



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MÉXICO**

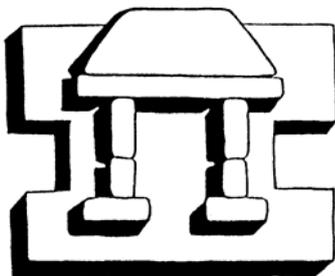
**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA**

ANÁLISIS DE UNA PERSPECTIVA METODOLOGICA:

EL MODELO CHIMALLI COMUNITARIO

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A:
MARIA PATRICIA CABALLERO SANCHEZ



IZTACALA

ASESOR:

LIC. CESAR ROBERTO AVENDAÑO AMADOR

DICTAMINADORES:

LIC. JOSÉ ESTEBAN VAQUERO CAZARES

DR. EDGARDO RUIZ CARRILLO

TLALNEPANTLA, EDO. DE MEXICO

2007



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.

Para no hacer de mí ícono pedazos
Para salvarme entre únicos e impares
Para cederme un lugar en su parnaso,
Para hacerme un rinconcito en sus altares.

Me viene a convidar a arrepentirme
Me vienen a convidar a que no pierda,
Me viene a convidar a indefinirme
Me viene a convidar de tanta mierda.

Yo no sé lo que es destino...

Dicen que me arrastraran por sobre rocas
Cuando la revolución se venga abajo
Que machacaran mis manos y mi boca
Que me arrancaran los ojos y el badajo

Será que la necedad parió conmigo
La necedad de lo que hoy resulta necio
La necedad de asumir al enemigo
La necedad de vivir sin tener precio...

SILVIO RODRIGUEZ

AGRADECIMIENTOS

A MIS PADRES

Con su apoyo y comprensión han sido el sostén de mi existencia

A MIS HERMANOS

Gracias y perdón,
Perdón por ser como soy
Gracias por aceptarme y estar conmigo.

A MITZY GALIA

Gracias por que tú presencia a iluminado mi vida.

A LIBRADO

Gracias por invitarme a compartir mi vida contigo
Y aunque sé que el camino es duro, seguimos de pié
Continuemos, pues, caminando.

A DAVID CILIA OLMOS

Porque no hay manera de agradecer este acompañamiento en mi vida

A MIS AMIGOS HERMANOS:

Carlos, Mario, Chuy, Ismael, Carmen, Claudia, Fernando, Raúl, Maribel, Ofelia,
Héctor y con el temor de olvidarme de alguno,

A MIS ASESORES

César: Personas como tu hacen que uno se aferre mas a lo que piensa,
Gracias por compartir tu sabiduría

Vaquero y Edgardo:
¡Qué importante es contar con personas como ustedes!
Gracias por su apoyo.

INDICE

	Página
RESUMEN	
INTRODUCCION	4
CAPITULO 1. ANTECEDENTES GENERALES SOBRE ADICCIONES	7
1.1 ANTECEDENTES HISTORICOS	7
1.2 DEFINICION DE ADICCIONES	18
1.3 PROCESO ADICTIVO	20
CAPITULO 2. MODELOS DE INTERVENCION EN LA PREVENCIÓN DE ADICCIONES	22
2.1 DEFINICION DE MODELO	22
2.2 MODELO ETICO JURIDICO	25
2.3 MODELO MEDICO-ASISTENCIAL	29
2.4 MODELO SOCIOCULTURAL	32
2.5 MODELO PSICOSOCIAL	35
CAPITULO 3. MODELO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES CHIMALLI	37
3.1 ANTECEDENTES DEL MODELO CHIMALLI	37
3.2 MARCO FILOSÓFICOS DEL MODELO	38
3.3 MARCO TEORICO	39
3.4.ASPECTOS METODOLÓGICOS	41
3.5 MANEJO DE LA EVALUACIÓN	43
3.6 IMPACTO EN LA COMUNIDAD	44
CONCLUSIONES	58
BIBLIOGRAFIA	60
ANEXOS	

RESUMEN

En este trabajo se da cuenta de una revisión bibliográfica de los antecedentes históricos de la construcción social de la *demonización* del consumo de las drogas en el imaginario colectivo; también se describen los modelos preventivos que tienden a reafirmar dicho carácter. Al final se aborda el Modelo Chimalli Comunitario, modelo que ha tenido gran aceptación y es fuerte candidato para ser aplicado en el contexto nacional como el “modelo” a seguir en materia de prevención del consumo de drogas. Al mismo tiempo se propone un análisis crítico de los vacíos teóricos y metodológicos que se ponen de manifiesto en los diferentes contextos en los que han sido aplicados.

INTRODUCCION

El consumo de las drogas es tema recurrente en política pública y en ciencias sociales, la psicología no se mantiene al margen de este interés. La preocupación fundamentalmente se relaciona con las vinculaciones hechas entre consumo de drogas y delincuencia, terrorismo, desviaciones sociales y prácticas no “deseables” en el terreno social.

Es común encontrar abordajes a la temática que se circunscriben a las lógicas de las “buenas conciencias” para distinguir al conjunto de conductas etiquetadas como desviadas y perjudiciales a los grupos sociales. El interés de este trabajo se centra fundamentalmente en una crítica a estas formas tradicionales de abordar el tema. En el distanciamiento se busca evidenciar los modos en los que tradicionalmente se han marginado otras “visiones” que se desvían de lo “bueno”, consecuentemente calificadas como malditas o poco deseables por la política pública moralizada.

El tema tiene elementos escabrosos, por ello no es cómodo asumir una posición distante y reiterativa. Aquí no se pretende calificar, juzgar o determinar lo bueno, se parte de la idea de que no es posible andar el camino de la calificación si de lo que se trata es de comprender el fenómeno del consumo. Por ello se ha optado por una analítica que parte de dos referentes conceptuales fundamentales, el fenómeno tiene historia y contexto social. El dato no es menor, el consumo es una practica construida socialmente, calificada y castigada desde estos referentes y de ningún modo es posible evadir la condición socio-histórica del consumo.

Diversos son los actores sociales interesados en la temática, en no pocos casos el interés se origina, no es las intenciones de resolver, sino en los intereses creados. Sostener el consumo por los beneficios que reporta, no solo económicos, la economía es trascendida hay en el tema intereses laborales, políticos, sociales. Cuántos espacios laborales se han creado en el país por el pretexto de atender a una población de consumidores que no siempre solicitan el servicio, cuántos espacios de representación popular se crean en nombre del

consumidor consuetudinario y más todavía cuantos escenarios sociales son posibles de sostener (la limosna social hecha empresa) en nombre del adicto. Hoy subsiste una gigantesca estructura que sostiene diversos intereses montados en la población consumidora, para no hablar del narcotráfico y todas las vinculaciones que mantiene con diversos sectores sociales que se benefician a manos llenas de las condiciones que se viven bajo el régimen del consumidor.

En el primer capítulo se presentan los principales antecedentes históricos acerca de la concepción de las drogas como problemas, es decir, históricamente ha existido, por parte del poder hegemónico en turno, una preocupación por problematizar el consumo de drogas ante la sociedad, se han generado toda una serie de distorsiones en las percepciones que tenemos de ellas que nos obliga a tomar posiciones al respecto y no siempre se acercan a lo que realmente es.

Se hace una revisión sobre las medidas prohibicionistas de Estados Unidos y cómo éstas políticas son asumidas en México sin mayor cuestionamiento que no sea el de validarlo desde concepciones de carácter ético-jurídico o médico. Así mismo se presenta una definición y clasificación de las drogas considerando los usos ancestrales que se hacía de las mismas, retomando también el proceso adictivo generado a partir del consumo de las mismas.

En un segundo capítulo abordamos los diferentes modelos surgidos ante una posible “alerta” de peligro social; se enumeran los más representativos y que sin querer reconocerlo abiertamente, mantienen su vigencia en las políticas públicas sobre prevención.

Esto nos sirve como precedente para que en el tercer capítulo se presente una descripción y análisis del Modelo de Prevención de Riesgos Psicosociales Chimalli Comunitario, el cual lleva ya varios años aplicándose en diferentes contextos del país.

Es así como intentamos acercarnos a una problemática que por su complejidad, es inacabado cualquier forma de análisis al respecto, no obstante sí podemos dar elementos para que ese acercamiento se vea desde una perspectiva siempre diferente, no la socialmente difundida.

CAPITULO 1. ANTECEDENTES GENERALES

SOBRE ADICCIONES

1 .1. Antecedentes históricos sobre adicciones

Las adicciones son tan antiguas y universales como la humanidad, no obstante, el significado otorgado por el imaginario colectivo a las drogas como problema es reciente y obedece a la necesidad de crear mecanismos sociales de regulación-erradicación frente a este tipo de fenómenos sociales.

Concebimos al imaginario colectivo como... *“aquel dispositivo que se forma a partir de las coincidencias valorativas de las personas y propone parámetros de actuación en la realidad material; surge cuando una infraestructura mediática transmite y repite una misma serie de mensajes, dando lugar a un espacio común y a un consenso en torno a un mismo objeto...”*¹ que en este caso el objeto es el consumo de drogas.

Autores como Araujo R. (2000) le atribuyen al cristianismo la transformación cultural de las drogas que han pasado en el imaginario colectivo primero de vicios y pecados a conductas de carácter moral inaceptables, para posteriormente llegar a identificarse como enfermedades que había que curar y terminar en crímenes que perseguir penalizados severamente por el derecho.

En la actualidad la percepción generalizada que se tiene sobre el uso de drogas está ligada a imágenes generadas y difundidas por el poder hegemónico en turno, que tienen como fin justificar su prohibición y la creación de aparatos represivos, y crear un mundo donde impera el miedo imaginario ante si mismo.

No es difícil encontrar entre dichas imágenes aquellas de grupos de jóvenes con una jeringa en mano buscando momentos de placer, o el cadáver de un adolescente en una sala de hospital, cuya causal ha sido reportada a sus padres como una sobredosis de heroína. El escenario idóneo para estos

¹ Rogelio, Araujo (2000) “Barrios terapéuticos: identidades sociales y cura comunitaria.” FONCA Fundación ama la vida. México. 2000 p.p.76-77

slogans son colonias donde impera la violencia, la extrema pobreza, el analfabetismo, en fin, la falta de los más mínimos servicios de salud.

Ante esto es necesario recordar la frase elaborada por Epicteto² Enquiridión la cual dice: *“Los hombres se atormentan por la opinión que tienen de las cosas, no por las cosas mismas”*. Emilio Lamo de Espinosa explica que *“cuando los hombres definen las situaciones como reales, éstas son reales en sus consecuencias, aunque la definición sea disparatada”*.

Frente a esto, es necesario analizar la sociedad que genera el estereotipo de ‘droga’, que rotula con ese estereotipo a unos sujetos sí y a otros no, que crea así una percepción de amenaza y que, por último, trata de lidiar con ella definiéndola bien como un problema moral, bien como una cuestión legal o como una enfermedad.

A finales del siglo XIX y principios del XX en Estados Unidos surge una “Cruzada Nacional Contra las Drogas” que establece la prohibición del consumo de cualquier tipo de drogas dentro del país. Esto se da en el marco de:

1. La consolidación del sistema-mundo capitalista que junto con procesos reductivos de urbanización, industrialización, burocratización y proletarización dan forma y legitimación a procesos de marginación y persecución de grupos sociales enteros³.
2. El cientificismo que le otorga el valor superior a *la razón* y a la ciencia como los únicos criterios válidos para acercarse al conocimiento de las cosas-

Así se vislumbra abiertamente la relación del modelo médico hegemónico y el sistema legal que detenta el poder. En este sentido, históricamente la medicina

² Flavio Arriano: Manual de Epicteto.

³ Thomas Szasz, “Nuestro derecho a las drogas. En defensa de un mercado libre”, Barcelona España, Editorial Anagrama, 1999, pp. 19-22.

ha sido aliada de las ideologías dominantes, a las cuales aporta argumentos *científicos* para la estigmatización, sobre la base de prejuicios de orden moral.

La prohibición en los Estados Unidos se establece al mismo tiempo que florecen un gran número de grupos reformistas. El reformismo sostiene la creencia de que es posible mejorar la sociedad mediante la imposición de leyes que tuvieran como objetivo la reforma de las costumbres y los hábitos mediante la erradicación del vicio.

Normalmente estos movimientos tenían como base ideológica un puritanismo extremo. Ejemplos de ello los tenemos en la Liga Antialcohólica, la Sociedad para la Supresión del Vicio.

Un autor moderno⁴ describe así la naturaleza de estos grupos:

“Hasta el fin de la prohibición del alcohol en 1933, había un denominador común entre quienes participaban de los movimientos prohibicionistas. Todas esas personas y grupos compartían una ética antihedonista que hacía posible un frente políticamente unido en sus esfuerzos para prohibir legalmente todas las sustancias químicas generadoras de placer, así como otros entretenimientos humanos placenteros, no químicos, como la danza, la música jazz, el juego, etc.”

A raíz de movilizaciones de este tipo, se había incluido en 1900, por primera vez en la historia de los Estados Unidos, con carácter obligatorio, la educación en la templanza en los colegios públicos; varios estados tenían leyes que prohibían la venta libre de alcohol; fumar estaba prohibido en 12 estados; y estaban encarceladas en 1913 unas 5 mil personas por tenencia o tráfico de escritos e imágenes obscenas. Por otra parte, dos colectivos americanos, la

⁴Jordi Cebrián, “Drogas y el afán prohibidor: Ensayo sobre las drogas, las prohibiciones y los delirios colectivos”, en *El problema de la droga y la percepción*, (Barcelona), <http://prohibición.blogspot.com>, 2003. pp.26-29, consultado 25 de diciembre del 2006

Asociación de Farmacéuticos y la Asociación de Médicos pugnaban a principios de siglo por el control de las drogas.

También el problema de los inmigrantes a finales del siglo pasado, así como los problemas de empleo debidos a una saturación del mercado de trabajo y la tensión racial derivada en parte de esos factores, tuvieron mucho que ver con la prohibición de las drogas. Como David F. Musto reconoce, a finales del siglo XIX *“se identificaba a los adictos con grupos extranjeros y minorías internas que eran ya activamente temidas y que eran ya objeto de elaboradas y masivas restricciones legales”*⁵

Setenta años más tarde se observó como se reproduce este esquema de *demonización* social aplicado al movimiento juvenil contestatario en los Estados Unidos, cuyo más popular exponente fue el ‘hippismo’.

Todas las circunstancias sociales y culturales antes citadas generaron la prohibición de nuestras actuales sustancias ilícitas, y dieron lugar también a un periodo de 13 años (1920-1933) en que, en Estados Unidos estuvo prohibida una droga ahora legal: el alcohol.

Diversas circunstancias de corte económico, político social que nos llevan a detectar que desde entonces los norteamericanos están obsesionados por crear la estigmatización de la droga como problema, mientras, paradójicamente su consumo se multiplica, diversifica y penetra hasta lo más profundo de su sociedad.

Giroux H.(2003) dice que el uso y la adicción de la heroína, una de las drogas más destacadas, tiene una larga historia en la cultura popular y los medios de comunicación en Estados Unidos; una historia que se extiende desde el escritor William Burrouhs y el músico Lou Reed a los grupos musicales Sex pistols y Jane’s Addiction y que dieron al uso de la heroína una categoría de culto que va desde la década de 1950 hasta el presente, esta imagen se amplificó con la muerte de estrellas de rock como Janis Joplin y Jerry García y

⁵ Op.cit.

de los actores de Hollywood John Belushi y River Phoenix y el suicidio de Kurt Cobain que junto con declaraciones de algunos miembros de grupos de rock aumentaron el atractivo de la heroína para los jóvenes de clase media, al sugerir que se podía utilizar la droga durante largo periodos de tiempo y sobrevivir, destruyendo así la ecuación entre heroína y muerte.

La filmación de cintas cinematográficas como *Trainspotting* también refleja una visión sensacionalista de los inconvenientes de la adicción a la heroína. De alguna manera el ambiente político-social de la década de los 60's ofrecía razones para el uso de la heroína si consideramos la situación de la generación de los excombatientes de la guerra de Vietnam, o bien encontraba sus razones entre los intelectuales, los artistas y otros grupos marginales. Incluso el hippismo, movimiento juvenil pacifista y antisistema, musical y utópico, asume como elemento identificativo y unificador el consumo de marihuana y el LSD.

