e instituciones, a través del establecimiento de acuerdos y convenios que permiten desarrollar, conjugar y complementar programas para optimizar recursos y multiplicar acciones.

En este sentido, se tienen establecidas más de 900 concertaciones a nivel nacional o local, con los sectores: Salud, Educativo, Gobierno, Justicia, Laboral, Comunicaciones, Social y privado, así como con organismos no gubernamentales, descentralizados, paraestatales e internacionales.

1.1.4. Organización y Funcionamiento de Centros de Integración Juvenil A. C. “Gustavo A. Madero Oriente”.

El Centro de Integración Juvenil A. C. “Gustavo A. Madero Oriente”, es un centro local que brinda los servicios de prevención (información, orientación y capacitación), en lo relacionado a la fármacodependencia.

El centro trabaja con un horario matutino y vespertino. El turno matutino de lunes a viernes de 8:00A.M. A 4:00P.M. Y el turno vespertino de lunes a viernes de 12:00P.M. A 8:00P.M.

Cuenta con personal técnico y administrativo:

El equipo de trabajo lo conforma: Una directora licenciada en psicología, tres psicólogos, tres trabajadoras sociales y un médico general. Y el área administrativa la conforma una secretaria y un auxiliar de servicios generales. Todos ellos apoyados por voluntarios técnicos, estudiantes en servicio social y prácticas y promotores preventivos; los cuales se describen a continuación:

❖ *DIRECCIÓN.*

La directora del centro organiza los servicios técnicos (médico, psicólogos, trabajadoras sociales, servicio social y voluntariado) y administrativos para la realización de programas que abaten a la farmacodependencia, en general atiende a la problemática juvenil dentro de la jurisdicción correspondiente a las áreas de prevención (información, orientación y capacitación), brinda atención de acuerdo a los recursos disponibles, además de coordinación con el patronato local

promueve la participación de la iniciativa privada y otros organismos e instituciones públicas en la lucha contra la farmacodependencia.

❖ *SERVICIOS TÉCNICOS.*

En esta área se encuentran, los psicólogos, trabajadoras sociales y un médico general, colaboran en los proyectos de prevención (información, orientación y capacitación) que le sean asignados, siguiendo las instrucciones de las guías técnicas. Al igual que preparan semanalmente información para exponer en el seminario, temas de interés para el conocimiento del equipo técnico.

Capacitan, organizan y supervisan al personal voluntario, pasantes en servicio social y prácticas profesionales (VyPSS) que participan en los diferentes proyectos. Y elaboran mensualmente los reportes estadísticos de las actividades que realizan que entregan al técnico responsable.

❖ *SERVICIOS ADMINISTRATIVOS.*

o *Secretaria.*

En la recepción realiza actividades administrativas tales como: mecanografiar documentación, atender llamadas telefónicas, archivar y realizar diversas actividades para proporcionar el apoyo secretarial que requiere el director y del Centro.

o *Auxiliar de Servicios Generales.*

Mantener limpia las instalaciones y mobiliario del centro, para que el personal que labore, desarrolle sus actividades en un ambiente adecuado. Realizar actividades relacionadas con su puesto, que le sean encomendadas por su jefe inmediato. Apoyar como chofer en el traslado de equipo o documentación y personal de la unidad.

1.1.5. Alternativas de colaboración en Centros de Integración Juvenil A. C.

Centros de Integración juvenil incluye dentro de su estructura organizacional a la movilización social, lo que implica la colaboración voluntaria y decidida de diversas personas afectadas y/o interesadas en la solución del consumo de drogas, pertenecientes a diversos sectores ya sean públicos, sociales o privados a fin de que se conviertan en portavoces de la comunidad y coadyuven a ampliar el espacio de acción propio del área operativa hacia un nivel masivo, de carácter realmente comunitario.

Para tal fin, es indispensable el apoyo de voluntarios técnicos, estudiantes en servicio social y prácticas profesionales que se organicen, para que en corto tiempo apunten, fortalezcan, y den continuidad a las redes sociales conformadas por grupos promotores preventivos y cuyos objetivos finales se orientan contra las adicciones y por la salud.

Mediante su participación, se pretende impulsar el establecimiento de comunidades saludables, donde se rechace conscientemente a las drogas y se asuman como protectores de su propia salud y la de los integrantes de su comunidad, así como estar en posibilidades de detectar oportunamente a personas con problemas de adicciones.

Debido a las diferentes características de colaboración, periodicidad y multiplicidad de actividades preventivas que realizan los voluntarios, se han definido tres tipos de colaboración voluntaria, a saber: Voluntarios Técnicos, Estudiantes en Servicio Social y Prácticas Académicas y Promotores Preventivos, a continuación se define cada uno de ellos:

❖ ***Voluntario Técnico.***

Son todas aquellas personas, con perfil profesional o sin él, que llegan de forma voluntaria o por convenio a CIJ A. C. para desarrollar principalmente actividades de prevención específica, inespecífica y en menor proporción de tratamiento y de apoyo, propician la constitución de redes sociales e interinstitucionales y apoyan en la capacitación a promotores preventivos.

❖ ***Estudiantes en servicio social y prácticas.***

Son aquellas personas que tienen que cubrir un requisito obligatorio impuesto por la institución educativa, conforme a mandato constitucional, y que eligen libremente prestar su servicio social o desarrollar sus prácticas académicas, escolares o profesionales en Centros de Integración Juvenil A.C.

❖ ***Promotores Preventivos.***

Son todas aquellas personas, y grupos, que realizan trabajo de desarrollo comunitario a nivel de calle, colonia, barrio y comunidad, cuya prioriza actuar en los factores de riesgo de las adicciones.

Existe una gran variedad de acciones en las que los voluntarios pueden participar y éstas dependerán de la capacitación, conocimientos y habilidades con que cuente cada persona.

Las actividades que realizan los voluntarios, estudiantes en servicio social, y prácticas profesionales y promotores preventivos son dentro del área de prevención en los niveles de información y orientación, participan en actividades inespecíficas de prevención, éstas son relacionadas con la promoción de la salud, y se concretan en la organización, conducción, y desarrollo de talleres, actividades culturales, recreativas y deportivas; promoviendo eventos, campañas

de promoción de la salud, al igual que actividades de apoyo; estas actividades se consideran de apoyo a los proyectos institucionales, en donde los voluntarios participan en el diseño y elaboración de material didáctico; en la difusión de los servicios institucionales; en investigaciones documentales o de campo; y en el llenado de formatos estadísticos; todo ello a las actividades de información y orientación que llevan a cabo (ver fig. 2).

1.2. Bandura y Teoría Social.

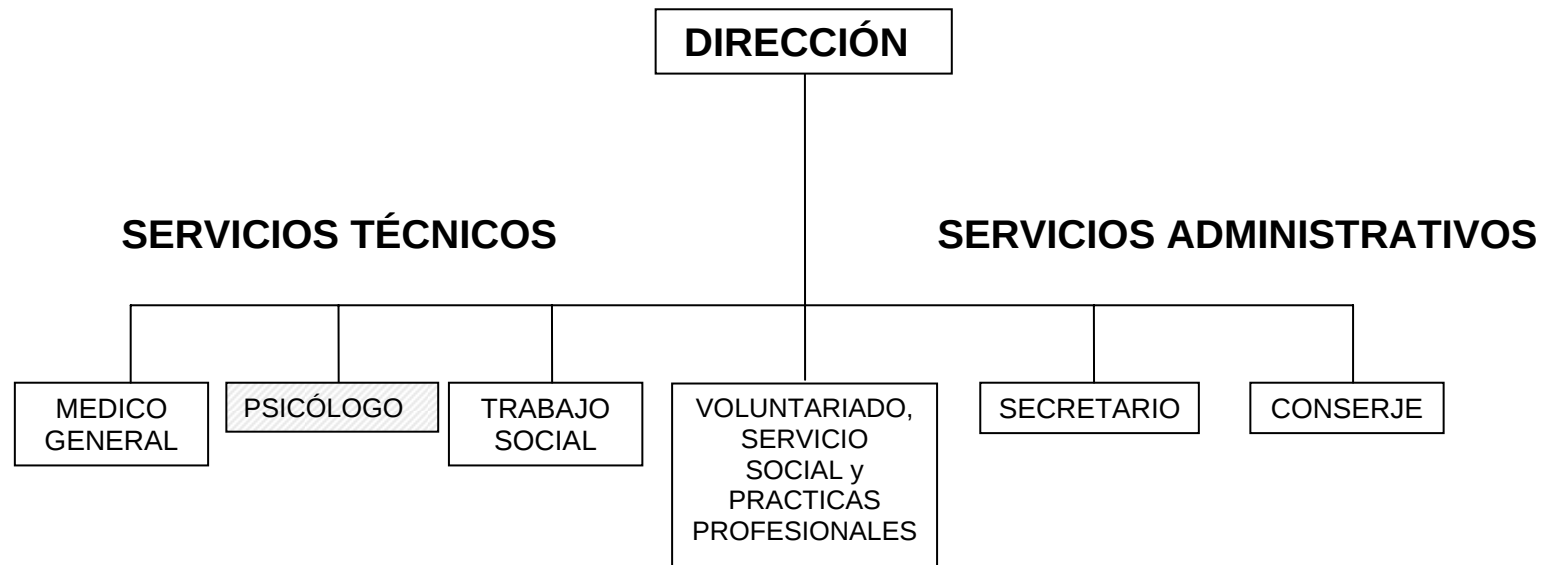
La necesidad e insistencia de contar con un marco teórico-conceptual que sustente cualquier intervención preventiva al consumo de drogas es básico.

A lo cual, Bandura refiere su teoría psicológica basada en los principios del aprendizaje, la persona y su cognición junto a los aspectos del ambiente en que lleva a cabo la conducta; varios de los programas preventivos más eficaces parten de la misma, utilizan algunos de sus componentes o los sustentan junto a otras teorías.

La teoría del aprendizaje social, fue propuesta por Bandura (1977, 1986), haciendo la aportación de incluir el aprendizaje social, vicario o de modelos, que, como elemento práctico permite explicar y cambiar cierto tipo de conductas.

El autor renombra a su teoría como Cognitivo Social, este nuevo término que ahora el utiliza reconoce los orígenes sociales de gran parte del pensamiento y de la acción humana; la porción cognitiva reconoce la influyente contribución causal de los procesos de pensamiento hacia la motivación, afecto y acción humana.

**FIG. 2 Organigrama de Centros de Integración Juvenil
“Gustavo A. Madero Oriente”**



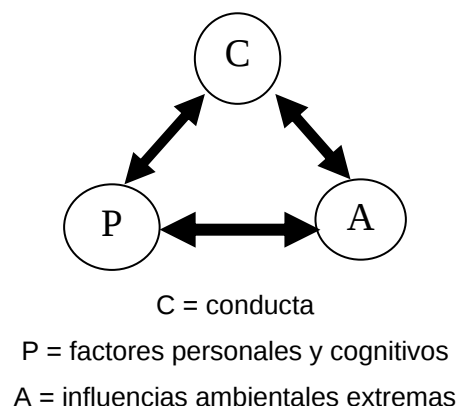
Bandura (1977) tiene como referentes subyacentes el condicionamiento clásico, el condicionamiento operante y el aprendizaje vicario, Bandura, a diferencia de las explicaciones de la conducta humana basadas en los dos tipos de condicionamiento antes citados, propone la existencia de tres sistemas implicados en la regulación de la conducta.

El primero está constituido por los acondicionamientos o estímulos externos, que afectarían a la conducta principalmente a través de los procesos de condicionamiento clásico.

El segundo, son las consecuencias de la conducta en forma de refuerzos externos y que ejercerían su influencia a través de los procesos de condicionamiento operante o instrumental.

El tercero, lo constituyen los procesos cognitivos mediacionales, que regularían la influencia del medio, determinando los estímulos a los que prestará atención, la percepción de los mismos y la propia influencia que éstos ejercerán sobre la conducta futura (ver fig.3).

Fig. 3 Componentes de la teoría del aprendizaje social y de la teoría cognitiva social



El aprendizaje vicario, observacional o mediante modelos se define como “el proceso de aprendizaje por observación en el que la conducta de un individuo o grupo -el modelo-, actúa como estímulo de pensamientos, actitudes o conductas

similares por parte de otro individuo que observa la actuación del modelo” (Perry y Furukawa, 1987).

Partiendo de los principios del aprendizaje vicario, Bandura (1977, 1986) propuso las técnicas de modelado para adquirir y eliminar conductas, mediante el aprendizaje de modelos; este tipo de aprendizaje puede realizarse mediante modelos reales o simbólicos (por ejemplo: películas de video). Por lo tanto, el entrenamiento en habilidades sociales, elemento hoy básico de casi todos los programas preventivos, se fundamenta de modo casi exclusivo en las técnicas de modelado.

La Teoría Cognitiva Social.

Bandura (1986), sosteniendo una concepción de interacción basada en una reciprocidad triádica (Fig. 3), propone el modelo de determinismo recíproco entre la conducta, los factores cognitivos y otros personales, las influencias ambientales, señalan que estos operan de manera interactiva como determinantes de cada una de las otras. En este determinismo recíproco triádico, el término recíproco se refiere a la acción mutua entre los factores causales.

El término lo utiliza en el sentido de hacer énfasis en que ciertos factores producen los efectos, y no como causas que operan independientemente del individuo. Varios factores pueden ser necesarios para que produzca un efecto. A causa de la multiplicidad de influencias interactuantes, el mismo factor puede ser parte de diferentes combinaciones de condiciones que tienen efectos diferentes.

La relativa influencia ejercida por los tres tipos de factores interactuantes variará para diferentes individuos y diferentes circunstancias. Los tres factores no interaccionan de modo totalmente simultáneo, sino secuencialmente en el transcurso del tiempo.

La teoría cognitiva social tiene seis características (Mayor y Labrador, 1984).

1. Determinismo recíproco triádico.
2. Definición de la naturaleza humana (capacidad de simbolización, de previsión vicaria, autorreguladora, autorreflexiva y naturaleza humana).
3. La importancia de los factores cognitivos, junto con el ambiente y la conducta, en relación recíproca entre sí.
4. La teoría de la autoeficacia de Bandura.
5. La teoría del aprendizaje social con relación a las técnicas (modelado).
6. El sujeto dirige su propio cambio de conducta y su autocontrol.

La Teoría Cognitiva social, puede resultar de una considerable utilidad para explicar el proceso que, a nivel de cogniciones (expectativas, creencias, pensamientos), encausa a un sujeto hacia una conducta de consumo (Schippers, 1991).

Los determinantes dentro de este modelo son los significados funcionales unidos a la conducta de consumo en combinación con la eficacia esperada de conductas alternativas. Es decir, las cogniciones funcionan como detonadores de la decisión de consumo/no consumo, ya que, debido a los altos niveles de estrés y, no tener la percepción de conductas alternativas, se inician los episodios de consumo para pasar a los hábitos. Dentro de la teoría cognitivo-social, el papel de los fenómenos auto referenciales (lo que uno se dice a sí mismo) como el medio por el cual la persona es capaz de actuar en su ambiente.

En base a lo cual, esta teoría se centra en un aspecto particular: los pensamientos que los individuos tienen acerca de su capacidad de actuar. Bandura (1977, 1986) esbozó cuatro tipos de experiencias que influyen en la auto eficacia:

La primera y más influyente es la experiencia directa; el encuentro personal con el ambiente proporciona el índice más fiable de las capacidades de uno.

Una segunda influencia es la vicaria; en parte, la gente basa las evaluaciones de sus propias capacidades en la ejecución de otros que son similares a ellos.

Una tercera fuente de influencia es la persuasión verbal; los sujetos con frecuencia intentan inculcar creencias de eficacia percibida persuadiendo a otros de su eficacia.

Finalmente, los estados afectivos y psicológicos pueden proporcionar información acerca de la propia eficacia.

En base a lo cual la autoeficacia (Bandura, 1977, 1986) es un factor personal que probabiliza la motivación, el afecto y la ejecución, es decir, la conducta que es en última instancia, un aspecto observable, evaluable. Los tres elementos del determinismo recíproco triádico (teoría cognitiva social) no sólo consideran la conducta, sino los factores personales y cognitivos, como variables que influyen en las creencias, representaciones, expectativas y opiniones de las personas. Desde esta teoría se trata de explicar la conducta humana y los factores que intervienen en su realización y mantenimiento. En este sentido la autoeficacia puede entenderse como las creencias en la propia capacidad para organizar y ejecutar las acciones requeridas para manejar situaciones futuras.

La autoeficacia como determinante de la intención de la conducta, también ha sido tratada desde la Teoría de la Acción Planeada (la cual establece que la actitud hacia la experimentación se determina por cada una de las creencias que la persona posee respecto a ésta y la positiva/negativa realizada hacia cada una de esas creencias) como control percibido, sin embargo, Ajzen (1988) reconociendo ciertas similitudes de estos constructos, también ha marcado una diferencia importante entre ambas: según este autor, la percepción de control es mucho más amplio y está conformado por un gran número de variables, por ejemplo, la oportunidad de acción, el tiempo o momento en que la conducta ha de realizarse, la necesidad de otras personas para realizar la acción o los obstáculos que éstas

ruedan interponer para que dicha acción no sea llevada a término o la percepción de habilidad para llevar a cabo la acción la percepción de eficacia, etcétera (Kumate, 2002).

La percepción de control que atribuida sobre una conducta, está mediatizada por el riesgo que pueda o no implicar esa conducta.

Según Ramos (1999), se puede señalar que una persona está expuesta a un riesgo cuando:

- a) Hay una exposición consciente a daños.
- b) Los daños, en alguna manera son dimensiones, que son considerados eventuales.
- c) Que tal situación es producto y objeto de decisiones.

Se entiende por *daño* todo aquello que supone menoscabo, detrimento o pérdida de algo valorado positivamente, es decir, de un bien que se tiene. Si el riesgo hace siempre referencia a la eventualidad de un daño, entonces lo que está en riesgo es siempre un bien, aunque lo que inmediatamente se temiese sea su daño. Ramos dice que según sea concebido y valorado ese bien, se comprende que la conducta de riesgo pueda consistir en evitación o adopción. En el primer caso, el riesgo llama a evitar algo; en el segundo, anuncia una oportunidad. Por ello, señala que, la semántica del riesgo se desliza entre los polos de lo negativo (a evitar) y lo positivo (a adoptar), la alarma y el reto. Esto es, la evitación o adopción de una determinada conducta, está relacionada con el daño y el beneficio, los cuales son términos complementarios, empleados para explicar si una consecuencia concreta es percibida como negativa (indeseable) o positiva (deseable).

Para todo esto, es importante no perder de vista que todo depende de cómo se precise el bien cuyo daño se arriesga y de cómo se sitúe en un sistema de valores.

En este sentido, se puede entender a la percepción de riesgo como predictor del consumo de drogas, como el nivel de conciencia que tiene un sujeto sobre las situaciones que promueven el mismo consumo y el grado de peligrosidad que puede representar para su persona y su comunidad (Medina, 2002).

También se puede entender como el conocimiento de daños y consecuencias del consumo de drogas y de la severidad atribuida a ellas. O como el nivel de conciencia que tiene el individuo sobre las situaciones que promueven el consumo y la peligrosidad de esta para su persona y su comunidad. Sin embargo, es importante indicar que la percepción de riesgo no está limitado sólo por el conocimiento de riesgo, sino sobre todo, a la serie de atribuciones y representaciones que el sujeto se formula, y con las cuales puede enfrentar o resolver las implicaciones que representan ese riesgo. Una alta percepción del riesgo asociado al consumo de drogas, estaría indicando una menor probabilidad en un sujeto para iniciar un consumo de drogas o en el caso de un usuario experimentador, evitar transitar a un consumo continuo que le represente un problema.

