



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES

IZTACALA

**El Papel y la identidad del psicólogo dentro del área
de la prevención en una institución publica.**

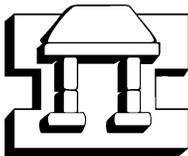
Reporte de trabajo
P R O F E S I O N A L
Para obtener el grado de
Licenciado en Psicología

P R E S E N T A :

JORGE GARCÍA BARBOSA

Comisión Dictaminadora

Mtro. Enrique Bernabé Cortes Vázquez
Mtra. E. M. Marisela Ramírez Guerrero
Lic. José Esteban Vaquero Cazares



Tlanepantla, Edo. De México. 2003



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

Q U E R O A G R A D E C E R A M I S P A D R E S P O R S U
C A R Ñ O Y A P O Y O , A M I S H E R M A N O S P O R S U
P A C I E N C I A , A M I S T O S P O R S U C O N F I A N Z A , A
M I S P R M O S P O R E L T E M P O A M I S A M I G O S P O R
F O R M A R P A R T E D E M I F A M I L I A G R A C I A S P O R
E S T A R S E M P R E C O N M I G O A L O S M A E S T R O S
S U S E N S E Ñ A N Z A S Y A L O S C O M P A Ñ E R O S
Q U E T U V E E N E L D E F G R A C I A S .

Dejo experiencias vividas
Repletas de penas y alegrías
Dejo pensamientos buenos
Y otros que no llegaron a serlo
Dejo mil cosas logradas
Y otras tantas no conseguidas
Acéptenlo...
ustedes son todos mis bienes
Lo único que poseo

INDICE

RESUMEN.....	5
CAPITULO 1 Antecedentes históricos de la psicología de la salud.....	6
1.1 Antecedentes.....	6
1.2 Los Modelos Preventivos En México.....	13
1.2.1 Construye Tu Vida Sin Adicciones.....	13
1.2.2 C.I.J.....	14
1.2.3 Uso De Alcohol, Tabaco Y Otras Drogas En El Lugar De Trabajo.....	16
1.2.4 Educación Preventiva Contra Las Adicciones.....	22
1.2.5 Abuso De Sustancias Para Alumnos De 4-,5- Y 6- Grado De Primaria Yo Quiero, Yo Puedo.....	24
1.2.6 Integración Psicosocial.....	26
1.2.7 Educación Para La Vida Y El Trabajo Aguas Con Las Adicciones.....	28
1.2.8 Intervención Social Profesionalizada.....	30
1.2.9 Eco2.....	31
1.2.10 Riesgos Psicosociales Para Menores, Adolescentes Y Sus Familias Chimalli-DIF.....	33
1.2.11 Riesgos Psicosociales Chimalli.....	34
1.3 Bases Teóricas Del Chimalli.....	35
1.3.1 Resiliencia.....	35
1.3.2 Modelo Ecológico.....	36
1.3.3 Enfoque Proactivo.....	38
1.3.4 Flexibilidad Paradigmática.....	38
1.3.5 Riesgos Psicosociales.....	39
1.3.6 Salud Mental Y Asistencia Social.....	41
1.4 Factores Predisponentes Y Precipitantes.....	43
1.5 Modelos De Intervención Comunitaria.....	43
1.6 Grupos.....	46
1.7 Bioética.....	49

2	CAPITULO.....	53
2.1	DIF Funciones, Descripción Y Análisis.....	53
2.2	Los Órganos Superiores.....	56
2.2.1	El Patronato.....	56
2.2.2	La H. Junta De Gobierno.....	57
2.2.3	La Dirección General.....	57
2.3.	Visión, Misión Y Atribuciones.....	58
2.4.	El Sistema Nacional DIF Coordinación, Concertación Y Fomento.....	60
2.5.	Desarrollo Integral De La Familia De Irapuato Misión Y Visión DIF Irapuato...	61
2.5.1	Misión.....	61
2.5.2	Visión.....	61
2.5.3	Fundamentos Teóricos.....	62
2.1	Desarrollo Integral De La Familia De Irapuato Presentación Preverp.....	63
3	RESULTADOS.....	70
3.1	Las actividades del psicólogo.....	70
	CONCLUSIONES.....	81
	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	87
	ANEXOS	

RESUMEN

El presente trabajo tiene como finalidad mostrar y dar a conocer los avances y logros alcanzados al emplearse para la coordinación de acciones preventivas a un psicólogo dentro del programa de prevención de riesgos psicosociales, (PREVERP) del DIF municipal de Irapuato Guanajuato. La ocupación del psicólogo permitió mejorar los alcances del modelo por encima, así como la visión existente acerca de este tipo de programas.

Los resultados que aquí se muestran enmarcan el avance en la aceptación de las escuelas hacia las acciones preventivas que se ofrecen como parte del trabajo e intereses propios del DIF quien tiene a su cargo el desarrollo adecuado de las familias, así como de la protección de la infancia y de la asistencia social.

Sirva asimismo este trabajo como un instrumento para conocer y entender los logros y avances que se obtienen al encausar desde el enfoque de riesgo-protección las acciones preventivas conformes a las necesidades de las poblaciones en algún tipo de riesgo. Así como lo significativo de emplearse los psicólogos dentro de este tipo de programas en la coordinación y supervisión necesarias para la realización y manejo de estos modelos preventivos.

CAPITULO 1

HISTORIA DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y LOS MODELOS PSICOLÓGICOS EN MÉXICO.

1.1 Antecedentes

Este capítulo está propuesto a tratar de formar una visión del trabajo que ha significado para los psicólogos su inserción en los campos de la salud, ya no como psicoterapeutas, sino desarrollando y mejorando las técnicas que se emplean en el campo de la salud para promover y mantener un estado aceptable de salud, empleando para este fin se vale de la prevención, la inserción dentro de este campo pareciera ser relativamente nueva pero la realidad es otra.

Dentro del campo de la salud la inserción de los psicólogos no ha resultado fácil ya que el trabajo que se había desarrollado dentro de la rehabilitación primordialmente, el proceso de inserción o la apertura dentro de este campo se da a causa de las competencias e ingerencias propias de la misma psicología.

Wittig (1988), define a la psicología como el estudio científico del comportamiento. Esta disciplina científica, intenta proporcionar una comprensión acerca de ¿cómo? y ¿por qué? se comportan los organismos como lo hacen. Los orígenes de la psicología pueden ser ubicados de acuerdo con Harrsch (1983), en cuatro grandes tradiciones de investigación acerca de la naturaleza del ser humano: la magia, la religión, la filosofía y la medicina.

Es en esta última (la medicina), donde se emplean la mayoría de los conocimientos adquiridos por esta ciencia, durante el siglo XIX Wilhelm Wundt intenta establecer a la psicología como una ciencia utilizando los métodos y procedimientos de investigación de otras ciencias naturales como la biología y la física que se rigen por reglas estrictas para su funcionamiento. (Berstein y Nietzel, 1988)

Así la psicología clínica surge como una necesidad de aplicar estos conocimientos recabados con los métodos científicos de la psicología experimental. Con estos procedimientos la psicología empezó a investigar dentro de los campos de las sensaciones, la percepción, la memoria, la asociación, las emociones y otros aspectos que forman parte de la conducta humana, es gracias a estas investigaciones que crece la psicología clínica ya que con esta experimentación se refino la metodología que emplea, así como la evaluación empírica de sus funciones, lo que permitió un desarrollo mejor y mayor, ya que ella misma se podía auto analizar.

Tradicionalmente la psicología clínica tiene seis funciones en las cuáles puede desenvolverse éstas son: la evaluación, el tratamiento, la investigación, la enseñanza, la consultoría y la administración. (Berstein y Nietzel, 1988) Pero en el tratamiento asido donde a encontrado una de las áreas más trascendentales de acción y desarrollo ya que en esta área se aplican la mayoría de los conocimientos recopilados en la investigación, lo que le ha permitido brindar ayuda y apoyo a aquellas personas que sufren de algún problema que los angustia o algún problema de conducta que los lleva a solicitar la intervención del psicólogo, esta acción recibe el nombre de terapia-psicológica, cuya finalidad radica en disminuir o eliminar estas situaciones que afligen a quienes solicitan este apoyo.

Por esta razón el área de intervención del psicólogo clínico se vio limitada exclusivamente a la rehabilitación y tratamiento de ciertos padecimientos mentales y físicos. En los últimos años el psicólogo sea integrado a los sistemas de salud ya no exclusivamente como terapeuta, ahora la inclusión del psicólogo obedece a sus aportaciones dentro de las áreas docentes, educativas, profesionales y científicas específicas, necesarias para la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y el diagnóstico de la salud, la enfermedad y disfunciones afines; teniendo también gran participación en el análisis y mejoramiento de los sistemas establecidos para el cuidado de la salud, así como para la configuración y creación de mejores políticas sanitarias como lo menciona Matarazzo. (Citado Latorre y en Beineit, 1994)

Ahora se vincula a los psicólogos con los problemas de salud y el mantenimiento de ésta, más allá de los estrechos límites del mal llamado campo de la salud mental. Esto a originado que surja una serie de nuevas interdisciplinas o subcampos de conocimiento sobre los ya existentes como son: la psicología de la salud, la salud conductual, la medicina conductual y muchas otras, teniendo todas como propósito el destacar la importancia de los factores que se derivan del comportamiento del individuo en la prevención, y rehabilitación de los problemas de salud, tal como se perciben desde la óptica de la medicina clínica y experimental. (Ribes, 1990 citado en Latorre y Beneit, 1994)

Dentro de una de estas dos posturas los psicólogos tenemos mayor injerencia como lo menciona Matarazzo (citado en Ballester, 1997), quien hace hincapié en la importancia de aplicar el conocimiento conductual y biomédico, así como aquellas técnicas para el mantenimiento de la salud y la prevención. Ya que esta es una tarea primaria del psicólogo. Siendo esto la pauta para insertarnos en los trabajos de prevención y promoción de la salud, como especialistas y no como invitados.

Como se ha mencionado la psicología clínica es la encargada de atender de manera directa las necesidades de las personas, siendo esto una de las atribuciones que se confieren a la psicología clínica de la salud tal como lo menciona Millon (1982), quien señala que la psicología clínica debe ser entendida como la aplicación del conocimiento y metodología de los diferentes campos de la psicología para la promoción y el mantenimiento de la salud física y mental de los individuos distinguiendo a la prevención, evaluación y tratamiento de todas las formas de desordenes físicos y mentales en donde los factores psicológicos contribuyen de manera relevante.

Así mismo es importante señalar que dentro de las funciones y aptitudes de las “nuevas”, psicologías de la salud se enmarca la importancia del trabajo preventivo ya que una de las funciones que debe cubrir esta área es la de disminuir las alteraciones de los estados que favorecen el mantenimiento de una buena salud o la aparición de las enfermedades.

Estas perspectivas abren un área más amplia para el trabajo del psicólogo ya que ahora se integra a programas e instituciones que realizan acciones o enfocan sus objetivos en funciones preventivas, informativas así como en la planeación de programas de intervención, esto sin dejar de lado la aportación terapéutica que le es inherente. Y de esta forma son reconocidas las capacidades y habilidades del psicólogo y la importancia de su integración a estas áreas.

Esta integración se ve soportada por la importancia que tienen estas acciones encaminadas al mantenimiento de la salud ya que una población que tiene una buena salud también por inherencia es una población productiva, estos nuevos campos o áreas de trabajo permiten que la psicología tome el papel que se merece ya que como ciencia que estudia el comportamiento de los organismos, en especial al ser humano,

debe estar integrada en todas las áreas que influyan en el desarrollo adecuado de los organismos.

Velásquez, Lara, Martínez, Tapia, Jiménez y Martínez (2001), hacen mención a la importancia de la realización y desarrollo de acciones en caminadas hacia la prevención ya que indican que mientras no se desarrollen tratamientos curativos para todas las enfermedades, es acertado afirmar que es la prevención la mejor herramienta por lo que las campañas educativas preventivas deben seguir con la misma fuerza e intensidad para que el mensaje no se distorsione y es desde esta postura que los psicólogos realizamos un papel preponderante e inexorablemente estelar ya que contamos con las herramientas metodológicas que son necesarias para realizar este trabajo al ser nuestro objeto de estudio el comportamiento de los individuos.

Bas (2000), así mismo indica la importancia del trabajo preventivo ya que es primordial dar a conocer los peligros que acarrear ciertas costumbres y a emplear esta información como el primer paso para hacer prevención, además denuncia la necesidad de mejorar esta información para que sea empleada en la capacitación del individuo para la toma de decisiones que le sean más satisfactorias en el desarrollo pleno de su vida. Como se ha visto a la prevención se le da un gran peso en el sostenimiento de un estado favorable de salud.

Al hablar de prevención y acciones preventivas es importante tener mesura ya que en muchas ocasiones se confunde el término información con educación y se entiende o se especula que basta con unas conferencias o folletos para dar solución a los problemas, pero por el contrario es necesario llegar a crear una transformación en las actitudes y los hábitos de los grupos para conseguir un cambio hacia el incremento de conductas más saludables.

Para tener una visión mas completa de lo que se relata como trabajo preventivo resulta ineludible conocer los principales enfoques que han marcado el avance de las ideas en materia de prevención. Así como las fases que han tenido influencia para definir los criterios que se emplean actualmente dentro de este campo. Las principales posturas que han tenido ingerencia sobre la evolución de estas ideas son:

- ⊖ Enfoque **ético-jurídico** que instauró al consumo de drogas como una falta moral o delictiva, que se ubico dentro de la prohibición y su prevención consistía en sugerir no transgredir las normas establecidas. Esta visión no logro impedir la aparición y el desarrollo de dichas conductas ya que propicio el castigo con rigor igualmente a victimas que a infractores.
- ⊖ Enfoque **médico-asistencial** establece al consumo y abuso de estas sustancias toxicas no como un delito sino como una necesidad al considerar que el organismo crea una dependencia hacia las drogas, considerando al adicto como un enfermo por lo cual se busco su atención en lugar de su castigo.
- ⊖ Enfoque **sociocultural** el cual ofrecía opciones al consumo de drogas, sin embargo a pesar de ofrecer alternativas para la distracción de los individuos nunca logro los resultados anhelados.
- ⊖ Enfoque **psicosocial** habla de vulnerabilidades especificas y de una fuerza protectora del ambiente, lo que permitió ver la colaboración combinada de un ambiente facilitador, las características del individuo y el agente para considerar la existencia de un mayor o menor riesgo de los individuos para desarrollar alguna adicción. Las investigaciones de estos factores de riesgo han permitido diseñar mecanismos protectores específicos ya que al comprenderse la forma como se relacionan las condiciones del individuo, del ambiente y de la droga. Esto ha reformado las técnicas para reforzar aquello que impide el consumo de drogas.

Estos diferentes enfoques han permitido estructurar una visión más integradora del trabajo preventivo ya que enmarca el trabajo bajo la postura de la *prevención primordial* la cual se distingue de los tradicionales conceptos de prevención *primaria*, *secundaria* y *terciaria*. Las cuales fueron formuladas desde los enfoques ético-jurídicos y medico-asistencial. (Ver anexo 1)

La prevención primordial se orienta al desarrollo humano y a la promoción social (citado en Llanes, Castro y Margain, 2003) Esta a diferencia de la educación preventiva y la educación para la salud que buscan la promoción, el cuidado y la recuperación de la salud, va mas allá ya que encauza su acción al trabajo con la familia, la escuela y los promotores comunitarios teniendo su limite con la atención primaria de la salud.

Y al hablar de prevención del delito se centra en las condiciones que coadyuvan en la familia y la escuela a fortalecer la promoción social que evite la conducta antisocial.

Es decir que la prevención ***primordial*** se apoya en aspectos formativos y fortalecedores de estilos de vida que permitan enfrentar exitosamente los riesgos proporcionando opciones de protección acorde a los individuos.

Como se ha podido ver este trabajo preventivo en México se puede considerar como una área relativamente nueva, y con lo presentado anteriormente se puede valorar lo mencionado por Llanes, Castro y Margain (2003), que explican que gracias a esta evolución la prevención ha pasado de ser una visión pre-científica, matizada por el empirismo a un fenómeno al que debe aproximarse con medios científicos, sistemáticos, públicos y replicables. Con esta visión científica se han elaborado

modelos, programas y materiales preventivos que permiten para aquellos que los emplean una orientación precisa, teorías que ayudan a comprender el fenómeno preventivo así como enfoques metodológicos que facilitan la forma de actuar y evaluar las acciones.

Existen en uso cerca de 10 diferentes modelos preventivos, Estos son: Construye Tu Vida Sin Adicciones, C.I.J., Uso De Alcohol, Tabaco Y Otras Drogas En El Lugar De Trabajo, Chimalli-DIF, Yo Quiero-Yo Puedo, Intervención Psicosocial, Para La Vida Y El Trabajo Aguas Con Las Adicciones, Chimalli, Intervención Social Profesionalizada Y Eco2. Estos modelos están estructurados de forma diferente, aunque conservan y comparten ciertas propiedades en común para una mayor comprensión de la estructura de estos modelos resulta obligatorio exhibirlos para esclarecer la manera en como intervienen y promueven la prevención.