En realidad, en los Estados Unidos se hace una reivindicación lúdica y abierta del consumo de drogas como método de ampliar el conocimiento y como herramienta para conseguir una sociedad mejor, siempre dentro del marco de la *american way of live*. La imagen de jóvenes melencólicos pasándose un cigarrillo de marihuana mientras corean frases del tipo de 'haz el amor y no la guerra', en un momento en que E. U. A. combate en Vietnam, aparece como peligrosa para la sociedad *bienpensante*, pero no en el sentido de que la marihuana vuelva a la juventud asesina, sino en el sentido que les quita las ganas de matar por su país.

“...Es entonces cuando las cifras de consumo alcanzan las mayores cuotas en la historia norteamericana: un 40% de las personas entre 18 y 21 años habían probado la marihuana y el número de arrestos por posesión de dicha sustancia pasa de 18 mil en 1965 a 188 mil en 1970 (y a casi 800 mil en 1996). Mientras tanto, los usuarios marginales de heroína empiezan a presentar poli toxicomanías a raíz del endurecimiento de las restricciones respecto anfetaminas y

barbitúricos, sustancias sobre las que empieza a constituirse un próspero mercado negro...⁶.

Ahora bien en nuestro país, la historia del control de drogas se vincula a la exportación de esta medida prohibicionista desde Estados Unidos, la cual trae consigo la estigmatización de los consumidores como vagos, rateros, agresivos, viciosos. Estas políticas se adoptan legalmente a finales de los cincuentas, sin un análisis crítico a la política prohibicionista del vecino del norte.

A partir de la importación de la “Cruzada Contra las Drogas” se inicia la construcción de “conocimientos” y agencias especializadas de tratamiento y prevención. Los primeros esfuerzos de tratamiento especializado de las adicciones en México se dan en torno a la creación, en los años cincuenta, de los grupos de ayuda mutua, siguiendo el modelo de desarrollo por Hill W. y el doctor Bod denominado “Alcohólicos Anónimos”. A la fecha este tipo de organizaciones, en sus diferentes modalidades, se encuentra prácticamente en todas partes.

No obstante, también se realizan investigaciones que cuestionan la declaración de las drogas como problema social, por ejemplo, Machin J.⁷ plantea que el hecho de que la farmacodependencia sea considerada como uno de los problemas más graves de nuestro época es producto de la construcción de una representación social y elaboración política, ya que en muchos sentidos podemos considerar que la deserción escolar y el desempleo juvenil son problemas mas graves, tanto por número como por consecuencias, que requieren mayor atención ya que son considerados como factores que

⁶ Jordi Cebrián, “Drogas y el afán prohibidor: Ensayo sobre las drogas, las prohibiciones y los delirios colectivos”, en *El problema de la droga y la percepción*, (Barcelona), <http://prohibición.blogspot.com>, 2003. pp.26-29, consultado 25 de diciembre del 2006

⁷ Juan Machin, “Análisis de experiencias y modelos de organizaciones civiles con programas de prevención en Farmacodependencias”, en *Pastoral de Drogadicción*, (México), <http://www.pastoraldedrogadicción.cl/docs2006/modpreventivospdf>, 2006, pp.34-39, consultado el día 11 de noviembre del 2006.

predisponen al consumo de drogas o a la practica de actos delictivos entre los adolescentes y sin embargo no son tan preocupante ni por los medios de comunicación ni para los políticos. Así mismo el tabaquismo o el alcoholismo plantean problemas más delicados que el consumo de marihuana o cocaína.

Esto a la vez es comprensible considerando la ganancias generadas por la cantidad de empresas tabacaleras, algunas de ellas provenientes de Estados Unidos que se encuentran en nuestro país; o el consumo de alcohol, que su uso y abuso se pone de moda en los programas de televisión, los cuales promueven estilos de vida atractivos dirigidos a personas de cualquier etapa de la vida ya sea niños, jóvenes o adultos de ambos sexos, es aquí donde puede visualizarse una contradicción por parte de las autoridades federales encargadas del sector salud, que por un lado lo prohíben y por otro lado toleran y no se legisla para coadyuvar en la disminución o erradicación del consumo de ambos productos.

A este discurso lo respalda la Tercera Encuesta Nacional de Adicciones que establece que en 1998 aproximadamente 400 mil personas reportaron haber consumido alguna droga ilícita como marihuana, cocaína y sus derivados, inhalables y alucinógenos en el ultimo mes, lo que representa menos del 1% de la población entre 12 y 65 años de la población urbana que es la población representada por la encuesta. En cambio existen 13 millones de fumadores en el país que representa casi el 30 % de la población de 12 y 65 años y cerca del 15 % son ex – fumadores y alrededor de 122 personas mueren al día por causas asociadas al tabaco⁸. Evidentemente estas encuestas no son realizadas dentro de los círculos sociales más altos, es decir, no consideran a aquellas personas de un elevado nivel económico que detrás de sí y su poder adquisitivo llevan toda una historia de adicciones de diferente índole.

Para complementar esta información, en diciembre del 2005 una noticia circuló en Internet sin mayor interés por parte de quienes trabajan las políticas de control de tabaco; el diario El Universal informó que Chrysalis Technologies,

⁸ María Elena Medina Mora, "Extensión del consumo de droga en México: Encuesta Nacional de Adicciones", en *Revista de Salud Mental* (México) vol.12, núm. 2, pp. 7-12

una unidad de la tabacalera Philip Morris USA se asociará con la farmacéutica Discovery laboratorios con el fin de desarrollar sistemas de medicamentos para enfermedades respiratorias⁹. Esto puede interpretarse como el doble discurso de quienes por un lado comercializa y lucra con un producto altamente adictivo y de otro genera alianzas con el fin de desarrollar medicamentos para enfermedades respiratorias, muchas de ellas generadas por el tabaquismo, lo cual implicaría un gran negocio, dado que así se aseguraría las ganancias invertidas de ambas empresas, no hay que olvidar que la industria farmacéutica se encuentra dentro de las cinco ramas económicas más importantes del mundo. El mismo Consejo Nacional Contra las Adicciones, en su programa sobre fármaco dependencia reconoce que:

“nuestro país aun no alcanza las elevadas proporciones registradas en otros países “, en otro documento “...el uso y abuso de drogas ilegales aun son conductas raras dentro del total de la población de nuestro país, así como de otras sociedades... también hay una proporción de usuarios de drogas, que las consume de manera funcional, sin presentar problemas que requieran atención en servicios de salud, o que sean captados por las instituciones de justicia”¹⁰

Sin embargo ante tal situación de “peligro social”, en 1969 se crean los Centros de Integración Juvenil (CIJ) una asociación civil, que muy pronto se convirtió en una institución de participación estatal mayoritaria asimilada al sector salud. Los CIJ cuentan actualmente con 54 centros regionales, 12 centros locales y 13 unidades de tratamiento residencial y 4 unidades de tratamiento de consultas externas distribuidas por el país, donde elaboran 1,200 empleados, 10,000 voluntarios y afirman atender a más de dos millones de personas anualmente.¹¹

⁹ CONADIC, “Programa contra la fármaco dependencia. Documento de trabajo”, México, 2000, pp. 16-25

¹⁰ *Op. Cit.*

¹¹ CONADIC “El Consumo de drogas en México: diagnóstico, tendencias y acciones” México, 1999, p.19

Desde entonces han ido surgiendo muchas organizaciones e instituciones relacionadas con la prevención y/o tratamiento de las fármaco dependencias, especialmente en la última década, ya sea organismos públicos y privados que han dirigido su esfuerzo a investigaciones sobre todos los aspectos relacionados con el proceso adictivo. Uno de ellos es el Centro de Información y Documentación en Fármaco dependencia del Instituto Mexicano de Psiquiatría que en el año de 1989¹² generaron un sistema de información en drogas llamado SISVEA cuyo objetivo fue obtener un diagnóstico del estado actual del fenómeno en México.

Si bien no fue la única investigación, este trabajo proporcionó líneas de investigación para los trabajos posteriores, dado que la información que se tenía era heterogénea, desarticulada e insuficiente para que se tomaran decisiones en materia de prevención. Los objetivos de este trabajo fueron desarrollar y poner a prueba una cédula de recopilación de información básica sobre fármaco dependencia; desarrollar mecanismos específicos para su aplicación del instrumento en Instituciones de la Ciudad de México y poner en marcha mecanismos que permitan actualizar permanentemente la información sobre adicciones¹³.

Dado que fue un estudio transversal de evaluaciones sucesivas, se obtuvo información importante que ofreció un panorama de la trayectoria que tiene el uso de drogas y la tendencia del fenómeno, el diseño de medidas para evitar nuevos brotes y evaluar la eficiencia de las acciones preventivas. Los resultados giraron en torno a las características demográficas de los usuarios, la mayoría de sexo masculino; la población adolescente entre 15 y 19 años de edad como los principales consumidores, el 44% de ellos no tenían un empleo fijo, con trabajos eventuales y de subempleo o en algunos casos, sin ocupación o involucrados en actividades delictivas; el nivel socioeconómico predominante fue el bajo. La escolaridad de los usuarios, llegó en su mayoría a la escuela primaria y estudios incompletos de secundaria. En relación a la sustancia que

¹² Arturo Ortíz y cols, "El desarrollo del sistema de información sobre drogas y las tendencias del consumo en el área Metropolitana" en *Salud Mental México* Vol. 12 no.2 junio 1989 pp.35-40

¹³ *Op.cit.*

más utilizaban se encuentra, en un primer lugar la marihuana con el 63.3% seguida por los inhalables con un 57% y la tercera parte de la población consumía además de las dos primeras drogas antes mencionadas también tabaco y alcohol. Posteriormente a esto se encuentran en una minoría, los consumidores de tranquilizantes, la cocaína, la heroína, e incluso los alucinógenos.

Los problemas asociados con el consumo de drogas, ya sea como causa o como efecto: el 66.6% de los usuarios informó tener problemas de salud, el 28.2% de tipo legal, el 13% tenía problemas de tipo familiar, una minoría de los sujetos tenía un tercer problema de tipo académico o personal. Este estudio también reveló los problemas de salud más frecuentes, todos ellos relacionados con alteraciones del sistema nervioso central, del aparato respiratorio y digestivo. Otros factores asociados que se encontraron fueron: la desintegración familiar, una mayor tendencia a delinquir para mantener la adicción, redes de distribución formadas por mujeres y menores de edad; introducción de nuevas variedades de drogas, centros de ventas en lugares abiertos y cerrados, expansión de laboratorios clandestinos; homosexualidad, lesbianismo entre los individuos que son adictos; así como la multiplicación de centros de rehabilitación privados con políticas de tratamiento dispersas, en ocasiones, represivas y reproductoras del problema.

Este tipo de estudios generó el interés de diversas asociaciones civiles y organismos públicos de salud para desarrollar programas de prevención en diferentes niveles, clasificados de la siguiente manera:

- **Prevención primaria.** Se define como el conjunto de actividades encaminadas a evitar que se presenten nuevos casos de una enfermedad, en adicciones, son de tipo específico, es decir representan opciones contrarias al uso de drogas diseñadas para la población en general, que pretenden incidir y contrarrestar la presión ejercida por las condiciones y factores de riesgo o causales de farmacodependencia;

- **Prevención secundaria.** Se orienta al diagnóstico oportuno de un padecimiento, con el fin de proporcionar el tratamiento temprano y completo y evitar la aparición de complicaciones, incapacidad o muerte, en este caso se dirige a la población que empieza a consumir droga pero que aún no es farmacodependiente. Y finalmente...
- **Prevención terciaria.** Se enfoca a la población farmacodependiente a través del tratamiento, limitación del daño, rehabilitación y readaptación social¹⁴.

Es evidente que esta información refleja tan solo una parte de la realidad construida desde una posición de poder y hegemonía, es decir, sí actualmente en las bibliografías referentes al problema de las adicciones encontramos esta información, es para continuar con la cultura del terror acerca de esta situación.

Es así como la investigación epidemiológica, elaborada a partir de las últimas décadas ha dado pauta a múltiples exploraciones en torno a los factores del proceso adictivo, permitió sistematizar los patrones de conducta que tiene las personas adictas y generar estrategias de intervención preventiva, uno de ellos es el *Modelo de Prevención de Riesgos Psicosociales Chimalli* desarrollado por el Instituto de Educación Preventiva y Atención de Riesgos A.C. (INEPAR AC).

Este trabajo evolucionó las ideas que hasta el momento se tenía de la prevención, sus investigaciones se orientaron a realizar un análisis más detallado de las condiciones físicas y psicológicas de las personas adictas, del contexto familiar en el que se desenvuelven y el entorno social que predisponen al consumo de drogas que generan otros tipos de conductas también destructivas para los individuos; es entonces cuando se introducen en el campo de la prevención, términos como: *riesgos psicosociales, prevención primordial* a diferencia de la clasificación de la prevención primaria, secundaria

¹⁴ CONADIC, "Programa contra la fármaco dependencia. Documento de trabajo", México, 2000,p.12.

y terciaria utilizada por la educación para la salud, así como *cambio social comunitario*, por mencionar algunos.

También este trabajo dio como resultado a toda una tecnología social que integra la investigación, la participación comunitaria y la intervención en grupos en diferentes contextos sociales, como el escolar en sus niveles básicos, al igual que en sectores comunitarios más amplios.

Por los resultados obtenidos este modelo ha tenido gran aceptación y apoyo por parte de Instancias gubernamentales y educativas, tales como El Centro de Estudios de Bachillerato de la SEP, el Sistema Nacional de Desarrollo Integral de la Familia DIF, en diferentes estados de la república, El Consejo Nacional en contra de las adicciones, por citar algunos.

El respaldo que ha tenido por parte de las Instituciones oficiales responde por una parte, la coincidencia que tiene en su estructura ideológica con el gobierno en turno y de las recomendaciones de los organismos internacionales de posición neoliberal. Instituciones que parten del pensamiento funcionalista en el que hay que readaptar a los “desviados” a un sistema que funciona bien, es decir. Un pensamiento que no cuestiona las crisis intrínsecas políticas y económicas por las que atraviesa la sociedad.

1.2 Definición de adicciones

Se entiende por adicción al conjunto de trastornos biológicos, psicológicos y sociales de una persona como resultado del consumo reiterado de una sustancia o bien la afición desmedida de ciertas conductas como son: juegos de azar, comidas o componentes comestibles, relaciones sexuales, trabajo, uso de Internet, videojuegos, compras, juegos de riesgo, sectas, coleccionismo etc.¹⁵

¹⁵ José Luis Rodríguez, “la Sectadependencia, otra forma de adicción” en *Revista de la Asociación Proyecto Hombre*, (Barcelona), núm.35, mayo, 2005, pp.12-18

Actualmente el tema de las adicciones ha ocupado el primer lugar dentro de la problemática que enfrentan los adolescentes. Por un lado, la familia, en sus diferentes dinámicas internas, se le responsabilizado como causante de la las propias adicciones. Así mismo, la escuela a pesar de que en sus programas de estudio está contemplado la prevención, no utiliza una estrategia adecuada para que la educación preventiva pase de una fase informativa a una fase formativa (eso sin contar con la influencia de los medios de comunicación al respecto), es decir, los mensajes “las drogas son malas y hay que vivir sin ellas” ha perdido su efectividad en el sentido de que día con día los índices en casos de drogadicción va en aumento, eso sin mencionar otro tipo de conductas adictivas que por su complejidad se hacen presente en la vida de los adolescentes.