Por lo tanto, en la Información Preventiva, se visualiza la percepción de riesgo como mediador para la decisión de consumo/no consumo y uno de los aspectos fundamentales en el cual deben estar basados los contenidos de cada proyecto preventivo de este nivel para lograr un nivel de sensibilización, tal que favorezca para la población se motive a actuar en torno a este problema de salud pública.

En la actualidad, resulta imposible ser ajenos a las drogas, pues de manera directa o indirecta sabemos “algo” acerca de ellas: el sector salud advierte del creciente índice de consumidores; los medios de comunicación nos informan

acerca de los decomisos y las detenciones, las instituciones sanitarias y las organizaciones civiles ponen en marcha programas preventivos y tratamiento en coordinación con el gobierno... pero ¿qué es lo que exactamente sabemos acerca de las drogas?

A continuación se describen las drogas y sus efectos, además de clasificaciones de drogas y tipos de usuarios.

1.3. Las drogas y sus efectos.

Los efectos que causa una droga a nuestro organismo varían en función de la clase de sustancia de la que se trate.

1.3.1. Definición de Droga.

La droga es una sustancia o mezcla de sustancias, distintas a las necesarias para el mantenimiento de la vida (alimento, agua, oxígeno), que al introducirse en un organismo vivo, modifica alguna de sus funciones y a veces la propia estructura de los tejidos. Estos cambios también incluyen alteraciones en el comportamiento, las emociones, las sensaciones y los pensamientos de las personas (OMS, 1992).

En términos muy amplios, en base a esta definición, podemos decir que ¡estamos rodeados de drogas!: los medicamentos que tenemos en el botiquín, como los antibióticos y la aspirina son drogas, el té, el café, los refrescos de cola (que contienen cafeína), las bebidas alcohólicas, el tabaco, todos ellos contienen droga y, por supuesto, las que estamos acostumbrados a llamarles drogas: marihuana, cocaína, heroína, éxtasis entre otras.

El grado de modificación que estas distintas sustancias pueden causar al organismo va en función del tipo de drogas consumidas, la personalidad del

consumidor, las expectativas que este tenga respecto a los efectos y el lugar o la situación donde se consume.

Se piensa comúnmente que el alcohol y el tabaco, sustancias muy consumidas en nuestra cultura, no son drogas; sin embargo, éstas cumplen con todos y cada uno de los puntos de la definición anteriormente citada para ser consideradas drogas, aunque su consumo les está legalmente permitido a los adultos. El consumo de alcohol y el tabaco suelen afectar severamente la salud, e incidir negativamente en las relaciones y la comunicación de las personas, de la misma forma que las llamadas drogas ilegales o prohibidas.

1.3.2. Tipos de Drogas.

De acuerdo con su permisividad, las drogas se clasifican en legales (alcohol y tabaco) e ilegales (marihuana, cocaína, heroína, metanfetaminas, etcétera). Por sus efectos, se dividen en estimulantes (cocaína, anfetaminas, éxtasis y tabaco), depresores (marihuana, alcohol, hipnóticos y sedantes, inhalables), opiáceos (morfina, heroína, metadona y demás derivados del opio), alucinógenos (LSD, PCP, mezcalina y peyote) e inhalables (pegamentos, disolventes, aerosoles).

1.3.3. Efectos que generan las drogas.

Básicamente se clasifican en tres tipos:

 **Depresores.** Con éstos, el funcionamiento del sistema central se disminuye, provocando descontrol motor y del lenguaje, fallas en la percepción, esto provoca que quienes consumen estas drogas se tropiecen, se caigan, permanezcan mucho tiempo sentados o acostados, hablen lentamente y se quede dormidos, ya que generalmente el abuso de sustancias depresoras terminan en episodios de sueño profundo o de inactividad; las drogas depresoras más conocidas son el alcohol y la

marihuana. Los depresores son agentes de abuso debido a que calman la ansiedad y reducen la tensión.

 **Estimulantes.** Son sustancias que, al igual que los depresores, actúan directamente sobre el sistema Nervioso Central, pero de manera diferente, ya que generan diferentes reacciones del cuerpo, tales como: aumento en la presión sanguínea, en la temperatura corporal y el ritmo cardiaco, euforia, sensación de bienestar, sentimiento exagerado de felicidad, ansiedad, disminución del apetito, estados de pánico, miedo, indiferencia al dolor y la fatiga, alteraciones del sueño, comportamiento violento, sentimiento de mayor resistencia física, entre otras. Dentro de esta categoría, se encuentra la cocaína, las anfetaminas y el éxtasis, conocidas también con la clase de los estimulantes mayores.

 **Alucinógenos.** El LSD, la mezcalina y el peyote, constituyen tres de las más importantes drogas alucinógenas que producen trastornos en la percepción, es decir, son sustancias que hacen que el usuario perciba objetos o sensaciones que no existen en la realidad. La mayoría de las drogas alucinógenas más utilizadas se fabrican en laboratorios clandestinos, y algunas otras están contenidas en determinadas planta. En otros países, la industria química legal produce algunas de estas drogas pero sólo con fines de investigación científica. Sin embargo, aunque durante algún tiempo se usaron en el tratamiento de enfermedades psiquiátricas y del alcoholismo crónico, en la actualidad no tienen ninguna utilidad médica debido al peligro que entrañan su uso.

1.3.4. Definición de Drogadicción.

Estado psíquico y a veces físico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco, caracterizado por modificaciones del comportamiento y otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprímible por tomar el fármaco

en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y, a veces para evitar el malestar producido por la privación (OMS, 1992).

Es importante considerar que la drogadicción modifica el carácter y el comportamiento de las personas, generando cambios en su estado de ánimo, hábitos alimenticios, ocupaciones diarias. Al ser la drogadicción un proceso anormal, prologando y compulsivo crea **“tolerancia”**, es decir, la necesidad de usar dosis cada vez mayores para obtener los mismos efectos o sensaciones placenteros; a la vez, se genera **“un síndrome de abstinencia”** física y psicológica, esto es, consumo frecuente de drogas para evitar los malestares que conlleva dejar de usarlas por determinado tiempo y creer que si no se consumen, nuestro “rendimiento” no será igual o como esperamos que sea en nuestra vida diaria (OMS,1993).

Cuando se identifica que una persona ha desarrollado “tolerancia” y “síndrome de abstinencia”, se puede hablar entonces que ésta tiene dependencia a una droga.

Lo que cada persona desea o espera obtener al usar drogas, es una sensación de bienestar acompañada de: excitación, relajación, modificación de la percepción, los sentimientos o la conducta, así como la importancia que los amigos o la sociedad le otorguen al consumo.

Evidentemente, la relación que cada quien tenga con las drogas puede convertirse en una situación problemática o de difícil manejo, debido, como ya se mencionó, a toda la serie de consecuencias orgánicas, psicológicas, familiares y/o sociales que implica sus uso.

1.3.5. Tipos de Usuarios.

Los usuarios de drogas pueden ser experimentadores, sociales u ocasionales, funcionales y disfuncionales, de acuerdo con la frecuencia y, en ocasiones, con la

cantidad de droga que consumen; las primeras dos categorías se consideran de uso y las segundas de abuso.

Conforme la cantidad y frecuencia del uso de sustancias, se desprende una clasificación que considera desde aquel individuo que sólo ha consumido en una ocasión alguna droga para probar sus efectos, hasta el que presenta problemas severos para controlar su consumo, es incapaz de funcionar sin la droga y requiere de tratamiento especializado. Por lo cual se puede clasificar de la siguiente manera:

1) Usuarios de uso de drogas.

a) Experimentadores. Son aquellas personas que utilizan las drogas en una sola ocasión para satisfacer su curiosidad.

b) Sociales u ocasionales. Las personas que consumen drogas sólo cuando están en un grupo o para hacer frente a una situación esporádica.

2) Usuarios de abuso de drogas.

a) Funcionales. Son aquéllos que necesitan usar drogas para funcionar en sociedad. No pueden realizar ninguna actividad si no la consumen, al igual que presentan trastornos cuando no la ingieren.

b) Disfuncionales. Aquellos que han dejado de funcionar en la sociedad, toda su vida gira en torno a las drogas, sólo se dedican a conseguirlas y consumirlas.

Es importante tener en cuenta que mientras a una persona no se le diagnostique una dependencia (tolerancia, síndrome de abstinencia y un deseo compulsivo por

autoadministrarse una droga), no puede hablarse de farmacodependencia o drogadicción (ver fig. 4).

Por otro lado, considerando los tipos de sustancias que se consumen, los individuos pueden clasificarse como **monousuarios**, cuando usan un solo tipo de drogas por ocasión (sólo marihuana, cocaína o éxtasis), o **poliusuario**, cuando son más de dos las sustancias que introducen en su organismo, incluyendo las de uso legal como el alcohol y el tabaco (alcohol y cocaína es uno de los ejemplos más frecuentes en la sociedad actual) (CONACID, 1992).

1.3.6. Efectos de las drogas más usadas.

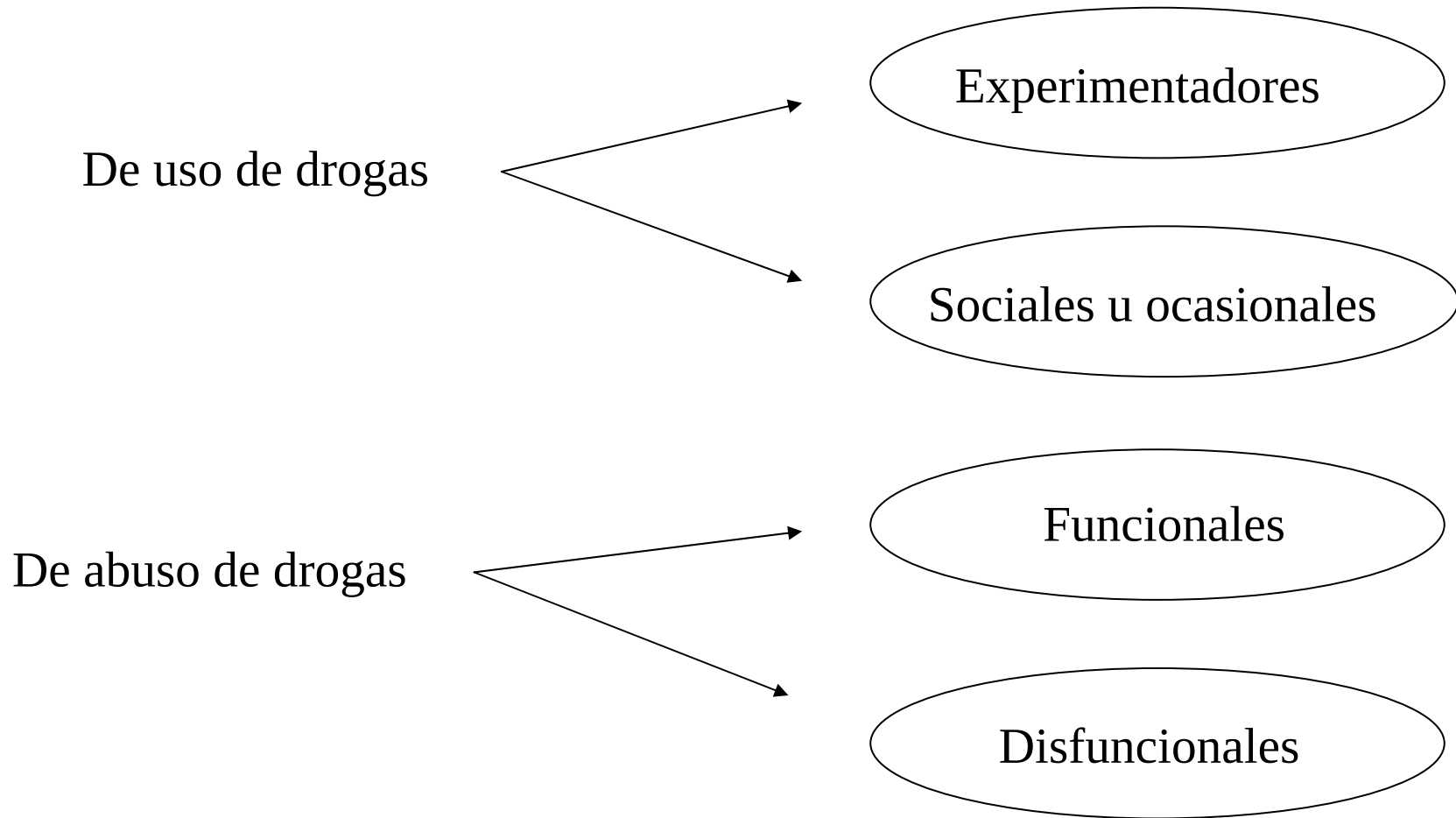
A continuación se describen los efectos que provocan las drogas que se consumen con más frecuencia en nuestro país.

- **MARIHUANA.** Alteración de la percepción del tiempo o de la secuencia de los eventos, dando la idea de que ha pasado poco tiempo o de que éste se alarga. También se dan alteraciones de la memoria y no se recuerda claramente qué pasó primero y qué, después; cambios en el juicio, ya que se hacen cosas que no se harían normalmente; aumento en la percepción de colores y sonidos, que en ocasiones se confunde con alucinaciones, sin embargo, es sólo una agudización de los sentidos visual y auditivo; boca seca, este síntoma hace que el usuario de marihuana ingiera muchos líquidos, inclusive cuando ya han pasado los efectos; taquicardia, aun cuando la marihuana es una droga depresora, en algún momento los que la consumen se sienten muy agitados, esto no dura mucho; ligero aumento de la presión arterial; desorientación y poca concentración; esto provoca que las personas parezcan distraídas, teniendo dificultad para platicar durante un rato largo o concentrarse en alguna actividad. En dosis elevadas puede presentar miedo anormal y sin razón, así como algunas alucinaciones.

Como en el alcohol, los efectos inician con una fase eufórica y posteriormente se presenta depresión y aumento del sueño. Con el tiempo el comportamiento, inclusive la forma de hablar y pensar, tiende a hacerse pausado, y se va perdiendo el interés por hacer cosas que antes resultaban atractivas; a todo esto se le conoce como **síndrome amotivacional**. presentar miedo anormal y sin razón, así como algunas alucinaciones

- **COCAINA.** Produce una sensación de euforia y excitación, con la consecuente elevación del estado de ánimo, mayor energía y capacidad de trabajo, insomnio, hiperactividad motora y verbal; todo ello hace que las personas se vean alegres y con ganas de hacer algo; en las fiestas son los que aguantan más y no parecen cansarse; en su trabajo, dan la idea de ser lo más activos. Sin embargo, su desempeño laboral casi siempre se ve afectado también, por los periodos de falta de sueño; en ocasiones, puede percibirse aumento momentáneo de la capacidad de ideación e imaginación; se incrementa la frecuencia cardiaca y la presión arterial, elevación de la temperatura; lo anterior provoca que los consumidores se agiten y suden acompañados de una constante sensación de calor. A largo plazo afecta el corazón, produce impotencia sexual y frigidez, así como pérdida de interés sexual.

FIG. 4 TIPOS DE USUARIOS



- **ÉXTASIS (DROGAS DE SÍNTESIS).** Da euforia y locuacidad caracterizadas por explosiones de alegría y risas sin motivo, desinhibición, aumento de energía, estimula al usuario a establecer relaciones sociales; como en el caso de la cocaína, los consumidores de esta droga se caracterizan por una actividad intensa y alegre. El éxtasis es conocido como “la droga del amor”, ya que bajo sus efectos se facilitan los contactos amistosos y sexuales; esta droga se relaciona con la cultura de las fiestas “rave”, debido a que los consumidores asisten a ellas para participar en maratónicas sesiones de baile. Quienes consumen éxtasis presentan ansiedad, insomnio, irritabilidad, lo cual provoca que las personas se sientan inquietas y se molesten con facilidad; estos síntomas se agravan al desencadenarse taquicardia, aumento de la presión arterial y de la temperatura corporal en dosis elevadas genera estados de confusión, alucinaciones visuales y auditivas así como episodios de miedo irracional. Debido a los lugares donde esta sustancia suele utilizarse (fiestas, discotecas, etc.) es muy fácil que se combinen con alcohol, mezcla que puede resultar altamente peligrosa, incluso mortal.

- **HEROÍNA.** Es un potente analgésico, produce una sensación placentera en la que se conjuntan la tranquilidad y la euforia; reduce las sensaciones desagradables derivadas del hambre, el cansancio y las preocupaciones; descenso de temperatura, resequedad de la boca, estreñimiento, apatía, disminución de la actividad, dificultades de concentración, náuseas y vómito. Los consumidores se identifican por falta de interés general y episodios de gran alegría y relajación contrastados con fases de tristeza, cansancio y desmotivación cuando falta la sustancia. Esta droga provoca dependencia física extrema; en personas habituadas puede presentarse síndrome de abstinencia muy grave (sudoración, lagrimeo, diarrea, calambres y temblores corporales) que puede llevar a la muerte, también existe el mismo riesgo por sobredosis.

- **ALCOHOL.** Al principio produce desinhibición y euforia posteriormente presenta efectos depresores, descoordinación de los movimientos del cuerpo, dificultad para articular adecuadamente las palabras, lentitud de reflejos, visión restringida y somnolencia. Las personas que han consumido alcohol suelen caminar lentamente e irse de lado; al hablar tienen dificultad para expresar las palabras y expresar con lógica sus ideas. También tienen problemas para observar claramente lo que pasa a su alrededor. Su visión se torna borrosa y no perciben bien los detalles; al aumentar su temperatura corporal sienten mucho calor; en dosis excesivas aparece el vómito y malestar estomacal, la agresividad y otras conductas que ponen en peligro a las persona. Físicamente produce daños en hígado, corazón, estómago y otros órganos, afectando más seriamente al primero.

- **TABACO.** Los daños físicos son considerables: insuficiencia respiratoria, inflamación de los bronquios, cáncer de pulmón, arteriosclerosis y otros problemas cardiovasculares. Estos daños se derivan de los efectos a corto plazo del tabaco, que son: aumento de la frecuencia cardíaca y la presión arterial, inflamación y acidez estomacal, irritación del tracto digestivo, de los pulmones y las vías respiratorias. Por todo lo anterior los fumadores tienen accesos frecuentes de tos y son muy susceptibles a enfermedades e infecciones respiratorias; también tienen problemas digestivos y son candidatos para infartos cardíacos y otras enfermedades del corazón. Una forma para identificar a los fumadores constantes es el olor de sus ropas o la coloración amarilla de sus dedos y dientes; otro dato característico es que al salir de algún lugar donde se prohíbe fumar (cines, teatros, hospitales y aviones), lo primero que hacen es prender un cigarro, lo que habla del alto nivel de dependencia que se desarrolla con la nicotina.

1.3.7. Drogas de más consumo.

Según la Encuesta Nacional de Adicciones de 1998, en nuestro país las drogas de mayor consumo son el alcohol (58.5% de los encuestados) y el tabaco (27.7%), seguidos de la marihuana (4.7%), la cocaína (1.4%) y los inhalables (0.8%).