1.2 Modelos preventivos de México

1.2.1 Construye Tu Vida Sin Adicciones

El Modelo Preventivo *Construye tu vida sin adicciones* es una propuesta preventiva basada en los aportes de la medicina mente-cuerpo elaborada desde el sector salud, la cual pretende fortalecer la responsabilidad individual y social en relación con su salud integral encauzándose en prevenir adicciones.

Modelo de tipo universal que aborda la prevención como un conjunto de acciones para promover el desarrollo humano y crear ambientes proactivos. En su planteamiento establece el origen multifactorial y complejo de las dependencias considerando que tanto la recuperación, como la prevención de esta enfermedad se

vincula más con las actitudes y comportamientos que integran el estilo de vida del individuo y de su grupo social, que simplemente con inhibir el consumo de determinada sustancia.

Se considera que el estrés, una inadecuada alimentación, un auto concepto pobre, falta de espacios para la diversión o una mala comunicación, entre otros factores, pueden actuar como elementos para alentar el consumo de sustancias psicoactivas, por ello su propuesta está orientada a desarrollar habilidades específicas para liberar tensiones, construir pensamientos positivos, mejorar hábitos alimenticios, incrementar las capacidades creativas, favorecer la comunicación y la expresión de sentimientos, trabajar con el auto concepto, dedicar un tiempo para el esparcimiento y reflexionar sobre los patrones de consumo de sustancias adictivas.

Este modelo pretende fortalecer la responsabilidad individual y social acerca de la salud, facilitando la conformación de **estilos de vida** que permitan desarrollar al máximo el potencial de cada persona y propiciando condiciones que eleven la calidad de vida y de las comunidades. Para su condición no requiere de expertos o profesionales, el facilitador puede ser cualquier agente de la comunidad que tenga habilidades para propiciar la interacción y el desarrollo de los ejercicios.

1.2.2 C.I.J.

El modelo se concibe a partir de la definición de prevención como un proceso orientado a evitar, retardar, erradicar o disminuir la aparición del proceso y de los daños asociados. Se basa en la conceptualización del Instituto de Medicina (IOM 1994) que clasifica a la prevención en tres dimensiones: universal, selectiva e indicada con esto se estratifican las acciones dirigidas a las poblaciones de acuerdo a su nivel de

riesgo y sus características específicas. Este modelo es resultado de la investigación epidemiológica, el modelo de riesgo-protección explica la susceptibilidad de los sujetos a desarrollar problemas de abuso de sustancias. (Hawkins, Y. Catalano, R., Miller, Y., 1992)

La investigación refiere que el abuso de drogas depende de las condiciones de riesgo a que están expuestos los individuos, tales como: Amigos que son usuarios de drogas, padres alcohólicos o que adoptan una actitud permisiva hacia el consumo, así como normas comunitarias y / o escolares que apoyan el abuso de drogas.

Hace hincapié en la vulnerabilidad ya que la toma en cuenta al explica el componente genético como algo que puede propiciar la aparición o desarrolló de las adicciones, que no necesariamente significa un factor de riesgo, aunque puede constituir una predisposición al uso o abuso.

Este modelo considera que la prevención universal, selectiva e indicada tienden a disminuir la vulnerabilidad de los individuos ante el riesgo, a través del fortalecimiento de los factores de protección, entendidos como las habilidades que ayudan a reducir o mitigar los efectos del riesgo, en especial en la relación del individuo, del grupo de pares, del ambiente familiar y social.

Los insumos del programa se obtienen de los estudios epidemiológicos tanto de la institución como de otras dedicadas al tema, que se procesan mediante el desarrollo de métodos y técnicas. La intervención para prevenir el consumo de drogas se lleva a cabo en una perspectiva general, por tipo de sustancia específica y por grupos especiales de población.

Los componentes normativos se basan tanto en propuestas internacionales como en las nacionales dictadas por la NOM-028-SSA 2-1999. Un componente importante del programa preventivo es el desarrollo de tecnologías aplicadas para el diseño, instrumentación y evaluación de materiales didácticos, así como de herramientas que permiten la diseminación y replicación de los proyectos de Prevención. El programa y sus necesidades cambiantes incluyen el diseño, elaboración y evaluación de proyectos piloto, dirigidos a grupos poblacionales especiales y con características de vulnerabilidad para el consumo de drogas.

Con lo visto anteriormente se puede subrayar que este modelo se basa en las relaciones que guardan los individuos para la aparición de adicciones, así como a los factores de riesgo-protección que son necesarios para realizar las acciones de prevención.

1.2.3 Uso De Alcohol, Tabaco Y Otras Drogas En El Lugar De Trabajo

El modelo de prevención surge como una iniciativa internacional para ofrecer una propuesta a los centros de trabajo para enfrentar el problema de uso y abuso de sustancias como alcohol, tabaco y otras drogas. El modelo fue diseñado por el Dr. Sverre Fauske, (Fauske, Wilkinson, Shain, 1996) y está dirigido a empresas. El modelo tuvo que ser adaptado a las condiciones culturales de los mexicanos a partir de un programa de investigación llevado a cabo por el Instituto Nacional de Psiquiatría *Ramón de la Fuente Muñiz* (Medina-Mora, Carreño; De la Fuente, 1998) y fue extendido a la familia y a la comunidad. (Natera & Tiburcio, 1998)

El modelo está basado en la teoría cognitivo conductual, y más específicamente en el Ciclo del Cambio (Prochaska y DiClemente, 1983), que propone dar información

al individuo cuyas conductas le causan problemas como fumar, beber o consumir otras drogas aún cuando no existan síntomas de dependencia.

Algunos autores consideran que el abuso en el consumo de sustancias es en gran medida un problema de naturaleza conductual, es decir, se trata de algo que la gente aprende a hacer de la misma forma en que aprende a realizar muchas otras actividades. Esta forma de observar el consumo de sustancias plantea la posibilidad de intervenir para modificar tanto la conducta, como sus consecuencias.

Algunas investigaciones han demostrado que una proporción importante de personas que dejan de fumar, por ejemplo, atraviesan diferentes etapas hasta que logran abandonar completamente esta conducta. (Prochaska y DiClemente, 1983)

El punto donde inicia el ciclo de cambio se conoce como Ignorancia, esta fase se caracteriza porque las personas son incapaces de reconocer que su conducta (beber, fumar o consumir otras drogas) tiene consecuencias dañinas.

La etapa siguiente se denomina Precontemplación, (reflexión) en este momento, las personas pueden reconocer algunos aspectos negativos de la conducta en cuestión, sin embargo, no están convencidas de que es necesario cambiar y por lo tanto siguen consumiendo.

Se espera que después de esa fase las personas lleguen a la etapa de Contemplación (determinación), en donde a pesar de que siguen consumiendo, piensan más seriamente en la necesidad de cambiar su conducta en el futuro inmediato, reconociendo que tienen un problema.

Posteriormente, se llega a la etapa de Acción. Como su nombre lo indica, en esta etapa las personas realizan diferentes acciones específicas para modificar su conducta y dejar de consumir. A continuación sigue la etapa de Mantenimiento, en esta parte del proceso los individuos deben realizar diferentes esfuerzos para mantener las ganancias que adquirieron al dejar de consumir y centran su interés en mantenerse alejados de la sustancia que les causaba problemas en las fases iniciales. No obstante, es probable que para algunas personas esta etapa resulte más difícil que para otras y por lo tanto vuelvan a consumir.

El regreso al consumo comúnmente se llama Recaída. Para muchos la recaída es sinónimo de fracaso, pero desde el punto de vista del ciclo de cambio una recaída es una oportunidad para el aprendizaje, ya que es necesario revisar las estrategias que se emplearon durante las etapas de Acción y Mantenimiento, detectar cuáles han sido las debilidades, proponer un nuevo plan de acción con base en las observaciones, e intentarlo de nuevo.

Los objetivos de este modelo son:

- II Establecer una infraestructura que integre tres componentes de la empresa, el trabajador (que puede ser a través de su sindicato) y el departamento de recursos humanos, para que sean capaces de implantar programas efectivos para la prevención de los problemas asociados al abuso de alcohol, tabaco y otras drogas, además que puedan conjuntar los recursos de la comunidad para dar una respuesta integral a los requerimientos del lugar de trabajo.

- II Desarrollar, poner en marcha y evaluar un programa de prevención y ayuda respecto al uso de alcohol, tabaco y otras drogas, que se oriente a los trabajadores y se extienda a la familia y la comunidad.

El cumplimiento de estos dos objetivos es básico para el funcionamiento del modelo dentro de cualquier empresa u organización laboral. El modelo consta de 9 etapas para la introducción e implantación en las empresas, con la finalidad de asegurar su utilidad, continuidad y permanencia.

1- Formar un comité con la participación de todos los sectores:

En este proceso juegan un papel muy importante por un lado *el gerente o directivo* para proporcionar el apoyo necesario, apoyado en su área de recursos humanos para la formación de un comité que se encargue de implantar, desarrollar y evaluar el programa. Así mismo se resalta la importancia del papel que juega el área de recursos humanos, ya que el modelo se inserta en el Programa Empresarial de Aseguramiento de la Calidad y más específicamente en el componente de promoción de la salud, lo cual permite observar el desarrollo, funcionamiento, evaluación y permanencia del modelo en la empresa.

2- Establecer una política laboral en torno al consumo:

Esta política debe, idealmente, elaborarse con el consenso de los niveles gerenciales y de los trabajadores, debe presentarse por escrito y difundirse entre todos los miembros de la empresa.

3- Desarrollar un programa de prevención con énfasis en los niveles primario y secundario.

Para realizarlo es recomendable hacer una Evaluación Inicial, tomando en cuenta que es importante conocer cual es el escenario real en el que se actúa. Así como evaluar las necesidades de un programa general de promoción de salud dentro

de la organización y enfocarlo a las actividades de prevención del uso de alcohol y de otras drogas. Evaluar el perfil individual del consumo de alcohol y otras drogas. Es importante incluir también datos de tipo demográfico, información proveniente del personal de la empresa y de los servicios de salud ocupacional. Evaluar el clima general del ambiente laboral.

El programa se orientará predominantemente a la prevención ya que en los programas orientados a los problemas, la fortaleza de su concepto también es su mayor debilidad: *se enfocan al individuo que ya tiene un problema.*

4- Diseñar estrategias de intervención para trabajadores.

En los programas que se enfocan a la prevención, la meta principal es la de tipo primaria y secundaria, mientras que se hace un menor énfasis en lo referente al tratamiento y la rehabilitación.

Este modelo se basa en la metáfora del semáforo:

- **Luz Verde:** no consumo de drogas, tabaco y no consumo o consumo moderado de bebidas alcohólicas
- **Luz Amarilla:** se requiere de modificar hábitos y conductas con apoyo, a fin volver a la luz verde
- **Luz Roja:** el empleado tiene problemas y requiere de ayuda profesional continua a fin de reintegrarle a la vida productiva

Con esta forma se puede enfocar al cambio de *Actitudes, Valores y Conductas*. Las actitudes y la experiencia se dan en un contexto social que tiene Reglas y Normas del conocimiento y que a su vez son parte de la red social, el lugar de trabajo o la sociedad en general.

5- Identificar y manejar los problemas.

Se propone realizar procedimientos de detección temprana y de intervención breve con los siguientes pasos: 1) Pregunte e investigue acerca del consumo de alcohol, 2) Evalúe los problemas relacionados con el alcohol, 3) Aconseje la acción apropiada a tomar. Con base en el resultado de la evaluación se da la recomendación al trabajador y se le apoya para tomar una decisión con respecto a su consumo y 4) Siga el progreso del sujeto.

6- Entrenar a supervisores y personal de salud.

El papel del personal de salud ocupacional es muy importante porque permite la detección temprana del uso de sustancias. Este modelo requiere diseñar programas especiales para el entrenamiento de este personal sobre temas relativos al uso de sustancias. Se les deberá capacitar en la detección y manejo de trabajadores en riesgo o con problemas por el consumo de drogas.

7- Establecer un programa de referencia a tratamiento.

Incluye el desarrollo e instrumentación de una política de manejo de trabajadores con dependencia, para lo cual se cuenta con los programas de prevención terciaria, es decir de tratamiento y rehabilitación.

8- Dar seguimiento a las acciones del programa.

Evaluar el proceso, resultados e impacto. El programa cuenta con un componente muy importante de evaluación, cuyo objetivo primordial es: Evaluar el impacto de los programas de prevención, de este se desprenden específicamente: a) determinar los obstáculos y posibilidades de instrumentar acciones preventivas en el lugar de trabajo y extenderlas a la familia, b) evaluar y documentar los antecedentes, procesos, resultados e impacto del programa de prevención instrumentado, y c) hacer modificaciones al modelo.

9- Realizar la extensión de los programas a la familia y a la comunidad.

Con el fin de crear una cultura de prevención y garantizar los cambios a largo plazo es necesario crear programas de apoyo a la familia.

Como se observa este modelo se queda en brindar la información que requieren los individuos para afrontar el problema que les aqueja, con lo cual se queda en la primera etapa de la prevención al brindarla como recurso mas que como acción previsible.

1.2.4 Educación Preventiva Contra Las Adicciones

El *Programa de Educación Preventiva contra las Adicciones (PEPCA)* es creado como una propuesta educativa organizada para desarrollarse en la escuela y la familia, favoreciendo la construcción de redes protectoras que se traducen en estilos de vida saludables con la finalidad de trascender a la comunidad.

El PEPCA surge como una alternativa encaminada a prevenir el desarrollo de las adicciones en la comunidad educativa, derivándose de la investigación de los sustentos teóricos de diversos modelos preventivos, de investigaciones epidemiológicas, del análisis de la base jurídica de la educación y de un diagnóstico de la problemática actual (crisis de valores, ruptura del equilibrio sujeto-entorno y aumento en el consumo de drogas), así como de recomendaciones de organismos internacionales, como la Comisión Interamericana Contra el Abuso de Drogas (CICAD) de la Organización de Estados Americanos (OEA).

El PEPCA se ubica en el proceso de desarrollo educativo y constituye una estrategia que atiende los diversos niveles que integran la Educación Básica, se vincula con los planes y programas de estudio vigentes, y promueve la construcción de valores humanos entre los educandos a través de una serie de actividades que se incorporan al proceso educativo en un esquema preventivo integral que aborda diversos problemas sociales en la comunidad escolar, a fin de desarrollar en los educandos la capacidad para tomar decisiones de forma consciente y reflexiva, que les permita resistir la presión de iniciarse en un proceso adictivo.

Para ofrecer una atención más específica y acorde con las necesidades de cada plantel, integra su propuesta de prevención a partir del desarrollo de una autoestima sana, de la formación de valores y de habilidades sociales que generen un pensamiento crítico en los escolares.

El objetivo es incorporar en el proceso educativo la estrategia de educación preventiva integral sustentada en la promoción y fomento de valores que fortalezcan en los educandos la capacidad de discernimiento para hacer frente a problemas sociales que puedan limitar su desarrollo armónico.

Este trabajo se basa en propiciar un movimiento activo de la comunidad, haciendo participes de el trabajo preventivo a toda la comunidad que integran las escuelas, es decir a los padres de familia, a maestros, personal de la escuela y a los menores. Para de esta forma los menores desarrollen un pensamiento crítico, es decir, que cuente con los elementos académicos y las experiencias suficientes que le permitan desarrollar una autoestima sana para que pueda conformar un sólido juicio moral, cimentado en la práctica cotidiana de los valores, para que de manera personal pueda llegar a una toma de decisiones por convicción. Esto con la finalidad de evitar, neutralizar o mitigar los riesgos que acarrear las drogas o conductas de riesgo para los menores.

1.2.5 Abuso De Sustancias Para Alumnos De 4°, 5° Y 6° Grados De Primaria Yo Quiero, Yo Puedo

El modelo surge como el resultado de los estudios del Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población (IMIFAP) logrando desarrollar, instrumentar y diseminar investigaciones en el campo de la educación para la vida, la salud y la sexualidad en México. Es partir de estas investigaciones, que se han diseñado programas e intervenciones específicas para diversos grupos (docentes, padres y madres de familia, personal de salud, adolescentes, niños y niñas).

Dichos programas tienen como objetivo mejorar la calidad de vida de personas, familias y comunidades y se ha desarrollado de acuerdo con el conocimiento de que los programas más efectivos relacionados con las conductas tendientes a preservar la salud física y mental son aquellos que integran la información con el desarrollo de habilidades psicosociales que sirven para enfrentarse a las demandas y los retos de la vida diaria.

Las investigaciones más recientes al respecto han llevado a acuerdos internacionales que reconocen un grupo de habilidades básicas como el núcleo de la realización de los programas de promoción de la salud física y mental (OMS, 1997).

Entre éstas se encuentran:

- Toma de decisiones
- Solución de problemas
- Pensamiento creativo
- Pensamiento crítico
- Comunicación efectiva
- Establecer y mantener relaciones interpersonales positivas.
- Conocimiento de sí mismo
- Establecer empatía
- Manejo de emociones
- Manejo de tensiones

Se instrumenta en escuelas públicas y privadas a través de la formación de docentes y orientadores, para que estos sean los replicadores del programa con los y las estudiantes. El programa cumple con los criterios de la OMS, 1997 que dan un sustento básico de habilidades para la vida, las cuáles promueven la salud física y mental.