El término de droga ha sido utilizado para describir a las sustancias tóxicas que introducida al organismo, altera el funcionamiento del mismo, es decir, producen cambios en la capacidad de sentir, percibir la realidad y de pensar. Cebrián J. (2007) presenta una clasificación de las drogas que nos permite comprender fácilmente este concepto:

“... En general, podríamos hablar de tres grandes tipos de drogas que han cubierto tres necesidades distintas a lo largo de los tiempos... las drogas estimulantes han servido para facilitar la realización de trabajos duros y repetitivos, así como para suprimir o disminuir la fatiga renovando las energías. El ejemplo más conocido es tal vez la costumbre de los indígenas suramericanos de mascar hojas de coca para resistir el cansancio y los males de altura. Por otra parte, otro gran grupo de drogas lo constituyen las llamadas drogas enteógenas o alucinógenas. Estas sustancias, tal vez las más antiguas que se conocen, aportan al hombre una percepción nueva de la realidad, modificando la lectura que del entorno realizan sus sentidos...son sustancias que revelan un ‘más allá’ al que fácilmente puede darse un significado religioso...así, la cultura religiosa no sería sólo el resultado de intentar dar respuestas a unas realidades que no se podían controlar y cuyas causas no se

conocían, sino que procedería de las experiencias místicas provocadas por sustancias. La aplicación tradicional que en todas las culturas se ha dado a estas drogas es pues la ceremonial. Por último, el tercer gran grupo de drogas está formado por los narcóticos, sustancias analgésicas cuyos efectos son la sedación y, en ocasiones, el olvido. Con estas sustancias, el hombre ha encontrado reposo y alivio del dolor, ya sea éste físico o mental. Para entendernos, el grupo de los estimulantes estaría representado por el café, los derivados de la planta de la coca (en particular, la cocaína), las anfetaminas, etc. Como ejemplos de alucinógenos hemos de pensar en el cannabis, ciertos hongos (psilocybes, amanita muscaria, etc.), la ayahuasca o, en nuestros días, el LSD; por último, los narcóticos por excelencia son el opio, con sus derivados naturales o sintéticos (morfina, heroína, metadona, etc.), y el alcohol. Pero es cierto que hay sustancias que tienen, en función de la dosis, varios de esos efectos. Así, el alcohol es, en pequeñas dosis, estimulante, y, en cantidades mayores produce embriaguez alucinatoria y finalmente sueño profundo. También la heroína funciona inicialmente como estimulante, y el cannabis además de alteraciones sensoriales provoca somnolencia y analgesia.¹⁶

Si bien esta forma de clasificación de las drogas resulta ser simplista, nos ayuda a entender tanto los usos ancestrales como los actuales de las drogas y algo del que aún carecen las demás clasificaciones es el señalar que de la cantidad que se consume de cada una, de ahí depende los efectos que se tienen.

1.3 Proceso adictivo

Los procesos adictivos dependen de una serie de sistemas cerebrales y de los neurotransmisores que mediatizan sus funciones. El consumo de drogas como las anfetaminas y la cocaína incrementa el nivel de dopamina en el cerebro, pero también el aumento de este neurotransmisor puede producirse igualmente

¹⁶ *Op. Cit.*

en el transcurso de diversas circunstancias sociales —juegos, actos participativos, rituales, situaciones de riesgo, etc.— que, de esta manera se convierten en conductas altamente reforzantes, eso es potencialmente adictivas¹⁷ y que evidentemente algunas de este tipo de conductas son socialmente aceptadas y promovidas por la sociedad.

Bajo la conducta adictiva subyace la necesidad de dependencia propia de un sujeto que no se cree capaz de conseguir por sí mismo aquello a lo que aspira y, para intentar ocultar su sensación de fracaso y mantener una imagen aceptable de sí mismo, renuncia a intentarlo. Este tipo de personas, a través del uso abusivo de una sustancia y/o conducta, obtienen percepciones agradables que sustituyen a las del mundo real y que, mejor aún, ante cualquier dificultad cotidiana acuden a calmar su aflicción de forma segura e inmediata, con lo que eluden la posibilidad de fracasar y las situaciones generadoras de ansiedad¹⁸.

Por otra parte, al analizar un poco el tipo de sociedad globalizada y excluyente en la que vivimos hoy en día, podemos aventurarnos a opinar que los adolescentes ya no son el único sector de la sociedad que experimenta momentos de crisis y de fragilidad vinculados a un pasaje generacional o a un ciclo de vida típico, la condición adulta comparte con el mundo juvenil aspectos de redefinición y de elección en términos de líneas de vida, identidad y relaciones, la necesidad de estar en escena en momentos de la vida social dando el máximo o resistiendo la creciente competitividad introducida por las tecnologías y la globalización.

¹⁷ *Idem.*

¹⁸ *Ibid 22.*

CAPITULO 2. MODELOS DE INTERVENCION EN LA PREVENCIÓN DE ADICCIONES

2.1 Definición de modelo

Al hablar de modelo nos referimos a esquemas que sirven para ordenar, en forma sintética y abstracta, elementos de la realidad¹. Estos esquemas tienen, junto con sus principios y métodos explícitos y declarados, un sustrato epistémico e ideológico.

En cada sociedad existen modelos interpretativos construidos, teorizados, elaborados acerca de lo normal y lo patológico². Laplantine (1999) refiere que no se trata solo de normas interpretativas o de interpretaciones sistemáticas, ya que según él, “las interpretaciones conscientes de la enfermedad y la curación, no son más que normas culturales eminentemente relativas” y por tanto no poseen el carácter de modelo. Él propone que los modelos “son construcciones teóricas de carácter operativo, esto es hipótesis de búsqueda elaboradas a partir de una ruptura epistemológica con relación a lo que se vivencia y que por tanto no puede sustituir la realidad empírica, puesto que tiene por objeto pensarla, y en especial poner en evidencia lo que ella no dice.” Por tanto, continua, “los modelos no deberían considerarse como hechos, sino más bien como interpretaciones posibles, como intentos de construcción investigativa”³.

Laplantine (1999) pretende que los modelos deben tener un carácter metacultural, más allá del pensamiento médico de cada sociedad, más allá de las líneas de fuerza empíricas ligadas a la tradición erudita occidental, ya que la transposición de estos criterios no implicaría más que un etnocentrismo y “los verdaderos modelos de las formas elementales de la enfermedad y de la curación pueden encontrarse en cualquier sociedad”.

¹Max Weber “Sobre la teoría de las ciencias sociales” Península, España. 1971 pp. 60-66

² Françoise Laplantine, “Antropología de la enfermedad” Edit.del Sol, Buenos Aires 1999, p.39-51

³ *Ibid.* P.40

En esta dirección, Laplantine (1999) apunta:

“cada sociedad, cada grupo social, cada individuo no retiene más que un pequeño número de soluciones entre todas las que son posibles. En cada cultura se privilegia un número dado de representaciones, en detrimento de otras que por lo tanto no son ausentes, sino marginales y algunas de ellas son rechazadas, definitiva o momentáneamente, del actual campo social. Por otro lado, el pretendido pensamiento científico está sometido también a la tentación de la explicación unilateral. La sabiduría biomédica casi siempre se organiza en torno a un modelo elemental dominante que solo acude a tentaciones extremas. Por tanto un modelo “es una matriz que consiste en cierta combinación de relaciones de sentido, que gobierna muy a menudo a pesar de los actores sociales, soluciones originales, para responder al problema de la enfermedad.

Existen muchos casos en los cuales el modelo se caracteriza por su cerrazón, en estos casos las representaciones de la enfermedad y la curación no pueden ser cuestionadas, ni los individuos aceptan que sean erróneas. El modelo se opone a acoger el acontecimiento que le haría a renunciar a lo que es.

El autor señala que la medicina occidental contemporánea, en su tendencia dominante, proviene del mismo modelo teórico que el exorcismo cristiano, el cual comprende el procedimiento de curación en términos de extracción de un elemento patógeno.

Los actuales modelos de prevención y tratamiento responden necesariamente al modelo etiológico-terapéutico dominante de la sociedad correspondiente. De ahí la necesidad de analizar estos programas en el marco del modelo vigente y verificar sus resultados. Esto nos permitirá explicar los procesos de identificación de las drogas como problema, y de construcción de la cura de esa “enfermedad”.

Es por ello que en el presente capítulo se hablará de las normas interpretativas que, correctamente consideradas, funcionan como justificaciones que garantizan un orden social, cuya naturaleza inconsciente, como señala Laplantine, por lo general, no se percibe⁴.

Los supuestos básicos que sustentan a los principales modelos de prevención y tratamiento de la fármacodependencia se orientan en gran medida según:

- La concepción que se tiene de la droga como sustancia mágica, contaminante, médium sociocultural, etc.,
- La concepción que se tiene de la fármacodependencia como enfermedad, vicio, problema de salud pública, problema social, político, etc.
- La concepción que se tiene del fármaco dependiente: como vicioso, criminal, enfermo, ser humano que sufre, etc.
- La concepción que se tiene de la misión: reprimir, castigar, excluir, curar, rehabilitar, reintegrar, etc.
- La concepción que se tiene del nivel en el que se tiene que actuar: individual, grupal, familiar, comunitario, masivo, estructural.

Sin embargo, tradicionalmente se habla de cuatro modelos básicos de prevención de las adicciones que retoman diferentes supuestos básicos

- MODELO ETICO JURIDICO
- MODELO MEDICO ASISTENCIAL
- MODELO SOCIOCULTURAL
- M ODELO PSICOSOCIAL

⁴ *Op.cit*

2.2 Modelo Ético Jurídico

En cualquier tipo de sociedad en la que el Estado existe, este es el encargado de regular el comportamiento de los individuos a partir de prohibiciones. Estas no sólo tienen la función de impedir conductas lesivas, sino también la de generar en la sociedad una cohesión en torno a unas normas de conducta compartidas.

Para respaldar dichas prohibiciones, en el caso del consumo de drogas, se construyen modelos de prevención donde, las dos formas tradicionales que han existido y que tienen vigencia, son el modelo ético-jurídico y el médico-sanitario, los cuales han sido clásicos aliados en varias de las políticas de prevención.

El objetivo del modelo ético-jurídico es el de formular leyes en las cuales el castigo y la amenaza legitimada reduzcan no sólo la disponibilidad de la droga, sino también la motivación para consumirla, por lo tanto, las disposiciones legislativas constituirán el fundamento de la prevención.⁵

Las actividades de prevención derivadas de este modelo se enfocan por ejemplo, en la represión del narcotráfico, fiscalización o penalización de la producción, distribución y consumo, así como informar sobre las consecuencias jurídicas de las conductas del consumidor de drogas.

En México, en el artículo 4º de la Constitución Política y la ley General de Salud, establece

“...La Ley prohíbe en forma expresa las siembra, cultivo, cosecha, elaboración, preparación, acondicionamiento, comercio transporte en cualquier forma, prescripción médica. Suministro, empleo uso y consumo en el territorio nacional de las siguientes sustancias y

⁵ José Brauder (2003) *Prevención del uso indebido de drogas: La importancia del psicólogo en la prevención del uso de drogas*. México, FES Iztacala, UNAM, Tesina de Licenciatura.

vegetales que son consideradas estupefacientes: opio preparado para fumar, diacetilmorfina o heroína, sus sales o preparados, cannabis sativa, índica y americana o marihuana, papaver somniferum o adormidera papaver bacteatum y erythroxilon novogratense o coca, en cualquier de sus derivados, igual prohibición puede ser establecida por la Secretaría de Salud sobre los estupefacientes que considere que pueden ser sustituidos en sus usos terapéuticos por otros elementos que a su juicio no originen dependencia ...”⁶.

Este modelo es impulsado por los Estados Unidos y difundido por todo el mundo a partir de Convenciones, Declaraciones, Acuerdos Internacionales, etc. con el fin de que tenga efectos intimidatorios para la población; sin embargo, varios estudios han revelado la inoperancia de este modelo y las consecuencias negativas que arroja, por ejemplo, Machin (2003) expone algunos de los efectos que este modelo ha obtenido:

- 1.-Formación y mantenimiento de múltiples formas de crimen organizado, narcoestado, narcocultura.
2. Consolidación de una impotencia de la comunidad civil ante esta estrategia
3. Múltiples violaciones a los derechos humanos y uso político del combate al narcotráfico
4. Mayor marginación y exclusión de las personas adictas y un incremento en las formas de marginación social
5. La difusión de muchas formas de drogadicción en todos los niveles de la población.

Esto se ve reflejado en la situación por la que México atraviesa después de que el Presidente Felipe Calderón hizo el pronunciamiento claro de la guerra contra el narcotráfico, cuya tarea fue otorgada al ejército mexicano, sin embargo se ha

⁶ *Op.cit.*

enfrentado a todo un sistema de mafias y redes difícil de perseguir, lo cual se ve plasmado en un artículo de Páez Varela A.⁷ el cual dice:

” ... Los grupos criminales han extendido su campo de batalla (lo que supone que también han expandido sus redes de tráfico) a casi todo el país. Durante décadas se pelearon las calles de ciudades enclavadas en los estados de Baja California, Sonora, Sinaloa, Durango, Chihuahua, Jalisco y Tamaulipas. En la pasada administración, con Vicente Fox, se extendieron a Nuevo León, había estado ausente de las ejecuciones y atentados contra policías. Además acentuaron su disputa por la capital, el Distrito Federal; por Quintana Roo, Tabasco, Yucatán, Michoacán, Jalisco y Veracruz. Llevaron la intranquilidad a entidades pacíficas, como Aguascalientes y Querétaro. Los cárteles han sacado a relucir armas cada vez más poderosas, evidenciando su estrecha relación con un mercado negro de altos vuelos. En un derroche de atrevimiento, en abierto reto al poder del Estado representado ahora en el Ejército mexicano, atacan cuarteles con granadas y rifles de asalto; usan chalecos antibalas, llevan uniformes de las fuerzas oficiales y recurren a equipo militar, como los lanzagranadas. Cada vez es más común el decomiso de explosivos plásticos, por ejemplo, o de equipos de vigilancia sofisticados a los que antes tenían acceso sólo las unidades de inteligencia del gobierno. Los asesinatos se han tornado más violentos y descarados. Emulando tácticas de los grupos islamistas radicales de Medio Oriente y Asia Central (Al Qaeda, los Talibán), degüellan a sus oponentes, sicarios o agentes policiacos, y les toman videos terroríficos que luego filtran a la prensa o suben a la red. Cabezas de traficantes y policías, supuestos “soplones” o simples civiles acusados de “colaboradores”, aparecen junto a carreteras y las han llegado a lanzar a salones en los que se desarrollan fiestas (como sucedió en un pueblo de Michoacán) o las han colgado en las rejas del edificio del poder

⁷ Alejandro Páez Varela “Narcotráfico, la peligrosa estrategia de Felipe Calderón: ¿y si el ejército Mexicano falla en su lucha contra las drogas?, (México), en Newsweek, núm. 8, mayo 2007 <http://www.unafuente.com/8-05-2007/narcotráfico-lapeligrosa-estrategia-de-felipe-calderon-%c2%BFy-si-el-ejercito-falla-en-su-lucha-contra-las-drogas>.

local, como pasó en la turística ciudad de Acapulco. Se han atrevido a publicar en diarios regionales amenazas o “anuncios”. Tienen redes de radiocomunicación con claves cifradas propias. Usan redes de Internet como Youtube o Google para mandarse mensajes, o para abrir debates en los que defienden a sus jefes o a sus organizaciones con el fervor que antes parecía reservado a los hinchas del futbol. Asesinan a funcionarios, a policías, a investigadores, y a elementos del Ejército. Han intentado matar, incluso, a generales y diputados, algo impensable hace muy pocos años. Atentan contra las oficinas de la prensa y contra su personal, y han convertido a México –según Reporteros sin Fronteras, la Organización de Estados Americanos y la Sociedad Interamericana de Prensa–, en el país más peligroso para los periodistas después de Irak. Y más lejos: han llevado a que muchos periódicos mexicanos anuncien que no harán más investigación sobre terrenos del narcotráfico, para no acarrear atentados, en un país en el que los autores de desapariciones o ejecuciones de periodistas jamás son llevados ante la justicia...”

Y si bien, esto ha sido por parte de los narcotraficantes, el ejército también ha respondido con igual o más uso de violencia ante estos ataques, ejemplo de ellos son los allanamientos de moradas de manera indiscriminada en las poblaciones cercanas a donde han ocurridos los ataques, detienen personas inocentes, a quienes bajo tortura arrancan declaraciones fabricándoles delitos, y así sucesivamente es infinita la lista de violaciones a los derechos humanos hechas por el ejército en “miras” a la protección de la sociedad. Y sin embargo, el consumo, distribución y tráfico de drogas continúa creciendo desmesuradamente.

Esto a la vez sería un punto de análisis para los responsables en políticas de prevención ya que hay motivos suficientes para llevar a cabo una discusión abierta entre los poderes legislativos y judiciales sobre la legislación de las drogas en nuestro país, observando los efectos negativos que está generando.

2.3 Modelo Médico Asistencial.

Después de ver el inminente fracaso del modelo jurídico, al comprobar que el organismo crea dependencia a las drogas, se consideró que el adicto es un enfermo, por lo cual se buscó atenderlo más que castigarlo elaborando un diagnóstico y prescripción, desintoxicación, rehabilitación social y/o fijación en el rol de “ex-adicto”⁸.