De acuerdo con estos datos, el alcohol es la sustancia de mayor consumo en la población mexicana (58.5%), lo cual significa que más de la mitad de la población a tomado una copa por lo menos alguna vez en la vida.

En el mismo orden, el consumo de tabaco en México (27.7%) equivale más de la cuarta parte de la población. Es importante mencionar que esta cantidad no incluye a los exhumadores (14.8%) y que sumando ambos datos, resulta que 42.5% de la población a consumido tabaco alguna vez en la vida.

El consumido de estas dos sustancias es demasiado alto, debido principalmente a su legalidad. Este hecho no implica que sean menos dañinas sino que por estar al alcance de cualquier persona, ser socialmente aceptadas, las hace las drogas de mayor uso. Entre las drogas ilegales de mayor consumo en la población mexicana se encuentra la marihuana con 4.7% (2 millones 244 mil 522 personas); la cocaína ocupa el segundo lugar con 1.4% (691 mil 218 personas), y los inhalables el tercer puesto 0.8% (381 mil 214 personas). Esta encuesta considera a las personas que consumieron alguna vez en la vida en el último año, y quienes lo hicieron en los últimos 30 días en el caso de la droga ilegal de mayor consumo, la tendencia se mantiene estable y se aplica a personas con edades entre 12 y 65 años.

En los adolescentes (12 a 17 años de edad), principalmente en mujeres, existe una variación en el tipo de sustancia de mayor consumo, ya que la información referida a la encuesta en los últimos 30 días el uso de inhalables (9 mil 544 mujeres) y al final la cocaína 2,212 mujeres; esto último indica que la situación del uso de drogas en mujeres con respecto a la cocaína es mucho menor que en los hombres.

Finalmente, es importante comentar que los adultos entre 35 y 65 años de edad que consumieron drogas ilegales alguna vez en la vida probaron principalmente con marihuana y cocaína y en mínima proporción, con heroína.

A través de la información de la entrevista que se hace a pacientes cuando acuden a Centros Integración Juvenil, por primera vez a tratamiento se conoce que: las principales drogas de inicio son el alcohol (34.5%) y el tabaco (21.4%), la marihuana (18.8%), los solventes (11.2%) y la cocaína (9.6%).

Incluyendo alcohol y tabaco, la edad promedio de inicio en el consumo de drogas es a los 15 años, 46.2% lo iniciaron entre 10 y 14 años, y 42.3% entre 15 y 19 años.

De los consumidores que acudieron a tratamiento, 29.7% lo hizo entre 2 y 5 años después de haber iniciado al consumo, 22.8% entre 6 y 10 años y 30.5% posterior a los 10 años. El 86.9% de los pacientes y 13.1% mujeres.

1.3.8. Quienes consumen las drogas.

Según la Encuesta Nacional de Adicciones (1993 y 1998), los adolescentes son la población con más alto índice de consumo de drogas. Esto es debido a la etapa de vida en la que se encuentran, así como a la presencia de ciertos factores de riesgo: bajo apego escolar y tener amigos y/o algún familiar consumidor de alguna droga. Curiosamente también las personas de la tercera edad (60 años en adelante) son quienes, mediante los medicamentos bajo prescripción médica, están expuestos al consumo de drogas.

La etapa de vida más conocida como “adolescencia”, se distingue por modificaciones en la persona a nivel emocional, psicológico y fisiológico, que al conjugarse caracterizan los pensamientos, sentimientos, acciones, de quienes atraviesan esta fase. Dentro de los aspectos que distinguen a los adolescentes se

encuentran: demasiada energía; inquietud por conocer y explorar cosas nuevas; rebeldía, principalmente, a la autoridad y al sistema; búsqueda de espacios de creación y recreación; invención de medios de expresión; descubrimiento de su identidad; sentirse parte de un grupo.

En general, durante esta etapa es cuando se suele tomar la decisión de experimentar o no con alguna droga, lo cuál está documentado ampliamente a nivel mundial. La adolescencia es una etapa crucial para la expresión de necesidades reales y/o ideales de las personas; es un momento crítico en el que los adultos hacia su alrededor – padres de familia, maestros, profesionales - pueden identificar y responder de la mejor manera a estas carencias básicamente emocionales y psicológicas. El proceso de transición de niño a adulto no está terminado, por lo que el consumo de drogas puede jugar un papel muy oportunista, convirtiéndose en un sustituto que tranquilice (en el caso de las mujeres) o mitigue la curiosidad (en el caso de los hombres).

Ahora bien, un aspecto influyente para que los adolescentes determinen tomar una decisión, es el grado de peligrosidad que consideren para el consumo de cierta droga; aunque en la fase de experimentación este aspecto no tiene demasiada repercusión cuando se trata de alcohol y tabaco, porque sirve como elemento de pertenencia e identificación dentro del grupo de amigos o iguales, si es efectivo cuando el consumo es frecuente, sobre todo para evitar la intoxicación por otras drogas.

1.4. Causas que propician el Consumo de drogas.

Las causas que propician el consumo de drogas obedecen a ciertos factores, como la creencia de que la droga no le hace daño, la presión de los amigos; la curiosidad, la suposición de que las drogas pueden ayudarlos a olvidar sus problemas o a calmar su angustia, ansiedad o dolor. Las razones pueden ser

numerosas, pero lo importante es saber que el consumo de drogas daña el organismo, la mente y la relación con los demás.

A este conjunto de características se les conoce como “factores de riesgo” (Clayton, 1992). Aunque no se ha podido precisar la combinación de estos para el consumo, se tiene la certeza de que entre mas factores de riesgo tenga o a los que esté expuesta una persona, será más probable que use drogas.

También se ha observado que, generalmente, en la adolescencia se inicia con más frecuencia el consumo de drogas.

Si se consideran las características del adolescente: necesidad de reafirmar la identidad, búsqueda de la independencia, emociones fuertes, sensaciones intensas, influencia de los amigos y compañeros, etc., resulta fácil entender que los jóvenes se encuentren en mayor riesgo de iniciar el consumo.

Algunas personas que consumen alcohol, tabaco u otras drogas se muestran renuentes a admitir que su consumo se pueda convertir en un hábito nocivo y peligroso. Esto puede deberse a que la gran mayoría de los consumidores de estas sustancias conocen a muchas personas que las usan ocasionalmente y a pocos alcohólicos o drogadictos o con problemas de adicción graves. La inmadurez es la adolescencia es natural en el desarrollo humano, por lo que el placer momentáneo obtenido por una droga es otro factor de riesgo.

Se debe tener muy en cuenta que todos los adictos a algún tipo de droga, fueron alguna vez experimentadores, en un principio creyeron que no les pasaría nada, que podrán controlarse, hasta que, casi sin darse cuenta, la droga se fue haciendo cada vez más necesaria, sin importar lo que tuvieran que hacer para conseguirla, pero sobre todo, sin que importara el daño causado así mismo.

Las creencias que se tienen con respecto a la droga, sus efectos, la aceptación que los compañeros puedan tener de ella, son motivos importantes para llegar al consumo.

A lo largo de este capítulo se describió la Institución desde su reseña histórica hasta su Modelo de Abordaje Institucional, así como también se describió el marco referencial del programa preventivo teniendo como teoría integrativa y comprensiva para explicar la conducta adictiva la teoría cognitiva social de Bandura, así mismo se detallaron aspectos importantes de las drogas como definiciones, clasificaciones, usuarios, efectos, causas y población de más consumo. En el siguiente capítulo se abordara todo lo relacionado con el programa preventivo al consumo de drogas de Centros de Integración Juvenil A. C.

CAPÍTULO 2. MODELO DE PREVENCIÓN DE CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL A. C. “PARA VIVIR SIN DROGAS”

En los Centros de Integración Juvenil (CIJ), la atención a las adicciones se fundamenta en las líneas marcadas por los planes nacionales de salud y los programas contra las adicciones. Se basa en los principios derivados de la Salud Pública, la epidemiología y los sistemas de salud mediante dos estrategias fundamentales: la educación para promover la salud y la movilización de la sociedad (SSA, 2001).

2.1. Modelo de Prevención.

El modelo se concibe a partir de la definición de prevención, Becoña (1999), la define como un conjunto de acciones dirigidas a impedir, retrasar o reducir la aparición de conductas de consumo, uso y abuso de drogas.

En 1999, la NOM define a la prevención como un conjunto de acciones dirigidas a evitar o reducir el consumo de sustancias psicoactivas, a disminuir situaciones de riesgo y limitar los daños asociados al consumo de dichas sustancias.

No sería equivocado considerar que, el enfoque preventivo seleccionado para realizar una intervención, está estrechamente relacionado a los estilos de vida de la población a la que se dirige. Un estilo de vida es la manera de estar, de entenderla, la forma en que cada persona organiza la vida cotidiana, la forma en que se interactúa con otros, las costumbres, los valores, la postura que se asume ante todo lo que nos rodea.

En ocasiones resulta muy complejo, poder distinguir entre los estilos de vida adecuados o correctos y estilos de vida que pueden ser inadecuados o

incorrectos, por ello es que un marco referencial que nos proporcione indicadores de cómo y cuándo actuar en la prevención del consumo de drogas. Ese marco en Centros de Integración Juvenil es la Educación para la salud.

La Educación para la Salud es un proceso permanente, organizado y sistemático mediante el cuál se trata de influir para que las personas desarrollen conductas saludables a nivel individual, familiar y colectivo, en relación con su ambiente. Para ello se sustenta en la aplicación de acciones de enseñanza y de comunicación-aprendizaje, tendientes a transmitir conocimientos, formular conceptos y valores, estimular la adopción de actitudes y prácticas sociales que impliquen la promoción de la salud.

Una de las premisas que sustentan este proceso es que la salud (la cuál no debe entenderse sólo como la ausencia de enfermedad, sino que engloba el bienestar físico, psíquico y mental), implica un proceso social y que por lo tanto requiere de la intervención de la comunidad en su conjunto para actuar consciente, intencionada y constructivamente en beneficio tanto de las personas, como de su(s) grupo(s) de referencia y pertenencia, y el medio que comparte.

Dicho de otra forma, la prevención de los problemas asociados con el consumo de drogas, en términos de la Educación para la Salud, tiene como estrategia procesal a la Movilización Social.

Ante lo anterior, en un primer momento Centros de Integración Juvenil (CIJ) trabajó la prevención desde el Modelo Médico-Sanitario, que otorga a la droga el papel de agente infeccioso la cuál hay que controlar; no hace distinción entre las drogas lícitas e ilícitas; se propone alejar a los individuos de las drogas y a los usuarios de los no usuarios. Entendiendo la atención de la Farmacodependencia como un problema de salud pública, que de acuerdo a la definición de Winslow “es la ciencia o el arte de impedir las enfermedades y prolongar la vida, fomentar la salud y la eficiencia, mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para el

saneamiento del medio, el control de las infecciones transmisibles, la educación de los individuos en higiene personal (Ponce, 1986).

De esta manera proporcionó educación sobre las drogas, información sobre sus características y sus efectos, apoyando la idea que tenía la comunidad científica en torno al fenómeno de las adicciones: “la gente usa drogas porque no sabe los efectos y los daños que le produce”, por lo que era necesario dar a conocer con precisión estos datos. Sin embargo, la experiencia y la investigación devolvió que no era el método más adecuado, resultando incluso contraproducente, ya que incrementa en el receptor del servicio la curiosidad de experimentar dichos efectos.

En un segundo momento, trabajó de manera general la estrategia de **Educación para la Salud**, con la convicción de que, si la gente aprendía a cuidar su salud física, mental y social evitaría el consumo de drogas.

Más tarde, se acotó trabajar específicamente en la promoción de la salud mental. En ese momento se integran elementos de los tres modelos restantes:

1) Del Modelo Psicosocial, se recupera la atención hacia el individuo. En este modelo el uso de drogas es un elemento activo dentro de la triada agente, huésped y medio. Se busca alejar al individuo de la droga y acercarlo a la sociedad.

2) Del Modelo Sociocultural, la preocupación por mejorar el ambiente y acercar al individuo a la sociedad. La fármacodependencia se considera el resultado de problemas sociales: condiciones sociales, de pobreza, hacinamiento, desnutrición, migraciones, etcétera, que se manejaban como factores sociales desde un enfoque de multicausalidad. Dentro de este marco las medidas preventivas se dirigen a modificar las instituciones (educativas principalmente) para elevar el nivel de vida, hacer el trabajo más estimulante, y reducir la aceptabilidad de las drogas.

3) Del Modelo Ético – Jurídico, el fundamento de la postura institucional de Cero Tolerancia al Consumo de Drogas, que es reforzado con elementos del modelo Médico-Sanitario, en tanto se considera que las drogas, independientemente de su carácter legal, causa daños.

De esta manera, CIJ incluyó diversos elementos formando un Modelo Preventivo propio y consistente. Así en 1994, considerando la riqueza y amplitud del modelo institucional se plantea que tiene un carácter Holísta, algo más que una simple suma de sus miembros, también, algo más que la suma total de las relaciones existentes entre sus miembros.

El panorama preventivo resultaba positivo, ya que el Modelo de CIJ cubría la mayor parte de las recomendaciones respecto a los programas preventivos exitosos de NIDA (CIJ, 1998a) y del grupo de expertos de CICAD (CIJ, 1998b).

Sin embargo, presentaba desventajas. Aunque se delimitó la Educación para la Salud al área de Salud Mental, el marco en el cuál se desarrollaban los proyectos preventivos resultaba tan vasto que, el espectro de posibilidades en los temas a tratar se fue ampliando cada vez más, reflejó quizá de las necesidades de atención de la población, pero, al ser una institución especializada en la atención de la Farmacodependencia, esta amplitud de acciones, se alejaba de la misión institucional.

Así en un tercer momento, a partir de la evaluación de resultados a los proyectos preventivos que se realizó en 1996, se marca el inicio de una serie de reflexiones, de reformulaciones teóricas y metodológicas. En el año de 1997 se decide ajustar el programa preventivo y se asume la teoría de riesgo la cuál plantea que, antes del inicio del consumo de drogas hay factores de riesgo, que son situaciones, características o eventos que aumentan la probabilidad de que el fenómeno adictivo se dé y que también hay factores de protección, que son

mecanismos para eliminar o reducir el efecto de los factores de riesgo (Alcántara, 2001).

La situación del programa preventivo, con respecto a los resultados y la incorporación de la teoría de riesgo, mostró la necesidad de realizar un corte transversal, observándose que las actualizaciones realizadas al modelo preventivo eran complementos a lo existente, que cada momento o etapa de intervención habrá requerido de tiempo para ir asimilando los cambios y apropiarse primero del discurso y, posteriormente, del método.

Actualmente se cuenta con una población prioritaria de 10 a 18 años, que es la más vulnerable para el iniciarse en el consumo; zonas de alto riesgo, identificadas por sus condiciones socioambientales y una teoría que nos dice que debemos fomentar la protección y se decidió hacerlo a través de cinco factores: Autoestima, Asertividad, Apego Escolar, Afrontamiento del Estrés y Habilidades Sociales. Además, se han desarrollado y asumido conceptos claves como Estructuras de Contención, Transferencia de Tecnología, Percepción del Riesgo, Reducción del Daño y se optó por intervenir desde un Reduccionismo Metodológico, para aumentar la precisión de las acciones, que se comienza a trabajar desde Enfoque Cognitivo conductual, que parece el más adecuado para desarrollar y reforzar los factores de protección seleccionados y poder evaluar conductas observables.

2.2. Factores de Riesgo y Protección.

En lo que respecta a los factores de riesgo, se encuentran similitudes en las clasificaciones sobre las condiciones que posibilitan el uso y el abuso de drogas.

Cabe resaltar que se consideran a los factores genéticos, sociales, ambientales como los aspectos que tienen que ver con la vulnerabilidad psicológica, que incluyen factores como: la competencia cognoscitiva, la impulsividad, la agresión, la inconformidad o los trastornos afectivos (depresión, ansiedad, etcétera).

Recientes investigaciones acerca de los factores de riesgo continúan afirmando que la penetración, el número y la severidad de los factores de riesgo tienen un efecto acumulativo. Por tanto, la posibilidad del uso de alcohol, tabaco y otras drogas de abuso está probablemente relacionada con la “dosis” de factores de riesgo que uno recibe.

Están comenzando a emerger ciertas investigaciones que sugieren la importancia de una dosis-efecto similar, con respecto a los factores de protección para ayudar a reducir el riesgo. Estos hallazgos implican de una manera firme que los programas de prevención deben tratar sistemáticamente con los diversos factores de riesgo y protección (Stein, 1999).

Clayton (1992) considera, como factor de riesgo “un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiente que incrementa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento)”; y como factor de protección “Un atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiente que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación con las mismas”.

Es importante resaltar algunas de las clasificaciones con respecto al factor de riesgo y protección, con la intención de tener un panorama general de las investigaciones sobre el tema, que posibiliten una amplia comprensión y claridad en la intervención preventiva. Clayton (1992), enumera de forma genérica los factores de riesgo: tener problemas económicos, tener padres con problemas de abuso de drogas, ser víctimas de abuso físico, sexual o psicológico, jóvenes sin hogar, jóvenes que abandonan la escuela, jóvenes embarazadas, jóvenes implicados en actos delictivos y/o violentos, jóvenes con problemas de salud mental, jóvenes que han intentado suicidarse.

Para Hawkins (1992), los factores de riesgo se agrupan de la siguiente forma:

- Genéticos: hijos de consumidores de sustancias psicoactivas.
- Constitucionales: Uso temprano de drogas (antes de los 15 años), dolor o enfermedad crónica, factores fisiológicos.
- Psicológico: problemas de salud mental, abuso físico, sexual o emocional.
- Sociocultural: Familia(uso de drogas por parte de los padres y actitudes positivas hacia el uso de drogas, divorcio o separación de los padres, bajas expectativas para los niños), Iguales (amigos que usan drogas, actitudes favorables hacia el uso de drogas, conducta antisocial o delincuencia temprana), Escuela (poca dedicación a la escuela, fracaso escolar, abandono de la escuela), Comunidad (leyes y normas favorables hacia el uso de drogas, carencia de una adecuada vinculación social, problemas económicos y sociales, disponibilidad de drogas).

Los factores de protección que se identifican con población mexicana están relacionados con alta percepción de riesgo, con baja aceptación al consumo, con no tener amigos usuarios, ni antecedentes familiares de uso o dependencia, el asistir a la escuela, el percibir como cercana a la familia, entre otros (Medina-Mora, 1994).

Los factores protectores son:

- ° Fuertes ligas con el grupo familiar.
- ° Reglas claras de conducta dentro de la familia.

° Participación de los padres en las actividades de los hijos.

° Adecuado apego escolar.

La estrategia básica de la intervención preventiva, sigue siendo la Educación para la Salud, a partir del concepto de aprender a aprehender se considera que dentro de un proceso de enseñanza-aprendizaje, se debe lograr que los individuos se apropien de herramientas que ayuden a la solución de sus problemas generando mejores condiciones de vida.

Los conceptos básicos de la intervención preventiva se mantienen, precisando en mayor medida los factores de protección: el desarrollo del autoconcepto en autoestima; la comunicación asertiva, para asertividad; hábitos de estudio y participación escolar como indicadores del apego escolar; técnicas de relajación en afrontamiento del estrés; y toma de decisiones como habilidad social (Patiño, 2001) (ver fig. 5).