Para replicar el programa el personal capacitado se apoya en la serie de libros "Yo quiero, Yo puedo" que va desde preescolar hasta tercero de secundaria.

La serie cuenta con ejemplares para cada grado escolar y dos guías para docentes: de nivel preescolar y primaria y 3 videos que presentan propuestas educativas. En 1998 IMIFAP llevó a cabo un proyecto para fortalecer el contenido del programa “Yo quiero, yo puedo” en una de las áreas que más afectan actualmente al mundo y particularmente a la población mexicana, el uso y abuso de sustancias adictivas.

El objetivo del programa es desarrollar en los niños y las niñas habilidades que les permitirán manejar adecuadamente las situaciones de riesgo y fortalecer factores protectores como la comunicación y la unidad familiar, para prevenir las conductas antisociales, como el abuso de sustancias psicoactivas.

Este modelo obtiene mayores resultados con el tiempo de duración de su intervención ya que el continuo manejo de estas habilidades, refuerza las habilidades adquiridas.

1.2.6 Integración Psicosocial

La novedad que incorpora este modelo lleva a la revisión de los métodos instrumentados en otros lugares, tanto en país como en otras naciones, y construyendo un modelo al que se denomina Método Holístico de Intervención Comunitaria.

La intervención estratégica de este trabajo se planea en diferentes escalas de incidencia: en la prevención primaria, reducción del daño, la rehabilitación y cura, la reinserción social y la investigación del fenómeno de la fármaco dependencia en las personas, los sistemas familiares y las comunidades.

Para llevar a cabo esta labor la Fundación Ama la vida planea un trabajo centrado en el *Modelo comunitario de prevención primaria, reducción del daño, rehabilitación y cura de las fármaco dependencias*.

Esta modalidad de intervención es un método de trabajo que integra una experiencia de investigación en la acción: experimentación de un modelo de tratamiento en una unidad residencial de atención especializada; la formación y supervisión de las experiencias operativas a través de un sistema de evaluación y seguimiento de los casos atendidos; y la implementación de un programa de clínica comunitaria de la fármaco dependencia en los contextos donde se gesta el problema.

Con esta integración de tres momentos distintos se pretende implementar una experiencia científica que evalúe los resultados de las diferentes experiencias terapéuticas que se pongan en marcha.

El tratamiento tiene como propósito general desarrollar un dispositivo integral de intervención que articule los esfuerzos de la unidad residencial con los restantes servicios comunitarios de atención de la salud y la seguridad de las personas. Esto significa que el tratamiento no es tarea exclusiva de ninguna **institución**, sino que es una intervención que se organiza con los diferentes recursos de la comunidad para que ella misma se haga cargo, del seguimiento y evaluación del proceso de cura.

A mediano plazo, su tarea consiste en tener una base de participación social de actores de la propia comunidad a la que pertenecen los afectados por el problema de la fármaco dependencia, para que conduzcan el proceso de rehabilitación, sin que esto implique el desarraigo de las personas de su propio hogar y comunidad de vida.

Este modelo se enfoca en la formación de profesionales competentes y especializados en el ámbito de la fármaco dependencia para responder al fenómeno social que le atañe. Sin embargo, la formación de estos operadores únicamente puede consolidarse a través de la experimentación científica de los procesos operativos que se llevan a cabo en la práctica cotidiana, la publicación de la sistematización de la misma en espacios científicos para ser puestos en la mesa de discusión, así como en la formación teórica que permita darle un sustento académico profesional.

De esta forma, la Fundación Ama la Vida, intenta contribuir a la formación de una respuesta institucional, integral, científica y humanitaria en favor de las personas, los grupos y las comunidades afectadas por el problema de la fármaco dependencia.

1.2.7 Educación Para La Vida Y El Trabajo Aguas Con Las Adicciones

El modelo Educación para la Vida y el Trabajo del Instituto Nacional para la Educación de los Adultos (INEA), tiene como finalidad ofrecer a jóvenes y adultos, un proceso educativo congruente con sus ámbitos particulares, y con sus necesidades e intereses.

Aborda una serie de aspectos vinculados a los jóvenes, en cuestiones de adicciones, género y sexualidad, también de gran interés para los adultos y sus familias. Educación para la Vida y el Trabajo, es una propuesta que busca ofrecer una educación cada vez más pertinente a las condiciones en que se desenvuelven las personas jóvenes y adultas de 15 años de edad o más, que por diferentes razones no pudieron iniciar o concluir su educación básica. También está dirigida a aquellas personas que deseen seguir aprendiendo.

El modelo constituye una forma particular de orientar y organizar estrategias y actividades educativas para abordar contenidos significativos, tomando en cuenta las situaciones y condiciones de vida de las personas jóvenes y adultas.

Asimismo, busca ofrecer una educación que les sea útil y les sirva en su vida cotidiana, donde los contenidos se refieran a sus necesidades e intereses reales, mediante la cual se recupere lo que ya saben y se propicie la aplicación de lo aprendido en su quehacer cotidiano.

Se trata de una educación relevante y de calidad en su vida y para la vida. La propuesta educativa estructura los contenidos en 42 módulos de aprendizaje que giran alrededor de temas de interés relacionados ya sea con áreas del conocimiento o con el ámbito de diversos grupos de población.

Cuenta con una estructura flexible que facilita que las personas organicen su propia carrera educativa y sus rutas de estudio, en las que si bien son importantes las constancias y la certificación, de igual manera lo son el conocimiento y el aprendizaje que les permita evolucionar en su trabajo, así como el desarrollo de habilidades, actitudes y valores para vivir mejor. Sus tres niveles: inicial, intermedio y avanzado, permiten dar un marco a los procesos de acreditación y certificación, ya que el nivel inicial e intermedio, una vez acreditados, permiten certificar la primaria mientras que el nivel avanzado corresponde a la secundaria.

Cada módulo contiene un paquete de materiales integrado por libros, revistas, folletos, juegos, mapas, o lo que cada tema requiera. En estos materiales, se sugieren actividades de aprendizaje a desarrollar, se da la oportunidad de analizar y reflexionar de manera compartida, ya sea con los y las compañeras del círculo o con los

familiares, amigos y vecinos, se brinda información y la persona misma puede hacer una evaluación de cómo y qué ha aprendido.

Este modelo se centra en la educación, por lo cual el trabajo preventivo se queda en un contexto particular más que en un contexto social o grupal por lo que su poder de acción es limitado.

1.2.8 Intervención Social Profesionalizada

La política de asistencia social en México demanda trascender del asistencialismo tradicional a una intervención social profesionalizada bajo criterios de calidad, en donde los sujetos sean promotores de su propio desarrollo. Esta visión implica el desarrollo de proyectos, programas y modelos de asistencia social con un rigor metodológico para impactar y potenciar las capacidades de la población objeto de la asistencia social, propiciando condiciones y oportunidades para su integración al desarrollo y el acceso a una vida digna y equitativa.

Consiste en una estrategia metodológica propuesta por la Dirección de Modelos de Atención para capacitar en procesos de evaluación, principalmente, evaluación de desempeño y evaluación de impacto de proyectos, programas y modelos de asistencia social con el propósito de mejorar la prestación de los servicios asistenciales que se brindan a la población vulnerable, mediante la definición y validación de los criterios mínimos de calidad estándares del servicio que cada modelo desea alcanzar.

El desarrollo de modelos de intervención permitirá:

- Profesionalizar los servicios asistenciales existentes
- Medir y evaluar los alcances del quehacer asistencial
- Dirigir y optimizar esfuerzos
- Replantear la asistencia social según la nueva visión
- Generar nuevos modelos de atención e intervención que respondan a las demandas y necesidades de la población vulnerable
- Replicar experiencias exitosas de intervención

Este modelo se centra la adecuación, ajuste, sistematización y desarrollo de modelos preventivos a partir de necesidades y problemas detectados en la comunidad o población con la que se desea trabajar. Este modelo formalizaría las acciones que deben seguir los modelos para poder atender de forma mas preparada a la población a la que se dirigen.

1.2.9 ECO2

El Centro Caritas de Formación para la Atención sobre Fármaco dependencias y Situaciones Críticas Asociadas A. C., es resultado de un proceso de coordinación interinstitucional para realizar una investigación en la acción, convocado y coordinado por Caritas Arquidiócesis de México I. A. P. con tres organizaciones civiles: Hogar Integral de Juventud I.A.P., Centro Juvenil Promoción Integral A.C. y Cultura Joven AC.

Desarrolló el proyecto de investigación en la acción, con el aval y el financiamiento de la Unión Europea y Caritas de Alemania, sobre prevención,

reducción del daño, tratamiento de fármaco dependencias y formación de agentes sociales. Con el desarrollo de la investigación se fue dando un proceso complejo de articulación más profunda y sistemática.

El Centro busca formar en la acción a equipos de agentes sociales para:

- ⊗ Incrementar la eficacia de la acción social.
- ⊗ Crear una cultura consensuada en torno a fenómenos de sufrimiento social, desde una epistemología de la complejidad
- ⊗ Incidir en las políticas públicas relacionadas

Algunos elementos esenciales de la intervención

- Empleo de instrumentos (Diarios de campo, Sistema de Diagnóstico Estratégico, Hoja de Iniciativas, etc.)
- Planeación estratégica con base en diagnóstico (investigación en la acción)
- Revisión de la tarea (en equipo, supervisiones externas) y la coherencia de objetivos en los diferentes niveles
- Se interviene en territorios sobre redes y representaciones sociales, sistemas simbólicos de control social
- Construcción de minorías activas

Toma a las fármaco dependencias como un fenómeno hipercomplejo que involucra aspectos tan diversos que van desde las relacionadas con nuestra propia fisiología, de la mano de la bioquímica de las sustancias y las consecuencias que su consumo tiene para la salud, hasta la sociedad red en su conjunto (expresada como marcos jurídicos políticos internacionales y / o como redes internacionales de crimen organizado), pasando por perspectivas epidemiológicas, psicosociales, históricas,

legales, etc. Todo esto atravesando por representaciones sociales, la diversidad cultural y las relaciones de poder, por citar algunos de los elementos relevantes.

Criterios básicos de la prevención

- P La prevención de la fármaco dependencia es prioritariamente un problema de promoción y gestión de la seguridad y de la salud de las ciudadanas, drogadictas o no.
- P La labor de prevención primaria puede consistir en contrarrestar los procesos de exclusión en la participación de la vida social, privilegiando la construcción de la seguridad para todos los actores sociales.
- P La prevención es local o no es.
- P La prevención es sobre los sistemas y sus interacciones.
- P La prevención es sobre la situación crítica.
- P La prevención no tiene como fin la desaparición de la situación crítica.
- P La prevención es en lo cotidiano.
- P La prevención no es información.
- P La prevención presupone competencia previsional y manipulativa.
- P La prevención presupone un sistema de conocimientos y de hipótesis “adecuado”.La prevención es estrategia.

1.2.10 Riesgos Psicosociales Para Menores, Adolescentes Y Sus Familias

CHIMALLI – DIF

El Chimalli-DIF es un modelo de trabajo para comunidades abiertas definidas geográficamente, o por la zona de influencia de un centro comunitario o de desarrollo familiar, o bien, por una ruta de trabajo de los Promotores Infantiles Comunitarios.

Este modelo constituye una adaptación del Modelo Chimalli-Escuelas del Instituto de Educación Preventiva y Atención de Riesgos (INEPAR), diseñado para prevenir riesgos psicosociales en planteles escolares, es decir, dentro de comunidades cerradas.

El Modelo Chimalli pareció conveniente para atender las necesidades del DIF, en primer lugar por su fuerte componente comunitario, que permitía transformar el papel de educador de calle en el de un promotor infantil comunitario, que promueve redes vecinales a favor de la prevención, además de que por su componente de investigación – le permite diagnosticar conductas de riesgo – protección, actitudes y habilidades de protección, además de evaluarlas antes y después de un ciclo preventivo – establecer una evaluación confiable, y, finalmente, porque permite construir fácilmente materiales preventivos a partir de lineamientos básicos utilizando técnicas psicosociales, psicocorporales y psicoeducativas adaptables a grupos de menores y familiares en comunidades abiertas. (Castro M. E., Llanes J., 1997; Castro M.E., Llanes J., 1998; Castro, M.E., Millé, C. 1997)

1.2.11 Riesgos Psicosociales CHIMALLI

Actualmente el Chimalli tiene tres componentes primordiales, a saber: una red voluntaria (vecinal, escolar y / o de grupos específicos, como pueden ser menores trabajadores); trabajo grupal para el desarrollo de actitudes y habilidades de protección; y, auto evaluación con instrumentos sistematizados de resultados, de proceso y de impacto que permiten observar la disminución del consumo experimental, evitar del primer contacto y reducir el abuso.

El origen de estos modelos está basado en investigaciones epidemiológicas nacionales sobre drogas, especialmente entre jóvenes estudiantes, y diversos estudios asociados al consumo de drogas que permitieron ver la necesidad de comprender el desarrollo de los adolescentes y no-solo problemas aislados que obstaculizan su desarrollo. Con base en estos conocimientos se integraron los cuadros de factores de riesgo / protección con los cuales se obtuvieron los temas con los cuales se elaboraron los materiales preventivos. Margain, M., Castro, M. E. Y Llanes, J. (2002)

Para poder entender los alcances de estos modelo que comparten las mismas bases teóricas y del trabajo preventivo que realiza es necesario comprender las diferentes áreas que lo integran ya que este abarca principalmente los aspectos psicosociales que se enfrentan durante el desarrollo humano, haciendo hincapié en los conceptos de: resiliencia, el modelo ecológico, un enfoque proactivo y en la flexibilidad paradigmática que conlleva la realización de este trabajo. (Llanes, Castro y Margain, 2003)

1.3 BASES TEORICAS DEL CHIMALLI

1.3.1 RESILIENCIA

Este es concepto rector del modelo chimalli y en general de la prevención, la resiliencia puede ser puntualizada como la capacidad del individuo para reaccionar exitosamente ante la presencia de riesgos o estresores Castro, Llanes y Margain (2002). Esto es el resultado de afrontar a un mecanismo protector o el reducir la vulnerabilidad ante situaciones o variables de riesgo, que no es otra cosa que la capacidad de responder adecuadamente para superar situaciones de riesgo. Este factor

protector no significa necesariamente un suceso agradable como algo dado constitucionalmente o que se recibe por herencia.

Los factores incluyen unos componentes de interacción y manifiestan sus efectos ante la presencia de un estresor, no son la mera reacción ante la exigencia del ambiente, sino un grado de adaptación que toma muy en cuenta la percepción de la situación y la capacidad para superarla. Castro, Llanes y Margain (2002) explican este proceso como la negociación del individuo y su comunidad con el ambiente inmediato o proximal. Este grado de adaptación toma en cuenta la percepción del individuo y su comunidad con el ambiente inmediato. Este proceso tiene diversas formulaciones pero Castro, Llanes y Margain (2002) exponen esta que es más fácil de memorizar:

Tengo / Soy-Estoy / Puedo

1.3.2 Modelo Ecológico

Este modelo es considerado como una alternativa a los modelos anteriores de corte informativo, por lo cual tiene una vigencia dentro de la prevención, este modelo se preocupa por todo el ambiente que conforma una comunidad y no por el individuo aislado. Al observar que no resultaba suficiente conocer una enfermedad o problema para ser evitado este modelo llegó a ser el medio conveniente para la prevención, ya que se ocupaba en modificar las normas de grupo en determinados ambientes para llevarlas de riesgo a protección. Esto lo logra mediante el interés de producir resiliencia en las personas y generando ambientes protectores.

El modelo va más allá de considerar al individuo un organismo o un cuerpo y mente, toma en cuenta su espíritu y sus reacciones más que meros procesos psicosociales como interrelaciones con el entorno natural, físico y grupal ya que esto ejerce influencias sociales, culturales y económicas. Con este sentido totalizador de la influencia del ambiente permite ver que al mejorar el entorno se mejora la condición de los individuos, y al ayudar el individuo a depurarlo esto propiciara que él se mejore a sí mismo.

Esta vigencia será comprendida de manera más completa al ser comparado con los demás modelos que se han empleado en la prevención esta comparación será comentada en el sub.-capitulo de modelos de intervención comunitaria donde profundizaremos las diferencias y similitudes que comparten estos.

1.3.3 Enfoque Proactivo

Este es distintivo de los esfuerzos preventivos porque actúa en pro, promoviendo que se eviten las conductas o el desarrollo de situaciones que deseamos prevenir. Este enfoque busca la orientación en la búsqueda de soluciones a partir de los recursos disponibles, que no espera las condiciones o recursos ideales para ponerse en marcha, sino que parte de la realidad.

1.3.4 Flexibilidad Paradigmática

Etimológicamente, paradigma significa mostrar, manifestar y se usa para señalar algo que es ejemplo o ejemplar. Esto se ha aplicado más cada día en el campo de la prevención para señalar que en la acción el trabajador de la prevención es un pionero en paradigmas y en la comunidad es un cambiador de paradigmas.