Desde el concepto naturalizado de enfermedad, se consideró a los fármacos cómo si fueran gérmenes o virus que infectan al cuerpo, las acciones preventivas estuvieron en función de que las personas conozcan la bioquímica y neurofisiología de las sustancias y sobretodo las consecuencias en la salud, de carácter crónico, irreversible, incapacitante y letal. Asimismo con este modelo se justificó el aislamiento y marginación que desde entonces se le considera a la persona adicta, con el pretexto de evitar la propagación y preservar la salud pública, dejando de ser considerado como delincuente para convertirse en un enfermo mental.

Sin embargo, tal como lo menciona Massun,(1991)⁹ la UNESCO en 1973 se realizan Foros internacionales que comenzaron a poner en duda la efectividad en la práctica de este enfoque, ya que al considerar al drogadicto como enfermo se desechan las variables sociales culturales y psicológicas que influyen en las adicciones.

Parte del fracaso de éste y otros modelos en materia de prevención se encuentra en las llamadas “verdades ocultas” sobre las adicciones, es decir, la falta de información científica y objetiva del proceso adictivo y la inclinación por las exageraciones, generalizaciones excesivas y el sensacionalismo de las campañas de salud, acaban con la credibilidad de lo que son en sí las drogas. Bien podríamos mencionar que entre las “verdades ocultas” se encuentra las señaladas por Cebrian (2007) en su ensayo del afán prohibidor

⁸ José Brauder José (2003) *Prevención del uso indebido de drogas: La importancia del psicólogo en la prevención del uso de drogas*. México, FES Iztacala, UNAM, Tesina de Licenciatura.

⁹ *Op.cit.*

“...La verdadera información, basada en el conocimiento científico... nos permite, más allá de intereses espurios, clasificar las drogas en función de su origen, de sus efectos, de sus composiciones. Aunque no hay un único esquema de clasificación, sí que existen métodos, de sobra conocidos en farmacología, para informar de manera objetiva sobre una sustancia...el ejemplo lo tenemos ante los ojos siempre que leemos el prospecto de cualquier medicamento...otra pregunta interesante que bien puede ser resuelta de manera científica es : ¿Cómo debemos informar sobre las drogas?

Desde un punto de vista farmacológico, por ejemplo, con los siguientes parámetros:

- 1.- Dosis activa y dosis letal en función de variables como peso, edad, etc.*
- 2.- Factor de tolerancia.*
- 3.- Efectos fisiológicos y psicológicos más frecuentes en función de la dosis y tipo de administración.*
- 4.- Efectos secundarios físicos y psíquicos, con estadísticas de aparición.*
- 5- Interacciones con otras sustancias.*
- 6.- Existencia o no, y descripción, de síndrome de abstinencia con indicaciones del tiempo y cantidades necesarios para que se presente.*
- 7.-Medidas a tomar en caso de sobredosis o interacciones no deseadas.*
- 8.-Contraindicaciones específicas.*

¿Quiere esto decir que un usuario de drogas necesita conocer todos estos datos? Bien, aunque sería deseable, lo cierto es que, al igual que el usuario de aspirina, píldoras anticonceptivas o bourbon, no necesita conocer todas las cualidades farmacológicas de lo que toma para hacer de ello un uso aceptablemente racional, tampoco el usuario responsable de drogas requiere de ese conocimiento enciclopédico, Porque el uso aceptado de una droga genera una serie de normas culturales entre sus usuarios que constituyen,

*pautas de conducta aprendidas a través del ejemplo y/o la experiencia que generan actitudes (favorables o negativas) que orientan la conducta.*¹⁰

Y así sucesivamente, la ciencia médica ha creado una serie de mitos acerca de las drogas, otro muy común es aquel sobre las muertes por sobredosis referida en particular al consumo de heroína, se ha convertido en una de las grandes confusiones de todo este tema, por supuesto, es posible morir por sobredosis de heroína, como lo es por sobredosis de nicotina, alcohol, aspirina, tranquilizantes, jarabe para la tos, analgésicos, somníferos, etc. Lo que diferencia un medicamento de un veneno es tan sólo la cantidad. Así pues, ¿tiene la heroína un margen de seguridad extremadamente bajo?. En absoluto, de hecho es similar al de la aspirina, 1 a 20. Además, este margen puede crecer enormemente a medida que el usuario adquiere tolerancia a la sustancia. Bien, si es esto cierto, cabe preguntarse pues a qué se deben las muertes por sobredosis que se producen en todos los países. Y la respuesta es estremecedoramente simple: a la prohibición de las drogas

Después de conocer esta información podemos comprobar que entre los múltiples folletos en materia de prevención en drogas que reparte la Secretaría de Salud no encontramos este tipo de información que bien colaborar en la disminución de los índices altos de adicción entre la población, de igual manera se canalizaran los esfuerzos en difundir la importancia que tiene el uso responsable de las drogas, cuya información sea con frases breves, precisas, evitando el tono moralizador o excesivamente científico acerca de las mismas.

2.4 Modelo sociocultural

Las investigaciones posteriores a la aplicación del modelo médico, dieron pauta a otro enfoque alternativo, cuyos objetivos se centraron en analizar las condiciones económicas, políticas y sociales en que se desenvuelve el individuo, que pueden ser de pobreza extrema, migración, problemas

¹⁰ *Op.cit.*

socioculturales como crisis de sentido, movimientos culturales y juveniles etc, que resultaron ser variables que influye en la aparición de adicciones, de ahí que su estrategia de prevención se enfocó a la promoción y desarrollo comunitario, realización de actividades que mejoren los servicios públicos, de salud, educación, empleo, participación comunitaria etc. por mencionar algunos¹¹ Este modelo permitió entender variaciones en los modos de comportamiento y las actitudes atribuibles a los distintos ambientes, con lo cual fue pretendiéndose mejorar el efecto preventivo en una educación sobre drogas.

Las evaluaciones sistemáticas relativas a los programas preventivos fueron mostrando que mejor educar sobre drogas, los programas preventivos que aseguraban mayor grado de éxito eran aquellos que ofrecían alternativas al consumo de drogas, sin embargo no se lograron los objetivos planteados a pesar de la extensión de este tipo de actividades en la que los jóvenes tenían opciones deportivas, artísticas culturales y recreativas participaban también en el consumo de drogas , por lo que la investigaciones posteriores a este enfoque permitió ver la participación combinada de un ambiente facilitador, la características de los individuos y la disponibilidad de consumir drogas para considerar a alguien en mayor o menor riesgo de desarrollar un proceso adictivo.¹²

Otro de los inconvenientes que arrojó la aplicación de este modelo por parte de asociaciones civiles fueron que se le otorgó una excesiva responsabilidad a la sociedad en su conjunto como causante de los problemas de la droga en detrimento de la responsabilidad personal del individuo.

No obstante, este enfoque proporcionó varias aportaciones en función a la compleja trama de factores del fenómeno adictivo, se observó que las diferencias sociodemográficas y el entorno cultural determina a su vez, los tipos de drogas y las formas de consumo.

2.5 Modelo Psicosocial

¹¹ María Elena Medina Mora, "Extensión del consumo de droga en México: Encuesta Nacional de Adicciones", en *Revista de Salud Mental* (México) vol.12, núm. 2, pp. 7-12

¹² *Op.cit.*

En este modelo a diferencia de los anteriores, el protagonismo se traslada a la persona en sí misma, no a la sociedad, ni a la ciencia médica o a las Instituciones jurídicas, no interesa tanto el tipo de droga que se consume, sino más bien centra su atención en la relación que tiene el individuo con la droga para determinar si ese vínculo es de dependencia o no. Si bien no se deslinda de enfoque médico al considerar que el adicto es un enfermo, pero con la diferencia que la adicción no es una enfermedad, la enfermedad se encuentra entre la relaciones que establece generalmente con su familia o sus grupos de pertenencia ¹³

Este modelo reconoce la complejidad de cada individuo y el peso que tienen los factores psicológicos y ambientales sobre sus decisiones. Machín J. (2007) expone que el contexto inmediato del individuo puede actuar como factor patogénico o agente protector.

Este mismo autor señala que existen dos bases empíricas de este modelo.

a) El análisis de los casos de las personas en tratamiento.

Ya que al realizar las reconstrucciones anamnésticas de los pacientes se han detectado estructuras de personalidad que se manifiesta en edad precoz (en la infancia o adolescencia), como trastornos de déficit de atención con hiperactividad, disocial, negativista, desafiante y de comportamiento perturbador, vínculos de dependencia etc. y que según este modelo, actuar sobre estos trastornos se permitiría prevenir posteriores conductas de farmacodependencia.

b) El análisis desde una perspectiva psicosocial de los factores de riesgo/protección de los datos epidemiológicos. Es decir, se retoman los resultados arrojados por las investigaciones epidemiológicas y de carácter psicosocial y a partir de ellos se construyen indicadores de riesgo, como por ejemplo, el usos de drogas o alcohol entre padres y hermanos, la facilidad para conseguir drogas en el grupo de iguales, etc. que a la vez aportan factores de protección ante el consumo de drogas, por ejemplo aseo y cuidado personal,

¹³ Jorge Cascallar, "Problemas preventivos y contextos" en *Universidad Tecnológica Nacional (México)* núm 15 diciembre-enero 2001 pp.-1-17

fomentar el autoestima, un manejo adecuado de la sexualidad, por mencionar algunos ¹⁴

Con estos resultados se generan acciones preventivas que incluyen actividades como las acciones orientadas al fomento del apoyo y cohesión familiar, a garantizar unas condiciones básicas de vida y desarrollo, o la igualdad de oportunidades en el acceso a la educación, el empleo y el aprendizaje profesional. Junto a ellas, aquellas otras, más específicas, dirigidas hacia el control de los procesos de influencia social, promoviendo entre los individuos o grupos de mayor riesgo de incidencia el reconocimiento de las influencias sociales a que en un momento determinado pueden verse expuestos, así como el que capaciten al individuo para hacer frente, resistir y rechazar las incitaciones al consumo, tales como entrenamientos en asertividad, autocontrol habilidades de afrontamiento; la promoción de la competencia personal y social a través de acciones individuales o grupales dirigidas a fomentar la autoestima, el auto concepto positivo, el logro y el funcionamiento del individuo o del grupo, o determinadas habilidades cognitivas-conductuales dotando a la persona y su familia de un sentido de pertenencia y control sobre su destino.¹⁵

En relación a los modelos anteriores, el modelo psicosocial presenta diversos avances:

1.- Cambio de paradigma en relación al contenido, es decir, envían mensajes persuasivos proactivos, que muestran las ventajas de los estilos de vida “sanos”; en lugar de mensajes disuasivos negativos, que muestran las consecuencias de los estilos de vida “desviados”y a los métodos, ya que se realizan intervenciones sistemáticas, consistentes, constantes, por períodos de tiempo considerables; en lugar de campañas masiva y eventos esporádicos,

¹⁴ Ma. Elena Castro y Jorge Llanes “Modelo preventivo de Riesgos Psicosociales Chimalli Comunitario” Edit. Pax. México, 1999, pp.3-19

¹⁵ Juan Machin, “Análisis de experiencias y modelos de organizaciones civiles con programas de prevención en Farmacodependencias”, en *Pastoral de drogadicción*,(México),<http://www.pastoraldedrogadicción.cl/docs2006/modpreventivospdf>, 2006, pp.34-39, consultado el día 11 de noviembre del 2006.

espontáneos; trabajo grupal participativo, interactivo, en vez de lecciones o conferencias

2.- Cambio de paradigma de la comunidad, ya que se da el paso de considerarla como receptor pasivo de los servicios, la información, etc. a considerarla como sujeto activo con capacidad de planear, instrumentar, principalmente mediante la implementación de procesos de transferencia de tecnología social y a la responsabilidad y toma de decisiones compartidas

3.- Parte de diagnósticos, realiza evaluaciones de sus intervenciones, investiga.¹⁶

Sin embargo, a pesar de estos avances, también es posible realizar una serie de críticas a este modelo. En primer lugar, podemos aceptar que este modelo tiene una visión más compleja que la de los anteriores, pero no lo suficiente. Así, por ejemplo, José Vila cuestiona al modelo psico-social porque olvida que en el occidente contemporáneo, el uso indebido y abuso de las drogas se asocia, en los jóvenes, a una manifestación de cultura, de comunicación identitaria, a una manifestación de renuncia y automarginación del sistema, a una filosofía del ocio sin finalidad y sin medida. (en Machin 2003) Es decir, que se concentra demasiado en el contexto inmediato de los individuos y deja fuera todo el contexto amplio sociocultural de profundos cambios acelerados que implican hondas crisis de sentido. No se puede concebir, continúa Vila, que las farmacodependencias sean ajenas a fenómenos como el auge de la violencia o la xenofobia...en segundo lugar, la farmacodependencia también es una catarsis o algo que mucho se acerca a ésta y que se presenta como una buena solución a una disonancia biológica y/o cognitiva percibida como no resoluble, que la mueve y la hace persistir.

Por último, no es objetivo de este capítulo elaborar una descripción exhaustiva de todos y cada uno de los modelos que existen en materia de prevención, que como se vio en el proceso de investigación, han surgido un sinnúmero de modelos teóricos que tratan de abordar el tema de las adicciones, por ejemplo, el

¹⁶ Jorge Cascallar, "Problemas preventivos y contextos" en *Universidad Tecnológica Nacional (México)* núm 15 diciembre-enero 2001 pp.-1-17

Modelo geo-político estructural, que si bien nos invita a analizar el tema a partir de una perspectiva local, esto implicaría desviarnos del tema central del trabajo, incluso, se consideran sólo estos enfoques porque de alguna manera respaldan el Modelo de Riesgos Psicosociales Chimalli Comunitario, cuyo análisis forma parte de la columna vertebral del presente trabajo

CAPITULO 3 MODELO DE RIESGOS PSICOSOCIALES CHIMALLI

3.1 Antecedentes del Modelo Chimalli

El Modelo preventivo de riesgos psicosociales Chimalli (que en náhuatl significa “escudo o protección) fue desarrollado desde 1991 por el Instituto de Educación Preventiva y Atención de Riesgos A.C. Sus principales fundadores son Ma. Elena Castro Sariñana, Mónica Margain Castro y Jorge Llanes Briceño quienes fueron investigadores de once estudios epidemiológicos a nivel nacional, en la ciudad de México y zona Metropolitana.

Con base a los datos obtenidos en los 13 años de estas investigaciones, identificaron los factores de riesgo y protección en relación a la posibilidad de entrar a la subcultura de la droga. A partir de los datos psicosociales, de la teoría de la Resiliencia y de la intervención grupal desarrollaron el Modelo *Chimalli* que pone énfasis en los factores que protegen el desarrollo de niños y adolescentes.

El modelo tiene por objetivo lograr actitudes y habilidades de protección que los capaciten para enfrentar con éxito el riesgo individual y ambiental a que están expuestos en su entorno mediante toda una tecnología de prevención con materiales psicoeducativos y evaluaciones sistemáticas.¹

Castro, M. Y Llanes J. (1999), plantean que el modelo Chimalli es producto de la revisión y análisis de los diferentes enfoques que ha tenido la educación preventiva en nuestro país. Surge de la realización de proyectos de investigación epidemiológica que precisaron los factores de riesgo a los que están expuestos los jóvenes y sirvieron de base a la elaboración de materiales Educativos y de diagnóstico en el campo de las adicciones

A diferencia de los modelos revisados anteriormente, éste destaca en los siguientes aspectos:

¹ Ma. Elena Castro y Jorge Llanes “Modelo preventivo de Riesgos Psicosociales Chimalli Comunitario” Edit. Pax. México, 1999, pp.44-49

- a) Es un programa sistematizado que integra la investigación, la participación comunitaria y la intervención en grupos. Así como un componente importante de evaluación.
- b) Su gran difusión y alcance, por parte de instancias gubernamentales como los Centros de Estudios del Bachillerato de la Secretaría de Educación Pública, el Consejo nacional contra las adicciones, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, se está piloteando en municipios de Guerrero, Baja California y San Luis Potosí y diversos gobiernos estatales (Jalisco, Zacatecas, Aguascalientes, Querétaro, Guanajuato) se reportan alrededor de 3,000 personas entrenadas para aplicar el programa en escuelas y 200 para aplicarlo en comunidades abiertas.²
- c) El énfasis puesto por sus creadores en la transferencia de tecnología social, lo que se ha traducido en la creación de gran cantidad de manuales, instrumentos y cursos de capacitación a promotores comunitarios.