2.3. Estrategias de Intervención en la Prevención del Consumo de Drogas.

Actualmente, las estrategias de abordaje que se emplean en la prevención del consumo de sustancias tóxicas se definen con base al modelo desarrollado por el Instituto de Medicina de los Estados Unidos (IOM, 1994), el cuál considera que la atención a la población de interés implica actividades de prevención, tratamiento y mantenimiento.

En este sentido, se plantea que con la prevención se pretende incidir en la reducción de la demanda, al disminuir los factores de riesgo y aumentar los factores de protección relacionados con el uso de drogas; con el tratamiento, atender el abuso de sustancias que han sido diagnosticados clínicamente, reduciendo así los efectos negativos asociados con la dependencia y la adicción a las drogas. El mantenimiento por su parte, implica acciones de apoyo, educativas

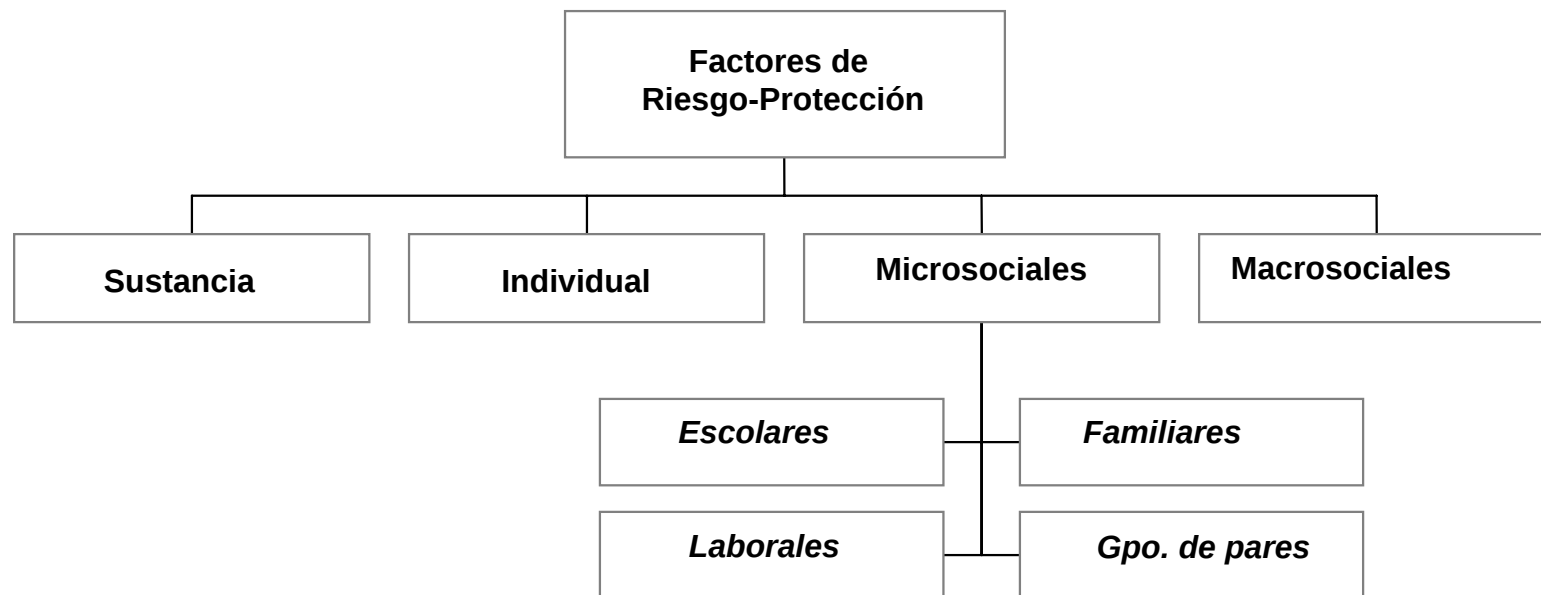
y/o farmacológicas que se proporciona a largo plazo a los individuos que cumplen con los requisitos de diagnóstico del DSM-III-R o DSM-IV para el abuso de sustancias, enfatizando de esta forma sus esfuerzos a la prevención de recaídas y a los programas de rehabilitación (INH, 1997).

Particularmente, debe señalarse que en la prevención se contemplan a su vez tres tipos de categorías: la prevención universal, la prevención selectiva y la prevención indicada, “las cuales reemplazan el sistema viejo y algunas veces confuso de prevención primaria, secundaria y terciaria” (INH, 1997). Desde esta óptica, las citadas estrategias preventivas fundamentan su intervención a partir del nivel de riesgo para el uso de sustancias en el que se encuentra cualquier individuo o grupo.

Las estrategias derivadas de la intervención universal, selectiva o indicada representan a los grupos de la población a quienes se enfocan tales actividades preventivas y para quienes se piensa que éstas son óptimas de acuerdo a la situación de factores de riesgo y protección en la que se encuentra. Estas estrategias se clasifican de la siguiente manera:

2.3.1. Prevención Universal.

En este tipo de intervención las actividades que se desarrollan se diseñan para abarcar a todos los individuos de la población en general, sin considerar si alguno de ellos presentan mayor número de riesgos individuales que los conlleven al inicio y abuso de drogas; en otras palabras se considera que los miembros de la población pueden compartir los mismos factores de riesgo relacionados con las drogas, pero el riesgo puede ser variable para cada individuo.

FIG. 5 FACTORES DE RIESGO- PROTECCIÓN

El objetivo principal de la intervención preventiva universal es posponer o prevenir el abuso de drogas, a partir de la presentación de información específica y actualizada, así como promover el desarrollo de habilidades necesarias en las personas que contrarresten el problema de las adicciones.

La participación de los individuos en este tipo de programas es abierta, ya que no implica la formación de “grupos especiales” que presenten alguna característica en particular relacionada con el consumo de drogas. El trabajo en esta estructura temática de prevención favorece un beneficio generalizable a todos los participantes.

Se considera que los factores de riesgo y protección que se integran a los programas de prevención universal, reflejan principalmente las influencias del medio, más que las características individuales o de ciertos subgrupos; ejemplos de los anterior lo representan los valores de la comunidad, el apoyo escolar, la estabilidad económica, el empleo, etcétera (INH, 1997).

Algunas de las principales características que definen la intervención preventiva universal pueden resumirse de la siguiente forma:

- Contempla en la realización de sus actividades a toda la población en general.
- Pretende retardar o prevenir el consumo de drogas.
- Los individuos no se seleccionan por requisitos establecidos para participar en las actividades.
- El riesgo individual relacionado con el uso de drogas regularmente no es valorado.
- No se enfoca a la solución de problemas personales que se relacionan con el abuso de drogas.
- El desarrollo de los programas requieren de menos tiempo y esfuerzo por parte de los participantes.

- El costo de operación de los programas tiende a ser menor sobre una base por persona, en comparación con los programas selectivos e indicados.
- Los efectos o resultados derivados de la intervención presentan limitaciones en lo que respecta a su medición.

2.3.2. Prevención Selectiva.

Las estrategias de trabajo en este tipo de intervención, se dirigen a ciertos subgrupos de la población que han sido identificados como sujetos en alto riesgo para el abuso de sustancias tóxicas; ya que presentan riesgos específicos que requieren su participación directa en actividades preventivas adecuadas a su situación. De acuerdo con lo anterior, la vulnerabilidad individual o riesgo personal de los integrantes del subgrupo de interés, por lo general no es valorado, más bien, es el subgrupo como un “todo” el que se ubica en mayor riesgo para el abuso de sustancias en comparación con la población en general.

El objetivo principal de los programas basados en la prevención selectiva es evitar el inicio del abuso de drogas, a partir del fortalecimiento de los factores de protección de los integrantes del subgrupo en alto riesgo (p. e., autoestima, solución de problemas, etcétera), de forma que éstos sean empleados como recursos efectivos contra los factores de riesgo (como la asociación que se establece con gente que abusa de las drogas) (INH, 1997).

Cabe señalar, que el conocimiento de los factores de riesgo específicos en estos grupos favorece el diseño de programas preventivos que enfocan sus objetivos a la reducción de riesgos particulares vinculados con las drogas.

Dentro de la prevención selectiva, los grupos en riesgo pueden identificarse a partir de factores biológicos (p. e., predisposición genética), psicosociales (disfunción familiar, falta de compromiso escolar) o ambientales (comunidades desorganizadas, normas que toleran el consumo) que se conoce están asociados

con el abuso de sustancias y, particularmente, los subgrupos de interés pueden definirse por la edad, género, historia familiar, lugar de residencia, etcétera.

Frecuentemente, los factores de riesgo que son evaluados y considerados en los programas de prevención selectiva muestran tanto las características individuales y del subgrupo, como las influencias ambientales, por ejemplo: búsqueda de sensaciones placenteras, asociación con personas que han cometido actos delictivos, abuso de sustancias en miembros de la familia, desempleo, altos índices de criminalidad, etcétera.

Los programas desarrollados con base en la prevención selectiva si bien difieren en el contenido y la forma de acuerdo al subgrupo al que se enfoquen, comparten ciertos elementos característicos:

- o Se dirigen a subgrupos particulares que se encuentran en mayor riesgo para el abuso de drogas.
- o Pretenden posponer o prevenir el uso/abuso de sustancias tóxicas.
- o Seleccionan o reclutan a los individuos que deben participar en las acciones preventivas.
- o Consideran que la vulnerabilidad para el consumo de drogas se ubica con base a la pertenencia del subgrupo en riesgo.
- o A partir del conocimiento de los factores de riesgo específico del grupo de interés, diseñan las actividades que enfatizan objetivos particulares de reducción de riesgo.

Generalmente, operan por períodos de tiempo más largo, requieren de mayor tiempo y esfuerzo por parte de los participantes en comparación con las acciones de la prevención universal.

- Necesitan que el personal que opera los programas sea hábil debido a que se enfrentan a poblaciones con problemas múltiples y que se encuentran en alto riesgo para el consumo de sustancias.
- Favorecen que las actividades se involucren en la vida cotidiana de los participantes, tratando de modificar su comportamiento al desarrollo de conductas específicas.

Igualmente, las intervenciones de prevención selectiva a menudo incluyen actividades psicoeducativas, entrenamiento en habilidades, programas de tutoría y liderazgo, así como actividades culturales para jóvenes.

2.3.3. Prevención Indicada.

Los programas de prevención indicada dirigen sus actividades hacia aquellos individuos que han experimentado con drogas y que exhiben conductas problemáticas relacionadas, que están asociadas con el abuso de sustancias. La atención a estos individuos requiere de la elaboración de programas de prevención especiales.

De acuerdo con la IOM (Institute of Medicine, 1994), las personas que se identifican en estas etapas, a pesar de que muestran señales de uso temprano de drogas, no cumplen con los criterios de diagnóstico clínico como lo define el DSM-III-R o el DSM IV, más bien muestran conductas parecidas a las del abuso de sustancias pero a un nivel sub.-clínico (INH, 1997). El objetivo central de los programas de prevención indicada no sólo es reducir el primer evento del abuso de drogas, sino también disminuir a lo largo del tiempo la continuación de señales;

retardar el inicio del abuso y/o reducir la severidad del consumo excesivo de drogas.

Frecuentemente los programas de prevención indicada se emplean para las personas que usan y/o abusan de las drogas, sobretodo, porque presentan algunos factores de riesgo que aumentan las probabilidades de que desarrollen problemas asociados al consumo de sustancias, por ejemplo: fracaso escolar, problemas sociales interpersonales, delincuencia, otras conductas antisociales, depresión, ideación suicida, etcétera.

De esta forma, las actividades o programas preventivos se enfocan a los factores de riesgo asociados con el individuo (p. e., baja autoestima, problemas de conducta, alejamiento con los padres, la escuela o el grupo de amigos “positivos”), otorgando un menor énfasis a la consideración y modificación de las influencias ambientales como por ejemplo: las normas comunitarias.

En este tipo de intervenciones, es de gran importancia realizar una evaluación precisa sobre el riesgo personal en el que se encuentran los individuos, así como del nivel de conductas problemáticas relacionadas, en lugar de centrar la atención en la pertenencia de un individuo en cierto grupo de alto riesgo.

La operación de los programas preventivos implica periodos de tiempo más largos (meses), una frecuencia de contacto mayor entre el especialista y la persona de interés (horas, días), así como un gran esfuerzo por parte del participante, en comparación con las estrategias de trabajo universales y selectivas.

Sintetizando los aspectos anteriores, puede señalarse que la intervención indicada se caracteriza con base a los siguientes aspectos:

- Las actividades se enfocan a las personas que muestran señales tempranas de abuso de drogas y otras conductas relacionadas.

- Pretende detener la progresión del abuso de drogas y las conductas problemáticas relacionadas.
- El desarrollo de los programas se puede enfocar de forma simultánea a otras conductas.
- Los participantes se seleccionan específicamente para el desarrollo de las acciones de trabajo.
- Enfatizan la atención y/o evaluación precisa de los factores de riesgo y las conductas problema del individuo.
- Básicamente, los programas buscan modificar las conductas de los individuos.
- Requiere que el especialista posea un entrenamiento clínico, habilidades de consejería, así como de intervención terapéutica.
- Regularmente, el número de personas atendidas es menor en comparación con los programas universales y selectivos.

Finalmente, debe mencionarse que los contenidos considerados para cada una de las estructuras temáticas de intervención preventiva, otorgan los referentes teóricos necesarios que permiten definir y adecuar las estrategias de trabajo a las características, y demandas de los individuos que atiende Centros de Integración Juvenil A. C. es decir, a la población en general y a los grupos vulnerables o individuos que se encuentren en alto riesgo para el uso y abuso de drogas.

Se espera que la especificidad metodológica y el apoyo de la evidencia científica respecto al conocimiento de los factores de riesgo y protección para cada sector poblacional y el diseño de programas preventivos particulares, consecuente la

obtención de resultados efectivos y eficaces que anulen los problemas relacionados con el consumo de sustancias tóxicas.

2.3.4. Estrategia preventiva de Movilización Social.

En las últimas décadas, el tráfico y el consumo de drogas, se han convertido en serios problemas que afectan la salud pública. Para su atención y posible decremento, se requiere de la movilización de amplios grupos de la sociedad civil. En este contexto, Centros de Integración Juvenil A. C., replantea su estrategia preventiva de intervención y prioriza la organización de la comunidad contra las adicciones, lo que implica un viraje hacia movilización social, entendida ésta, según Trejo (2002), como “la posibilidad institucional objetiva, de captar y orientar el interés ciudadano por disminuir el problema del consumo, a través de la habilitación de la comunidad, con herramientas y recursos teóricos, técnicos y prácticos, que apoyen el mejoramiento de su nivel y calidad de vida”.

Institucionalmente se suscribe hoy, que la movilización social es una estrategia preventiva que posibilita el involucramiento de la sociedad civil mexicana, a fin de que ésta redefina planteamientos y acciones integrales contra el consumo de drogas. La estrategia preventiva de Movilización Social es la base de apoyo para desarrollar la labor preventiva, por lo que es conveniente realizar una primera aproximación al concepto.

Hoy día, cada vez más mexicanos son sensibles a los problemas que acarrea el consumo de drogas; esto implica, que la realidad de los procesos sociales, en su contradicción y conflictiva (consolidación del poder del narcotráfico/aumento del consumo de drogas), han creado un clima social de alerta ciudadana, y por tanto, la coyuntura (articulación) propicia, para que gobierno y organizaciones no gubernamentales, promuevan, organicen y cualifiquen la movilización de los amplios y muy variados grupos sociales que conforman la dinámica social del país, contra las adicciones.

Reconociendo que la movilización social es un concepto a construir, ésta, ya sea espontánea u organizadamente, implicaría el reconocimiento de que los grupos, clases, segmentos, estratos sociales, están en constante movimiento, contradicción, lucha; por tanto, son la parte fundamental de los procesos históricos, del mantenimiento de la hegemonía (capacidad de un grupo o segmento social de dirigir al interior del bloque de poder; de dominar, con el consenso o la coerción, a los grupos subalternos), del consenso, el orden público, la estabilidad y el proyecto del futuro.

La movilización social persigue objetivos cualitativa y cuantitativamente mensurables, sustentados en un mismo eje: construcción en el imaginario colectivo de una posición intelectual, consciente y razonada contra las drogas. Conceptualmente, tiene como referente de validez, el momento histórico, la coyuntura social, y las movilizaciones objetivas y subjetivas que la provocan.

En este contexto, incidiendo en la movilización de la sociedad civil mexicana, se puede ir construyendo y afirmando una de las estrategias para la prevención de las adicciones. Con ello, operativa y conceptualmente se podrá orientar la acción consciente y organizada de diferentes grupos, estratos, clases y segmentos, al posicionamiento de la prevención del consumo de drogas como un eje articulador para la acción. Para hacer objetiva la acción colectiva, en la búsqueda de mejores condiciones de vida, se requiere la existencia de un clima social proclive y favorecedor de la participación civil.

La estrategia comunitaria que se plantea para la prevención de las adicciones, es la movilización social a través de la participación voluntaria, donde el interés personal, la buena fe, y la ocupación del tiempo libre, son los soportes de la integración, organización y acción.

Para tal fin, es indispensable el apoyo de voluntarios técnicos, estudiantes en servicio social y prácticas que se organicen y en corto tiempo apuntalen,

fortalezcan y den continuidad a las redes sociales conformadas por grupos promotores preventivos y cuyos objetivos finales se orientan contra las adicciones y por la salud.

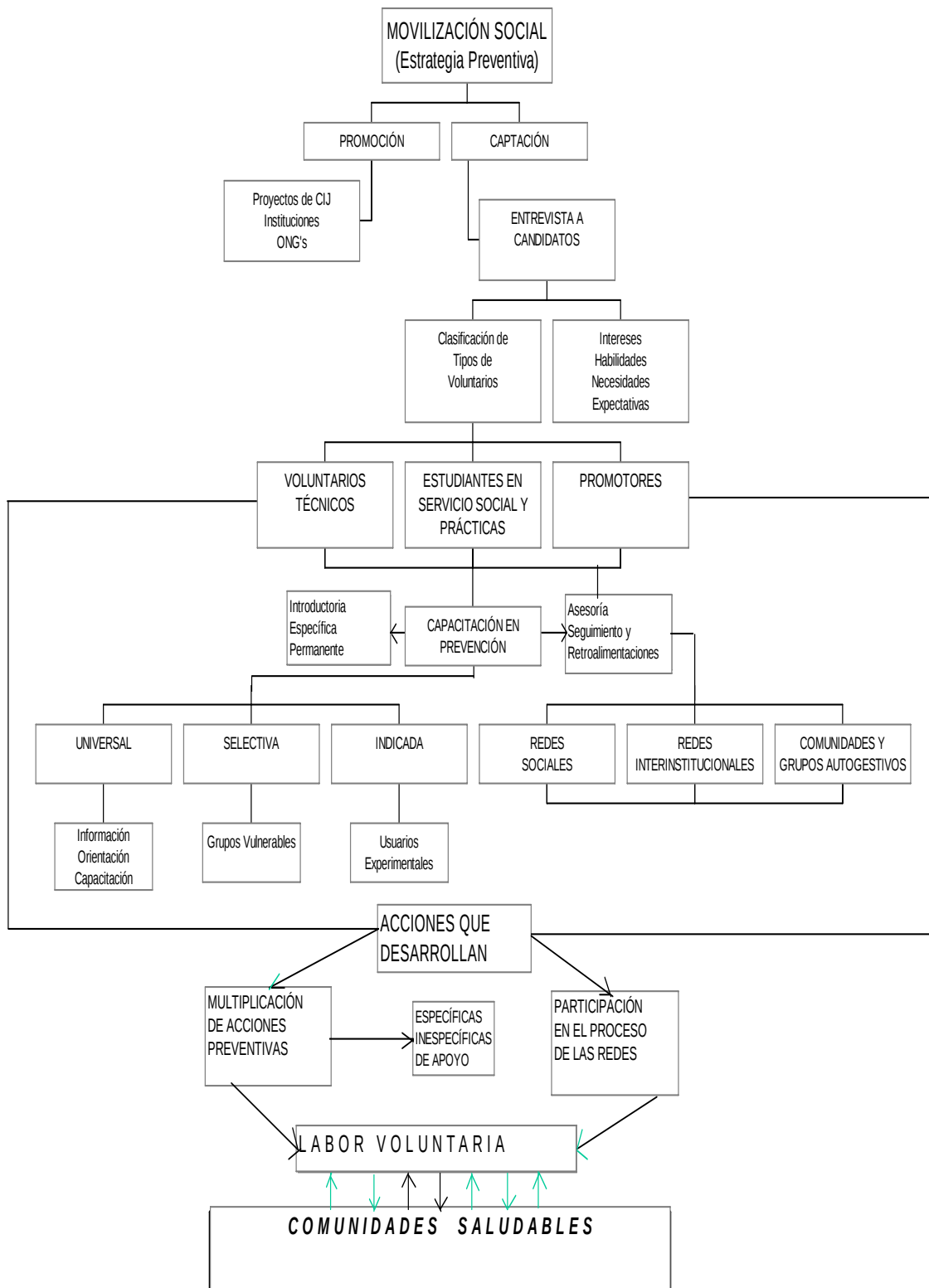
La acción del voluntario necesita reflexión, toma de decisión, concienciación y precisa dotarse de métodos para conocer profundamente la realidad que pretenden transformar, y el sentido de la propia transformación.