Entendiendo que el diseño de programas y la tecnología de la prevención no son mas que medios para crear el movimientos y llegar a la acción de modificar paradigmas. Castro, Llanes y Margain (2002)

Esta idea como lo explican Castro, Llanes y Margain lleva de la mano a comprender que el análisis de los paradigmas nos enfrenta a una inercia natural: *Parálisis paradigmática* que es la falsa conciencia de que existe una sola forma de hacer las cosas, lo cual nos deja encerrados dentro de modelos únicos y específicos de enfrentar el mundo y resolver problemas.

Por lo que ellos hacen hincapié en la promoción de la *flexibilidad paradigmática* que llega hacer la posición desde la cual los que se dedican a la prevención deben ser proactivos y estar enfocados a las soluciones. Esto supone que al trabajar nos modificamos personalmente, hacer prevención requiere de un cambio paradigmático en nosotros, lo cual implica vencer barreras y resistencias que ponemos en la realización de estos esfuerzos.

Esta flexibilidad supone ofrecer opciones ante obstáculos, animo ante el desaliento, en suma invertir nuestra energía en buscar soluciones y no en señalar los problemas. Este cambio puede verse en el cuadro 02 de los anexos.

Como se ha visto estos conceptos permiten mantener claros los objetivos que abarca el trabajo preventivo así como la importancia y las metas que se deben seguir. Algunos otros aspectos que deben ser tomados en cuenta para realizar este trabajo de forma adecuada por los profesionistas de la salud y que ayudan a comprender la importancia de este trabajo son: los riesgos psicosociales, la asistencia social y su relación con la salud mental, factores predisponentes y participantes de la enfermedad

- ‖ **Actos Antisociales** son aquellas acciones que ocasionan problemas en nuestras relaciones interpersonales y dentro de nuestra sociedad.

- ‖ **Eventos negativos** de la vida son aquellos conflictos con la familia, con los amigos y con la autoridad que suelen acarrear problemas en la autoestima.

- ‖ **Drogas** aquellas sustancias que provocan un daño al organismo al usarse y/o al abusar de estas.

- ‖ **Conductas compulsivas** que son aquellos patrones de conducta que son originados o están influenciados por los medios de comunicación.

Como se puede observar los riesgos psicosociales abarcan todas esas áreas que de no ser entendidas por las personas en su adolescencia pueden acarrear serios problemas en la vida adulta, además es importante marcar la diferencia entre prevención y atención ya que al hablar de riesgos psicosociales tiene más importancia evitar que se presenten o desarrollen algún tipo de problemas en estas áreas (es decir prevenir), que brindar un tratamiento que es con lo que se relaciona esencialmente a la atención aunque abarca a ambas.

Como se ha mencionado el término psicosocial se refiere a todo aquello que tiene una connotación personal y social, y por ende hablamos del concepto de *resiliencia* que como ya se vio es la habilidad o capacidad de algunos seres humanos para crecer y desarrollarse en medios adversos, y es el objetivo cardinal de los programas preventivos ya que permite crear las competencias necesarias para afrontar la vida.

Así mismo hemos hablado de cambios ecológicos y pro-activos necesarios e imprescindibles para propiciar los cambios en el ámbito personal y dentro de los grupos, por lo que al hablar de este enfoque ecológico se habla de los cambios en el contexto social-comunitario y al hablar de pro-actividad se habla de iniciar un cambio personal que estará regulado y delimitado por el mismo individuo como se ha explicado.

1.3.6 Salud mental y Asistencia social

La salud mental dentro del área de la prevención es entendida desde el principio de la poli causalidad con relación al origen de la enfermedad mental, esta se basa en las teorías de Freud haciendo mención que la enfermedad mental es una ecuación etiológica que se compone de los elementos que se van articulando sucesiva y evolutivamente. Esta teoría habla de los elementos hereditarios y de los elementos que ofrece el contexto social.

Desde este punto de vista la alteración de la conducta esta influenciada por la complementariedad entre disposición y destino lo que permite identificar factores que pueden propiciar la alteración de la conducta ya sea por factores hereditarios o factores ambientales es decir predisponentes y precipitantes los cuales serán explicados mas adelante.

A la salud mental se le considera como un aprendizaje de la realidad a través del enfrentamiento, manejo y solución integradora de los conflictos, por esto se le define como la capacidad del individuo para asimilar las situaciones a las que se enfrenta lo que le permite una identificación con el grupo al que pertenece teniendo siempre en cuenta sus propias limitaciones, un ejemplo de lo importante de esta

identificación es la familia a la que pertenece el individuo ya que esta es un grupo y una adecuada identificación con está facilita el desarrollo de una apropiada salud mental de los individuos que la integran.

La identificación con el grupo cobra una gran importancia sobre todo al hablar de prevención ya que los individuos buscaran apoyo e información con sus iguales, es decir con aquellos que integran su grupo, como los adolescentes que buscan información sobre sexualidad con sus compañeros de grupo.

Esto resulta importante de ser tomado en cuenta como lo muestran Velásquez, Lara, Martínez, Tapia, Jiménez y Martínez (2001) quienes hacen mención de la importancia de dar y brindar una educación a la comunidad ya que al hacer esta labor se brinda el apoyo a todos los individuos que integran a dicha comunidad lo que permite brindar el apoyo sin importar si presentan o no algún padecimiento específico. Además de que las medidas preventivas son señaladas por ellos como las mejores armas contra las enfermedades crónicas.

Así mismo esta mención podría ser utilizada para marcar la importancia del empleo de estas dos herramientas en la lucha contra las adicciones ya que como lo menciona Bas (2002), es la educación la mejor arma para evitar las adicciones. Ya que es la familia la encargada de ser quien en primera instancia educa a los integrantes de la misma.

La asistencia social es el apoyo o ayuda que brinda generalmente las instituciones por lo que existe una relación estrecha entre ambas ya que tiene como objetivo el brindar apoyo o beneficio social por lo cual tiene injerencia en asistir en el alcance de una buena salud mental. Para la asistencia social es importante identificar

los factores que tienen una influencia en la aparición de las enfermedades por lo que el principio de poli causalidad debe ser comprendido para un adecuado análisis de los procedimientos a seguir ante determinados grupos.

1.4 Factores Predisponentes y Precipitantes

Los factores predisponentes son aquellos relacionados con lo genético, mientras que los precipitantes son aquellos que están influenciados por el entorno ambiental y social. Estos factores son la parte medular del trabajo preventivo ya que una correcta identificación de estos propiciara un mejor desempeño de las acciones que se tomen para brindar un adecuado servicio o atención.

Un ejemplo de un factor predisponente es la estructura de la personalidad ya que esta puede influir en la aparición de trastornos mentales por su carácter de hereditario o genético, mientras que un factor precipitante puede ser el contexto social-comunitario como es el caso de convivir con personas que tiene malos hábitos alimenticios lo que puede provocar la aparición de trastornos alimenticios.

Y como se dijo la correcta identificación de dichos factores, facilitara una adecuada intervención por parte del profesional de la salud, del encargado de las pláticas o del preventologo.

1.5 Modelos de Intervención Comunitaria

Al hablar de intervención comunitaria es necesario señalar que este trabajo debe de ser un proceso indefinido ya que la aparición de conductas de riesgo se puede

presentar en cualquier momento, así mismo este proceso debe de ser flexible ya que implica cambios de comportamiento e involucra la información, las actitudes, las habilidades, los afectos y los valores.

Las etapas que integran este trabajo de intervención son:

- Diagnóstico
- Intervención
- Seguimiento
- Evaluación
- Reinicio del proceso

Uno de los métodos que se emplean en la aplicación de estos modelos es la creación de redes escolares ya que permite integrar al trabajo a toda la comunidad durante un tiempo determinado lo que evita que se desarrollen problemas de riesgo, creando habilidades, disminuyendo conductas de riesgo y permite medir los avances y logros.

Velásquez, Lara, Martínez, Tapia, Jiménez y Martínez (2001), hacen mención a la aparición de estos modelos de prevención ya que señalan que mientras no se desarrollen tratamientos curativos para tratar ciertos padecimientos, es acertado afirmar que la prevención es la mejor herramienta y por ello las campañas educativas deben seguir con la misma fuerza e intensidad para que el mensaje no se distorsione.

Las estrategias en la implantación de estos programas deben ser focalizadas, grupales e institucionales ya que se deben abarcar a todos los integrantes de la comunidad y así se garantiza la atención de todos los problemas que presente dicha

comunidad ya que se atiende a los que presentan problemas, se integra a la comunidad y se trabaja con los grupos.

Existe una variedad de modelos de atención que enfatizan y toman en cuenta ciertas características para efectuar su labor algunos modelos son:

- ◆ Modelo psicosocial que enfatiza en la importancia de los factores ambientales, personales y familiares del individuo. Resalta los factores de riesgo y los factores de protección trabajando en redes de apoyo.
- ◆ Modelo antropológico que se centra en el análisis de la vida, como factor más importante para explicar el uso y abuso de drogas. Analiza la subcultura para entender por que se da el fenómeno.
- ◆ Modelo social que es un modelo de intervención comunitaria que afirma que al conocer la estructura demográfica de consumidores de drogas, los detalles de un patrón de consumo pueden construirse un modelo de transmisión que permita atacar brotes.
- ◆ Modelo político que enfatiza el interés por los fenómenos sociales, económicos y legales que da lugar a la relación entre la oferta y la demanda.
- ◆ Modelo de salud que parte del modelo medico y que se enfoca en la psicología y en los factores de riesgo y además tiene como objetivo incidir en la prevalencia de los factores del marco epidemiológico clasifica a la prevención en primaria, secundaria y terciaria.
- ◆ Modelo ecológico que parte del desarrollo humano así como de sus influencias sociales y la interacción entre individuos y grupos, preocupándose por las comunidades y por los individuos aislados.

- ◆ Modelo organizacional que focaliza el estudio del comportamiento en los grupos y en los procesos que intervienen en esta interacción.
- ◆ Modelo de acción social donde el uso del poder se focaliza y se distribuye con nuevas formas de gobierno.

Como se observa todos los modelos centran sus esfuerzos para atacar los problemas tomando ciertas características pero es importante señalar que aun con esta diversificación de objetivos todos ellos comparten algunas características en común y tiene una que es central en todas ya que en todas es él individuo quien forma parte de estas, así mismo es importante señalar que al hablar de prevención sin importar el modelo al que se haga referencia es necesario incluir en su aplicación una evaluación de resultado, de proceso e impacto para garantizar óptimos resultados y facilitar su análisis de funcionalidad e impacto hacia los problemas a prevenir.

1.6 Grupos

Por la naturaleza de este trabajo dejaremos a un lado la clasificación y definición de grupo ya que no es un tema que competa a este trabajo, sin embargo este apartado hará mención de las principales ventajas que se deben considerar al trabajar con los grupos ya que el conocer estas aportaciones facilitará el desarrollo del trabajo preventivo.

Para conocer la interacción existente dentro de los grupos y las ventajas que estos brindan a los individuos que integran los mismos es necesario comprender que ellos pueden facilitar la aparición o no de adicciones, u otro tipo de problemas a los

individuos que integran el grupo. Entre los factores que pueden facilitar la aparición o desarrollo de conductas negativas se debe tomar en cuenta el miedo existente ante una pérdida y el miedo latente a comprometerse a él mismo por lo que este cambio origina en él individuo sentimientos de inseguridad, aislamiento e indiferencia, siendo esto además opuesto al entusiasmo y al crecimiento que ofrece el grupo al individuo además existir un factor muy importante para el desarrollo de los individuos “la pertenencia”.

Un ejemplo claro de pertenencia la ofrecen Gayet, Rosas, Magis y Uribe (2002), quienes al analizar con quien hablan los jóvenes para aclarar dudas sobre temas específicos como es el SIDA, señalan que se dirigen a grupos de iguales en la mayoría de las veces para tratar este tema y algunas veces se dirigen con los padres, es decir que buscan la información con aquellos con quienes comparten cierta identidad.

Es necesario conocer estos aspectos en un trabajo grupal además de contar con un esquema referencial operativo que consiste en un conjunto de experiencias, conocimientos y afectos con los que el individuo piensa y actúa como lo es nuestra táctica familiar.

Dentro de estos grupos operativos un principio fundamental a considerar es el que al mover una pieza todas se moverán por lo que es necesario y fundamental al trabajar con los grupos que no se eliminen a los integrantes que se consideren negativos para el desarrollo del grupo, ya que de acuerdo con los principios de resiliencia de todos se puede aprender.

En los grupos es importante lograr crear una autogestión ya que esta es la capacidad de trabajar o continuar un proceso de manera independiente que sería la finalidad final del trabajo preventivo. Para lograr su participación es necesario realizar preguntas abiertas, hacer algunas equivocaciones, ser sincero además de no permitir

que una sola persona hable es necesario promover la participación del grupo así como dirigirse por el nombre de la persona.

Al realizar este trabajo preventivo es necesario que la persona que esta enfrente del grupo se presente se establezca un encuadre además de informar y aclarar el rol del coordinador marcando la existencia de confidencialidad entre ambos grupo y coordinador. Ya que mientras mayor claridad tengan los integrantes del grupo es mayor la garantía de permanecer y de que haya una solución para sus problemas.

El conductor deberá generar una explicación de las sensaciones que los temas despiertan en el grupo, así como tener siempre claro el diagnóstico y el objetivo a lo largo del proceso grupal, debe cuidar su talante y su tono de voz y sobre todo el ser natural y franco con los integrantes, teniendo siempre presente que debe ser empático. Para realizar este trabajo y manejar adecuadamente las resistencias es necesario atribuir un significado y una causalidad a un fenómeno, buscar los parecidos o diferencias entre dos hechos y observar que esto se repite siempre que aparece este punto.

Como se puede ver para trabajar con los grupos se vuelve necesario conocer las características de dichos grupos ya que el instructor o coordinador se vuelve parte del mismo y como tal deberá respetar al grupo además de lograr una identificación del mismo con él para lograr un adecuado trabajo del programa.

1.7 Bioética

La ética intenta facilitar la realización de las personas. Que el ser humano llegue a realizarse a sí mismo como tal, es decir, como persona. La ética se ocupa y pretende la perfección del ser humano. Claro que desde esta visión resulta imprescindible preguntarnos, ¿qué es una persona?

La persona es el ser más importante que existe en el universo. La persona es el ser de mayor valor de todo cuanto nos rodea. La persona es el protagonista de la cultura y de la historia.

La ética considera los actos humanos en cuanto que son "correctos" o "incorrectos". Tiene en cuenta los actos que son libres o los actos humanos en cuanto que son "justos" o "injustos". Esto quiere decir que la ética considera si los actos son "buenos" o "malos". Para los profesionales de la salud es de suma importancia, conocer qué es "bueno" o "malo", qué es "correcto" o "incorrecto", que es "justo" o "injusto". Ya que nuestro objeto de estudio es el mismo ser humano.

Desde la postura ética es importante lograr la perfección de las personas. Y desde esta visión el trabajo que realizamos los profesionistas de la salud cobra gran importancia ya que de nosotros depende que el individuo logre esta perfección, que se logre la realización de la persona humana mediante el desarrollo de valores. (www.xtec.es)

La bioética empieza con Hipócrates. Su máxima *primum non nocere* —primero no dañar— es la primera alusión a uno de los principios de la bioética. Algunos han

propuesto al médico Thomas Percival, quien vivió a principios del siglo XIX, como padre de la bioética, mientras que otros atribuyen ese papel a Joseph Fletcher, Henry Beecher y Paul Ramsey. (www.diariomedico.com)

El término bioética fue utilizado por primera vez por Potter en 1970. Sus objetos de estudio son los problemas éticos planteados por las ciencias de la vida, no sólo por la medicina o por las llamadas ciencias de la salud. La bioética médica se encarga de analizar y conciliar los problemas éticos planteados por las ciencias médicas.

El término bioética se emplea en el trabajo preventivo para enmarcar la importancia de conocer y respetar las diferentes posturas y formas de pensar de los diferentes grupos que integran nuestra sociedad ya que al trabajar con determinados temas podemos transgredir sin querer los conceptos morales de algunos sectores de la población, por lo cual es necesario respaldar el trabajo preventivo con esta visión mediadora.

Desde esta postura debemos entender que el trabajo preventivo, y cualquier otro que integre al ser humano, deberán ser:

- ” Secular, es decir que no podrá ser único de una sola religión por lo cual deberá dejar de lado las posturas religiosas. En un hospital moderno conviven personas de muy diversas posturas religiosas: creyentes, agnósticos, ateos. Esto no implica que sea imposible alcanzar acuerdos morales mínimos aceptables para todos, sino que esos convenios habrán de ser racionales y no se basarán en creencias.
- ” Pluralista, ya que deberá aceptar todas las posturas además de intentar lograr acuerdos universales.