El Modelo Chimalli se integró con los factores de riesgo/protección a partir de los cuales se obtuvieron los temas y se elaboraron los materiales didácticos y de evaluación aplicando conceptos teóricos y metodológicos de vanguardia ya que al comprenderse la forma en como se relacionan las condiciones del individuo, del ambiente y de las drogas, se está en mejor camino de reforzar aquello que impide el consumo de éstas

3.2 Marco Filosóficos del Modelo.

Castro, M y Llanes, J. (1999) explican los objetivos que persiguen a partir de la construcción de Chimalli:

“...En INEPAR tenemos la visión que la prevención consiste en el aprendizaje de habilidades para la vida y en el fortalecimiento de vínculos comunitarios y familiares y que este modelo es eficaz también para la prevención de recaídas, en personas adictas en recuperación, y no

² Juan Machin, "Análisis de experiencias y modelos de organizaciones civiles con programas de prevención en Farmacodependencias", en *Pastoral de drogadicción*, (México), <http://www.pastoraldedrogadicción.cl/docs2006/modpreventivospdf>, 2006, pp.34-39, consultado el día 11 de noviembre del 2006.

únicamente para evitar el primer contacto con la droga... La misión de INEPAR es lograr un impacto masivo. La convicción de que la verdadera prevención primordial empieza en los primeros años de vida., La prevención primordial requiere de impactar a las familias y a los menores en sus etapas más tempranas. Reducir la vulnerabilidad psicosocial de las comunidades es la verdadera meta de las intervenciones preventivas...”

El Chimalli considera a la prevención como un proceso comunitario que requiere que el promotor facilite la organización solidaria alrededor de una causa común, de los pequeños colectivos en los que se interviene.

“...El objetivo es motivar a las personas a intensificar su lucha por ampliar la conciencia y adquirir herramientas... se sostiene en una aproximación

Filosófica basada en el humanismo, parte de una aproximación positiva, no se trata de evitar que los individuos y las comunidades enfermen, se trata de proporcionar nuevos aprendizajes para vivir mejor, nuestra filosofía es que la Prevención la hacemos diariamente con las personas en nuestra escuela, nuestro hogar, nuestro lugar de trabajo y nuestro barrio, esta visión la aplicamos no sólo para personas que no han tenido contacto con la droga sino también en sujetos que ya han desarrollado adicción.

3.3 Marco Teórico.

La Teoría de la Resiliencia está constituida por una amplia gama de conocimientos teóricos sobre los mecanismos que desarrollan las personas que sufren adversidad, estos conocimientos han sido sistematizados por diversos autores , entre ellos Boris Cyrulnick ³ llamado el padre de la resiliencia y otros teóricos que han enfatizado que las personas que sufren generalmente son visualizadas y estudiadas en sus carencias, y no en las posibilidades que desarrollan para encender la “mecha de la resiliencia” que todo individuo que

³ Ma. Angélica Klotiarencó “Estado de Arte en Resiliencia” en *Organización Panamericana de la salud* (España) núm. 2 vol. I, 1997, pp-24-39.

sufre ha desarrollado y que lo único que espera es un vínculo intenso y significativo para mostrarse y desarrollarse, es decir para ser resiliente y enfrentar con éxito la adversidad.

Al contrario que otras teorías enfocadas en el modelo médico de salud mental, la teoría de la resiliencia utiliza un enfoque ecológico en el que el medio en el que se desarrollan los individuos con riesgos son a la vez el origen de los problemas y la fuente de las soluciones. Un programa que ofrece resiliencia, debe de permitir que los individuos que sufren, descubran y resignifiquen sus potencialidades , no tanto por vínculos significativos en su vida familiar , que es justamente de lo que carecieron , sino por vínculos intensos que resignifican el sufrimiento, y que se encuentran disponibles en su entorno en el aquí y el ahora. El Modelo Chimalli pretende que a través de la construcción de redes solidarias y grupos para nuevos aprendizajes que integren cuerpo-mente-espíritu, los individuos en riesgo sean exitosos frente a la adversidad que viven en su entorno.

3.4 Aspectos metodológicos:

En el siguiente esquema se muestran los cuatro pasos que la comunidad lleva a cabo para aplicar el Modelo:

MODELO CHMALLI

Prevención de Riesgos Psicosociales

Fin: resiliencia/Enfoque ecológico y proactivo

(Se aplica a comunidades escolares, centros comunitarios y de desarrollo y comunidades abiertas)

PLAN DE ACCION

1. INTEGRACION DE LA RED

INDICE ← 2. DIAGNOSTICO → IRPA

↓
APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO DE HABILIDADES DE PROTECCION
CHP
(por parte del promotor comunitario)

PLANEACION
(en base a los resultados del diagnostico)
Definición de ejercicios y actividades

↓
3. INTERVENCION
(Sesiones preventivas de promoción y desarrollo de actividades)

↓
4. EVALUACION DEL PROCESOS Y RESULTADOS

DIFUSION DE RESULTADOS

AVANCE A UN NUEVO CICLO

Ahora bien, para llevar acabo el plan de acción del modelo Chimalli, se realizan 4 pasos que a continuación se describe:

1. **Integración de la red comunitaria** En esta fase, el promotor comunitario, pieza clave en la implementación del programa, realiza una convocatoria a miembros de la comunidad que tengan cierto liderazgo dentro de la misma para integrar la red, cuya función será la de apoyar y difundir las actividades que se llevaran a cabo con el grupo de trabajo, su participación voluntaria junto con el promotor comunitario coordinaran el plan de acción en la comunidad.

2. **Diagnóstico** A este grupo se le aplican los instrumentos de evaluación llamados INDICE (Inventario de disposición al cambio en la comunidad) cuyo objetivo tiene obtener una imagen de la comunidad con respecto a la problemática existente, así como el IRPACO (Inventario de riesgo protección para la comunidad) que tiene como propósito sistematizar las opiniones de la red como es percibida la presencia o ausencia de factores de riesgo y en su caso, el grado en que se tiene tal percepción.

Ambos instrumentos forman parte del diagnóstico en la comunidad y a partir de los resultados de estos, se elabora el programa de sesiones y actividades a realizar, se forman los grupos de trabajo de acuerdo a sus características (niños, adolescentes, madres solteras, etc) con los que se impartirán las sesiones. Así mismo, el promotor, de manera personal resolverá el Cuestionario de habilidades de protección (CHP) que es un instrumento que guía y permite objetivizar la observación del promotor con respecto a los grupos. Estos instrumentos se aplican antes y después de cada ciclo de actividades.

3. **La intervención.** En las sesione preventivas marcadas por el modelo tienen como objetivo moldear las diversas actitudes y se desarrollan las habilidades de protección mediante el uso de las siguientes **técnicas**:

- a) Psicosocial. Aplica relaciones sociales dependiendo de factores sociales y/o funciones mentales.
- b) Psicoeducativa. Aplica conocimientos y habilidades producto de procesos de enseñanza sobre la actuación propia.

- c) Psico-corporal. Ejercita las relaciones cuerpo- mente.
- d) Acción social- educativa, es ejercida en la comunidad con una intención de enseñanza.

Estas técnicas se emplean de forma particular en el desarrollo de cada habilidad de protección.

Las sesiones tienen una secuencia técnicamente estructurada para contener el comportamiento y las emociones de los participantes y favorecen la interacción.

Cada sesión sigue el orden establecido previamente:

- Información.
- Concientización.
- Moldeamiento de la habilidad.
- Indicaciones para realizar la práctica semanal (hoja de autoayuda).

4. Evaluación. Se considera el proceso, los resultados y la trascendencia del proyecto, para saber que se hizo y como se hizo, se revisa la bitácora así como la aplicación de los instrumentos de diagnóstico (INDICE e IRPACO y CHP).

A partir de los resultados de evaluación, se hace la difusión de logros y avances, para así planear el nuevo ciclo del plan de acción.⁴

3.5 Manejo de la evaluación.

Evaluación del Proceso

Categorías para la auto evaluación del plan de acción

- 1.- Identificación con la causa por parte de la comunidad.
- 2.- Identificación con la causa por parte del promotor.
- 3.-Vinculación con la comunidad.
- 4.- Formación de la RED.

⁴ Ma. Elena Castro y Jorge Llanes "Modelo preventivo de Riesgos Psicosociales Chimalli Comunitario" Edit. Pax. México, 1999, pp.53-59

- 5.- Grado de organización de la RED
- 6.- Aplicación del Inventario de disposición al cambio INDICE
- 7.- Intervención de la RED.
- 8.- Aplicación del Inventario de riesgo protección para la comunidad estudiada IRPACO.
- 9.- Campaña CHIMALLI.
- 10.- Grupo de habilidades.
- 11.- Aplicación del Cuestionario de habilidades de protección CHP.
- 12.- Practica de protección por parte de la comunidad.
- 13.- Practica de protección por parte del promotor.
- 14.- Identificación de actitudes que facilitan por parte de la comunidad.
- 15.- Identificación de actitudes que facilitan por parte del promotor.
- 16.- Ruta de trabajo.

Estos indicadores son llenados de ser posible semanalmente por los coordinadores del plan, como mínimo, el modelo sugiere aplicarlos una vez al mes, en grupo, estos indicadores consideran el proceso comunitario, la fidelidad al modelo y la práctica de protección tanto de la comunidad como del promotor. La brigada escolar o el promotor deberán reflexionar en cada indicador, para puntuar con una escala de 0 al 5 su presencia en el proceso del plan de acción. Pondrá mayor puntuación en la medida en que considere que considere menor, mayor cumplimiento o intensidad

3.6 Impacto en la comunidad.

Evaluación del Impacto. Se conocen a través de la aplicación de cuestionarios auto aplicables de riesgos psicosocial en escuelas y de discusiones grupales con técnicas etnográficas a través del método de informantes diseñado por Jellineck .El primer método reporta el auto reporte de conductas de riesgo (IRPA) y el segundo la percepción comunitaria sobre la presencia de riesgos (IRPACO) Estos instrumentos se han aplicado con diseños pre y post y con diseños de comunidades experimentales y sus controles. También se aplica el Inventario de disposición al cambio en la comunidad INDICE , que informa sobre el grado en el que la comunidad intervenida esta dispuesta a colaborar e

intervenir en el proceso preventivo. También se mide el impacto a través del análisis de las actitudes de los niños y jóvenes en cuyas escuelas se trabaja con Chimalli y se mide a través de una escala de actitud.

El instrumento que se aplica a los grupos de aprendizaje, el Cuestionario de habilidades de Protección (CHP) para comunidades abiertas y es aplicado por parte del promotor.

Otra evaluación de impacto que hemos llevado a cabo es aplicando el Modelo de Impacto de la intervención con Aboni Natabo, (pensando caminaremos) modelo diseñado por INEPAR con apoyo de INDESOL, para evaluar el impacto de la intervención en el promotor y la comunidad. Este modelo considera cambios en: información y reflexión, comunicación y participación, transformación de actitudes desarrollo humano, nivel de organización y de incidencia de la intervención en otros programas que lleva a cabo la comunidad.

El proceso de evaluación del funcionamiento del Modelo, es vía convenio de colaboración con las instituciones que han participado en la transferencia tecnológica. Las contrapartes nombran a un coordinador quien vigila la adecuada conducción del proceso. y aplican los instrumentos de investigación que son analizados en INEPAR con programas estandarizados como el IRPA-INEPAR Inepar no participa directamente en los planes de acción

Las evaluaciones han permitido ampliar el Modelo en las siguientes etapas:

1) (1989-1995), escuelas secundarias y preparatorias con trabajos vivenciales de tipo grupal en aula

2) (1995-1998) ampliamos a trabajo en red con padres y maestros y con prácticas psico corporales grupales.

3) (1999-2000) Trabajo comunitario con comunidades DIF, por solicitud de UNICEF y trabajo en escuelas primarias.

Históricamente este modelo estableció su estructura en investigaciones epidemiológicas en torno a las drogas, el espacio utilizado fue el urbano-marginal, su objeto de estudio jóvenes y niños. Sin embargo, considerando solamente los resultados de dichas investigaciones, se corre el riesgo de dicotomizar la información arrojada al respecto; es decir, estamos frente a un problema que por su complejidad es inacabado frente a cualquier intento de interpretación de estadísticas.

Autores como Míguez y Grimson (1998) opinan que si la indagación sobre el tema en general es insuficiente en América Latina, en nuestro país la situación es aún peor, la información está disminuida por omisiones, falta de actualización y heterogeneidad en cuanto a métodos y fuentes en cuadro epidemiológico más complejo...ya que este problema se entrecruza con problemas aún no resueltos como el cólera, la enfermedad de Chagas y la malnutrición.

Pese a esto, sin embargo, el crecimiento del problema y las transformaciones que experimenta (tipo de sustancias y vías de utilización, por ejemplo) no ha sido acompañado de medidas preventivas que sistemáticamente trabajen sobre el conjunto de representaciones que facilitan la difusión de prácticas de riesgo. Entre otras cosas, porque no se cuenta en el medio con información suficiente para esa tarea.⁵

Bajo esta lógica Ortiz (1993) comparte la opinión en que, los datos producidos por encuestas constituyen sólo elementos fácticos, son indicadores necesarios, pero relativos de procesos sociales dinámicos. Esto significa que tal información debe ser integrada en un modelo estructural representativo del campo de fuerzas sociales y en un proceso de progresiva elaboración teórica.

⁵ Míguez, L. y Grimson C. "Problemas preventivos y contextos" en *Universidad Tecnológica Nacional* (México) núm 15 vol.8 1998, pp. 35-38

Más precisamente, el uso de drogas se construye socialmente como problema de manera tal que sus efectos potencian simultáneamente procesos de deterioro de vínculos sociales, de normalización y disciplinamiento social y consecuentemente de estigmatización, discriminación y de multiformes padecimientos.

Para dar cuenta de ello, las investigaciones, incluso las más focalizadas en determinados sujetos y sus formas concretas de uso de drogas, o en los procesos de atención en una institución, deben tomar en consideración los marcos socioculturales en los cuales tales procesos “locales” están incluidos:

“Tener en cuenta variables básicas como el medio social o la época histórica en que viven nuestros protagonistas significa incorporar en el análisis, aunque no siempre de manera explícita, todos estos marcos de integración sociocultural en los que vive inmerso el individuo y que, a su vez, contribuye a configurar la problemática de las drogas. (op.cit)

Así, el momento sociopolítico y económico del país, (teniendo en cuenta el equilibrio de fuerzas internacional en el que está situado; el modelo dominante de percepción de las drogas; el grado de desarrollo de la intervención social en este campo, o de los mismos estereotipos que lo han ido configurando), son ejemplos de una serie de marcos macrosociales que al lado de otros de tipo medio, (la existencia en él o no de movimientos socio-políticos y su carácter, y los posibles grados de implicación del individuo en ellos, la incidencia de los modelos dominantes y los posibles contramodelos sobre las drogas, la existencia o no de instituciones relacionadas con ellas etc.), están presentes en nuestro planteamiento (por más que muchas veces sólo sea implícitamente) ya que condicionan la realidad microsocial sobre la que estamos trabajando la cual, en realidad, constituye su síntesis dinámica, actualizada y reelaborada de manera permanente por parte de los individuos y pequeños grupos que constituyen dicho nivel (op.cit)

Por otra parte, el proceso de pauperización de un amplio sector de la población constituye un factor que modifica y complejiza sustancialmente las

relaciones de la sociedad con el proceso de salud-enfermedad (Bloch, 1999), y la información que no ha sido actualizada puede convertirse lisa y llanamente en des-información, cuando se trata de fenómenos como la elección de sustancias y los modos de utilización, que no siempre se desarrollan de manera gradual y acumulativa, pudiendo en cambio llegar como “modas” de rápida difusión e incierta duración.⁶

Es decir, las investigaciones y codificaciones que se llevan a cabo en diversas organizaciones sólo revelan que se debe hacer y evaluar para regular y administrar el problema, que a la vez está muy lejos de ser una solución integral a dicha problemática, más bien puede entenderse como una posición cómoda del Estado de abandonar sus responsabilidades sobre aspectos que tiene que ver con la salud de la población, pero que adopta una postura centralizadora, monopólica, ocultando bajo un discurso técnico su intención de ejercer un efectivo control social

..Los consumidores que hasta hace 20 años pasaban desapercibidos, hoy se los indaga y se les pide que revelen, proclamen, admitan y declaren mediante encuestas; se les designa como víctimas peligrosas, enfermos pero amenazadoramente cercanos al vicio, la infracción y la mala intención, para caracterizarlos como delincuentes. Por esa razón se les exige, apremia, obliga a comparecer frente a los médicos y los fiscales, este ejercicio de poder se vuelve tema médico en tanto disfunción que hay que descubrir en el comportamiento. Se vuelve tema jurídico en tanto establece a quienes vigilar y castigar. Enfrentamiento y refuerzo recíproco. Padres e hijos, educadores y alumnos, jueces y reos, médicos y enfermos circulando alrededor de discursos y prácticas que se han tornado fundamentales.”⁷

⁶ Op. Cit. .