Para todo esto, se necesita establecer un proceso formativo si queremos optimizar el papel relacional y mediador que pretendemos asumir (en este caso con los voluntarios, estudiantes y promotores preventivos), para así avanzar en la noción de corresponsabilidad y participación social y ser capaces de procurarnos una mejor calidad de vida.

Para tal fin, es necesario que se proporcione, las herramientas que permitan intervenir efectivamente en la actividad preventiva y contribuir a su vez de manera positiva en la formación personal y profesional, lo que permitirá la aprehensión de factores protectores e identificación de factores de riesgo en el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas dentro de su contexto diario.

Mediante su participación se pretende impulsar el establecimiento de comunidades saludables donde se rechace conscientemente a las drogas y se asuman como protectores de su propia salud y la de los integrantes de su comunidad, así como estar en posibilidades de detectar oportunamente a personas con problemas de adicciones (ver fig. 6).

FIG. 6 MOVILIZACIÓN SOCIAL



En base a lo anterior, el modelo de prevención se realiza a través de acciones de Información, Orientación y Capacitación dirigidas a niños, adolescentes y adultos; las cuáles se describen a continuación.

2.4. Nivel de Información Preventiva.

En este nivel el objetivo general es proporcionar información científica de factores de riesgo/protección en el inicio y mantenimiento del consumo de drogas con la intención de sensibilizar a la población en general respecto al problema de salud pública que representa, aumentando la percepción de riesgo asociada al mismo.

Este nivel tiene como objetivos específicos:

- ✓ Conocer y actuar preventivamente a partir de las representaciones con que cuenten los participantes con relación al consumo de drogas, para incrementar su percepción de riesgo.
- ✓ Dar a conocer al grupo factores de riesgo directamente relacionados al inicio del consumo de drogas y factores protectores para el afrontamiento y resistencia a los mismos.
- ✓ Proporcionar información relacionados con los daños y riesgos asociados con el consumo de drogas.
- ✓ Promover los diferentes proyectos preventivos, motivando a la población a continuar participando en el proceso preventivo integral.

Los proyectos del nivel informativo están dirigidos a atender de forma diferenciada a la población de ambos géneros, principalmente, como población objetivo institucional a la comprendida entre los 10 a 54 años, a través del desarrollo de una sesión única. Esto, sin perder de vista, que por situaciones especiales del

contexto o, de los grupos, es posible ampliar o disminuir las edades contempladas anteriormente, lo cuál queda bajo la responsabilidad y conocimiento del coordinador de grupo. Es necesario que se consideren los posibles y distintos escenarios en los que la comunidad se organiza y estructura (grupos escolares, de trabajo, grupos religiosos, etcétera) para responder de manera efectiva a algunos de sus problemas.

Las actividades en este nivel de información se realizan bajo los siguientes proyectos:

**** Proyecto de información a concurrentes (IC).***

Este proyecto esta estructurado para atender a población abierta (estudiantes, padres de familia, presidentes o lideres de colonias, profesionistas de la salud, etc.), que acudan a la Unidad Operativa a solicitar información, la cuál por lo general, está relacionada con información sobre drogas para realizar actividades extraescolares, trabajos académicos u otro tipo de actividades que guardan una relación directa con la organización familiar, grupal y comunitaria.

**** Proyecto de información pública periódica (IPP).***

Este proyecto está dirigido para la población que solicita información particular o general relacionada con el consumo de drogas, lo cuál puede ser solicitada de manera directa a través de un tercero. Dentro de esta población están considerados los diferentes grupos de la comunidad, que no proviene directamente del sector educativo, tales como: asociaciones vecinales, grupos de colonos, líderes formales e informales, grupos religiosos, etcétera, instituciones de sector gobierno de salud, jurídico, empleados de gobiernos federales, estatales y municipales, que solicitan el servicio preventivo, aunque ello no quiere decir que no puedan ser escolarizados.

*** Proyecto escuelas (ESA).**

Este proyecto esta dirigido de forma específica del sector educativo (alumnos y maestros) y a los padres y madres de los alumnos. Por lo general, la demanda de este proyecto ocurre a través de un tercero, cuya percepción de necesidades en el contexto escolar, pueden corresponder o diferir de las necesidades reales de la comunidad escolar. Por tal motivo, es básico que de manera previa a la intervención, así como en el inicio y durante la sesión informativa, se detecten las necesidades de los grupos y se desarrollen los contenidos en correspondencia.

Cabe enfatizar que el proyecto “Escuelas”, se abordan de manera simultanea tres distintas poblaciones, anteriormente descritas, por lo que en el desarrollo de los temas, deben considerarse las características y necesidades, así como el lenguaje más adecuado para cada uno de ellos.

Para el nivel de educación primaria se pretende implementar el proyecto con:

- ✚ Alumnos de 4to, 5to, Y 6to, grado.
- ✚ Los padres y madres de familia de los alumnos de estos grados.
- ✚ Todos los maestros de cada una de las escuelas, en las que se lleve a cabo el servicio de prevención.

En educación media básica (secundaria) con:

- ✚ Alumnos de 1er, 2do, Y 3er, grado.
- ✚ Los padres y madres de familia de los alumnos de estos grados.
- ✚ Maestros, orientadores y personal administrativo de cada una de las escuelas secundarias donde se este llevando a cabo acciones preventivas.

En educación media superior con:

- ✚ Alumnos de todos los semestres y/o grados, dependiendo de la institución educativa.
- ✚ Maestros, orientadores, personal de los servicios médicos y administrativos de cada una de las unidades en las que se trabaje el proyecto.

En educación superior con:

- ✚ Alumnos
- ✚ Maestros y personal de los servicios médicos.

2.4.1. Estrategia de Abordaje.

Para la promoción de las actividades de Información Preventiva será necesario contactar a directivos y personal encargado de instituciones pertenecientes al sector gobierno, así como de cámaras industriales y de comercio, de organismos representativos de la sociedad (clubes, asociaciones civiles, grupos de profesionales, organizaciones vecinales y organismos no gubernamentales), debido a su estrecho contacto con las demandas y necesidades de grupos específicos de la sociedad.

De forma conjunta se deberán llevar a cabo otras formas de promoción, utilizando los materiales impresos realizados por la institución (carteles, folletos y libros). Se recomienda un uso racional de estos materiales y en su distribución, prioriza a personas representativas y estratégicas de instituciones y comunidades como directivos, líderes y encargados de actividades cara a cara con diversos grupos.

Un trabajo constante de promoción dará como resultado que las solicitudes de sesiones informativas fluyan hacia las unidades operativas, en caso contrario será necesario promocionar las actividades en sectores poco atendidos, para dar respuesta adecuada a las solicitudes deberá de organizarse una calendarización

que permita atender a todas, es importante recordar que en respuesta que se de a la solicitud de los grupos se establecerá que las sesiones informativas son sólo el primer paso de un proceso preventivo que se continúa con los cursos de orientación y capacitación, con ello se establecerán contratos que implican estas últimas actividades a partir de las sesiones informativas.

2.5. Nivel de Orientación Preventiva.

Este nivel tiene como objetivo general orientar y habilitar a la población, desde una perspectiva cognitivo conductual, en torno a distintas estrategias preventivas de carácter individual, familiar y social, que le permita afrontar adecuadamente las situaciones de riesgo ante el consumo de drogas.

Este nivel tiene como objetivos específicos de orientación.

- ✓ Evitar y/o retardar la edad de inicio del consumo de drogas en la población infantil y adolescente, a través de incrementar su percepción de riesgo y fomentar habilidades sociales y de afrontamiento.
- ✓ Orientar a la población adulta, principalmente a los padres y madres de familia u otros tutores, sobre las estrategias conductuales más adecuadas que permitan reducir los factores de riesgo presentes en la familia y su comunidad.
- ✓ Fomentar otros proyectos de capacitación, motivando a los participantes para que, de manera comprometida, continúen participando en un proceso preventivo más amplio.

Los proyectos del nivel de orientación están dirigidos a atender de forma diferenciada a las personas de acuerdo a su edad y se enfoca a atender a la población comprendida entre los 10 a 54 años, a través del desarrollo de distintas

sesiones. Es necesario que se consideren los posibles y distintos escenarios en los que la comunidad se organiza y estructura (grupos escolares, de trabajo, grupos religiosos, etcétera) para responder de manera efectiva a algunos de sus problemas.

Para cualquiera de las intervenciones preventivas de orientación se considera que el número de sesiones más adecuado a desarrollar durante un taller, en términos didácticos, es de 8 a 12 sesiones; sin embargo, normativamente se tiene la posibilidad de realizar intervenciones de orientación de menor o mayor número de sesiones, en función a las posibilidades y a la disposición de los grupos.

Para el desarrollo de la sesión, se contempla una duración entre 60 y 90 minutos, dependiendo al tiempo que se disponga para trabajar con el grupo.

Es recomendable que, por razones didácticas, el número de personas que integren los grupos de orientación sea de entre un mínimo de 12 y un máximo de 20.

Las actividades en este nivel de orientación se llevan a cabo bajo los siguientes proyectos:

*** *Proyecto de Orientación Preventiva Infantil (OPI).***

Las actividades que se realizan en este proyecto son a través del juego estimulando en los niños, la expresión de sus potencialidades, para fomentar hábitos y actitudes que favorezcan su desarrollo integral y las condiciones adecuadas para evitar el consumo de drogas.

*** *Proyecto Orientación Preventiva con Adolescentes (OPA).***

El trabajo que se realiza en este proyecto es con grupos de adolescentes, brindándoles elementos que les permitan entender y enfrentar sus cambios a nivel individual, familiar y social para evitar el consumo de drogas, creando alternativas que contribuyen a su óptimo desarrollo e integración a la familia y a la sociedad.

*** *Proyecto Orientación Familiar Preventiva (OFP).***

Se trabaja con familias para orientar sobre situaciones de riesgo que pueden inducir a alguno de sus miembros al consumo de sustancias, y sensibilizar sobre el riesgo y los factores de protección para evitar este problema.

*** *Círculos de Lectura.***

Proyecto diseñado para dar a conocer el libro “Como proteger a tus hijos contra las drogas.

*** *Actividades inespecíficas de prevención.***

Estas actividades son relacionadas con la promoción de la salud, y se concretan en la organización, conducción, desarrollo de talleres y actividades culturales, recreativas y deportivas; promoviendo eventos y campañas de promoción de la salud.

*** *Actividades de apoyo.***

Estas actividades se consideran de apoyo a los proyectos institucionales, en donde los profesionales participan en el diseño y elaboración de material didáctico, en la difusión de los servicios institucionales, en investigaciones documentales o

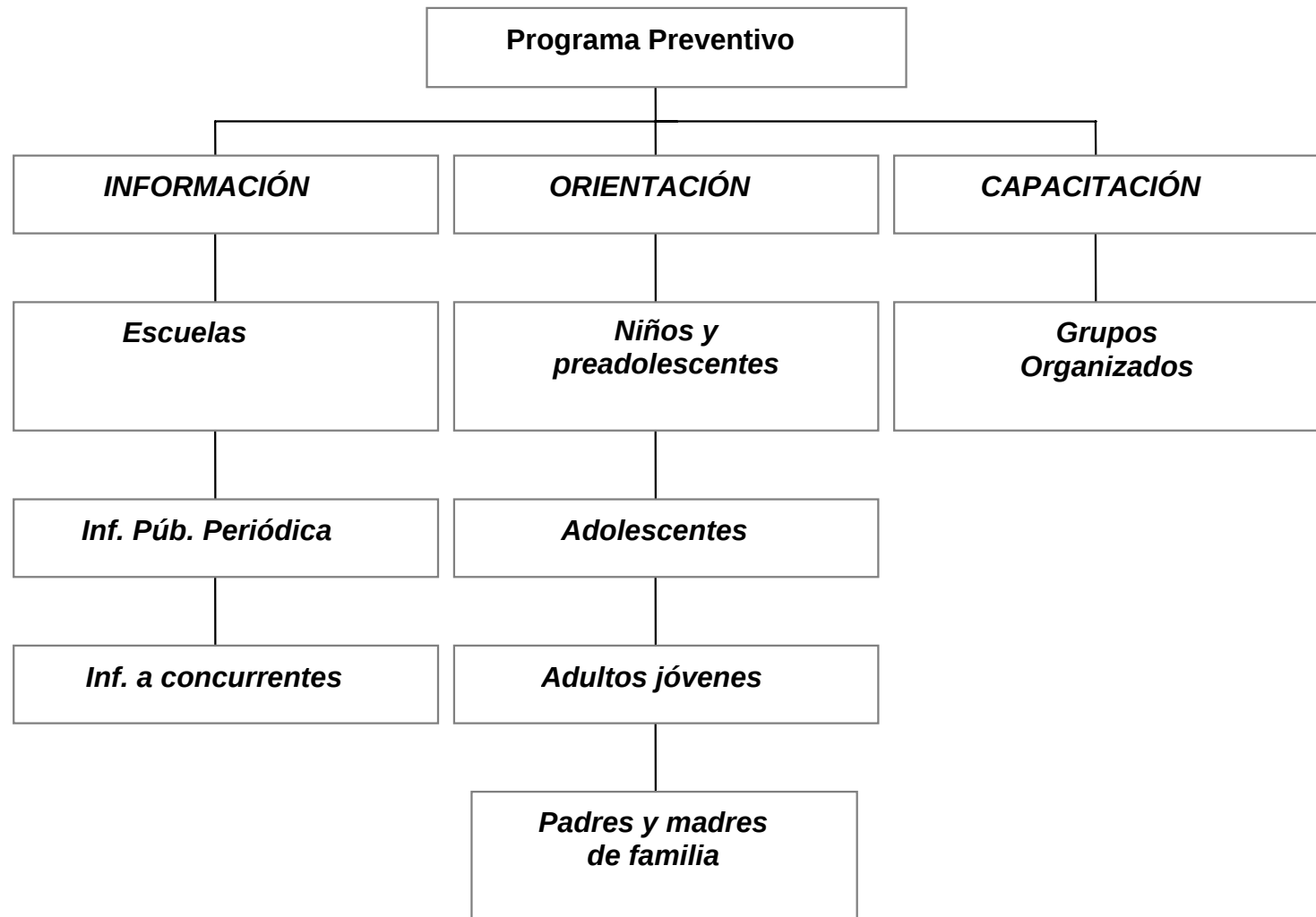
de campo y en el llenado de formatos estadísticos, todo aquello a las actividades de orientación e información que llevan acabo.

Nivel de Capacitación.

En este nivel los cursos son un taller de capacitación enfocados al entrenamiento de grupos sociales con el objetivo de que planifiquen, organicen y desarrollen actividades preventivas en su comunidad. Están dirigidos a grupos e instituciones interesadas en participar con Centros de Integración Juvenil (CIJ) en la prevención de las adicciones, quienes consideran que para abatir este problema es necesaria la participación comprometida y organizada de todos. La finalidad es transmitir conocimientos prácticos y recomendaciones específicas, a grupos de los sectores salud, educación, laboral y privado, para que organicen actividades preventivas que fomenten los factores de protección ante el consumo de drogas. El objetivo final de la capacitación es que los grupos elaboren su propio programa de trabajo. Para la puesta en práctica de los programas de trabajo, CIJ brinda asesoría y apoyo en un esfuerzo conjunto para combatir el uso y abuso de drogas (ver fig. 7).

Cabe mencionar que los proyectos y actividades que aparecen con * son donde participó.

A través de este capítulo se detalló el Modelo de Prevención de Centros de Integración Juvenil A. C., desde el marco general, concepto de prevención y sus estrategias de educación para la salud y movilización social, descripción del modelo riesgo-protección que explica la susceptibilidad de los sujetos al desarrollo de problemas de abuso de sustancias, dimensiones de prevención universal, selectiva e indicada, así como también las líneas de acción en sus niveles de información y orientación. En el siguiente capítulo se hace mención del papel del psicólogo como promotor de los factores de protección para la prevención del consumo de drogas.

FIG. 7 PROGRAMA PREVENTIVO

CAPÍTULO 3. EL PSICÓLOGO Y LA PREVENCIÓN ANTE EL CONSUMO DE DROGAS.

La actualización del Programa Preventivo, al centrarse en la identificación de factores de riesgo al consumo, implica, como paso consecuente necesario la promoción y puesta en marcha de factores protectores, que prevengan y contrarresten los efectos de las situaciones identificadas como riesgosas, para que generen alternativas las cuales permitan a los individuos afrontar dichas situaciones sin recurrir al uso y abuso de sustancias tóxicas.

Así, Centros de Integración Juvenil A. C., ha incorporado a sus programas preventivos la intencionalidad mencionada arriba, retomando los hallazgos de las investigaciones sobre los factores protectores y de riesgo, se ha priorizado el abordaje y promoción de algunos factores protectores. Pero, ¿qué son los factores de protección?, a continuación se detallan:

3.1. Definición de Factores de Protección.

Un factor protector se define como, “estrategias preventivas dirigidas a reducir o eliminar factores de riesgo y crear condiciones que protejan y promuevan un mejor desempeño de la población en situación de riesgo en áreas psicosociales determinadas” (CIJ, 1997).

Entre más factores de protección se presenten en el entorno de una persona, menos riesgos correrá de iniciarse en el consumo de drogas.