- ” Autónoma no heterónoma (un sistema moral es heterónimo cuando las normas se imponen al individuo desde fuera; es autónomo cuando esos preceptos parten del carácter auto legislador del ser humano). ya que su parte legisladora parte del ser humano que tiene cualidades, valores y habilidades inherentes a las relaciones interpersonales.
- ” Racional, no racionalista (esta última tesis propone que toda realidad ética puede conocerse *a priori* casi con precisión matemática. Aunque esto pudiera ser así en ciertos casos, la bioética médica ha de tomar en cuenta que la realidad también puede conocerse *a posteriori*, es decir por las consecuencias de la decisión) ya que la realidad puede llegar a ser conocida después.
- ” Universal, al tener que tomar decisiones más allá de ideas o creencias moralistas.

Como puede observarse la bioética muestra principalmente cuales son los valores que se deben seguir al trabajar con personas, ya que se debe procurar el bien para todos es decir ser benéfico, ser utilitario que no es otra cosa que conocer que según lo correcto o incorrecto de las acciones depende de cuanto placer o dolor producen nuestras acciones. (<http://lectura.ilce.edu.mx>)

Así mismo existe dentro de esta postura el concepto de no-maleficencia de acuerdo al cual si no podemos hacer bien a otra persona estamos obligados a no hacerle daño. Esta postura ética nos recuerda la importancia de la correcta aplicación de los conocimientos adquiridos en nuestra preparación académica, así como un adecuado uso de nuestras habilidades.

Todo lo anterior permite conocer los diferentes aspectos que integran el trabajo preventivo así como las limitaciones y objetivos que se deben seguir para realizar este trabajo ya que algunos modelos se pueden aprender y utilizarse pero eso no garantiza el correcto uso de estas herramientas lo cual seguirá siendo una función para el psicólogo que cuenta con la preparación curricular para realizar estas funciones.

Además esta parte de la ética nos recuerda que el objetivo final de todo trabajo o investigación de la psicología es el de mejorar el nivel asistencial que se brinda para lograr un mejor nivel de vida de las personas, Hohmann y Shear (2002).

CAPITULO 2

EL DIF ESTRUCTURA, ACCIONES Y SERVICIOS

El sistema nacional para el desarrollo integral de la familia, cumple con la función de brindar un nivel básico de bienestar para los menores y sus familias este trabajo lo desarrollo mediante diferentes programas y niveles de atención, es dentro de una de estas áreas que trabaja en la prevención protección de los menores que están expuestos a riesgos específicos como lo es la drogadicción, el vandalismo, el abuso de sus derecho, entre otras situaciones.

Para cumplir con estas tareas al referirse a la prevención el DIF crea el programa **PREVERP** que tiene como objetivo el desarrollar las habilidades y actitudes necesarias que les permitan a los menores tener una mayor capacidad de respuesta autogestiva ante los riesgos psicosociales que enfrentan así como lograr fortalecer los factores de protección con la participación y compromiso de la sociedad en su conjunto, para esto resulta necesario conocer el funcionamiento de esta institución para comprender como se desarrolla el trabajo dentro de la prevención.

2.1 DIF Funciones, Descripción y Análisis

La política de asistencia social del Gobierno de México que desde 1978 es responsabilidad del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, ha tenido a lo largo de los últimos años una transformación paulatina, que se expresa en una clara tendencia a evolucionar del campo de las necesidades al de los derechos. Aún cuando la creación del DIF respondió a una necesidad de modernizar la asistencia social, teniendo por primera vez como referentes de su labor a la familia y la comunidad, colocándola como política en la perspectiva del desarrollo social, todavía

en los años 70's y 80's y con esto es particularmente válido en el caso de la niñez, se siguió privilegiando de la instrumentación de modelos de atención que enfatizaban los procesos rehabilitatorios y de institucionalización mediante albergues y casas asistenciales, para producir un sistema de vida autógeno, es decir, transmisor de experiencias de aprendizaje.

En el fondo se trataba de una visión tutelar que consideraba a la infancia solo como sujeto de necesidades y que la atendía básicamente desde la perspectiva de su condición jurídica. Ello incluso frente a la emergencia de fenómenos sociales inéditos en nuestro país para ese entonces, como la proliferación de los menores en situación de calle. No es hasta los albores de la presente década, en que se empieza a considerar a la infancia como sujeto de derechos. La Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, fue el punto de inflexión que impulsó un cambio a favor de la infancia y que permitió pasar de una política orientada a garantizar un piso básico de bienestar para la niñez, a una política que le reconoce, además, derechos iguales al del resto de la población y por tanto la considera como un sujeto activo social, económica y políticamente.

Este nuevo enfoque no permeó y orientó de manera inmediata la política y los programas gubernamentales; en muchos de los casos se siguieron reproduciendo actitudes que en la práctica dejaban de lado esta nueva perspectiva.

El Sistema Nacional de Asistencia Social es el conjunto de instituciones públicas, sociales y privadas, encargadas del desarrollo de la familia, de la protección de la infancia y de la prestación de servicios de asistencia social. El Sistema Nacional de Asistencia Social, del cual forma parte el organismo denominado Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, es quien coordina y promueve los trabajos

en este campo que complementa muchas de las acciones encaminadas a proteger el capital social y el capital humano de nuestra nación.

El Sistema, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia se identifica con la serie de instituciones que por ley deben apoyar el desarrollo de la familia y de la comunidad, especialmente de aquellas que presentan mayor riesgos de desintegración, violencia o de presentar alguna situación adversa y no tener capacidad para enfrentarla.

El Sistema DIF está integrado por un organismo central, el DIF Nacional, que de acuerdo a la Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social debe coordinar las actividades en la materia, así como por 32 sistemas estatales DIF y los sistemas municipales DIF que actualmente existen en alrededor de 1,500 de los 2,414 municipios mexicanos.

El DIF Nacional es un organismo público, descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propios, creado por Decreto el 13 de enero de 1977 y que, de acuerdo al artículo 13 de la Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social de 1986, es el promotor de la asistencia social y la promoción de la interrelación sistemática de las acciones por lo que es el rector del campo de la asistencia social y coordinador del Sistema compuesto por los órganos estatales y municipales.

Tal y como lo define el artículo 4° de la misma Ley, el DIF es el responsable de la atención de menores en situación de abandono, desamparo, desnutrición o sujetos de maltrato, de menores infractores, de alcohólicos, de los fármaco dependientes y de los individuos en condición de vagancia, de mujeres en período de Gestación o lactancia, de ancianos en desamparo, incapacidad, marginación o desamparo, de los inválidos

con problemas de diferentes órganos o sistemas, los indigentes, de personas que por su ignorancia requieran servicios asistenciales, de las víctimas de la comisión de delitos en estado de abandono, de los familiares que han sido abandonados y dependen económicamente de aquellos que se encuentran detenidos por causas penales, de los habitantes del medio rural o urbano que estén marginados y de Las personas afectadas por desastres.

2.2 Los Órganos Superiores de este organismo son:

2.2.1 El Patronato

Está formado por 11 miembros designados y removidos libremente por el Presidente de la República. El titular de la Secretaría de Salud y el Director General del Organismo, representan a la Junta de Gobierno del Organismo ante el Patronato. Tradicionalmente la esposa del primer mandatario era Presidenta de este Patronato, pero esto era debido más a una costumbre que a una obligación legal.

El Patronato del DIF tiene facultades para opinar y recomendar acerca de los planes de trabajo del Organismo, apoyar sus actividades y formular sugerencias, y contribuir a la obtención de recursos para incrementar el patrimonio del organismo. Actualmente, el Patronato del Sistema Nacional DIF aún no ha sido integrado ya que se está conformando de una manera diferente, con personalidades y líderes sociales que puedan tener el tiempo y la capacidad adecuados para apoyar esta delicada tarea. Sin embargo, las tareas institucionales no dependen de este movimiento y han continuado sin interrupciones siendo objeto de una cuidadosa evaluación actualmente.

2.2.2 La H. Junta de Gobierno

La otra instancia de dirección del DIF es la Honorable Junta de Gobierno del Organismo, conformada por funcionarios públicos del más alto nivel, los titulares de las secretarías de Salud (que preside esta instancia de gobierno), Gobernación, Hacienda y Crédito Público, Educación Pública, Trabajo y Previsión Social, y de la Procuraduría General de la República y los directores generales del instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores al Servicio del Estado, de la Lotería Nacional y de Pronósticos Deportivos, así como de la Compañía Nacional de Subsistencias Populares y el Director General del propio organismo.

Esta instancia es la que representa al organismo legalmente, autoriza sus planes de trabajo, sus presupuestos, los informes de labores y los estados financieros y aprueba los reglamentos internos, designa a los subdirectores, directores generales y al Oficial Mayor y aprueba la aceptación de herencias, legados, donaciones y demás liberalidades, así como aprueba los proyectos de inversión, los convenios de coordinación y la integración de comités y grupos de trabajo internos del organismo y los programas de mediano plazo.

2.2.3 La Dirección General

El Presidente de la República designa y remueve libremente al director general del organismo, quien por Ley está facultado para ejecutar los acuerdos y disposiciones de la Junta de Gobierno, presentar los informes y estados financieros, los presupuestos e informes, expide los nombramientos del personal, excepción de la designación de los subdirectores, directores generales y el Oficial Mayor, que recae en la Junta de

Gobierno, celebra contratos, convenios y actos jurídicos donde representa legalmente al organismo y planea, dirige y controla el funcionamiento del mismo.

2.3 Visión, Misión y Atribuciones

Visión DIF Nacional

Un Sistema Nacional de Asistencia Social que regula y garantiza a través del marco jurídico-normativo la profesionalización de los servicios desde una perspectiva que incluya a los tres ordenes de gobierno, que privilegia el enfoque preventivo, la coordinación de los sectores público, privado y social y que genere un cambio cultural centrado en los valores de solidaridad, equidad y corresponsabilidad.

Misión DIF Nacional

Promover la integración y el desarrollo humano individual, familiar y comunitario, a través de políticas, estrategias y modelos de atención que privilegian la prevención de los factores de riesgo y de vulnerabilidad social, la profesionalización y calidad de los servicios desde una perspectiva de rectoría del Estado en el Sistema Nacional de Asistencia social.

Atribuciones del Sistema Nacional DIF

De acuerdo al artículo 2o. del Estatuto Orgánico de 1999. Promover y prestar servicios de asistencia social; Apoyar el desarrollo de la familia y de la comunidad; Realizar acciones de apoyo educativo, para la integración social y de capacitación para

el trabajo a los sujetos de la asistencia social; Promover e impulsar el sano crecimiento físico, mental y social de la niñez; Proponer a la Secretaría de Salud, en su carácter de administradora del patrimonio de la beneficencia pública, programas de asistencia social que contribuyan al uso eficiente de los bienes que lo componen; Fomentar y apoyar a las asociaciones y sociedades civiles, así como a todo tipo de entidades privadas cuyo objeto sea la prestación de servicios de asistencia social sin perjuicio de las atribuciones que al efecto correspondan a otras dependencias; Operar establecimientos de asistencia social en beneficio de menores en estado de abandono, de ancianos desamparados y de discapacitados sin recursos; Llevar a cabo acciones en materia de prevención de invalidez y de rehabilitación de discapacitados, en centros no hospitalarios, con sujeción a la Ley General de Salud; Realizar estudios e investigaciones sobre asistencia social, con la participación, en su caso, de las autoridades asistenciales de las entidades federativas y de los municipios; Realizar y promover la capacitación de recursos humanos para la asistencia social; Participar con la Secretaría de Salud en el Sistema Nacional de Información sobre la Asistencia Social; Prestar servicios de asistencia jurídica y de orientación social a menores, ancianos, discapacitados y en general a personas sin recursos; Apoyar el ejercicio de la tutela de los incapaces que corresponda al Estado, en los términos de la Ley respectiva; Poner a disposición del Ministerio Público los elementos a su alcance en la protección de incapaces y en los procedimientos civiles y familiares que les afecten, de acuerdo con las disposiciones legales correspondientes; Realizar estudios e investigaciones en materia de invalidez y discapacidad; Participar en programas de rehabilitación y educación especial; Promover, como conducto de la Secretaría de Salud y coordinadamente con los gobiernos de las entidades federativas y municipales, el establecimiento de centros y servicios de rehabilitación somática, psicológica, social y ocupacional; Participar, en el ámbito de la competencia del organismo, en la atención y coordinación de las acciones que realicen los Diferentes sectores sociales en beneficio de la población afectada por casos de desastre; Recomendar y promover el establecimiento de organismos de asistencia social en las entidades federativas y municipales y prestar a éstos apoyo y colaboración técnica y administrativa; Emitir opinión sobre el otorgamiento de donativos y apoyos a instituciones públicas o

privadas que actúen en el campo de la asistencia social; Promover dentro de su ámbito de competencia, que las dependencias y entidades destinen los recursos necesarios a los programas de servicio de salud en materia de asistencia social; y las demás que establezcan las disposiciones legales aplicables en la materia.

2.4 El Sistema Nacional DIF Coordina, Concerta y Fomenta

Las acciones que orientan el destino de los recursos que, en materia de asistencia social, realizan las dependencias del Gobierno en sus tres niveles.

1. La ejecución de programas de cooperación con organismos nacionales e internacionales.
2. Los esfuerzos públicos y privados para la integración al desarrollo de los sujetos de la asistencia social.
3. La participación ciudadana en las acciones de asistencia social y desarrollo familiar y comunitario.

El Sistema Nacional DIF es una de las estructuras de gobierno más federalizadas. Cuenta con 32 sistemas estatales, autónomos y que dependen de los Ejecutivos Estatales y más de 1,459 sistemas municipales, que dependen de los presidentes municipales. Los sistemas DIF en el ámbito federal y estatal son rectores y normativos; en el ámbito municipal ejecutan los programas.

De lo visto se han remarcado las atribuciones que tiene esta institución para realizar aquellas acciones encaminadas a la elaboración de acciones orientadas a desarrollar esfuerzos protectores o de prevención.

2.5 Desarrollo Integral de la Familia de Irapuato Misión y Visión DIF Irapuato

De los más de 1,459 sistemas municipales se hablara en específico del municipio de Irapuato gto. lugar en donde se efectúo el trabajo que se expone más adelante, pero resulta necesario conocer y comprender los objetivos por los cuales se rige este sistema municipal y el programa específico en el cual se laboro.

2.5.1 Misión

Establecer políticas y lineamientos para el desarrollo, evaluación y normalización de modelos de intervención de asistencia social, a través de instrumentos teóricos, metodológicos, normativos, informativos, de capacitación y de evaluación, a fin de fortalecer y profesionalizar los servicios de asistencia social y potenciar el carácter rector y normativo del Sistema Nacional DIF.

2.5.2 Visión

Constituirse como una instancia de planeación y servicios que promueva e impulse la profesionalización, normatividad y certificación para la regulación del que hacer de la asistencia social de instituciones públicas y organizaciones sociales y

privadas en México, para optimizar la efectividad y calidad de los servicios asistenciales.

2.5.2 Fundamentos teóricos

Los fundamentos teóricos en los que se sustenta el desarrollo, la sistematización y el ajuste de modelos de atención son:

- Enfoque de sistemas
- Desarrollo humano

Líneas de Trabajo

- ♣ Desarrollo de modelos
- ♣ Normalización y evaluación
- ♣ Información e investigación

Ámbitos de acción

Su ámbito de acción son las diversas áreas del DIF Nacional, los sistemas estatales y municipales, otras instituciones gubernamentales y organizaciones de la sociedad civil vinculadas con la asistencia social.

2.6 Desarrollo Integral de la Familia de Irapuato Presentación General PREVERP

Creemos que es necesario propiciar condiciones sociales que permitan a las y los niños, jóvenes, familias y comunidades, encontrar alternativas ante las situaciones adversas que enfrentan en la vida como es el consumo de drogas.

Una estrategia que contribuye a disminuir las causas y consecuencias que genera el fenómeno de las adicciones es el Programa de Prevención de Riesgos Psicosociales (Preverp). El programa tiene como finalidad; favorecer en las niñas, niños, adolescentes, familias y comunidades, el desarrollo de habilidades y actitudes que les permitan tener mayor capacidad de respuesta autogestiva ante los riesgos psicosociales que enfrentan y lograr fortalecer los factores de protección con la participación y compromiso de la sociedad en su conjunto.

Este programa se encarga de promover el desarrollo de modelos y / o programas preventivos relacionados con las adicciones en los 31 sistemas estatales DIF del país y realiza entre otras acciones:

- ⊗ Capacitación a los promotores infantiles comunitarios en el Modelo Preventivo de Riesgos Psicosociales para Menores, Adolescentes y sus Familias Chimallidif.
- ⊗ Participar en campañas nacionales, realizar acciones de orientación, sensibilización, promoción, difusión y participación para y con las familias y las comunidades, los niños y adolescentes.

Desarrollo Integral De La Familia De Irapuato Misión Y Visión DIF Preverp

MISIÓN

Impulsar el desarrollo integral de los menores en riesgo de municipio de Irapuato, fomentando la integración con sus familias para promover cambios de actitud en torno a sus problemáticas.

VISION

Que los menores y sus familias en situaciones de riesgo propicien su desarrollo académico y laboral a fin de fortalecer su desarrollo humano individual y familiar.