⁷ Idém

Con esto no se pretende desacreditar toda una trayectoria en investigación epidemiológica realizada por integrantes de INEPAR, pero si no asumir sus resultados como una verdad absoluta y totalizadora sobre las drogas, si bien ellos los han interpretado como factores de riesgo/protección, también es importante analizar las características del contexto en que se definen estas categorías, cuya variación es notoria en lugares urbanos y rurales y aún mismo dentro de la urbanidad existe ciertas diferencias.

Tal y como le considera Machin J. (2007) Chimalli, en la mayoría de los razonamientos y los manuales pareciera que existe una determinación directa entre factores de riesgo y conducta y aunque se recomienda mucho la adaptación para su aplicación a contextos diferentes (escuela o comunidades, rurales o urbanas) y se parte de la posibilidad de transferencia e la tecnología, se corre el riesgo de caer en meras “recetas” y la repetición acrítica de sus prácticas; ya que los mismos autores recomiendan que, para la efectividad del modelo de prevención, se debe de llevar a cabo correctamente y en orden cada uno de los pasos que el programa establece.

La metáfora del escudo es ilustrativa: no se entiende que la farmacodependencia también es construida por la comunidad y deja de lado los procesos de exclusión y marginación que se le asocian.

A pesar que los autores del modelo exponen que Chimalli es un modelo que supera los anteriores modelo de prevención, no obstante en él subsiste la concepción médico-sanitaria de la amenaza externa de la droga, no por casualidad el modelo Chimalli (también llamado ecológico) se desarrolla a partir de las investigaciones epidemiológicas. La ecuación sanitarista agente(droga) + huésped(individuo)= fármaco dependencia, es modificada sustrayendo el agente por el ambiente(factoros protectores) + huésped(individuo)= estilo de vida sano.⁸

⁸ Juan Machin, "Análisis de experiencias y modelos de organizaciones civiles con programas de prevención en Farmacodependencias", en *Pastoral de drogadicción*, (México), <http://www.pastoraldedrogadicción.cl/docs2006/modpreventivospdf>, 2006, pp.34-39, consultado el día 11 de noviembre del 2006.

Retomando otro punto de análisis, encontramos que, parte del marco teórico que respalda el modelo Chimalli es la importancia que tiene el tipo de dinámica familiar en que se desarrolla el individuo, éste apunta a que la disfuncionalidad de ella predispone no sólo al consumo de drogas, sino también a una serie problemática como el uso inadecuado de la sexualidad, conductas delictivas, dificultad en las relaciones con el grupo de iguales, etc. lo que sería de alguna manera señalar como “culpabilidad familiar”, si el adicto no es culpable, debe serlo la familia. Al respecto, autores como Cascallan dicen que cualquier familia, como cualquier individuo o sociedad, es un proyecto vivo, todo proyecto de vida pasa por los pequeños proyectos de la vida cotidiana; la vida posible es la que hacemos todos los días.

...”Hay grandes cosas que nos guían y pequeñas cosas que nos sostienen. Esta función de guía y sostén muchas veces está dicotomizada, desde el lugar social de ofrecer una gran guía que no tiene sostén: es el hecho de sostener un ideal muy alto, y por otro lado posibilitarlo muy poco. Con todo eso quiero indicar que la familia no se sostiene por sí misma, esto es un absurdo. La familia no es una entelequia. El amor tampoco es una entelequia. El amor tiene posiciones del amor. Las posiciones que supone el querer a otro, el sentirse querido por otro, tienen que ver con lo proyectivo y con que el amor es la cuestión de los afectos cotidianos, las regularizaciones de ese amor, esas situaciones en las que uno se siente sostenido en y por los otros”.⁹

Si a una familia, que se dice que es la base para la sociedad no se le da una referencia y no se le permite referirse a los otros, en función de sentir una mínima satisfacción en sí misma, esa familia no es consistente y no puede dar respuestas al adicto, porque a la vez le faltan respuestas a ella. Aquí se derrumba la cuestión de la culpabilidad familiar.

⁹ Jorge Cascallar, “Problemas preventivos y contextos” en *Universidad Tecnológica Nacional (México)* núm 15 diciembre-enero 2001 pp.-11-19

Una familia tiene y puede dar respuestas; pero también necesita de una sociedad que la ayude a encontrar esas respuestas, que le dé contenido a sus propuestas como proyecto vivo, es decir quien no sabe lo que le pasa al otro jamás podrá colaborar con él.

Asimismo, nuestra historia, y estos modelos de prevención que se basan en el miedo, nos remiten a un problema de imposibilidad; no proponen, sino que defienden y definen; no optan por el lado amplio de las posibilidades, sino que se cristalizan en el estricto marco de la defensa. Ejemplo de ello lo podemos encontrar en la forma en que Chimalli ha estructurado sus instrumentos de evaluación, por ejemplo, el Inventario de Riesgo/protección para la comunidad estudiada (IRPACO) en sus pregunta no. 1 y 2

Dice:

1. ¿Perciben los miembros de la red que el consumo de drogas (como tabaco, alcohol, y/marihuana) puede considerarse entre los miembros de la comunidad?

Alto riesgo: fumar más de 10 cigarrillos por día; embriagarse si beben; consumir marihuana con regularidad.

Mediano riesgo: fumar menos de cinco cigarrillos por día; beber moderadamente; probado o consumido marihuana en ocasiones.

Bajo riesgo; fumar sólo en ocasiones y/ o bebe socialmente, sin embriagarse; el consumo de marihuana ha sido sólo experimental.

Protección: no fumar, ni se bebe, ni se ha probado marihuana.

2. ¿Detectan los miembros de la red en la comunidad hay consumo de otro tipo de drogas (como los alucinógenos, el éxtasis, las anfetaminas, la cocaína o la heroína), así como los actos delictivos asociados a este consumo?

Alto riesgo: frecuentemente (más de una vez al mes)

Mediano riesgo: ocasionalmente (menos de una vez al mes)

Bajo riesgo: ha ocurrido, pero no se ha repetido.

Protección: nunca..”

Estas preguntas tienen una tendencia delatoría o de ratificación del consumo de drogas, incluso la pregunta 7 hace referencia a la accesibilidad de éstas dentro de la comunidad.

Asimismo, en la mayoría de las preguntas están orientadas a la relación de grupos de jóvenes –consumo de drogas-actos delictivos, como si uno fuera desencadenante de lo otro y con ello también a tomar una actitud negativa en función a descalificar al sujeto adicto, estigmatizarlo como aquello ajeno a lo humano, induciendo también a una percepción sobre “lo sano” y “lo enfermo”, como puede reflejarse en la pregunta no. 6.

En cuanto a la pregunta no. 9 del mismo instrumento induce a creer que la única finalidad de la conformación de grupos de jóvenes, son con el propósito de cometer actos delictivos o consumir drogas, y con esto contribuir al imaginario colectivo sobre pandillas juveniles.

Es común encontrar también los cuestionamientos sobre la presencia de adicciones entre los miembros de familia y vecinos con la finalidad de justificar la discriminación, como puede verse reflejado en la pregunta 10.

10¿Detectan los miembros de la red que en la comunidad hay consumidores de drogas o adictos, ya sea en las familias o en las calles, con quienes es problemático convivir?

Alto riesgo: sí, se ha tenido problemas con ellos

Mediano riesgo: sí, es un ambiente amenazador

Bajo riesgo: sí pero no ha habido problemas

Protección: no..”¹⁰

No obstante existe la necesidad de vincular la problemática en la comunidad que se está estudiando sin considerar los factores culturales inmersos en ella, por ejemplo, entre los indicadores de riesgo para un consumo problemático de drogas, resultados de investigación de Castro, M. (1992) mencionan al

¹⁰Jorge Llanes y Ma. Elena Castro “Chimalli; Modelo preventivo de riesgos psicosociales en la adolescencia” en *Libro del conductor y Libro del joven* Edit. Pax. México, 1997 pp-48-55

embarazo a temprana de edad (manifestaciones de sexualidad negativa) como un acontecimiento problemático, sin embargo, en las comunidades rurales esto no representa, al menos significativamente, una situación conflictiva para las adolescentes, forma parte de una norma socialmente aceptada, por lo que al momento de responder la pregunta no. 11 del IRPACO, las categorías de respuestas suele ser insuficiente, porque incluso, en este tipo comunidades no hay una cultura de la denuncia en casos de abusos sexuales que comúnmente se presentan, es decir, pocas veces los miembros de la comunidad desconocen si se presenta, pues precisamente, son situaciones que a la persona afectada y a la familia misma prefieren ocultarlo, sobre todo cuando el agresor resulta ser un familiar.

Este tipo de instrumentos de alguna manera trata de legitimar una política preventiva gubernamental, está encaminada a averiguar la relación entre la población juvenil y el consumo de droga.

Si no existe un problema real en las comunidades, los crean a partir de la constante verificación en las preguntas en todos los instrumentos de evaluación.

En lo que se refiere Inventario de disposición al cambio en la comunidad INDICE por lo regular las preguntas están orientadas a que el promotor interfiera en la percepción de la red, en legitimar impresiones como el “yo creo” más no del “yo argumento”, es decir no hay un sustento objetivo en las respuestas, por lo que hay más probabilidad de que éstas sean solamente juicios de valor y sobre éstas se base la evaluación.

Como parte del análisis de la metodología del Chimalli, la prevención se entiende como la aplicación de procesos lineales de intervención en las escuelas y comunidades después de una intervención la comunidad queda “protegida”, pero, como al pasar del tiempo se va debilitando esa protección, uno de sus problemas de investigación es el determinar cuántos ciclos de

aplicación del modelo se necesitan para que una pequeña comunidad pueda declararse completamente “protegida”¹¹

Por otra parte hay una abierta intencionalidad de legitimar la vigilancia sobre el consumo de drogas al interior de las comunidades escolares a partir de la formación de redes, pues según Chimalli, la red...” es una alianza que reúne a personas, recursos y energías, entendiendo a estas como disposición, voluntad y una conciencia hacia una causa e incluye a representantes de los sectores de la comunidad, alumnos, maestros, padres de familia, autoridades, etc. y de las Instituciones involucradas en promover la existencia de un programa. La organización comunitaria debe aceptar la existencia formal de la red como una actividad laboral del plantel, por lo que la participación comunitaria voluntaria queda en entre dicho.

En lo que se refiere al Promotor Comunitario (pc), Chimalli plantea un perfil “...el pc debe ser un líder grupal para dirigir, indicar y dar las instrucciones sobre las tareas por realizar, establece, con la aprobación del grupo, las normas y parámetros del funcionamiento grupal, debe ser tolerante sin asumir una actitud paternalista o calificadora hacia el grupo, seguir estrictamente las indicaciones de Chimalli, ser libre hacia el grupo, pero sistemático y apegado a las instrucciones”. Desde aquí vislumbramos a un sujeto que no verá más allá de lo que indica el manual, pese a que en todo proceso grupal hay en su interior una serie de fuerzas que habrá que ignorar, porque para los criterios evaluativos, ésta información es intrascendente, “el deber ser” de antemano está descrito.

Este mismo autor comparte la idea de que el cambio de paradigma de la comunidad que establece el marco teórico de Chimalli es más discursivo que real y corre el riesgo de ser una visión ideológica funcional al neoliberalismo y las recomendaciones de los organismos internacionales. En este sentido,

¹¹Juan Machin, ”Análisis de experiencias y modelos de organizaciones civiles con programas de prevención en Farmacodependencias”, en *Pastoral de drogadicción*,(México),<http://www.pastoraldedrogadicción.cl/docs2006/modpreventivos.pdf>, 2006, pp.34-39, consultado el día 11 de noviembre del 2006.

olvida que la farmacodependencia también es una solución muy poderosa para las comunidades.

Así mismo la extensión de un modelo diseñado para comunidades cerradas como las escuelas a comunidades abiertas, es mucho más complejo que el de buscar que ésta (la comunidad), a semejanza de los alumnos, tome conciencia. Ni siquiera queda claro qué se entiende con esta conciencia antropomórfica de la comunidad, mucho menos lo que implica en términos metodológicos.¹²

Los impulsores de este modelo, en este sentido, tienen mucho que aprender, por ejemplo, sobre los efectos perversos que pueden tener las mejores y bien intencionadas intervenciones comunitarias.

Existen dos experiencias significativas que pueden respaldar estas aseveraciones; una realizada en una escuela secundaria de la comunidad Santa María Yosocani perteneciente al Municipio de San Lorenzo Jamiltepec, Oaxaca en donde se aplicó Chimalli, por solicitud de un profesor y la directora de la escuela.

Primero se estableció la red con padres de familia y profesores de la escuela, sin embargo desde el momento en que se presentó el proyecto hubo resistencia por parte de los profesores debido a la división interna que se reflejaban como equipo de trabajo y barreras culturales como el idioma, ya que no todos los padres de familia hablan el español (es una comunidad indígena) al igual que el nivel de escolaridad de los mismos; otros como las labores domésticas y de trabajo de campo que de alguna manera imposibilitaban el apoyo como RED.

En el momento de aplicar los cuestionarios de evaluación diagnóstica, los integrantes de la red revelaron otros datos ajenos al cuestionario y que sin embargo generó cierta incertidumbre para continuar con la aplicación; por ejemplo, uno de ellos escribió que existía el rumor de que uno de los profesores estaba involucrado en el consumo de drogas entre los estudiantes, algunas veces como distribuidor o consumidor, incluso, utilizaba a los alumnos que egresaban de la escuela para que la distribuyeran en la escuela

Preparatoria a la que ingresaban posteriormente; esto bien pudiese ser interpretado como parte de las mismas descalificaciones entre los compañeros de trabajo, sin embargo, este dato se hacía implícito en la mayoría de las sesiones del Chimalli. De ahí también las afirmaciones sobre el carácter delatorio de los instrumentos de evaluación.

Otra experiencia fue en una escuela secundaria también del estado de Oaxaca, aquí los resultados reflejaron un alto consumo de droga; el temor de los profesores al contestar la Cédula Índice, ya que anteriormente habían tenido problemas con algunos alumnos al intentar expulsarlos por causas relacionadas a las drogas.

En el caso de las sesiones, algunos temas que según el diagnóstico son consideradas como de alto riesgo, por ejemplo el uso inadecuado de la sexualidad que establece como negativo el inicio de las relaciones sexuales a temprana edad, la información establecida al respecto en el Manual Chimalli, resultaba irrelevante (según comentarios de los alumnos); es decir, tienen acceso a la información, incluso saben a quien acudir, una posible hipótesis sería que la problemática definida a partir de Chimalli no es por falta de información, sino por otros factores aún no explorados en una comunidad como ésta.

Así mismo, en el transcurso de la intervención, llegaban anónimos de advertencia a los integrantes de la Red instigándolos a dejar el trabajo, pues se reflejaba poco a poco los efectos de las sesiones de una tendencia a disminuir el consumo de drogas (tanto de alcohol como de marihuana y cocaína) entre los estudiantes, lo cual afectaba los intereses de las pequeñas mafias que existen alrededor de la comunidad.

Esto a la vez fue una situación demasiado problemática en la cual el trabajo fue abandonado poco a poco por la falta de apoyo de los integrantes y a pesar que se hizo solicitud a la presidencia Municipal para proteger a los miembros del programa, ésta fue ignorada, lo cual puede darse para diferentes interpretaciones, una de ellas es lo ya anteriormente mencionado acerca de las

relaciones entre los grupos de narcotraficantes y los grupos de poder político en las regiones al interior del país.