Los cinco factores de protección a implementar en el programa preventivo y que pueden ayudar a una persona a evitar el consumo de drogas, son los siguientes:

❖ Autoestima

- ❖ Habilidades Sociales
- ❖ Apego Escolar
- ❖ Asertividad
- ❖ Afrontamiento del estrés

A continuación se define cada factor protector:

3.1.1. Autoestima.

Se refiere a la autoevaluación que un individuo realiza de manera integral sobre su persona. De tal forma, que considera tanto sus capacidades, aptitudes, habilidades, como su desempeño social y autoimagen (Branden, 1993). La Autoestima, no sólo permite que el individuo se acepte y valore de forma íntegra, sino que promueva un adecuado establecimiento de relaciones interpersonales y desarrolle la capacidad de valorar aquellos acontecimientos que perjudican la salud física y mental.

Además, la autoestima se relaciona con la satisfacción de necesidades básicas y de crecimiento personal.

Componentes del Autoestima

- a) Las Necesidades Básicas. Se refiere a las necesidades fisiológicas, de seguridad, de sentido de pertenencia y el reconocimiento.
- b) Las Necesidades de Crecimiento comprenden:

Autorrealización: La persona es menos dependiente, es autónoma, sus motivaciones son de desarrollo, realización de anhelos y ambiciones.

Autoconocimientos: Habilidades que permiten conocer el porqué, el cómo actúa y siente.

Autoconcepto: Serie de creencias de sí mismo, y se mantiene o manifiestan mediante su conducta.

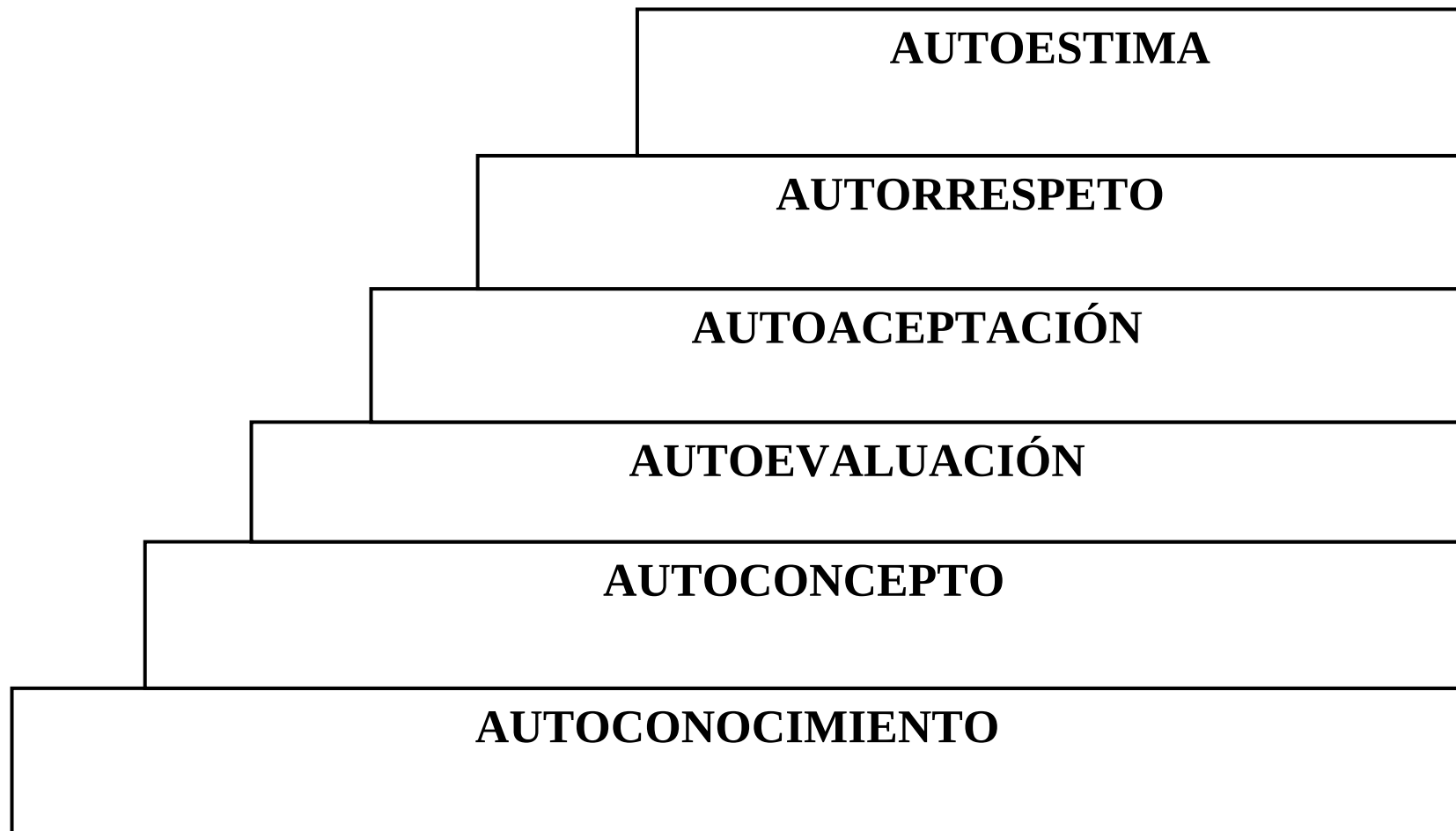
Autoevaluación: Evaluar situaciones y acontecimientos, como positivos y negativos para la persona.

Autoaceptación: Búsqueda y valoración, de todo aquello que haga a la persona sentirse orgullosa de sí misma (ver fig. 8).

Cuando alguien muestra una autoestima deteriorada, por ejemplo tiene sentimientos de inseguridad y una imagen pobre de sí mismo; existe la posibilidad de que modifique sus pensamientos y actitudes, por conocimientos favorables sobre su persona. Sólo depende de que tenga la voluntad y el deseo de cambiar.

La Autoestima junto con otros factores favorables, como el apoyo familiar, la estabilidad económica, etcétera, pueden prevenir el consumo de drogas. Esta cualidad permite a los individuos contar con capacidad, seguridad y firmeza para identificar las situaciones que le benefician o le perjudican. La persona con una autoestima adecuada sabe que el consumo de cualquier sustancia (alcohol, tabaco u otras drogas) puede provocarle daños, tanto físicos como emocionales. “Alguien que se quiere, no se lastima” (anexo 2).

FIG.8 ESCALERA DE LA AUTOESTIMA



3.1.2. Habilidades Sociales.

Es ese conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de esa persona de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás , y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas (CIJ, 1998).

Es importante considerar que todas las personas son capaces de aprender y desarrollar habilidades sociales y, más aún, de llevarlas a la práctica ante situaciones que perjudiquen, como el uso y abuso de drogas. De esta forma, algunas de las habilidades sociales que se pueden aprender, mejorar y practicar en la vida diaria, se agrupan de la siguiente forma:

1.- Habilidades de Comunicación:

Escuchar, iniciar una conversación, mantener una conversación, hacer un cumplido, reforzar-reconocer, autorrecompensarse, disculparse y opinar (anexo 3).

2.- Habilidades para expresar sentimientos:

Conocer y expresar sentimientos, comprender los sentimientos de los demás y enfrentarse al enfado de los otros.

3.- Habilidades de alternativas a la agresión:

Saber negociar, emplear el autocontrol y defender los derechos propios. Ante un enojo nos controlamos y negociamos, defendiendo de manera positiva nuestros derechos.

4.- Habilidades para hacer frente al estrés:

Formular una queja, responder a una queja, responder a la persuasión, enfrentarnos a mensajes contradictorios, responder a una acusación y hacer frente a las presiones de los demás.

5.- Habilidades para la planificación:

Toma de decisiones y resolver problemas según su importancia uno a uno.

Se considera que para el desarrollo de habilidades sociales deben tenerse presentes cuatro elementos:

- 1) Aprender conductas o maneras específicas de manejar una situación.
- 2) Reducir la tensión o el nerviosismo que provocan ciertas situaciones.
- 3) Modificar valores, ideas o creencias que limitan la libre expresión.
- 4) Practicar diferentes formas de resolver problemas.

3.1.3. Apego Escolar.

Tiene que ver con el interés, la participación, la permanencia y el gusto por formar parte de la comunidad escolar. La identificación que logre un niño o adolescente de su escuela, evita fracasos y deserciones escolares, los cuales representan factores de riesgo para el consumo de drogas.

Sustentos básicos sobre apego escolar como factores de protección:

- a) Participación social.
- b) Redes: vinculares sociales.
- c) Estructura de contención.

Enfoques del apego escolar como factor de protección:

- a) La escuela y su potencial preventivo.
- b) Una red social.
- c) Maestros- padres: estructura de contención.

El sujeto lleva una relación íntima con otros, y dentro de este carácter se da un proceso de experiencias, teniendo el impacto en el sujeto mismo. Cada uno tiene un enfoque de lo que es la escuela, como cada sujeto en la escuela va formando su red (vincular la relación que tiene con otros), su red vincular (contacto cercano, involucran afectos, que tenga un significado en la persona, ya sea, más o menos tiene un impacto para el sujeto) y su grupos de pares (no necesariamente hay vínculos puede ser sólo por compartir edad, intereses, grupos, trabajo, etcétera).

En la escuela no sólo se va a aprender, sino también se puede tener una red vincular (amigo, novio (a), maestro), que influye o impacta en el sujeto y a su vez ellos tienen una red vincular que impacta en el individuo de manera indirecta a eso de llama red social. La escuela impacta como red social en el sujeto. El objetivo es transformar esa red social en estructura de contención. Incidir favorablemente en la red social.

Desde esta perspectiva, la participación de los niños y los adolescentes en el desarrollo académico y en los valores que se transmiten en la escuela, los pone en una situación menos vulnerable ante los riesgos que desencadenan la drogadicción, uno de los cuáles está en las invitaciones a consumir drogas por parte de sus amigos y compañeros de la escuela. Aquí es importante mencionar que, como en muchas ocasiones estas invitaciones se realizan en la escuela, es necesaria la intervención y el compromiso de los padres de familia y maestros, con objeto de lograr que la escuela cumpla con su función formadora y, de esta manera, aprovechar su potencial protector para los alumnos.

3.1.4. Asertividad.

La asertividad significa hacer valer los derechos, expresando las propias creencias, sentimientos y deseos de forma directa, honesta y apropiada respetando a su vez, los derechos de los demás; conducta que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas (CIJ, 1998). Se emplea para explicar el proceso de comunicación entre una o varias personas con la particularidad de hacer convenios para beneficio de los implicados, o simplemente para intercambiar ideas, evitando mensajes o posturas agresivas o pasivas, además que permite habilitar cotidianamente un estilo de comunicación que fortalece una convivencia sana, sin recurrir a situaciones riesgosas para expresar las ideas como es rechazar el consumo de drogas con los amigos.

Tipología de la conducta asertiva.

- a) *BÁSICA*. Refiere la transmisión de creencias y sentimientos personales a otros individuos.
- b) *EMPATICA*. Comprender o entender las emociones de la persona, y el reconocimiento y entendimiento de la situación.
- c) *ESCOLAR*. Requiere del aprendizaje y reconocimiento de las situaciones interpersonales en las que es necesario incrementar la respuesta asertiva evitando caer en la agresión.
- d) *CONFRONTATIVA*. Identificación y descripción objetiva y no agresiva de la congruencia entre lo que dice y hace un individuo.

No siempre se debe estar de acuerdo con las propuestas, comentarios u opiniones de los demás, puesto que la asertividad implica la capacidad de escuchar y, si el

caso lo requiere, hacer acuerdos sin tener que llegar a insultos o enfados. Generar una conversación donde ambas partes se sientan escuchadas y respeten sus comentarios, son situaciones que protegen de eventos peligrosos como el uso y abuso de drogas, que sólo ofrecen bienestar mientras se permanece bajo sus efectos.

Conducta no asertiva y agresión.

El comportarse de una manera no asertiva implica la transmisión de mensajes de forma débil, con demasiada timidez o suavidad, ocultando a la vez, el contenido real de lo que se piensa, siente, opina y que al no responder a los requerimientos de la situación interpersonal que se enfrenta, permite que se viole los derechos personales. La expresión del mensaje es comúnmente indirecta, rodeando el tema o disculpándose.

Entre las principales causas que inhibe la conducta asertiva son el temor, la ansiedad y la inseguridad, las cuáles son provocados principalmente por la idea del individuo de querer ser aceptado por todas las personas, ante todo las que son significativas. Cuando el temor, la ansiedad y la inseguridad se incrementan de tal forma que dificultan su manejo, se presenta el problema de poder expresar los mensajes o transmitirlos adecuadamente.

Otro aspecto es evitar los conflictos, por temor al enfrentamiento con los demás, al incurrir con agresiones, gritos, violencia, etcétera. Decidiéndose a no actuar. Es fundamental buscar un equilibrio entre estos dos estilos de comunicación o sea, tomar en cuenta el punto de vista del otro, expresando lo que a nosotros nos interesa decirle; esto se conoce como un estilo de comunicación asertiva.

Se sabe que la mayoría de las personas consumidoras de drogas no cuentan con este equilibrio, pues generalmente tienden a mantener un estilo de comunicación pasiva o agresiva.

Mensajes Sociales.

La transmisión de una amplia gama de mensajes genera vulnerabilidad a la manipulación que trae como consecuencia al renunciar con facilidad a lo que se desea; ubicándose la importancia personal en segundo término en relación con los demás. Ejemplo: “nunca defraudes a tus padres”, “piensa en los demás”, etcétera.

NO VALER LO SUFICIENTE. Los sentimientos de poca valía personal son productos de pensamientos distorsionados.

FALTA DE HABILIDAD. La falta de exposición a situaciones novedosas o poco acostumbradas provoca tensión o bloqueo en la conducta del individuo, cuando se requiere actos de mayor firmeza. Ejemplo: hablar en público.

IGNORAR LOS DERECHOS COMO PERSONA. Las personas al no aceptar o identificar sus derechos sea por costumbre al maltrato verbal o físico desde la infancia o por la ignorancia de ser aceptados con respeto y dignidad; se convierten en el más severo juez o crítico condenatorio de sí mismo. Los aspectos señalados provocan una serie de conductas negativas que al incurrir con demasiada frecuencia pueden deteriorar la satisfacción personal y la comunicación en las relaciones humanas. Ejemplo: frustración, insatisfacción, tensión, dificultad para no resolver problemas, riesgo en el desarrollo de conductas agresivas, deterioro de la salud física y mental, sentimiento de incompreensión, menosprecio y rechazo; soledad, depresión, dependencia y dificultades para establecer relaciones interpersonales.

3.1.5. Afrontamiento del Estrés.

El estrés psicológico es el resultado de una relación entre el sujeto y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar.

Lazarus (1986), se basa en la evaluación cognitiva que el individuo hace de una interacción específica con el entorno. La evaluación a la vez esta influida por variables que tienen relación con los compromisos, creencias, recursos y vulnerabilidad del sujeto y por factores propios de la situación entre los que se encuentra la naturaleza de la amenaza.

Se manejan tres clases de evaluación cognitiva: primaria, secundaria y reevaluación.

- 1) *Evaluación primaria*. Valoración de una situación como irrelevante, benigna-positiva y estresante.
- 2) *Evaluación secundaria*. Es la valoración relativa entre lo que se debe y puede hacerse.
- 3) *Reevaluación*. Es el cambio efectuado en una evaluación previa, a partir de nueva información recibida del propio individuo y/o del entorno. En algunas ocasiones las reevaluaciones son resultados de reevaluaciones defensivas que consisten en cualquier esfuerzo que se haga para reinterpretar una situación del pasado o daños y amenazas del presente de forma más positiva, la cuál previene de una necesidad interna del individuo, más de las presiones del entorno.

Afrontamiento.

Lazarus (1986), define el afrontamiento como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes de los recursos de los individuos. Las etapas son las siguientes:

- a) *ANTICIPATORIO O DE AVISO*. El acontecimiento no ha ocurrido todavía e incluye la evaluación del que el acontecimiento ocurra o no.
- b) *IMPACTO O DE CONFRONTACION*. Pensamientos y acciones para el control, pierden valor cuando el acontecimiento nocivo ha empezado o terminado. En algunas ocasiones la energía mental del individuo queda concentrada en la emoción-reacción, por lo que tarda en darse cuenta de lo que ocurre y en valorar su importancia (reevaluación).
- c) *POSTIMPACTO O POSTCONFRONTACION*. Aunque el acontecimiento estresante haya terminado, suscita todo un conjunto nuevo de procesos anticipatorios. Incluso el período de impacto contiene una serie de procesos de evaluación y de afrontamientos dirigidos no sólo al pasado y al presente, sino también al futuro.

Afrontamiento y Dominio del Estrés.

Para afrontar el estrés y sus efectos, es conveniente actuar mediante el control personal, información y apoyo social. Para tal caso se recomiendan acciones concretas donde lo más importante es:

- a) *Aumentar el conocimiento de sí mismo*. El comportamiento presente y los acontecimientos precedentes y posteriores.
- b) *Ensayar psicológicamente*. Imaginando escenas tensoras y reproduciendo lo que pasó antes, durante y después del hecho que produjo estrés.
- c) *Recurrir a técnicas de relajación*. Reducen la tensión, el nivel de estrés y los síntomas fisiológicos consecuentes. Ejemplo: ejercicios respiratorios, prácticas deportivas, etcétera.

d) *Mantener una comunicación asertiva.* Mantener la capacidad de escuchar, relacionarse y compartir los derechos. Sentimientos, requerimientos sin alterarse.

El dominio del estrés puede darse cuatro estilos comportamentales:

- 1) Mediante un comportamiento orientado hacia el trabajo como fuente de solución.
- 2) Con la expresión de sentimientos y búsqueda de apoyo social.
- 3) Ocupándose de otras actividades recreativas, deportivas, familiares.
- 4) A través de una actitud pasiva como intento de ignorar las causas del estrés.

3.1.6. *Resiliencia.*

Otro aspecto importante para evitar el consumo de drogas es la resiliencia, que se define como, la capacidad de una persona para surgir o salir de situaciones adversas, adaptarse, superar y acceder, a una forma de vida que resulte significativa y productiva: Una persona resiliente es aquella que, a pesar de nacer, crecer y vivir en un ambiente de alto riesgo para su crecimiento personal y familiar se desarrolla física y mentalmente sano y exitoso (CIJ, 2001).

La resiliencia abre un camino para enfatizar y considerar los aspectos positivos, y los motivos de superación que los seres humanos tienen para enfrentarse constantemente a los problemas o situaciones de riesgo en su entorno, no es algo con lo que se nace, sino una característica que las personas adquieren durante su desarrollo, sobre todo en la infancia. Es una capacidad que se va obteniendo, con la constante interacción que se tiene con el entorno donde se vive. Para que esta capacidad pueda ser considerada resiliencia, debe permanecer casi sin variación durante largo tiempo.

Un ejemplo de resiliencia, puede ser el caso de un niño que pese, o que nace en un ambiente con serias carencias materiales y falta de estímulos afectivos; ante lo cual es capaz de salir adelante para tener una vida normal. La resiliencia es un término que ha adaptado la psicología y cuando se menciona adaptación, es porque, se utilizó inicialmente en la ciencia física para indicar la “propiedad de la materia que se opone a la rotura por el choque o percusión”. Su origen proviene del latín “resilio”, que significa volver atrás, volver de un salto, resaltar, rebotar (Kalawski, 2003).

La probabilidad de que una persona consuma drogas se relaciona con los riesgos que enfrenta. Por ello, quienes cuentan con la capacidad de resiliencia podrán tener las habilidades y los elementos necesarios para contender con esas situaciones de peligro.