VALORES

Compromiso, prevención, espíritu de servicio, lealtad, sensibilización.

Objetivo Del Programa

Promover cambios en las condiciones de vida en los menores y adolescentes en condiciones de vulnerabilidad, así como mejorar la protección que se brinda a estos grupos, a través de acciones institucionales y sociales articuladas bajo un enfoque

integral de atención con énfasis en acciones tendientes a prevenir la reproducción de este fenómeno.

VALORES

- II **Lealtad:** cumplimiento de lo que exigen las leyes de la fidelidad del honor y de la hombría de bien, sinceridad, honradez y rectitud.
- II **Integridad:** honrado, justo.
- II **Compromiso:** obligación contraída, palabra dada.
- II **Espíritu de servicio:** querer o tener a bien hacer alguna cosa, obsequio que se hace en beneficio del igual o amigo.
- II **Solidaridad:** hacer la causa de otros propia, adhesión a la causa de otros.
- II **Prevención:** preparar y disponer las acciones necesarias para ofrecer un servicio integral y de calidad.
- II **Subsidiariedad:** darse ayuda mutua

El Promotor Chimalli

Dentro de las funciones y tareas que tiene en su cargo el promotor chimalli para realizar su trabajo se pueden establecer las siguientes actividades:

- ° Cambio de paradigma en el trabajo comunitario.
- ° Educador de calle Promotor comunitario.

- Reintegración social Prevención.
- Trabajo exclusivo con individuo
- Trabajo con familia y comunidad.
- Trabajo de campo sistematizado.
- Trabajo de investigación-acción.
- Informar sobre derechos y daño.
- Desarrollo de habilidades.
- Acompañamiento, Facilitar el desarrollo.
- Enfoque de caso, Enfoque de grupo y comunidad.
- Informar sobre adicciones.
- Desarrollo de actitudes, habilidades y valores con un enfoque integral.
- Trabajo clínico. (médico y psicológico)
- Trabajo preventivo psicosocial y psicoeducativo con grupos.

Con lo señalado se puede comprender que las acciones que realiza el promotor no pueden ser realizadas sin una preparación conceptual adecuada ya que dentro de estas actividades se busca la participación activa y organizada de la comunidad para hacerle frente a los problemas y resolverlos con sus propios recursos. Organiza para la acción, pero la acción NO depende de él, ya que debe analizar la problemática en una comunidad, buscar los mecanismos para organizar la posible solución. Estos pasos deben ser aplicados con inexorable metodología ya que de no tener claro estos puntos el trabajo se puede tornar en otra cosa muy diferente y no en trabajo preventivo.

Así mismo las acciones que cumple el promotor dentro de la comunidad son las de acompañar a la implantación de un primer plan de acción, acompaña en la evaluación y él reinicio del nuevo ciclo. Se retira y regresa sólo a supervisar en tres momentos claves para el plan de acción. Y así es como se culmina la transferencia tecnológica, y continua con el ciclo al retirarse e iniciar su trabajo en una nueva

comunidad. El plan de acción y su metodología serán expresados más adelante de forma mas completa para su comprensión.

El programa se rige por los principios de propiciar condiciones sociales que permitan a las y los niños, jóvenes, familias y comunidades, encontrar alternativas ante las situaciones adversas que enfrentan en la vida como es el consumo de drogas.

Una estrategia que contribuye a disminuir las causas y consecuencias que genera el fenómeno de las adicciones es el Programa de Prevención de Riesgos Psicosociales. El programa tiene como finalidad; favorecer en las niñas, niños, adolescentes, familias y comunidades, el desarrollo de habilidades y actitudes que les permitan tener mayor capacidad de respuesta autogestiva ante los riesgos psicosociales que enfrentan y lograr fortalecer los factores de protección con la participación y compromiso de la sociedad en su conjunto.

Este programa se encarga de promover el desarrollo de modelos y /o programas preventivos relacionados con las adicciones en los 31 sistemas estatales DIF del país y realiza entre otras acciones:

Capacitación a los promotores infantiles comunitarios en el Modelo Preventivo de Riesgos Psicosociales para Menores, Adolescentes y sus Familias Chimalli-DIF. Participar en campañas nacionales, realizar acciones de orientación, sensibilización, promoción, difusión y participación para y con las familias y las comunidades, los niños y adolescentes.

Como se ha mencionado el programa trabaja con un modelo preventivo de nombre CHIMALLI que permite ayudar a reducir los riesgos psicosociales propiciando una actitud orientada hacia la prevención.

El modelo preventivo es de fácil aplicación y enseñanza cubre las ideas mencionadas por Vega (2000), quien marca lo absurdo que sería pretender que un solo profesionalista (psicólogo, médico, maestro), padre de familia, institución, etc. solucione o de respuesta individualmente a los problemas que la sociedad es incapaz de resolver.

Genera un cambio de actitud de los participantes es de carácter preventivo y por lo cual no rehabilita. El modelo es de acción ecológico y de desarrollo humano es integrativo, esta basado en una aproximación de riesgo-protección además contempla una evaluación científica del impacto producido por el material, por lo cual consta de formatos específicos, los cuales facilitan la identificación de cada paso que integra el desarrollo de este programa. (Ver anexos 3-8)

El procedimiento empleado para aplicar este modelo consta de cuatro pasos que son:

- ! INVESTIGAR cuales son los principales riesgos a los que están expuestos los jóvenes con los que se va a trabajar por medio de la escala de actitud hacia los mensajes protectores de chimalli, la cual nos muestra el grado y las áreas que presentan mayor peligro.(anexo 5)

- ! Con base en lo anterior se PLANIFICA UN PROGRAMA el cual debe tomar en cuenta las áreas que presentan un mayor riesgo ya que serán en esas en donde se deberá poner mayor énfasis al definir las lecciones y los ejercicios.

- ! EJECUCIÓN DEL PROGRAMA, el objetivo de chimalli es emitir mensajes protectores los cuales habrán de modificar las actitudes de los miembros del grupo a corto plazo y teniendo un trabajo consistente se pueden modificar los estilos de vida a largo plazo.

- ! EVALUACIÓN DE RESULTADOS, chimalli analiza los resultados de la aplicación empleando dos procedimientos el primero es la *aplicación por segunda vez de la escala de actitud*, y la segunda es por medio de frases que el grupo asigna teniendo en cuenta lo aprendido durante el programa. Esto permite una retroalimentación para las siguientes aplicaciones.

Las ventajas que ofrece este modelo para el DIF se centran en la practicidad del mismo ya que no es necesario brindar capacitaciones extensas de cada una de las áreas que integran el modelo a las personas que impartirán las platicas ya que el material viene desarrollado y preestablecido para cada una de las áreas a tratar.

CAPITULO 3

EL PSICÓLOGO Y SU DESEMPEÑO DENTRO DE LA PREVENCIÓN.

2.1 Las Actividades del Psicólogo

Los resultados obtenidos durante el periodo de tiempo reportado se muestran de manera cuantitativa, pero la mayoría de los avances y logros son de carácter cualitativo ya que para poder realizar el trabajo encomendado se requiere una labor de convencimiento, así como una habilidad de palabra que resultan indispensables en las labores y son propios a la preparación del psicólogo.

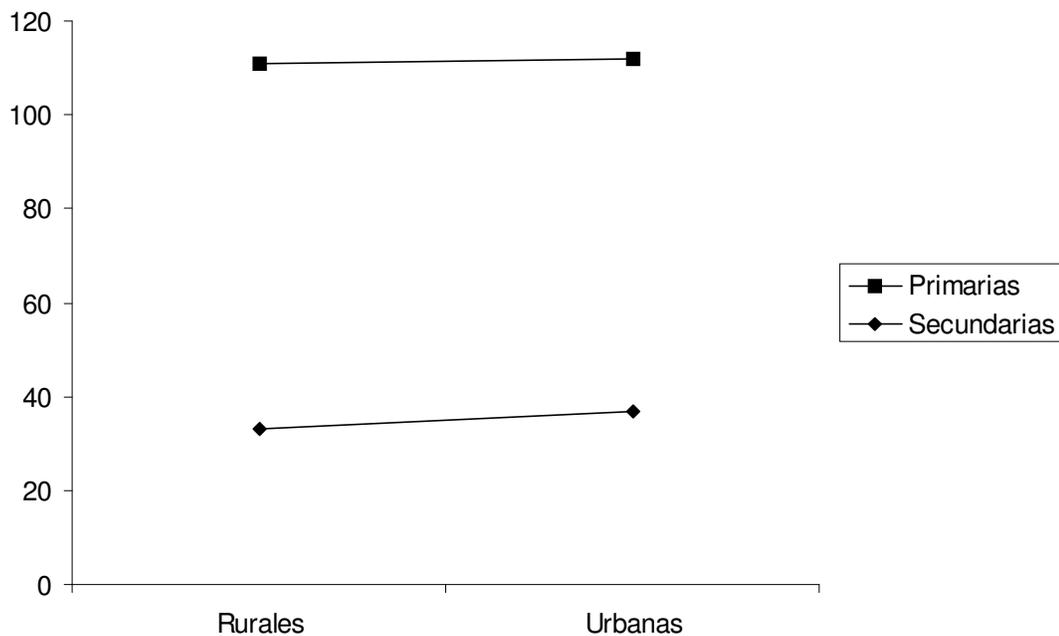
Dentro de las funciones y tareas que se explicaron anteriormente se hablaba de Cambio de paradigma en el trabajo comunitario, que es la tarea que buscan la promoción, el cuidado y la recuperación de la salud, encauzando su acción al trabajo con la familia, la escuela. Los promotores comunitarios tienen su límite con la atención primaria de la salud.

El trabajo se realizó en el DIF Municipal de Irapuato, dependiente del DIF Estatal de Guanajuato. El puesto ocupado fue el de Auxiliar Chimalli, siendo responsable del trabajo de promoción para este modelo en el mencionado municipio.

La ciudad de Irapuato está compuesta por un total de 440.039 habitantes de los cuales el 12% pertenece a esta población vulnerable y que se encuentran estudiando el 5 o 6 año del nivel primaria; O en algún grado de secundaria.

En este municipio existen 112 escuelas primarias en el área urbana y 111 en el área rural siendo esto un total de 36,580 menores de 5to y 6to grado.

A nivel secundaria existen 33 escuelas rurales y 37 urbanas con un total de 16,800 menores aproximadamente.

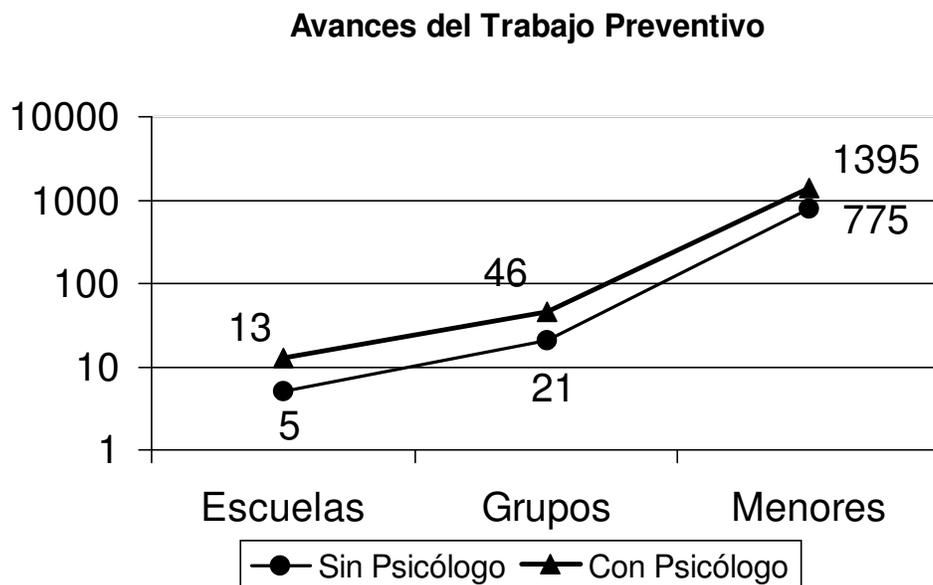


Grafica 1 numero de escuelas del municipio de Irapuato gto.

Los resultados que se muestran en esta grafica señalan el crecimiento, aceptación y desarrollo de las expectativas que le son inherentes al modelo mismo ya que al inicio del año no se trabajaba un modelo estructural para impartir platicas ya que estas se impartían de forma circunstancial a petición de los profesores, padres de familia o personas interesadas o preocupadas por el bienestar de los menores.

Es a partir del mes de marzo se implemento este modelo preventivo, quedando a cargo una persona que no contaba con las habilidades propias o inherentes del psicólogo, por lo cual se me ofreció el puesto de auxiliar para hacerme cargo del programa. Con la finalidad de acrecentar el trabajo y los alcances del mismo al vincular el modelo preventivo con mi desarrollo académico.

En el mes de Marzo se contaba con solo 5 escuelas que se interesaron, mas por formar parte del DIF municipal que por los alcances del mismo ya que al retomarse el trabajo explicaron que no esperaban esa respuesta de los menores por el modelo, este cambio de paradigmas permitió para el mes diciembre trabajar en 12 escuelas que representaban 44 grupos, gracias a los avances observados por los profesores y padres de familia los datos se muestran en la grafica 2.



Grafica 2 muestra comparativa del trabajo preventivo.

Este aumento puede ser originado por los conocimientos y habilidades que le son inherentes a los psicólogos, tal como lo menciona Schneider (1974), quien hacen alusión al objetivo de la psicología médica donde se intenta enseñar a manejar con mayor eficacia la relación medico-paciente. Es decir mejorar y dar tacto a las relaciones interpersonales que es un campo de injerencia nato del psicólogo, por lo que una de las habilidades de gran importancia para la aceptación del modelo es sin lugar a dudas el trato con las personas en cargadas de incluir este tipo de acciones a favor de la infancia, por lo que el psicólogo se desenvuelve mejor en este contexto o en esta área.

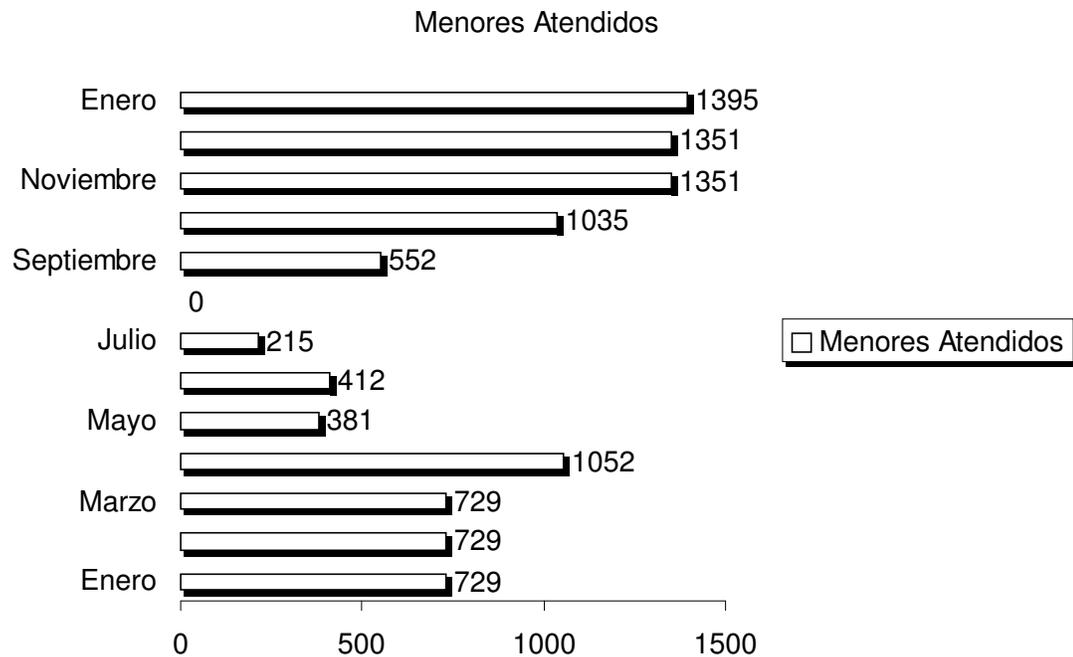
Al retomar el trabajo de auxiliar CHIMALLI en el mes de abril se atendió a 381 menores, en 3 escuelas y 11 grupos siendo este trabajo parte de lo dejado por mi antecesor mediante platicas y atención en el centro y en el mes de enero del 2003 se trabajo con 1395 menores, en 13 escuelas y en 46 grupos, estos datos se exponen de forma mas detallada a continuación.

Además dentro de los resultados obtenidos con el modelo resulta importante exponer la obtención de una certificación por parte del estado de Guanajuato como **PREVENTOLOGO** en riesgos psicosociales a través del Sistema Estatal de Educación para la Vida y el Trabajo. (SEEVyT)

Los datos que se presentan son del año 2002, los cuales muestran el número de menores que fueron atendidos como parte del trabajo preventivo que se realizo con el modelo CHIMALLI.