Esta misma experiencia evidenció otras situaciones, por ejemplo, la forma en que las personas que viven en condiciones extremas de pobreza tienen que resolver sus necesidades básicas de supervivencia; algunos alumnos expresaban que sus abuelos o tutores se veían en la necesidad de rentar parte de sus parcelas para la siembra de amapola, que obviamente eran al menos mejor remuneradas a comparación de la siembra y cosecha de otras semillas.

Otro ejemplo de ello era el de aquel muchacho que como distribuidor encontraba una fuente de trabajo para colaborar con los gastos de su casa y costearse sus estudios.

Todo esto está muy lejos de lo planteado en el modelo, lo rebasa en aspectos teóricos como metodológicos, su funcionalidad se pone en duda en contextos comunitarios rurales.

CONCLUSIONES

Después de haber realizado este trabajo de investigación, puedo concluir que son más los retrocesos que los avances en materia de prevención, intentos como Chimalli ofrece algunos acercamientos a la cultura de las drogas, pero no deja de ser inacabado, pues el problema, como históricamente se ha insistido en reconocer el consumo de drogas, nos niega la posibilidad de que existen otras situaciones, como la deserción escolar, el desempleo juvenil por ejemplo que requieren de la suma de mayores esfuerzos para contrarrestarlas, en las que hay más probabilidad de éxito que la primera.

Evidentemente, la importante tarea de la prevención, tanto aquí como en otros países, parte de dos vertientes: desde un orden educativo-adaptativo y otro curativo-rehabilitador.

El primero nos obliga a remitirnos al carácter reproductivo del orden social a partir de prácticas que sean consistentes con los principios ideológicos de la sociedad dominante, mientras que el segundo se deriva en parte, del fracaso de las implementaciones educativas y entonces hay que actuar desde la concepción médico-hegemónica de la curación y la rehabilitación.

Por desgracia, el estar ubicados geográficamente frente a uno de los países más poderosos como Estados Unidos tiene una serie de desventajas, por una parte México aporta el mayor número de emigrantes a la Unión Americana, los cuales a bajo costo sostienen su economía; ellos, sin embargo, importan políticas represivas en contra el narcotráfico, apostando sobre todo a la consolidación a una cultura del terror.

La legalización de las drogas atenta a los intereses de quienes viven de ellas, estamos hablando de las ONG's, Asociaciones Civiles y todas aquellas Instituciones que reciben donativos para cumplir su labor preventiva y rehabilitadora, considerando los miles de pesos que se manejan al interior del mercado negro de las drogas.

Por otro lado, los medios de comunicación están más preocupados por difundir imágenes sobre los efectos de una sobredosis de heroína, que por evidenciar la infinidad de crímenes e injusticias que se comete desde el poder en ésta lucha contra el narcotráfico; se difunde “Di No a las Drogas” pero difícilmente encontramos un mensaje como “Di no al Alcohol” ya que para éstas drogas socialmente aceptadas sólo se recomienda regular su consumo.

Negar el carácter identificador que tiene el consumo de drogas en los jóvenes, es también negar la existencia de una cultura juvenil, de la cual se ha desprendido bastante literatura

Con esto se arriesga a que una política preventiva de mayores alcances estarían en función de una información científica sobre consumo de drogas, efectos en función de dosis, el uso responsable de las mismas y con ello, ¿por qué no?, la legalización en contextos mexicanos, que supere a las últimas reformas (en la que a partir de cierta cantidad ya no es considerado como narco menudeo y el delito se estipula a partir de otros criterios).

Por último, me veo en la necesidad también de elaborar una autocrítica en la implementación de este modelo, no tengo vasta experiencia en su aplicación, pero a partir de la capacitación impartida por personal de INEPAR A.C., es como puedo realizar este tipo de trabajo, de indagar y cuestionar algunos aspectos teóricos y metodológicos del modelo y partir de ahí para hacer aportaciones en mejoramiento del mismo; obviamente es necesario reconocer que este análisis es inacabado, que se requiere de más herramientas teórico-metodológicas para poder afirmar la validación, o no, del mismo, sin embargo los alcances de trabajo como estos permitiría abrir líneas de investigación acerca de los vacíos teórico-metodológico de este y otros modelos de prevención.

BIBLIOGRAFIA

- Araujo, Rogelio. (2000) "Barrios terapéuticos: identidades sociales y cura comunitaria" México, .Fundación Ama la vida pp.77-77
- Arriano, Flavio (1999) "Manual de Epicteto" España, Edit. Espasa. P.13
- Brauder José (2003) *Prevención del uso indebido de drogas: La importancia del psicólogo en la prevención del uso de drogas*. México, FES Iztacala, UNAM, Tesina de Licenciatura.
- Castro, M. E, y Llanes, J. (1999) "Modelo Preventivo de Riesgos Psicosociales Chimall Comunitario" México, Edit. Pax pp. 12-215.
- Cebrián. Jordi. (2005). "Drogas y el afán prohibidor: Ensayo sobre las drogas, las prohibiciones y los delirios colectivos", en *El problema de la droga y la percepción*, (Barcelona),<http://prohibición.blogspot.com>, consultado 25 de diciembre del 2006
- CONADIC "Programa contra la farmacodependencia.Documento de trabajo" México. 2000
- CONADIC. "Programa contra el tabaquismo". México. 2000. p. 28
- Giroux, Henry (2003) "La estética de la heroína y la política de la seducción", en *La inocencia robada*. México, Editorial Morata.
- Klotiarenco, M A "Estado de Arte en Resiliencia" en *Organización Americana de la salud* (España) núm 2 vol.1 1997, pp.24-39.
- Laplantine, F. (1999) "Antropología de la enfermedad", Buenos Aires, Edit. Del sol pp. 8-72,
- Llanes, J. y Castro, M.E. (1997) Chimalli: Modelo preventivo de riesgos psicosociales en Libro del conductor y libro del joven. México Pax. Pp.48-55.
- Machin, Juan.(2006)."Análisis de experiencias y modelos de organizaciones civiles con programas de prevención en Farmacodependencias", en *Past*,

drogadicción, (México), <http://www.pastoraldedrogadicción.cl/docs2006/modpreventivospdf>, consultado el día 11 de noviembre del 2006.

Medina M “Extensión del consumo de droga en México: Encuesta Nacional de adicciones” en *Revista de Salud mental* (México) vol. 12 núm 2 pp. 7-12.

Míguez, L. y Grimson, C. “Problemas preventivos y contexto” en *Universidad Tecnológica Nacional*, (México) núm.15, vol, 8 pp.35-38.

Ortiz, A. y cols.(1989).”El desarrollo del sistema de información sobre drogas y las tendencias del consumo en el área Metropolitana”, en *Salud Mental* Vol. 12 no.2 junio p.p.35-40

Páez Varela, Alejandro (2007),”Narcotráfico, la Peligrosa estrategia de Felipe Calderón: ¿Y si el ejército Mexicano falla en su lucha contra las drogas?” en *Newsweek*, (México), <http://www.unafuente.com./08-05-2007/narcotráfico-lapeligrosa-estrategia-de-felipe-calderon-%c2%BFy-si-el-ejercito-mexicano-falla-en-su-lucha-contra-las-drogas>.

Rodríguez Jose Luis (2000) “la Sectadependencia, otra forma de adicción” en *Revista de la Asociación Proyecto Hombre*, (Barcelona), núm.35, mayo, pp.12-18

Szazs Tomas (1999) “Nuestro derecho a la droga.En defensa de un mercado libre” Barcelona España, Edit. Anagrama pp. 19- 71.

. Weber, Max (1971). “Sobre la teoría de las ciencias sociales”.Barcelona, España. Edit. Península pp. 60-69

Zuñiga Martínez Moisés (2003) “De la imagen a la experiencia”, en *Revista Razón y palabra*. (México), núm.32, abril-mayo, p.22.

ANEXOS

ANEXO 1

CHP CUESTIONARIO DE HABILIDADES DE PROTECCION CEDULA DE REGISTRO

Fecha: _____

Grupo: _____

Comunidad: _____

Para cada grupo de trabajo con las sesiones preventivas, valora la existencia y/o utilización de la habilidad, con base a tus propias observaciones de campo, durante los contactos con cada grupo. Si hay una situación difícil del valorar, apunta los ejemplos o dificultades para su valoración en el renglón de los ejemplo. Recuerda que éste es un cuestionario grupal y no individual.

La cédula de registro debe ser llenada por el promotor comunitario con sus reflexiones y observaciones y no por los miembros del grupo.

Los 52 reactivos que contiene este cuestionario deberán ser contestados con la escala siguiente:

1. Nunca 2. Muy pocas veces 3. Alguna vez 4. A menudo 5. Siempre

Este cuestionario deberá ser contestado antes y después de cada ciclo de trabajo.

DISFRUTAR SIN DROGA

1. El grupo, en su mayoría, expresa lo que se siente hacia su persona o hacia las demás personas 1 2 3 4 5

2. El grupo, en su mayoría. Es capaz de identificar y conocer los propios sentimientos y expresarlo en palabras propias 1 2 3 4 5

Ejemplo:

MEDITACION ACTIVA

3. El grupo en su mayoría, practica la relajación, la respiración y la concentración:

1 2 3 4 5

4. El grupo, en su mayoría, es capaz de darse cuenta de lo que ocurre a su alrededor y tiene la capacidad para concentrarse cuando se le habla

1 2 3 4 5

Ejemplo:

ABRIRSE A NUEVOS APRENDIZAJES

5. El grupo, en su mayoría es capaz de escuchar, mantener e iniciar una conversación, expresando ideas o afectos, sobre lo que necesita o lo que le gustaría aprender:

1 2 3 4 5

6. El grupo, en su mayoría, es capaz de identificar la rabia, de canalizarla adecuadamente y de enfrentar a las personas aunque exista enojo:

1 2 3 4 5

Ejemplo:

UNIFICAR SENTIMIENTOS, PENSAMIENTOS Y ACCIONES

7. El grupo, en su mayoría, es capaz de conocer lo que piensa, lo que siente y lo que hace en un momento dado. Por ejemplo: piensa en un día que te enojaste, ¿puedes saber que pensabas y como te comportaste en ese momento?

1 2 3 4 5

8. El grupo en su mayoría, es capaz de concentrarse en un tema mientras interactúa con las personas:

1 2 3 4 5

Ejemplo:

CONTROLAR LA TENSION CON LA RESPIRACION

9. El grupo, en su mayoría, es capaz de respirar profundamente y sin ansiedad la mayor parte del tiempo, o por lo menos es un recurso que se usa para eliminar la tensión:

1 2 3 4 5

10. El grupo, en su mayoría generalmente no presenta síntomas de estrés, apatía, sueño enojo y/o indisciplina:

1 2 3 4 5

Ejemplo:

SENTIDO DE PERTENENCIA

11. Los miembros del grupo, en su mayoría, consideran que forman parte de un grupo muy definido: de su familia, de su escuela, del programa de ayuda, y son capaces de seguir instrucciones y de participar para integrarse:

1 2 3 4 5

12. El grupo, en su mayoría, expresa el deseo de formar una asociación, una banda o un grupo para ayudar o para aprender cosas nuevas

1 2 3 4 5

Ejemplo:

TOMAR DECISIONES DE PROTECCIÓN

13 Los miembros del grupo, en su mayoría, antes de actuar en una situación importante para su vida, consideran las posibilidades y eligen la que les hará sentirse mejor: 1 2 3 4 5

14. El grupo en su mayoría, toma decisiones realistas sobre lo que necesita antes de realizar una tarea: 1 2 3 4 5

Ejemplo:

PROTEGERSE DEL DAÑO

15. El grupo, en su mayoría, de alguna manera intenta comprender lo que sienten los demás y procura actuar en consecuencia: 1 2 3 4 5

16. El grupo, en su mayoría, disfruta de hacer cosas con su familia, con amigos y con otros familiares: 1 2 3 4 5

Ejemplo:

PARTICIPACION EN LA COMUNIDAD

17. El grupo, en su mayoría, es capaz de defender sus derechos, expresando claramente su postura: 1 2 3 4 5

18. El grupo, en su mayoría, es capaz de pedir ayuda y de denunciar injusticias a sus derechos o lo de la comunidad: 1 2 3 4 5

Ejemplo:

AYUDAR A UN COMPAÑERO ADICTO

19. El grupo, en su mayoría, es capaz de identificar el enfado o las reacciones negativas de los otros, sin involucrarse: 1 2 3 4 5

20. El grupo, en su mayoría, se da cuenta de que está asustado y hace algo para resolver su miedo

1 2 3 4 5

Ejemplo:

CONOCER EL CUERPO DEL HOMBRE Y EL DE LA MUJER

21. El grupo, en su mayoría, identifica por nombre y ubicación externa e interna los órganos y partes del cuerpo en un esquema del hombre y de la mujer

1 2 3 4 5

22. El grupo, en su mayoría, conoce el funcionamiento de los órganos sexuales masculinos y femeninos

1 2 3 4 5

Ejemplo:

SER CAPAZ DE INICIAR RELACIONES Y TENER UNA COMUNICACIÓN SIGNIFICATIVA

23. El grupo, en su mayoría, es capaz de llevar una comunicación clara y espontánea con su familia, con sus amigos, en la escuela i.e. en el trabajo (por lo menos en alguno de esos ámbitos):

1 2 3 4 5

24. El grupo, en su mayoría, suele incluir en su comunicación lo que siente o lo que piensa:

1 2 3 4 5

Ejemplo:

SABER QUE HACER FRENTE A SITUACIONES RELACIONADAS CON ADICTOS

25. El grupo, en su mayoría, se da cuenta que las reacciones de los adictos son consecuencia de su enfermedad y no de lo que él hace: 1 2 3 4 5

26. El grupo, en su mayoría, percibe que el valor de una persona y su autoestima son más importantes que meterse en problemas con personas adictas:

1 2 3 4 5

Ejemplo:

COMO LOGRAR ESTABILIDAD INTERNA

27. El grupo, en su mayoría, tiene la habilidad para sentirse acompañado de sí mismo y puede hacer contacto con su mundo interno: 1 2 3 4 5

28. El grupo, en su mayoría, tiene la habilidad para observar la naturaleza o el medio ambiente, como un parque, el cielo, el viento, etc. y sentir placer

1 2 3 4 5

Ejemplo:

ASUMIR UNA PERDIDA

29. El grupo, en su mayoría, permite que los demás sepan de él y se interesen por él 1 2 3 4 5

30. Los miembros del grupo, en su mayoría, cuando se sienten muy tristes piden ayuda o se hacen acompañar de alguien más: 1 2 3 4 5

Ejemplo:

NEGOCIAR CON LA FAMILIA

31. El grupo, en su mayoría, es capaz de determinar cuándo lo han dejado de lado en alguna situación y luego hace algo para sentirse mejor en esa situación:

1 2 3 4 5

32. Los miembros del grupo, en su mayoría, se las ingenian sin perder el control cuando los demás hacen bromas sobre él:

1 2 3 4 5

Ejemplo:

ESTABLECIMIENTO DE RELACIONES SEXUALES SANAS

33. Los miembros del grupo, en su mayoría, saben identificar lo que siente su cuerpo y son capaces de distinguir entre afecto y excitación sexual:

1 2 3 4 5

34. Los miembros del grupo, en su mayoría, son capaces de negarse a tener una relación sexual si no están totalmente decididos (a) a ello:

1 2 3 4 5

Ejemplo:

COMO DETECTAR Y ATENDER ENFERMEDADES

35. Los miembros del grupo, en su mayoría, son capaces de tomar conciencia de sus órganos y percibir cuando está funcionando mal algo en sus cuerpos.