Los riesgos que afrontan las personas en su vida diaria, pueden ser muy frecuentes y variados. Van desde riesgos inofensivos, como conducir un auto, hasta los que representan un problema grave como, por ejemplo, una crisis de depresión en un adolescente que enfrenta la muerte repentina de un hermano en un accidente de tráfico.

Cada persona contará con distintas capacidades, habilidades y cualidades para hacer frente a cada uno de estos riesgos. Por lo tanto, en circunstancias potencialmente peligrosas y similares, dos personas podrán salir de ellas, afectadas en distinto grado.

En este sentido, la resiliencia actúa como elemento que disminuye la influencia negativa de las situaciones de riesgo que afronte una persona. El individuo resiliente no evitará los riesgos en su vida, sino que simplemente, tratará de no involucrarse en un conflicto mayor derivado de situaciones problemáticas. Por ejemplo: dos hermanos que comienzan a pasar su tiempo libre con un grupo de amigos, entre quienes es común el consumo de marihuana, probablemente

actuarán de forma distinta ante la presión de los demás y evitarán comenzar a consumir la droga, de acuerdo con el nivel de resiliencia que posea cada uno.

En la medida en que las personas se movilicen para hacer frente a este problema o se interesen por tener injerencia en los programas que ofrecen las alternativas que abordan este tipo de asuntos comunitarios, se podrá contar con mayores y mejores alternativas de solución.

Considerando los aspectos anteriores, en el siguiente punto se detalla la realización del trabajo profesional como promotora de factores de protección para la prevención del consumo de drogas, cabe mencionar que en los proyectos que participó son: Información a concurrentes e Información pública periódica, Escuelas, Orientación Preventiva infantil, y Orientación preventiva de adolescentes con los que trabaja los Centros de Integración Juvenil A. C., para luchar contra este fenómeno que afecta cada vez más a los niños y a los adolescentes.

3.2. El trabajo del psicólogo como promotor de factores de protección.

A continuación se presentan las líneas de trabajo en los proyectos en donde se inserta el psicólogo en esta institución. Este trabajo es a través de los siguientes niveles:

❖ Nivel de información Preventiva.

Las actividades en este nivel de información se realizan bajo los siguientes proyectos:

- ***Proyecto de Información a Concurrentes (IC) e Información Pública Periódica (IPP).***

El trabajo preventivo en este nivel juega un papel importante, ya que es el primer paso para realmente conformar una prevención integral.

En estos proyectos se priorizó, la sensibilización de los grupos respecto a los factores de riesgo, estableciendo el porqué estos factores representan situaciones que predisponen al consumo.

En un segundo momento, se identificaron los factores de riesgo que impactan a los grupos, para establecer las formas de evitar estas situaciones. En este punto, es importante informar a los grupos lo que son los factores protectores, y se establece las formas de promover los factores específicos propuestos, estableciendo la forma en que impactan a las situaciones de riesgo y, por lo tanto la manera en que previenen el consumo. Así, por ejemplo si el grupo menciona como factor de riesgo las malas relaciones familiares, y la falta de comunicación en la familia, propuse, la promoción de la asertividad y de las habilidades de comunicación, como factores protectores; de esta forma se recomienda elaborar para el cierre de la sesión, un cuadro de factores de riesgo identificados por el grupo con los correspondientes factores protectores.

- ***Proyecto Escuelas (ESA).***

En este proyecto se promueve el apego escolar, los factores de riesgo y protección, lo cuál requiere aclarar a los grupos los conceptos de situaciones de riesgo y protectoras, así mismo se establece el potencial protector de apego escolar, para ello, la sensibilización se enfoca en descubrir las diversas situaciones de riesgo, y los factores de protección que las contrarrestan, relacionándolas con el potencial protector de las actividades escolares que, por sus características, pueden ser consideradas como protectoras, por ejemplo:

- o Acceso a información sobre las drogas.
- o Inserción a grupos de población no consumidora.
- o Realización de actividades recreativas (deportivas, culturales, etcétera).
- o Establecimiento de relaciones duraderas.
- o Desarrollo de habilidades.

- o Formación de hábitos positivos.
- o Incorporación de modelos positivos (maestros, personajes históricos, científicos, etcétera).
- o Desarrollo y puesta en práctica de capacidades.

Así, es posible definir el apego escolar en los siguientes términos:

Como, el interés, la participación, permanencia y gusto, por formar parte de la comunidad escolar.

❖ ***Nivel de Orientación Preventiva.***

Este nivel comprende los siguientes proyectos:

- ***Proyecto de Orientación Preventiva Infantil (OPI).***

Este proyecto tiene como objetivo, orientar y habilitar a la población, desde una perspectiva cognitivo conductual, en torno a distintas estrategias preventivas de carácter individual, microsocioal y macrosocioal, que le permitan afrontar adecuadamente las situaciones de riesgo ante el consumo de drogas.

El programa preventivo de Centros de Integración Juvenil, A. C. comprende dentro del nivel de orientación, el desarrollo de actividades sistemáticas con niños, por ser éstos una de las poblaciones vulnerables para el inicio en el consumo de drogas y en la que se enfocan los esfuerzos preventivos para contrarrestar este problema, considerando que “sí la intervención se presenta en fases tempranas del desarrollo y/o en las transiciones de la vida, las actividades contrarias al uso de drogas podrán redundar en resultados más efectivos” (NIDA,1997).

La Orientación, conceptuada como un proceso de enseñanza-aprendizaje en un espacio y tiempo específico, pretende que los individuos y los grupos (niños, adolescentes, jóvenes y adultos), no sólo reflexionen sobre diversos tópicos relacionadas con su etapa de vida y con la prevención de drogas; sino que sobretodo adquieran y fortalezcan conductas y actitudes favorables al cuidado de la salud, de forma que consoliden diversas estrategias y habilidades específicas que les permitan enfrentar situaciones adversas al bienestar personal y al uso de sustancias tóxicas.

En este sentido, optimizar la operación de las acciones que engloban el desarrollo del proyecto preventivo con niños, requiere del conocimiento de algunas de las características distintivas de esta etapa de vida, las situaciones individuales, familiares, escolares y sociales, que pueden coadyuvar para el sano desarrollo físico y mental del individuo o, por el contrario, orillar a que se generen actitudes y conductas propicias para experimentar y/o abusar de las drogas; así como de referentes y evidencias preventivas justificadas en resultados de la investigación científica relacionada con las drogas.

Por lo anterior, puede señalarse que la infancia es una de las etapas de vida donde se producen o se observan con mayor facilidad cambios en los individuos, ya que en ella, existe en general, una marcada tendencia por la exploración, la integración con los adultos y la asimilación de roles que frecuentemente se aprenden en los contextos interpersonales. Los niños en la interacción constante con su “realidad” inmediata, es decir, con la familia, en la escuela o con el grupo de pares, van conformando su personalidad, al adquirir valores, creencias, actitudes, definir gustos, preferencias, etcétera, que pueden beneficiar o no la salud integral.

Debe resaltarse que el juego se constituye como una parte fundamental para el desarrollo del niño, puesto que por medio de él aprende y potencia diversas habilidades, emplea su creatividad e imaginación, etcétera. Con el juego, los

infantes se divierten, interactúan, expresan y dan respuestas al “mundo” de los individuos adaptándolo a su realidad (Sanz, 1999).

Con base a los aspectos señalados y siguiendo los lineamientos de La Guía Técnica de Orientación Preventiva de Centros de Integración Juvenil A. C., a continuación se presenta la labor del psicólogo en la promoción de los Factores de Protección. Este trabajo se hace a través de módulos.

El proyecto de Orientación Preventiva Infantil se dirige a niños que tienen un rango de edad entre los 10 y 12 años, considerando que de acuerdo con las investigaciones realizadas por Centros de Integración Juvenil A. C., y otras instancias normativas nacionales e internacionales, es ésta la edad en la que se observa que las personas inician o tienen altas posibilidades de experimentar con drogas.

Para la operación del proyecto, se contemplo un tiempo aproximado de 60 y 90 minutos para cada sesión. El desarrollo de las sesiones preventivas con los niños, se estructura a partir de dos sesiones que son obligatorias (inicio y cierre del curso), así como por 4 módulos que integran sus respectivas sesiones de trabajo, a continuación se describen los elementos que se trabajan en cada módulo:

Modulo I. Alcohol y tabaco: drogas desde la infancia. El problema del consumo de drogas en nuestro país, se ha vuelto una prioridad a ser atendida por los diferentes actores de la sociedad, incluyendo la población infantil la cuál es la más vulnerable hoy en día. En este módulo se trabajan los temas: Tabaco, Alcohol, Drogas ilegales y la Influencia de los medios de comunicación

Modulo II. Autoestima: El descubrimiento de mi imagen. En este módulo se trabajan los siguientes temas: autoconocimiento y cómo fomentar mi autoestima.

El autoconcepto y la autoestima, son la base fundamental para que toda persona desarrolle al máximo sus capacidades, y encuentre un sentido positivo a su vida. Las personas con alta autoestima se caracterizan por: ser expresivas, mostrarse felices y satisfechas, creer firmemente en principios y valores consistentes; ser autónomas y seguras de sí mismas; confiar en su capacidad para resolver sus problemas; mostrarse sensibles ante las necesidades de los otros, mantener con coherencia sus convicciones, y no dejarse manipular por los demás, aunque no se resistan al cambio si es necesario o benéfico para la salud.

Una persona con baja autoestima presenta sentimientos de inferioridad, además, es hipersensible a la crítica, al ridículo y al castigo; es indeciso debido a un miedo irracional a equivocarse; da excesiva importancia a sus errores; manifiesta irritabilidad desmedida y continua dirigida tanto así mismo como a los otros; tiene tendencias depresivas y negativas, etcétera. Las investigaciones realizadas en torno al consumo de drogas, muestran que las personas que las consumen en algún momento de su vida, han tenido problemas con su autoestima, por lo que fue necesario abordar estos aspectos.

Por lo anterior, se considera relevante promover este módulo temático, que contiene temas como el autoconcepto y como mejorar la autoestima, pretendiendo con ello, habilitar a los niños en todo lo concerniente a las alternativas y recursos que tienen a su alcance para tener una autoestima alta, y así disminuir la probabilidad de llegar a experimentar el consumo de alguna droga (ver anexo 1).

Modulo III. Habilidades Sociales. En este módulo se trabajan los siguientes temas: saber tomar decisiones y, cómo afronto la presión de mis amigos.

Se entiende por habilidades sociales, a la manera como se resuelve o se actúa personalmente ante ciertas situaciones o relaciones con otras personas, y donde entran en juego los sentimientos, pensamientos, deseos o creencias, cuando se desea obtener o evitar algo. Se considera importante fomentar el desarrollo de

habilidades sociales en los niños sobretodo cuando se espera que aprendan a tomar decisiones que fomenten el cuidado de su salud; al igual que expresar lo que realmente piensan y desean, a afrontar satisfactoriamente la presión de los amigos para experimentar con drogas, sin que por ello lleguen a sentirse molestos, inseguros o comprometidos a realizar algo.

Modulo IV. La importancia de la escuela. Este módulo trabaja los siguientes temas: mis intereses escolares, como mejoró mi desempeño escolar y en que puedo ocupar mi tiempo libre.

En la escuela, el espacio donde los niños pueden encontrar diversas satisfacciones que los identifiquen y los motiven a asistir a ella, ya sea para estudiar, convivir con los amigos, participar en diversas actividades, etcétera. Por ello, resulta fundamental lograr que los niños adquieran y fortalezcan conocimientos y habilidades que beneficien su salud y los alejen de los riesgos asociados para experimentar con drogas.

Estructura de trabajos en los módulos.

Los módulos temáticos representan en general, los contenidos que deben promoverse y reforzarse con los participantes durante los cursos de orientación.

Cada módulo temático se estructura de la siguiente manera:

- a) Por un componente informativo. Este apartado alude a la información científica ya sea general y/o específica de cada tema, que se considera necesario conozcan los participantes en las sesiones de trabajo, de forma que la perciba como algo fundamental para comprender e incorporar provechosamente las actividades que se tienen programadas.
- b) Por un componente informativo: Este apartado comprende todas aquellas actividades (p.e. técnicas, ejercicios, tareas), que están diseñadas en cada

una de las sesiones preventivas, para lograr que los participantes aprehendan ciertos conocimientos que puedan ponerse en práctica, es decir, que adquieran, asimilen o incorporen habilidades y/o conductas particulares que les permitan asumir y afrontar de una manera más clara y efectiva aquellas situaciones de riesgo que se relacionan con el consumo de drogas.

- c) Por un componente de evaluación. Este rubro integra los puntos o aspectos generales que se considera necesario indagar al término de cada módulo temático, para conocer, valorar o determinar cuáles fueron los resultados obtenidos, es decir, los cambios y alcances mostrados por los participantes en cada uno de ellos.

El orden o presentación de los módulos temáticos en cada curso, estuvo en función de las características y/o necesidades de los grupos respecto a las inquietudes, actitudes y/o conocimientos que en general, es decir, la percepción de riesgo que tengan sobre el problema, situación que podrá cumplirse con el diagnóstico inicial que se realizó en la sesión del curso.

Una vez realizado el **DIAGNÓSTICO** inicial, con base al sondeo de información, se identifica la percepción de riesgo sobre el consumo de sustancias, así es como se determina el orden de presentación de los módulos de acuerdo a los siguientes ejemplos:

- a) Cuando existe una percepción de riesgo bajo, se trabajaron los cuatro módulos temáticos bajo la siguiente modalidad: “Alcohol y tabaco”, “Habilidades sociales”, “La importancia de la escuela” y por último, el de “Autoestima”.

La percepción de riesgo bajo se entiende como aquella donde los grupos muestran actitudes, inquietudes y/o un nivel de conocimiento escaso, nulo, o

equivocado sobre el problema de consumo de drogas, es decir, que las opiniones, comentarios o creencias que expresan son contrarias, falsas o incompletas a los que refieren los estudios actualizados sobre el problema, por ejemplo: desconocimiento de los principales daños que ocasionan el alcohol y el tabaco; así, como de las situaciones de riesgo que se asocian con el uso de sustancias, qué drogas son las de mayor consumo en su localidad, desconocimiento de habilidades personales, imagen negativa de sí mismo, falta de interés por las actividades escolares, apatía, desinterés, etcétera.

- b) Cuando existe una mediana percepción de riesgo, se sugiere trabajar los módulos temáticos de la siguiente manera: “alcohol y tabaco”, así como “habilidades sociales”; y de manera opcional, “la importancia de la escuela” y “autoestima”.

La mediana percepción de riesgo, se considera como aquella donde los grupos presentan en ciertos aspectos actitudes, creencias y/o información clara o precisa, como por ejemplo los daños y/o consecuencias del consumo de alcohol y tabaco; pero que en otros rubros, muestran también actitudes, creencias e información parcial y poco clara, por ejemplo: en lo referente al afrontamiento del problema (toma de decisiones, comunicación, etcétera), lo relevante que resulta asistir a la escuela, la importancia de la valoración personal, dificultades para expresar lo que se piensa y/o se siente, por qué se hace uso de sustancias tóxicas, etcétera.

- c) Cuando existe una alta percepción de riesgo, se sugiere trabajar como módulos prioritarios: “la importancia de la escuela” y “habilidades sociales”, y de manera opcional los módulos de “autoestima” y el de “alcohol y tabaco”.

La percepción de riesgo alta se entiende como aquella donde la mayoría de los integrantes de los grupos muestran actitudes, creencias e información veraz, precisa y/o actualizada sobre la situación del uso de alcohol, tabaco, y otras

drogas, es decir, que saben cuáles son algunas de las situaciones que conllevan a las personas a usar algún tipo de droga; los daños y consecuencias que se asocian con ellas, qué hacer para rechazar el ofrecimiento de sustancias; además de señalar las actividades que pueden ser más recomendables para cuidar la salud dentro y fuera del ámbito familiar y/o escolar, la importancia que tiene el reconocimiento y aceptación de sí mismo, etcétera.

En base a lo anterior y con la finalidad de generar un clima de confianza para el desarrollo de las actividades de trabajo, al inició de cada grupo, primeramente se hace la presentación de la institución y del promotor, ya posteriormente se especifica con claridad los aspectos generales del proyecto preventivo “Orientación Preventiva Infantil”, y recomendaciones que hacen las sesiones mas dinámicas.

Al terminó del proyecto (cierre del curso), se señalan recomendaciones a los niños como por ejemplo: llevar a la práctica todo lo que aprendieron en el curso, y leer frecuentemente sus apuntes, de forma que no se les olvide nada, además de continuar participando en las actividades que fomenten la salud y la prevención del uso de drogas (anexo 1).

▪ ***Proyecto Orientación preventiva de adolescentes (OPA).***

En este proyecto se brinda información científica a los adolescentes, que les permita conocer el efecto y las repercusiones biopsicosociales de las drogas, con el objeto de fomentar una conducta responsable con respecto al consumo. Se da información real y oportuna, respecto a las drogas más comunes y los daños que éstas ocasionan en el organismo. Se brindan estrategias específicas que permitan fortalecer la autoestima de los adolescentes.

Además se ofrecen estrategias para favorecer la comunicación familiar, en la escuela y con el grupo de pares, favoreciendo la negociación y resolución de conflictos.

El método de trabajo es similar al proyecto de “Orientación Preventiva Infantil”, sólo cambia la presentación de los módulos, los temas son los siguientes.

MODULO I. Drogas y Adolescencia

- La influencia de la publicidad en los jóvenes.
- Drogas ilegales: riesgos y consecuencias.
- Alcohol, una droga peligrosa.
- Tabaco, una droga muy adictiva.

MODULO II. Autoestima.

- El valor de uno mismo.

MODULO III. Habilidades Sociales.

- Comunicación asertiva.
- Toma de decisiones.

MODULO IV. Estrategias de Afrontamiento del estrés.

- Estrés.
- Tiempo libre.
- La escuela.

Cada módulo es retroalimentado con la elaboración de material didáctico. Es importante mencionar que dentro de las actividades de apoyo a los proyectos institucionales se diseña y se elabora material didáctico como apoyo a las diferentes sesiones de trabajo, así mismo, cada actividad realizada diariamente,

se registra con el llenado de formatos estadísticos, esto de forma semanal. Así mismo, se trabaja en la difusión de los servicios institucionales.

Finalmente, el trabajo profesional en el Centro de Integración Juvenil A. C. como promotora de factores de protección para el consumo de drogas, en lo personal es importante, ya que nuestra contribución a la promoción de la salud, requirió entender que el uso y abuso de drogas es un fenómeno social, dinámico y en evolución; por tal motivo se justifica, que evitar o prevenir el consumo de drogas requiere del interés y participación de todos, ya que se trata de un asunto de salud pública. En la medida en que las personas se movilicen para hacer frente a este problema, o se interese por tener injerencia en los programas que ofrecen las instituciones que abordan este tipo de asuntos comunitarios, se podrá contar con mayores y mejores alternativas de solución.

CONCLUSIONES

Centros de Integración Juvenil A. C., al ser una de las instituciones mas importantes en México, en cuanto a atención de la drogadicción, se ha esforzado por contar con un programa que informa, orienta y capacita en actividades necesarias para su prevención, por lo tanto, siempre esta en evolución y transformación.