Los resultados mostrados son el número total de menores atendidos mes con mes, así como el número de grupos, escuelas y porcentajes de los temas impartidos estos datos son mostrados en formatos específicos del modelo CHIMALLI.

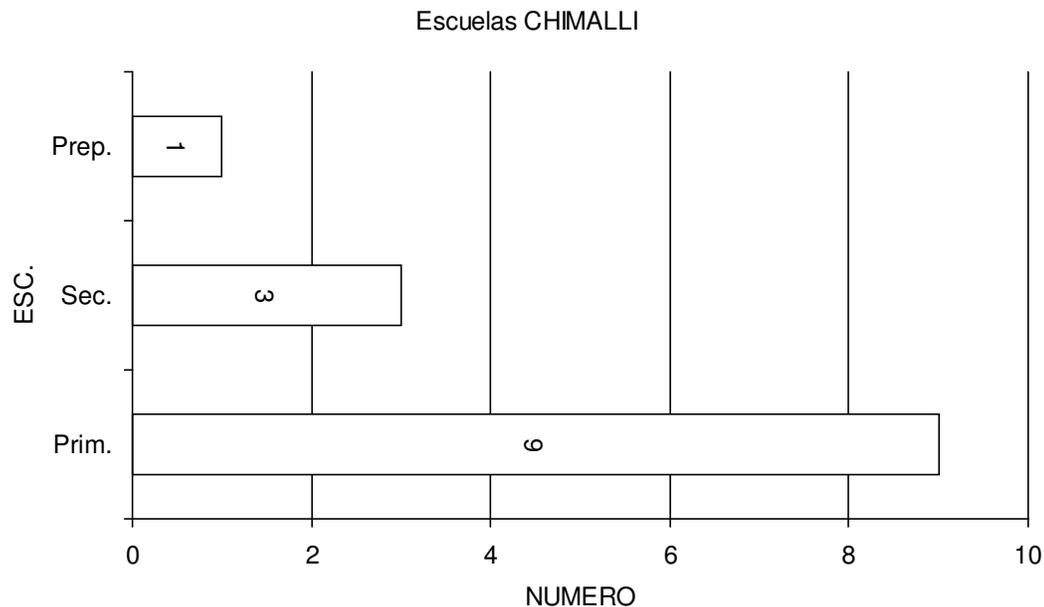
Numero de menores atendidos con el modelo CHIMALLI.



Grafica 3 incremento de menores que trabajan el modelo.

Como se puede observar en esta grafica (3), el número de menores aumento con el transcurso del año, ya que el modelo fue ganando aceptación y adeptos gracias a los resultados observados por los maestros y los directores de los diferentes planteles que firmaron el convenio para recibir estas platicas.

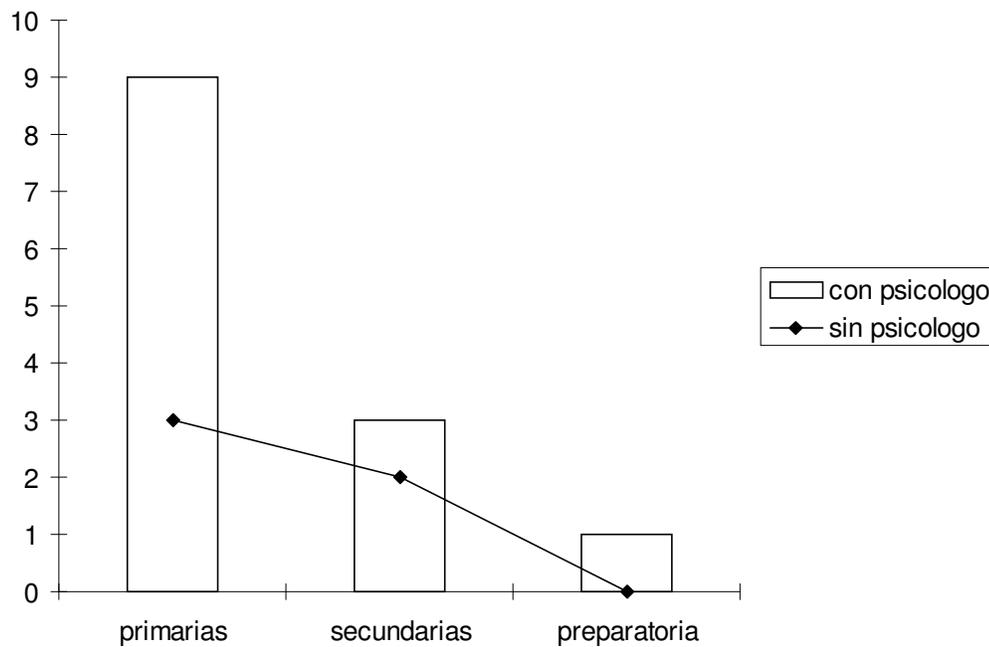
La siguiente grafica (4), muestra el número de escuelas que emplean el modelo preventivo CHIMALLI, hasta el mes de diciembre del 2002.



Grafica 4 número de escuelas integradas por el psicólogo al modelo.

Como puede observarse en esta grafica el interés por estas platicas preventivas son principalmente en las escuelas primarias, señalándose que dentro del grupo preventivo se cuenta con jóvenes de grado bachiller que apoyan la aplicación de estas platicas y que deberían contabilizarse tanto en menores atendidos y tomar en cuenta sus escuelas preparatorias ya que brindar estas platicas como ya se menciona significa ejercitar y aplicar este trabajo en la vida diaria por lo cual se podrían incluir a estos dentro de los grupos de atención.

Así mismo se puede advertir la diferencia existente entre el tipo de escuela primaria y secundaria que se trabajaba con el anterior encargado y los logrados por el psicólogo. Estos avances se desencadenaron gracias a la comprensión de las ventajas del modelo sobre los demás métodos para realizar acciones preventivas, ya que a diferencia de los demás este modelo abarcaba no solo drogas sino además valores personales y familiares.



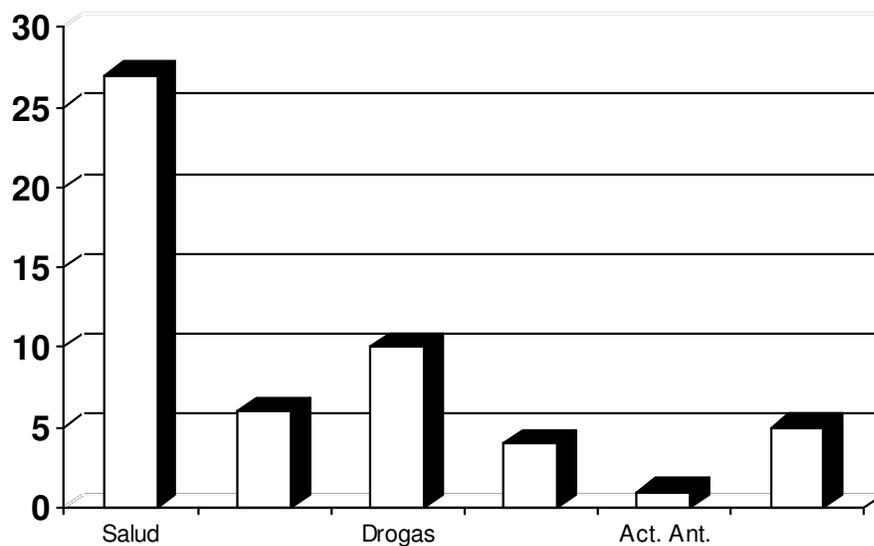
Grafica 5 comparativo del aumento de escuelas con el modelo antes y después de la inclusión del psicólogo.

En la siguiente tabla se mencionan los nombres de las escuelas en donde se emplea el modelo preventivo CHIMALLI, estas escuelas se encuentran conformadas tanto por escuelas primarias como por secundarias y una preparatoria tanto rurales como urbanas.

ESCUELAS PRIMARIAS	ESCUELAS SECUNDARIAS	ESCUELAS PREPARATORIAS
Π Insurgentes Π Gregorio Torres Π Solidaridad Π Mtra. Teodula González Π Benito Juárez Π Presidente Salvador Allende Π Cuitlahuac Π Valentín G. Farias Π Vasco de Quiroga	Π TV. SEC. 107 Π TV. SEC. 113 Π TV. SEC. 320	Π Preparatoria oficial Irapuato

Los riesgos Psicosociales que requirieron mayor atención por ser estas las de mayor porcentaje como primera área a proteger son mostradas en la siguiente grafica figurando:

Como se puede observar que se muestran en esta grafica existe un gran déficit en cuanto al manejo de la información dentro del área de salud que abarca hábitos alimenticios, uso de los servicios médicos y trastornos del sueño entre los tópicos más importantes.

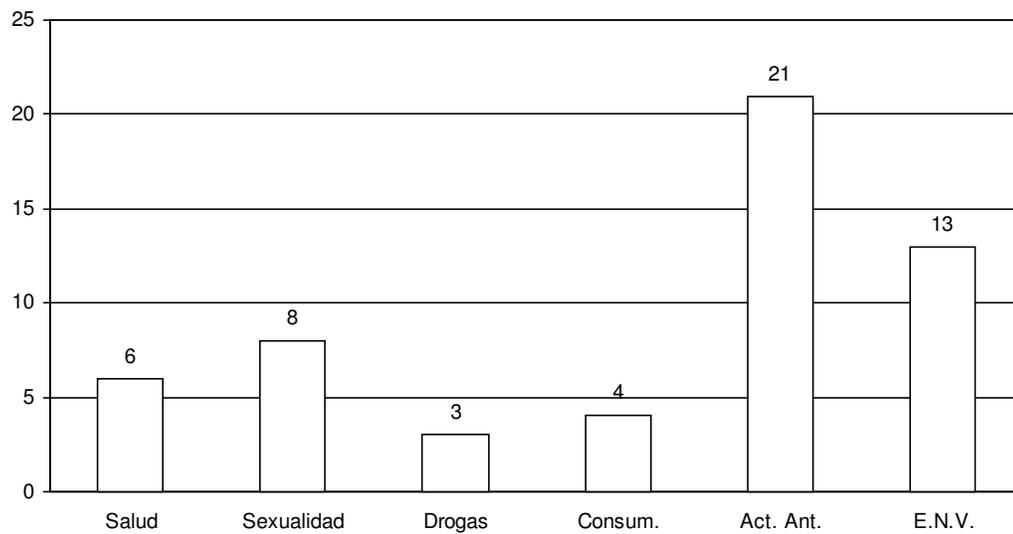


Grafica 6 los principales riesgos a los que están expuestos los menores.

Así mismo los temas que obtuvieron menor porcentaje de riesgo y que se mostraron más protegidos o con menos problemas fueron:

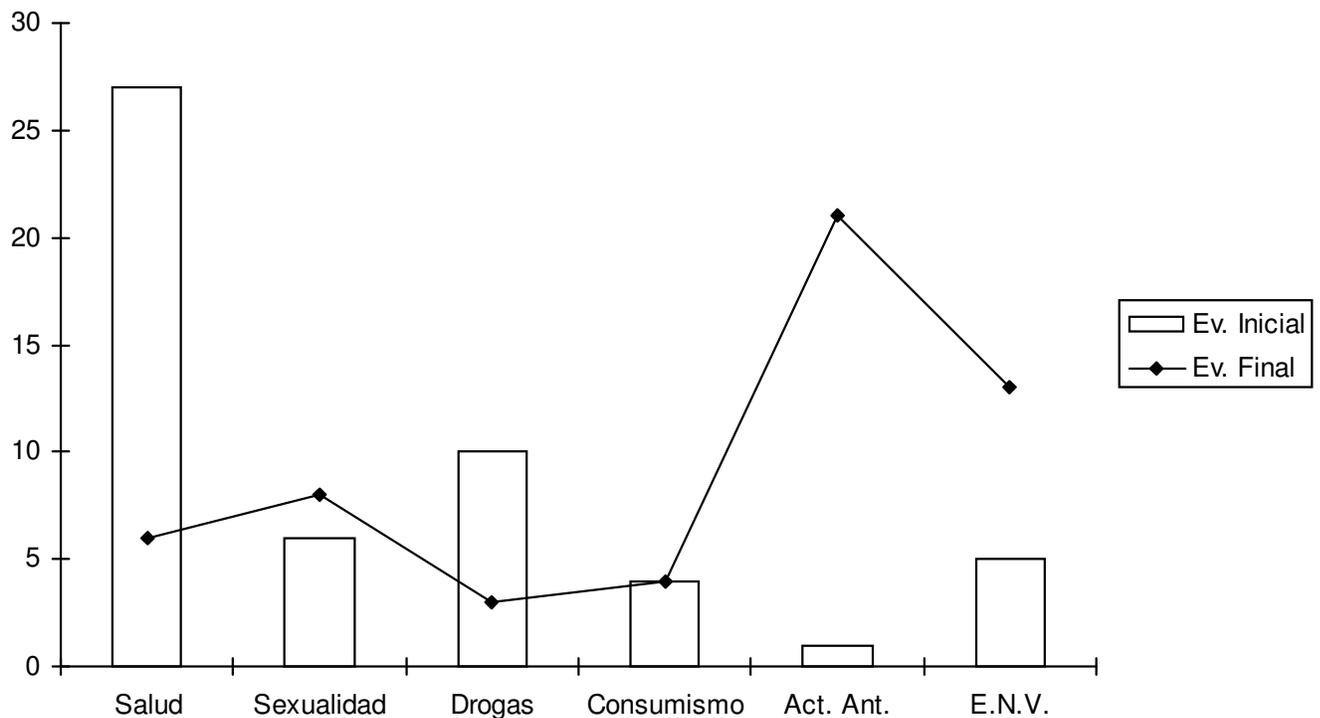
Como se puede percibir los Eventos Negativos de la Vida, fueron factores que no alcanzaron porcentajes muy altos. Estos Eventos Negativos de la Vida están integrados por aspectos personales, trato de iguales y relaciones interpersonales.

Riesgos protegidos



Grafica 7 estos niveles altos corresponden a los riesgos que están protegidos.

Después del trabajo realizado durante las 14 sesiones de trabajo para cada grupo las áreas que ocupaban los primeros lugares se modificaron lo cual se muestra en la grafica 8 donde se comparan los primeros lugares de riesgo con su nuevo lugar al aplicar la evaluación final.

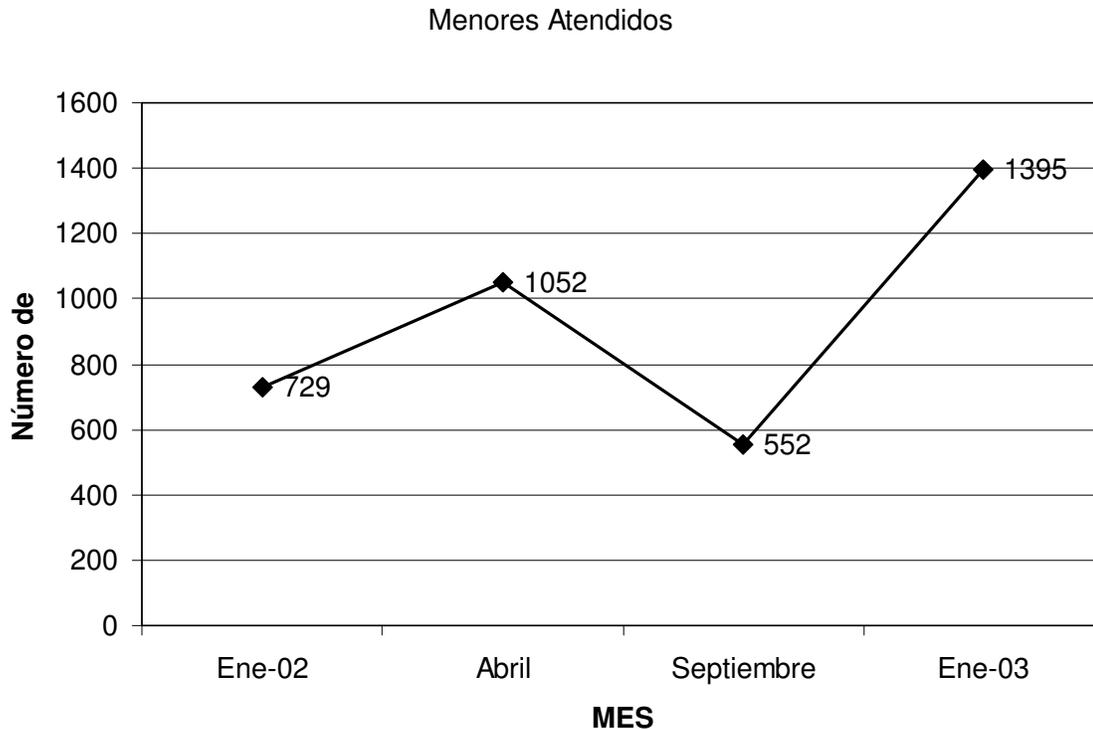


Grafica 8 los temas que ocuparon el primer lugar al principio y al final de la intervención.

Como se puede notar en la grafica 8 los riesgos que son trabajados muestran una disminución significativa mientras que aquellos que no son trabajados más ampliamente sufren un aumento en el riesgo que representan para la comunidad, por lo cual es importante continuar con este trabajo y retomarlo después.