1 2 3 4 5

36. Los miembros del grupo, en su mayoría, son capaces de cuidarse y solicitar ayuda de un adulto, de su familia o de alguna institución de salud cuando lo necesitan:

1 2 3 4 5

Ejemplo:

COMO INICIAR UNA VIDA SEXUAL PROTEGIDA

37. Los miembros del grupo, en su mayoría, saben lo que es el condón, cómo se usa, así como otros métodos anticonceptivos para la mujer y son capaces de utilizarlos en caso necesario: 1 2 3 4 5

38. Los miembros del grupo, en su mayoría, conocen las reglas higiénicas que es necesario conseguir para tener una vida sexual protegida y son capaces de llevarlas a cabo en el momento oportuno: 1 2 3 4 5

Ejemplo:

COMO CUIDAS TU ALIMENTACION

39. Los miembros del grupo, en su mayoría, son capaces no sólo de darse cuenta del efecto que tienen en su organismo los alimentos que acostumbran consumir, sino también de procurar consumir lo que no les hace daño:

1 2 3 4 5

40. Los miembros del grupo, en su mayoría, son capaces de preferir comer alguna fruta de temporada en vez de una golosina no natural: 1 2 3 4 5

Ejemplo:

COMO CONSERVAR LA SALUD

41. Los miembros del grupo, en su mayoría, son capaces de sentir e identificar, mediante la imaginación y la autopercepción, cada parte de sus órganos y de su cuerpo: 1 2 3 4 5

42. Los miembros del grupo, en su mayoría, son capaces de escucharse a sí mismo y darse cuenta de sus procesos mentales

1 2 3 4 5

Ejemplo:

APRENDER A USAR EL TIEMPO LIBRE

43. Los miembros del grupo, en su mayoría, son capaces de ayudar a los demás si lo necesitan y se muestran solidarios

1 2 3 4 5

44. Los miembros del grupo, en su mayoría, son capaces de darse a sí mismos una recompensa con diversión o actividades que les agradan, además de trabajar, estudiar o atender sus deberes:

Ejemplo:

TENER UNA SEXUALIDAD SANA

45. Los miembros del grupo, en su mayoría tienen información sobre enfermedades de transmisión sexual (especial del sida) y son capaces de protegerse para no contraerlas

1 2 3 4 5

46. Los miembros del grupo, en su mayoría, son capaces de decir a su pareja sexual cuándo consideran que crean problemas e intentan encontrar una solución

1 2 3 4 5

Ejemplo:

DETECTAR NECESIDADES SEXUALES Y AFECTIVAS

47. Los miembros del grupo, en su mayoría son capaces de darse cuenta cuando alguien más abusa sexual o afectivamente y de detener esa situación por sí mismos o con ayuda de alguien 1 2 3 4 5

48. Los miembros del grupo, en su mayoría, son capaces de hacer frente a las presiones de grupo y pueden influir para que sucedan cosas distintas 1 2 3 4 5

Ejemplo:

ESTABLECER RELACIONES DE AFECTO

49. Los miembros del grupo, en su mayoría, son capaces de hacer algo que le ayude a sentir menos vergüenza o a estar menos cohibidos (as)

1 2 3 4 5

50. Los miembros del grupo, en su mayoría, se dan cuenta de cuando están asustados y hacen algo para resolver su miedo: 1 2 3 4 5

Ejemplo:

REALIZAR GESTIONES ADMINISTRATIVAS Y NEGOCIACIONES RELACIONADAS CON EL DINERO Y EL TRABAJO

51, Los miembros del grupo, en su mayoría, planifican la mejor forma para exponer su punto de vista antes de tener una conversación problemática en que desean obtener algo 1 2 3 4 5

52. Los miembros del grupo, en su mayoría, saben cómo y dónde conseguir la información que necesitan: 1 2 3 4 5

Ejemplo:

ANEXO 2

<p style="text-align: center;">CEDULA IRPACO</p> <p style="text-align: center;">INVENTARIO DE RIESGO/PROTECCION PARA LA COMUNIDAD</p>

CONSUMO DE DROGAS Y CONDUCTA ANTISOCIAL

1. ¿Perciben los miembros de la red que el consumo de drogas (como tabaco, alcohol, y/marihuana) puede considerarse entre los miembros de la comunidad?

- Alto riesgo: fumar más de 10 cigarrillos por día; embriagarse si beben; consumir marihuana con regularidad.
- Mediano riesgo: fumar menos de cinco cigarrillos por día; beber moderadamente; probado o consumido marihuana en ocasiones.
- Bajo riesgo; fumar sólo en ocasiones y/ o bebe socialmente, sin embriagarse; el consumo de marihuana ha sido sólo experimental.
- Protección: no fumar, ni se bebe, ni se ha probado marihuana.

2. ¿Detectan los miembros de la red en la comunidad hay consumo de otro tipo de drogas (como los alucinógenos, el éxtasis, las anfetaminas, la cocaína o la heroína), así como los actos delictivos asociados a este consumo?

- Alto riesgo: frecuentemente (más de una vez al mes)
- Mediano riesgo: ocasionalmente (menos de una vez al mes)
- Bajo riesgo: ha ocurrido, pero no se ha repetido.
- Protección: nunca

3. ¿Perciben los miembros de la red que en la comunidad hay actos delictivos, como tomar o robar autos, golpear o herir a personas, forzar cerraduras, vender drogas o participar en riñas?

- Alto riesgo: frecuentemente (más de una vez al mes)
- Mediano riesgo: ocasionalmente (menos de una vez al mes)
- Bajo riesgo: ha ocurrido, pero no se ha repetido.
- Protección: nunca

4. ¿Detectan los miembros de la red que en la comunidad ocurre el consumo de las llamadas “drogas médicas” aún en aquellas recetadas por los médicos (como anfetaminas o tranquilizantes o sedantes)?

- Alto riesgo: a menudo (varias personas, más de una vez al mes)
- Mediano riesgo: ocasionalmente (varias personas, más de una vez al mes)
- Bajo riesgo: hay quien la usa muy de cuando en cuando.
- Protección: nunca

5. ¿Perciben los miembros de la red que en la comunidad existe el consumo de cocaína?

- Alto riesgo: frecuentemente (varias personas, más de una vez al mes)
- Mediano riesgo: ocasionalmente (varias personas, pero menos de una vez al mes)
- Bajo riesgo: hay quienes la han probado.
- Protección: nunca

6. ¿Se percatan los miembros de la red de que en la comunidad hay consumo de inhalantes (asociados o no a algunos actos antisociales, como violencia o robo)?

- Alto riesgo: frecuentemente (más de una vez al mes)
- Mediano riesgo: ocasionalmente (menos de una vez al mes)
- Bajo riesgo: han existido, pero no se han repetido en meses
- Protección: nunca

7. ¿Perciben los miembros de la red que en la comunidad se pueden conseguir drogas fácilmente?

- Alto riesgo: sí, se conoce de lugares y personas que las venden en cualquier momento.
- Mediano riesgo: sí, pero depende de encontrar un contacto.
- Bajo riesgo: no, solamente quien de verdad se lo proponga y las busque.
- Protección: no

8. ¿Detectan los miembros de la red perciben que en la comunidad se consumen otra (s) droga (s) no mencionadas aquí?

- Alto riesgo; sí varias veces.
- Mediano riesgo: sí en alguna ocasión
- Bajo riesgo: no, pero se sabe que las han ofrecido
- Protección: nunca

9. ¿perciben los miembros de la red que en la comunidad se agrupan los jóvenes en pandillas o bandas con el propósito de cometer actos antisociales o para consumir drogas?

- Alto riesgo: sí es muy frecuente
- Mediano riesgo: sí ocasionalmente
- Bajo riesgo: es raro, o que casi no
- Protección; nunca

10 ¿Detectan los miembros de la red que en la comunidad hay consumidores de drogas o adictos, ya sea en las familias o en las calles, con quienes es problemático convivir?

- Alto riesgo: sí, se ha tenido problemas con ellos
- Mediano riesgo: sí, es un ambiente amenazador
- Bajo riesgo: sí pero no ha habido problemas
- Protección: no

EVENTOS NEGATIVOS DE LA VIDA

11. ¿Perciben los miembros de la red que en la comunidad hay manifestaciones de sexualidad negativa, por ejemplo: embarazos no deseados, abortos, abuso o maltrato sexual, o enfermedades venéreas?

- Alto riesgo: sí con secuelas importantes
- Mediano riesgo, sí, pero sin consecuencias
- Bajo riesgo: no, pero hay preocupación por ello.
- Protección: nunca

12. ¿Detectan los miembros de la red que en la comunidad hay dificultades interpersonales con vecinos, entre familias o en la escuela?

- Alto riesgo: sí con secuelas importantes
- Mediano riesgo, sí, pero sin consecuencias
- Bajo riesgo: no, pero hay preocupación por ello.
- Protección: nunca

13. ¿Perciben los miembros de la red que existen dificultades asociadas con las drogas, es decir, ocurren hechos desagradables relacionados con la venta o la distribución ilegal o con los adictos o alcohólicos de la zona?

- Alto riesgo: sí y por lo cual siempre hay líos
- Mediano riesgo: sí pero no hay líos
- Bajo riesgo: se sabe que existen, pero a nadie le consta
- Protección: no

14. ¿Perciben los miembros de la red que en la comunidad los vecinos cambian de casa o que los niños y jóvenes cambian de escuela?

- Alto riesgo: constantemente
- Mediano riesgo; con frecuencia
- Bajo riesgo: ocasionalmente
- Protección: nunca

15. ¿Observan los miembros de la red que en la comunidad las personas experimentan padecimientos relacionados con los afectos, como enojo o tristeza?

- Alto riesgo: constantemente
- Mediano riesgo: con frecuencia
- Bajo riesgo: ocasionalmente
- Protección: nunca

16. ¿Perciben los miembros de la red que en la comunidad hay familias separadas o poco unidas y/o que suceden actos de abuso o maltrato?

- Alto riesgo: sí con secuelas importantes (divorcios, denuncias, etc.)

- Mediano riesgo: sí, pero sin consecuencias
- Bajo riesgo: no, pero se ha tenido preocupación por ello.
- Protección: nunca

ESTILO DE VIDA

17. ¿Se percatan los miembros de la red vecinal que la vida sexual de los hombres y las mujeres de la comunidad incluye el uso de anticonceptivos?

- Alto riesgo: Nunca
- Mediano riesgo: ocasionalmente
- Bajo riesgo: casi siempre
- Protección. Nunca

18. ¿Notan los miembros de la red vecinal que en la comunidad sus miembros se enferman de padecimientos de las vías respiratorias, de la piel, y/o del aparato digestivo?

- Alto riesgo: muy frecuentemente
- Mediano riesgo: ocasionalmente
- Bajo riesgo: rara vez
- Protección: casi nunca

19. ¿Perciben los miembros de la red que el inicio de la vida sexual en la comunidad es inadecuado de alguna manera (porque no usan anticonceptivos o porque no tienen suficiente información)?

- Alto riesgo: se así es
- Mediano riesgo: sí pero hay conciencia del riesgo
- Bajo riesgo: sí, pero se está superando
- Protección: no

20. ¿Se percatan los miembros de la red de que en la comunidad la alimentación está basada en la llamada “comida chatarra” o en alimentos poco nutritivos o higiénicos?

- Alto riesgo: a menudo
- Mediano riesgo: frecuentemente
- Bajo riesgo: ocasionalmente
- Protección: nunca

21. ¿Perciben los miembros de la red que hay accesos a servicios de salud?

- Alto riesgo: no
- Mediano riesgo: sólo los de emergencia
- Bajo riesgo: sí, pero dejan que desear
- Protección: sí, convenientes y suficientes

22. ¿De qué tipo es el uso del tiempo libre que observan en la comunidad los miembros de la red?

- Alto riesgo: no hay alternativas de lugares de recreación
- Mediano riesgo; las alternativas son insuficientes
- Bajo riesgo: se dispone de varias opciones
- Protección: sin duda hay opciones variadas y satisfactorias.

23. ¿De qué tipo es la información que perciben los miembros de la red sobre enfermedades de transmisión sexual como el sida y otros padecimientos venéreos en la comunidad?

- Alto riesgo: muy pobre o ninguna
- Mediano riesgo: insuficiente
- Bajo riesgo: suficiente
- Protección: más que suficiente, muy completa.

24. ¿Perciben los miembros de la comunidad que las mujeres tienen información para prevenir el embarazo?

- Alto riesgo: muy pobre o ninguna
- Mediano riesgo: insuficiente
- Bajo riesgo: suficiente
- Protección más que suficiente muy completa

25. ¿Notan los miembros de la red, perciben que las relaciones de pareja tanto entre jóvenes como entre adultos son adecuadas?

- Alto riesgo: no; pelean constantemente
- Mediano riesgo; no hay entendimiento, aunque tampoco peleas
- Bajo riesgo: sí, pero deberían comunicarse más
- Protección: sí son parejas armoniosas

26. ¿Observan los miembros de la red perciben que los integrantes de la comunidad son maltratados por parte de patronos y empleados, o expuestos a

cualquier tipo de abuso físico, psicológico o sexual o a riesgos laborales como accidentes?

- Alto riesgo: sí es un problema generalizado
- Mediano riesgo: sí pero es algo que puede ser corregido
- Bajo riesgo: no, pero pudiera ocurrir
- Protección: no.

ANEXO 3.

CEDULA INDICE

INVENTARIO DE DISPOSICIÓN AL CAMBIO EN LA COMUNIDAD

PLAN DE ACCION

1. No tiene caso hacer un plan de acción preventiva en esta comunidad, pues, pase lo que pase las cosas siguen igual; en todo caso, sí alguien hace una vez, sabremos si es bueno o malo.
2. En la comunidad existen algunos problemas y conocemos algunos centros de atención y promotores comunitarios que nos visita, pero hasta ahora no hemos logrado organizarnos bien.
3. La mayoría de los miembros de esta colonia ha participado en talleres y programas que se relacionan con los problemas de la familia y de los jóvenes, y muchos de nosotros estamos organizándonos para repetir estos talleres y cursos o para llevar a cabo actividades de prevención en la colonia.
4. Los planes de acción que hemos trabajado los hemos evaluado, es decir,

supimos lo que funcionó y lo que no. Ahora estamos involucrando a gente nueva de la colonia que no había participado para que se sumen a esta tarea.

INFORMACION

1. La comunidad opina que en esta colonia no existen las conductas de riesgo psicosocial, como el consumo de drogas, el empleo de la violencia en la familiar sabe que estos problemas existen, pero piensa que aquí no son tan graves.
2. La comunidad está informada acerca de lo que son las conductas de riesgo psicosocial, pero no conoce con que frecuencia ocurren en esta colonia.
3. La mayoría de la comunidad está informada del tipo de conductas de riesgo que se presentan en esta comunidad y sabe a quien acudir en caso de requerir mayor información.
4. La mayor parte de la comunidad tiene información sobre el consumo de drogas, la violencia y los problemas familiares y acude regularmente a un centro comunitario que le proporciona información actualizada.

RECURSOS PARA UN PLAN DE ACCION

1. La mayoría de los miembros de esta comunidad piensan que hacer un plan de acción requiere demasiado tiempo, el cual no están dispuestos a dar.
2. Existe un grupo de personas en esta comunidad que tratan de invitar a otras para participar con su tiempo, sus ideas y sus acciones en una red comunitaria de prevención, y están obteniendo apoyo de muchos sectores.
3. La comunidad sabe, que unidos todos podemos encontrar recursos suficientes para desarrollar nuestras acciones y que la contribución consiste no sólo en tiempo, sino también en actitudes de apoyo y simpatía con nuestra causa.
4. Nuestro plan de acción cuenta con el apoyo tanto de la comunidad como de las Instituciones (por ejemplo, centros de salud o de desarrollo de la escuela)

Nos hemos organizado y ya sabemos que necesitamos para el próximo plan

GRAFICA DE RESULTADOS DEL INDICE

4.AUTOGESTION					
3.PARTICIPACION					
2. SENSIBILIZACION					
1.RESISTENCIA					
	PLAN DE ACCION	INFORMACION	ACCIONES	CONOCIMIENTOS	RECURSOS

LA EXPLICACION DEL SIGNIFICADO DE CADA AREA ES LA SIGUIENTE

1. RESISTENCIA. Es el nivel más precario de disposición que implica desánimo, tolerancia, negación de los problemas o una conciencia tan vaga que impone un esfuerzo inmediato para concienciar a la comunidad y vencer la resistencia a la acción.

2. SENSIBILIZACION. Supone que ya se reconocen los riesgos psicosociales, pero que no ayuna organización en la comunidad que haga el plan de acción, o se está organizando la información.

3. PARTICIPACION. Reconoce que existen esfuerzos tanto organizados como debidamente capacitados y supervisados. Cuando hay este resultado debe proponerse mayor integración.

4. AUTOGESTIÓN Será el momento ideal de que se busca un plan de acción con la colaboración y participación de todos