El programa preventivo institucional está sustentado, básicamente por estrategias generales de acción: *de orden conceptual*, porque se ha establecido a la vulnerabilidad, al riesgo como concepto básico para establecer factores protectores y, como parte complementaria, un concepto que identifica la resistencia al riesgo. A partir de estos parámetros, el punto central en la prevención de drogas, es la detección y fomento de factores de protección, es decir, situaciones que disminuyen la vulnerabilidad e incrementen la resistencia; *de orden operacional*, por la instrumentación del concepto de transferencia de tecnología, entendida ésta como el proceso a través del cuál especialistas en la materia transmiten un conjunto de métodos, técnicas y procedimientos de manera sencilla y concreta a una determinada población, con el objetivo de habilitarla en las distintas posibilidades para establecer, innovar o modificar estrategias de protección al consumo de drogas; *de orden referencial*, porque cada uno de los tres niveles que integra el Programa Preventivo está sustentado en un marco referencial: el nivel de información en los procesos comunicativos, el nivel de orientación en los procesos cognitivos, y el nivel de capacitación en los procesos de enseñanza-aprendizaje.

La participación del psicólogo en este trabajo profesional, se realiza como promotor de factores de protección, que requiere de interés, disposición y deseo de ayudar, para así integrarse a un programa de actividades establecido, en dónde el objetivo, es sensibilizar a otras personas sobre la importancia de no consumir drogas, para fortalecer estilos de vida saludable; donde es necesario

reflexionar y sensibilizarse sobre la gravedad de los problemas a que se enfrenta, con el objetivo de desarrollar métodos, recursos y materiales, para conocer la realidad social que se pretende transformar, mediante la participación dinámica se estimula el establecimiento de comunidades que rechacen las drogas, para asumirse como protectores de su propia salud, con la de los integrantes de su comunidad.

A partir de lo anterior, es necesario destacar las siguientes aportaciones:

- Es indispensable informar a la sociedad y más concretamente a los jóvenes, de las consecuencias del consumo de drogas, sobre todo de alternativas de prevención, con el objetivo de promocionar valores, actitudes y estilos de vida alternativos para controlar su consumo, ya que considero que es de gran relevancia para este trabajo profesional lograr el objetivo perseguido.
- Dedicar mayor énfasis en la prevención del consumo de drogas, especialmente en aquellos sectores poblacionales donde los factores de riesgo aumentan la probabilidad de que los niños, y jóvenes presenten algún tipo de dependencia, siendo indispensable para ello:
 - * Convocar la participación de un número mayor de personas, para que de manera positiva se disminuya y/o impida el consumo de drogas, incluyendo el alcohol y tabaco.
 - * Lograr que tanto las escuelas, como los maestros, se comprometan en tratar de cumplir los proyectos que ofrece la institución (CIJ), siendo indispensable para ello que se otorguen los tiempos necesarios que requieren las sesiones de información y orientación.

Es importante que durante el trabajo, el psicólogo se sensibilice en todo lo relacionado con la problemática de la drogadicción, tratando de brindar alternativas a las situaciones a las cuales se enfrenta, con la misión de detectar oportunamente a personas con problemas de adicciones, para poder proporcionarles una oportuna atención y en su caso rehabilitación, esto en un clima de confianza, recordando que este trabajo es mancomunado en donde los participantes son los principales protagonistas.

Al igual, necesario considerar que en la prevención del consumo de drogas, las sesiones de orientación, es una herramienta que favorece el fortalecimiento de los factores de protección, siendo su finalidad, enfatizar el aspecto vivencial, y la construcción de un conocimiento compartido para el vivir cotidiano.

Evitar o prevenir el consumo de drogas requiere el interés y la participación de todos, ya que se trata de un asunto de salud pública, y aunque no en todos los núcleos familiares se presenta este problema, se deben tomar medidas preventivas a nivel familiar y social, a fin de mejorar las condiciones de vida propia al igual que el de la comunidad.

En la medida que las personas se movilicen para hacer frente a este problema o se interesen por tener injerencia en los programas que ofrecen las instituciones que abordan este tipo de asuntos comunitarios, se podrá contar con mayores y mejores alternativas de solución.

En cuanto a los que ya utilizan algún tipo de drogas, tales como: el alcohol, tabaco, u otras como la cocaína, la marihuana, los solventes; es importante saber que los adictos se pueden rehabilitar, pero se necesita de la participación organizada tanto de instituciones, como de la comunidad, para generar los recursos necesarios que brinden la posibilidad de contar con profesionales de diferentes áreas, y espacios donde sea posible el proceso de recuperación y readaptación a la comunidad.

Finalmente, es necesario que a los Padres de Familia, se les informe, oriente y capacite en esta problemática, siendo importante que reconozcan y tomen las medidas necesarias para proteger a sus hijos contra las drogas, entre las cuales se encuentran:

- No asumir actitudes permisivas ante el consumo de sustancias (ya sea alcohol, tabaco u otras drogas). Este aspecto es importante, porque los padres son una influencia directa y poderosa, por ser los principales encargados de promover lo que se permite o se rechaza en casa.
- Brindar interés y supervisión en las actividades personales y escolares de los hijos.
- Es básico fijar con claridad las normas, límites y reglas familiares.
- Lograr una constante comunicación; así como una expresión positiva de pensamientos y afectos.

Es importante que los hijos se sientan queridos, valorados, aceptados y respetados. La violencia familiar representa un riesgo para el abuso de drogas, ya que trunca la comunicación entre padres e hijos al generar un alto nivel de estrés en la familia, lo que se traduce en molestia, y relaciones conflictivas. Se ha demostrado que en las familias donde se brinda amor, se enseñan valores, se promueven normas, límites, y se establece una comunicación adecuada, al igual que cuando se fortalece el apego de los hijos a la escuela, se cuenta con defensas ante el problema que representa la drogadicción.

Así tenemos que la propuesta del presente trabajo, es resaltar los estilos de relación que se conocen como factores de protección, siendo importante que los mismos se incorporen en la vida diaria para cuidar a los integrantes del núcleo

familiar contra este problema. El aprendizaje de cualquier forma de relación entre padres e hijos, requiere de la acción continua respecto a lo que se quiere lograr.

Con base a lo cual, es esencial estar bien informado respecto a los cambios que enfrentan los hijos durante su crecimiento y desarrollo, en la medida en que se conozcan las dudas, temores, y habilidades se puede participar y/o apoyar de manera oportuna. Finalmente los padres funcionan como modelos de aprendizaje para sus hijos. Si se toma en cuenta que gran parte del aprendizaje es por imitación, las conductas de los padres ejercerán gran influencia sobre sus hijos.

Del reporte y de las actividades que realizo dentro de la sociedad, en el doble papel como madre y profesionista puedo concluir:

Que por una parte: el ser madre es la experiencia más importante de mi vida, por lo que es un gran reto y una gran responsabilidad el encauzamiento y educación de mis hijos, pues es necesario hacer frente a este monstruo conocido como drogadicción, bajo los siguientes argumentos:

- Puntualizar la desaprobación al uso de sustancias tóxicas; establecer una comunicación adecuada con los hijos; mostrar afecto a través de palabras y acciones; evitar conductas violentas en casa; enseñar a los hijos a tomar decisiones y a decir NO ante el ofrecimiento de drogas; hablar con ellos de las estrategias que utiliza la publicidad para incitarlos a usar alcohol y/o tabaco y enseñarles a evaluar dichos mensajes; enseñarles a valorarse; a cuidar su cuerpo y a reconocer sus logros; ayudarlos a tener buen desempeño escolar; hacerlos participes en actividades y responsabilidades de recreación tales como: acudir al cine, ver películas, practicar juegos de mesa, realizar ejercicio físico y fomentar la diversión libre de drogas, estableciendo valores, reglas y límites dentro de la familia.

Por otro lado, como profesional considero que el fenómeno de la drogadicción, es una enfermedad, porque daña la salud física y mental de las personas, y un problema social porque provoca una serie de conflictos que no sólo afecta a quien se droga, sino a la familia, a los amigos y a las personas que lo rodean. Este problema es tan fuerte que incrementa el riesgo de tener accidentes, cometer actos delictivos, y como consecuencia a llevar una mala calidad de vida, al verse truncados proyectos personales y profesionales. Es indispensable sensibilizarse y estar bien informado ante el problema tan grave que representan de las adicciones.

La experiencia profesional desarrollada, y el desempeño de determinados proyectos, deja una gran satisfacción tanto personal como profesional, ya que se adquieren habilidades, herramientas y elementos indispensables para hacer frente a esta problemática.

El haber informado a más de 600 niños y jóvenes es algo gratificante, que da fuerzas para seguir adelante y que compromete a seguir en una lucha contra este problema social, es de gran motivación ver los resultados obtenidos por la labor profesional desempeñada, considerando que esta experiencia aporta lo mejor de uno, logrando con ello hacer valer nuestra profesión con toda diligencia y ética, aportando elementos para beneficio de la sociedad, haciendo frente a ese enemigo mortal que es la drogadicción.

ANEXO 1

DIAGNÓSTICO INICIAL.

Frases que se deben utilizar en la sesión de inicio, para conocer la percepción de riesgo que los participantes tienen; mismas que permiten determinar los módulos y/o orden en que éstos se abordarán en el desarrollo del curso.

FRASES:

1. Sólo los adultos fuman y toman alcohol.
2. A la mayoría de los niños y las niñas no les importa que la gente se enferme por fumar o beber alcohol.
3. Usar drogas (como la marihuana o la cocaína) afecta sólo la salud de los adultos.
4. Todos los niños y niñas saben que hacer cuando alguien les ofrece fumar, tomar o probar alguna droga.
5. No me molesta que mis amigos prueben cigarros y alcohol.
6. ¿A todos los niños les gusta su forma de ser?
7. Una persona que se quiere mucho consume drogas.
8. Mis opiniones son más importantes que las de mis amigos.
9. Los niños que fuman o beben alcohol son menos importantes que los demás.
10. A la mayoría de los niños y las niñas, no les gustaría probar cigarros o alcohol.
11. Los amigos influyen para fumar o tomar alcohol.
12. Los niños y las niñas no saben decir lo que piensan y sienten.
13. Es una decisión personal probar cigarros cuando los amigos los ofrecen.
14. Es más interesante estudiar en la escuela, que platicar con los amigos.
15. un niño que no tiene interés por la escuela, es más fácil que pruebe cigarros o alcohol.
16. Las personas que van a la escuela, también fuman y beben alcohol.
17. Es mejor practicar algún deporte que no hacer nada.

NOTAS.

- a) Las frases que van de la 1 a la 5, corresponden al módulo de “Alcohol y tabaco”; de la 6 a la 9, hacen referencia al módulo de “Autoestima”; de la 10 a la 13 aluden al módulo de “Habilidades sociales” y de la 14 a la 17 son las que se refieren al módulo de “La importancia de la escuela”.
- b) El nivel de percepción de riesgo (alto, medio, bajo) podrá determinarse a partir de las respuestas que los participantes den en alguna de las opciones “SI” o “NO”. La opción “SI” se relaciona con una alta percepción de riesgo, mientras que la opción “NO” indica una baja percepción de riesgo; en este sentido, la mediana percepción de riesgo podrá entenderse cuando exista igual número de respuestas “SI” y “NO”.

ANEXO 2

Módulo: “Autoestima”.

Este formato se utiliza en el módulo de “Autoestima”, para que los participantes se conozcan mejor, tanto física como emocionalmente, esto con el objetivo de que logren una mayor autoaceptación.

TÉCNICA CONOCETE.

Mi nombre es: _____

Tengo: _____ años

Nací en: _____

Lo que más me gusta de mí es: _____

Lo que menos me gusta de mí es: _____

Me siento feliz cuando: _____

Me siento triste cuando: _____

Me siento incómodo (a) cuando: _____

Lo que más valoro es: _____

Lo que más rechazo es: _____

Mi comida favorita es: _____

Mi pasatiempo preferido es: _____

El libro que más me gusta es: _____

Mis ojos son: _____

Mi cabello es: _____

Mi cuerpo es: _____

La materia que más me gusta es: _____

Mi mayor responsabilidad es: _____

Mi mejor cualidad es: _____

Mi mayor debilidad es: _____

Mi mejor habilidad es: _____

ANEXO 3

Módulo: “Habilidades sociales”.

Estas frases se utilizan en el módulo de “Habilidades sociales”, para que los participantes señalen a qué tipo de comunicación se refiere (pasiva, asertiva y agresiva), con el objetivo de que conozcan lo importante que es expresar con Asertividad lo que uno piensa y siente cuando está con los amigos y familiares.

Bueno, compra lo que quieras ().

Está bien, yo solo haré caso ().

Este, mmm, me das mi lápiz, es que lo necesito ().

Y si se enoja, mejor no le digo ().

Ya cállate, me desesperas ().

Siempre te la pasas llorando ().

Tú haces lo que yo diga ().

No me interesa quien las tenga, tú me das mis películas ().

Eres miedoso o qué te pasa ().

Me gusta jugar contigo, eres un gran amigo ().

No me gusta que te pongas mi gorra, mejor pídemela ().

Aunque fumes, yo no quiero hacerlo ().

Por favor, quiero que dejes de molestarme ().

BIBLIOGRAFÍA

ALCANTARA, H. (2001). "Referencias Bibliograficas del Programa Preventivo Institucional". *Revista Enlaces*, no. 47. No editado. Boletín de la Subdirección de Prevención CIJ.

AJZEN, I. (1988). *Attitudes, personality and behavoir*. Chicago, IL: The Doisey Prees.

BANDURA, A. (1977). "Social learning theory". Nueva York: Prentice_Hall (Trad. Cast.: Madrid: España_ Calpe, 1982).

- - - - - (1986). "*Social Foundations or Thought and Action*". A social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice_Hall (Trad. Cast.: Barcelona: Martínez-Roca, 1987).

BECOÑA, I. (1999). "Bases Teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas". Madrid: Universidad de Santiago de Compostela y Plan Nacional de Drogas.

BRANDEN, N. (1993). *El Poder de la Autoestima*. Argentina, Paidos.

CENTROS DE INTEGRACION JUVENIL A. C. (1998). "Habilidades de vida y asertividad como factores protectores ante la farmacodependencia". *Revista Enlaces*. No. 36. No editado. Boletín de la subdirección de Prevención, CIJ.

- - - - - (1998). "Desarrollo de Habilidades sociales". Dirección de Prevención, Departamento de Unidades Operativas. Seminario Preventivo de Septiembre. (Documento de circulación interna).

- - - - (1999). *Cómo proteger a tus hijos contra las drogas*. "Cronología Histórica de Centros de Integración Juvenil A. C. Guía práctica para padres de familia". México.

- - - - (1998a). "Para evitar el consumo de drogas entre niños y adolescentes". *El programa preventivo y su proyección*. Revista enlaces. No. 47. No editado. Boletín de la subdirección de prevención, núm. 47, año XIV, noviembre 2001.

- - - - - (1998b). "Análisis comparativo entre los programas de CIJ y las Conclusiones del Grupo de CICAD". *El programa preventivo y su proyección*. Revista enlaces. No editado. Boletín de la subdirección de prevención, CIJ.

- - - - - (2001). "Resiliencia". *Dirección de Prevención, Subdirección de Investigación. Una revisión documental*. Informe de Investigación. No editado, México.

- - - - (1997) "Factores de riesgo y protección en el consumo de drogas". *Revista, Enlaces*, no. 35. No editado. Boletín de la subdirección de prevención, CIJ.

CLAYTON, R. (1992). *Transitions, in drug use: Risk and protective factors*. En M., Glantz y R. Pickens (Eds) *Vulnerability, to drug abuse*. Washington, DC: American Psychological Association.

GIDDENS, Anthony. (2000). *Un mundo desbocado*. "Los efectos de la globalización en nuestras vidas". Madrid: Taurus.

HAWKINS, J.; Catalano, R. and Miller, J. (1992). "Risk and Factors for Alcohol and other Drugs Problems in Adolescents and Early Adulthood". *Implications from Substance Abuse Preventions*. En *Psychological bulletin*, No. 1, Vol. 112, pp. 64-165.

KALAWSKI, P.; IHAZ, A. (2003). “¿Y donde esta la resiliencia?: Una reflexión conceptual”. *Revista Interamericana de Psicología*. Vol. 37. No. 2. Pág. 365-372.

KUMATE, R. Jesús. (2002). “Percepción de Riesgo y Consumo de Drogas en Jóvenes Mexicanos”. En CONACID, Informa, México: SSA- CONACID, Boletín Especial/Junio.

LAZARUS, Richard, Forman, S. (1986). *Estrés y Procesos Cognitivos*. Ed. Martínez. Roca.

MAYOR, J. y Labrador, F. J. (1984). “Fundamentos teóricos y metodológicos de la modificación de conducta”. *Manual de modificación de conducta*. Madrid: Alambra.

MEDINA- MORA. (1994). “Prevención en Materia de adicciones”. *En prevención en psicología*. UNAM. México.

- - - - (2002). “Como influye el conocimiento del riesgo en el uso de drogas”. En CONACID, Informa, México: SSA-CONACID, Boletín Especial/Junio.

NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH/NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE (INH). (1997).” Drug Abuse Prevention for At-Risk Individuals”. Rockville.

NIDA. (1997). *Instituto Nacional contra el Abuso de Drogas*. “Prevención del Consumo de Drogas entre Niños, Niñas y Adolescentes”. Guía basada en trabajos de investigación. Departamento de Salud y Servicios de los EE.UU.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1993). “Comité de expertos de la OMS en Farmacodependencia”. 28° Informe OMS. *Serie de Informes Técnicos 836, Ginebra*

- - - - (1992). *Las Drogas y sus Usuarios*. Secretaría de Salud/CONACID. México.

PATÍÑO, H. (2001). *Proyección del Programa Preventivo. Revista Enlaces*. No. 47. No editado. Boletín de la subdirección de prevención, CIJ.

PERRY, M. A. y FURUKAWWA, M. J. (1987). "Métodos de modelado". En F. H. Kanfer y A. P. Golstein (Eds). *Cómo ayudar al cambio en psicoterapia*. Bilbao: Descleé de Brouwer.

PONCE, B. (1986). "La Prevención de la Farmacodependencia en Centros de Integración Juvenil". Ponencia presentada en la Ciudad de Puebla.

RAMOS, R. (1999). *Prometeo y las flores del mal: El problema del riesgo en la sociología contemporánea, Globalización, Reflexividad y Riesgo*. Madrid: CIS.

SANZ, F. (1999). *Infancia, la escalera del caracol*. Madrid: Caritas Española.

SCHIPPERS, G. M. (1991). *Contributions to the Psychology of Addictions*. Amsterdam: Swets and Zeitlinger.

SSA. CONSEJO NACIONAL CONTRA LAS ADICCIONES. (1999). "El Consumo de Drogas en México".

SECRETARIA DE SALUD. (1998). *Encuesta Nacional de Adicciones*. "Características Sociodemográficas y de Consumo entre Pacientes de Primer Ingreso a Tratamiento en CIJ entre 1990 y 1997". Encuesta Nacional a Estudiantes de Secundaria y Bachillerato, (SEP-IMP, 1991).

- - - - (1994). *Encuesta Nacional de Adicciones de 1993*. "Drogas Ilegales". México: Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud.

- - - - (1992). "Las Drogas y sus Usuarios". CONACID. México.

- - - - (1999). *Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-*. “Para la prevención de Tratamiento y Control de las Adicciones”.

STEIN D. M. (1999). *La prevención del uso de sustancias*. “Un repaso actualizado de los componentes y programas efectivos (1993 a 1997)”. En la programación efectiva para la prevención en Nuevo México.

TREJO, S. (2002). *Departamento de Promotores y Servicio Social*. Subdirección de Movilización Social.