Este descanso se toma al mismo tiempo que el periodo vacacional de las escuelas ya que esto permite que los individuos apliquen los conocimientos adquiridos durante la realización de los talleres, permitiendo también organizar y evaluar los resultados obtenidos para mejorar los procedimientos empleados para este fin.

El reinicio de cada nuevo ciclo permite mejorar las técnicas empleadas para aplicar el modelo, un claro ejemplo se obtiene al observar el avance que se obtuvo al reiniciar el ciclo en el mes de septiembre donde se aumentó la atención a menores.



Grafica 9 se observa el incremento que ha tenido el programa.

Como se muestra en esta grafica 9, los logros obtenidos en el programa pueden ser adjudicados a la integración del psicólogo a el manejo del modelo ya que como lo señala Millon (1982), en este trabajo se debe aplicar el conocimiento y metodología de los diferentes campos de la psicología para lograr realizar una adecuada promoción y un mantenimiento coherente de la salud física y mental de los individuos a través de la prevención de desordenes físicos y mentales en donde los factores psicológicos contribuyen de manera relevante.

CONCLUSIONES

El trabajo del psicólogo dentro del área de la salud, no es una tarea fácil ya que se debe romper con paradigmas muy marcados sobre todo de la labor que debe cumplir incluso al tratarse acciones de prevención ya que se tiene la idea de que para poder integrarse a esta área se ingresa irremediamente al campo de la atención o rehabilitación, lo que limita no-solo su jurisdicción sino también la importancia de su integración a estas acciones con lo que se restringe el área en la cual puede emplear y desarrollar las habilidades que le son innatas por su perfil profesional dentro del campo de la salud.

El trabajo que se realiza dentro de la prevención suele verse obstaculizado por los paradigmas que poseen otros profesionistas que entienden o suponen que la prevención es solo una forma de incitar y alentar a los menores que reciben este tipo de programas a probar o experimentar ya sea con las drogas o ha explorar su sexualidad por ejemplo, además existe de parte de estos profesionistas un cierto miedo o un rechazo ya que a partir de la participación en este tipo de talleres los menores se muestran mas interesados en este tipo de temas lo que significa para ellos un problema ya que muchas veces no cuentan con una preparación que les permita afrontar este tipo de temáticas, esto va sumado a una afirmación o señalización de que en su plantel existen este tipo de problemas, por lo cual temen ser señalados como personal que carece de habilidades suficientes para atender este tipo de problemas lo que pude evidenciarlo de alguna manera como incompetentes, lo que dificulta mas esta integración a esta área.

Este tipo de paradigmas a los que comúnmente se enfrenta el psicólogo suele ser una barrera muy difícil de franquear o romper ya que el trabajo que se realiza

dentro de la prevención se ve rodeado de un sin número de adjetivos y etiquetas que la gente misma le ha adjudicado. Especialmente al tener que enfrentarse a cuestionamientos sobre el valor, logros y alcances que se obtienen al realizar este trabajo, por lo que los principales paradigmas a romper son los de “no aquí no hay ese tipo de problemas”, “no ya les dimos una plática sobre drogas”, “sirve de algo esto”, “la gente es muy apática, no le harán caso” y un sin número de quejas y cuestionamientos sobre el valor del trabajo.

Todas estas barreras con las que se enfrenta el psicólogo coinciden con lo señalado por Castro, Llanes y Margain (2002), quienes señalan que el diseño de programas y la tecnología de la prevención no son más que medios que se requieren para crear, propiciar, incitar movimientos para llegar así a la acción de modificar estos paradigmas a los que se enfrentan los que hacen prevención.

Lo que deriva en un trabajo muy difícil, pesado, poco gratificante ya que no recibe la importancia y el lugar que merece por considerarlo irrelevante o insignificante al minimizar sus alcances y logros, por lo que el cambio de paradigmas necesario puede resultar frustrante, sobre todo si la persona no cuenta con herramientas y habilidades necesarias para afrontar este tipo de problemática.

El enfrentar a este tipo de obstáculos sin las habilidades necesarias puede llegar a imposibilitar el adecuado desarrollo del trabajo preventivo ya que se requiere de un poder de convencimiento y una oratoria notable para conseguir expresar los peligros que acarrearán la aparición y desarrollo de ciertas costumbres y como emplear esta información para lograr afrontar los riesgos que acarrearán estas conductas.

El afrontamiento de este tipo de paradigmas requiere poseer ciertas habilidades que logren romper estas ideas o posturas que generan la mencionada parálisis paradigmática que solo puede ser eliminada con habilidades que resultan inherentes de la preparación profesional del psicólogo el cual logra desarrollar estos hábitos que van desde poseer una adecuada organización, un apropiado manejo de grupo, conocimiento de los diferentes factores generadores de riesgo, entendimiento de los alcances y objetivos que buscan los modelos preventivos.

Resulta muy importante para el desarrollo del trabajo preventivo ostentar un dominio de oratoria adecuado, ya que hay que mantener una comunicación persistente y sencilla con los encargados y responsables de las escuelas e instituciones con las que se trabaja para adecuar este conocimiento de forma coloquial y clara para que sea comprendida por todos aquellos que se interesen o integren las redes de prevención.

Con base en lo anterior y después de haber señalado las principales barreras que limitan el trabajo en materia de prevención resulta importante señalar los avances y logros alcanzados por el psicólogo dentro del área manejando el modelo CHIMALLI los cuales se observan en cifras que engloban el aumento de escuelas que se interesaron por el trabajo preventivo este incremento se logró principalmente a los efectos conseguidos en las escuelas que habían participado en el inicio de las gestiones del psicólogo en este programa ya que en este municipio existe una rotación constante de maestros por lo que fueron ellos mismos los que facilitaron este desarrollo.

Como se puede observar en la gráfica 5 el aumento que se indica en el número de escuelas obedece tanto a los esfuerzos del psicólogo por incrementar los alcances del mismo, así como a la promoción que recibió el modelo por parte algunos profesores los cuales constataron los logros y alcances del modelo.

Una manera clara de conocer estos alcances puede ser identificada al observar los formatos que se emplean para dar a conocer estos avances mes con mes ya que además de mostrar datos de los avances se agregan observaciones que permiten optimizar el trabajo al permitir planear acciones para corregir errores o para reformar las acciones a seguir optimizando el servicio que se presta. (Ver anexo 9)

Las principales acciones realizadas al ocupar el puesto fueron las de evaluar, coordinar y supervisar los planes de acción que estaban en marcha. Así mismo se realizó una programación de acciones encaminadas al mejoramiento de los procedimientos necesarios para difundir el trabajo y las ventajas que este modelo ofrecía a las comunidades. Esto se pudo realizar de forma práctica ya que la investigación y la planificación son habilidades que se desarrollan como parte de la formación académica en la carrera.

Algunas de las habilidades desarrolladas durante la carrera y que fueron de gran ayuda fueron también: adaptabilidad, análisis de problemas y solución de los mismos, aprendizaje, capacidad de negociación (tanto al exterior como al interior de la institución), una adecuada comunicación escrita, tener una atención al detalle (sobre todo para el manejo de datos y el empleo de herramientas de las que se disponía), dominio y conocimiento de la comunicación no verbal, integridad, manejo del estrés y trabajo en equipo entre otras.

Todas estas habilidades permitieron realizar un trabajo más práctico y una mejor planeación de las acciones necesarias para incrementar y a la vez optimizar la aplicación de estas, dentro de las acciones realizadas para el mejoramiento de las acciones se realizaron cambios en los métodos para brindar la capacitación a aquellas personas interesadas en participar dentro del modelo, estos cambios fueron la creación de acetatos que permitieran identificar los principales objetivos sobre los cuales se

basa y estructura el modelo chimalli, este material se encuentra integrado en el trabajo realizado para acreditar la certificación. (Anexo 9)

Dentro las actividades realizadas en el programa PREVERP, se participo en la certificación de preventologos en riesgos psicosociales que expidieron el DIF estatal y el sistema estatal de educación para la vida y el trabajo (SEEVyT) del estado de Guanajuato. Obteniéndose esta certificación, mediante la aprobación de un examen y la presentación de un trabajo escrito así como un concentrado de campo. (Apéndice 1)

Los logros alcanzados de carácter cualitativos fueron muy importantes ya que laborar dentro de esta área, hasta cierto punto novedoso en nuestro país, genero acciones para ajustar las habilidades que fueron desarrolladas o adquiridas durante la preparación académica con aquellas requeridas por las actividades demandadas para realizar este tipo de acciones, estas necesidades reales para desarrollar el trabajo encomendado, genero una adecuación de dichas habilidades adquiridas en la carrera versus aquellas que eran importantes en el proceso para la aplicación y desarrollo de los programas preventivos.

Después de ver e indicar el origen de los datos comparativos del capitulo anterior, surgen testimonios que pueden justificar el empleo de psicólogos en la realización, desarrollo y mantenimiento de este tipo de trabajo preventivo ya que con base en los datos analizados, la inclusión e intervención del psicólogo este puede ser un factor que amplíe el funcionamiento de este tipo de programas dadas sus habilidades curriculares inherentes.

En este aspecto la preparación recibida desde una postura apegada a los métodos y procedimientos científicos facilita este tipo de trabajo, por lo cual el

egresado de Iztacala posee cierta ventaja ya que su preparación es apegada a estos cánones lo que le facilita el entendimiento de este tipo de programas y la metodología que emplea así como al procedimiento que siguen para realizar sus funciones.

Referencias Bibliograficas

1. Ainsworth, Barbara E. (et al.), (2001) "Community prevention Study: Contributions to women's Health and Prevention Research.", **Journal of women's Health & Gender- Based Medicine**, 10 (10), 913-920
2. Argandoña, M., (2002) "Estrategia Global de la OMS sobre la Fármaco dependencia", **Psiquis – Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez**, 11(3), 45-49.
3. Ballester, A. R. (1997) **Introducción a la psicología de la Salud Aspectos Conceptuales**. España. Promolibros.
4. Bas, P. E. (2000) **Prevención de drogodependencias en secundarias. España.** : Ed. Narrea S.A.
5. Cabra, J., Marías, I., Molina, M. Cruz. , Sarasibar, X. & Savall, A. (1998) "Yo, Tu y Nosotros (Cuerpo, Sexualidad y Afectividad)" Barcelona. Ed. Octaedro. Disponible en: www.xtec.es
6. Calzada, L. R. y Loredó, A. A., (2002) "Conclusiones de la reunión nacional de consenso sobre prevención, diagnóstico y tratamiento de la obesidad en niños y adolescentes", **Boletín Médico del Hospital Infantil de México**, 59 (8), 517-524.
7. Carreño S., Ortiz, A., Medina-Mora, M. E., Natera, G., Tiburcio, M., Martínez, N. Vélez, A. y Fauske, S. (2000) **Manual General del Programa Modelo de Prevención del Consumo de Alcohol, Tabaco y Drogas en Trabajadores y sus Familias. Cómo Introducir el Programa a su Centro de Trabajo**. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, México No. ISBN: 986-7652-37-3. Reimpresión CONADIC.

8. Carreño, S., Berenzon, S. Medina-Mora, M.E., Ortiz, A. y Juárez, F. (2000) **Uso responsable de Bebidas Alcohólicas. Cómo lograr abstinencia o beber en forma moderada. Una adaptación al contexto mexicano.** Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Reimpresión CONADIC. México, DF.
9. Castro, M. E., Llanes, J. Y Margain, M. (2002) **“Como educar hijos sin adicciones”**. México. Ed. Pax-México.
10. Castro, ME. , Llanes J. Carreño A. (2002) ‘Material preventivo Construye tu Vida sin Adicciones. Una evaluación en cinco grupos trabajados por el Centro de Integración Juvenil Gustavo A. Madero’. **Liberadictus 60. Revista especializada en Adicciones** p. 3-6. junio.
11. Castro, ME. , Llanes J. Margain M. (1997) **Material preventivo para preadolescentes y adolescentes tempranos. Construye tu Vida sin Adicciones.** México. CONADIC.
12. Castro, ME. , Llanes J. Margain M. (1999) **Manual de Autoayuda para adolescentes y jóvenes, Construye tu Vida sin Adicciones.** México. CONADIC
13. Castro, ME. y Mille C. (1996) **Manual para adultos. Construye tu Vida sin Adicciones.** CONADIC. México.
14. Centros de Integración Juvenil A. C. (1998) **Estudio de Riesgos Macro sociales, de Fármaco dependencia a nivel Municipal y red estratégica de atención en México.** México.

15. Clotet, J. (1986) **Una introducción al tema de la ética.** 12(1) 84-92
<http://lectura.ilce.edu.mx:3000/sites/3milenio/bioetic/htm/bioetica.htm>
16. Consejo nacional contra las adicciones. (2003) **Serie de planeación CONACID.** www.salud.gob.mx/unidades/conadic/
17. Fauske, S.; Wilkinson, A.; Shain, M. (1996) "Communicating Alcohol and Drug Prevention Strategies and Models across Cultural Boundaries: Preliminary Report on An ILO/WHO/UNDCP (International Labour Office/World Health Organization/ United Nations International Drug Control Program) Interagency Program". **Substance Use & Misuse**, 31(11 & 12), 1599-1617.
18. Fuentes, A. J. (et al.). (1997) **Menores con problemática de consumo de drogas: La intervención desde la institución.** España. : Coruña: Xunta de Galicia.
19. Gajet, C., Rosas, C. A., Magis, C. y Uribe, P., (2002) "Con quien hablan los adolescentes mexicanos sobre SIDA", **Salud Publica de México**, 44(2), 122-128.
20. Gavira, N. Dora Lucia, (2000) "modelo de participación de enfermería en promoción de la salud y prevención de la enfermedad", **investigación y educación en enfermería**, 18 (1), 103-112.
21. Gil, c. (2002) "**reconstruir la autonomía del paciente, reto del facultativo ética clínica en atención primaria**" Disponible en: www.diariomedico.com/profesion/home.html

22. Guerrero, S. C., Quiroz, V. O., Sánchez, M. D., Mas, A. I. & Rodríguez, B. D., (2002) “Los adolescentes y sus conocimientos sobre SIDA”, **Acta Pediátrica de México**, 23 (4), 223-227.
23. Historia y Bases de la Bioética Médica.
<http://lectura.ilce.edu.mx:3000/sites/3milenio/bioetic/htm/bioetica.htm>
24. Hohmann, Ann A. y Shear, M. Katherine, (2002) “Investigación de las intervenciones centradas en la comunidad: como tratar las “Interferencias” de la vida real en los diseños de estudio”, **American Journal of Psychiatry**, 159 (2)
25. La Torre, P. J. y Benedit M. P. (1994) **Psicología de la Salud**. Argentina. Lumen.
26. Llanes, J., Margain, M. Y Castro, M. E. (1997) “**Protección de la comunidad ante adicciones y violencia**” **Estrategias de intervención**. México. Ed. Pax-México.
27. Llanes, J., Margain, M. Y Castro, M. E. (2002) “**Yo Maestro... Como participar en la prevención**”. México. Ed. Pax-México.
28. Margain, M., Castro, M. E. Y Llanes, J. (2002) “**Aprendiendo a pasarla bien**” **estrategias de intervención para la escuela primaria**. México. Ed. Pax-México.
29. Medina-Mora, M.E., Carreño, S. and De la Fuente, J.R. (1998) “Experience with the alcohol use disorder identification test”. **Recent Developments in Alcoholism**, Vol. 14: The Consequences of Alcoholism. Edited: Marc Galanter. ISBN: 0-306- 45747-4, 383-396.

30. Medina-Mora, M.E., Carreño, S. and Ortiz A. (1998) **Model Program for the Prevention of Drug and Alcohol Abuse among Workers and their Families. Results from the Research Component. Reporte Técnico.** Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (cisma@imp.edu.mx)
31. Natera, G. Carreño, S. and Tiburcio, M. (1998) **Model Program for the Prevention of Drug and Alcohol Abuse among Workers and their Families. Results from Family Component. Reporte Técnico.** Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México.
32. Natera, G., Orford, J. y Tiburcio, M. (1998) **Orientación para las familias de los trabajadores. Prevención para el Consumo de Alcohol y Drogas.** Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, México. Reimpresión CONADIC.
33. Natera, G., Orford, J., Tiburcio, M. y Mora, J. IMP, (1998) **Prevención del Consumo de Alcohol y Drogas en el Trabajador y sus Familiares. Manual para el Orientador.** México. Reimpresión CONADIC.
34. Paiva, V., Buchalla, C. M., Ayres, J. R. C. M. & Hearst, N., (2002) “Capacitando profissionais e ativistas para avaliar proyectos de prevencao do HIV e Aids”, **Revista de saude publica**, 36(4), 4-11.
35. Prochaska & DiClemente (1983) Stages and Processes of Self-change of Smoking: Towards and Integrated Model of Change, **Journal of Consulting Clinical**
36. Romero, M., Rivera, E. Martínez-Vélez, N. y Carreño, S. (2000) **Uso Responsable de Bebidas Alcohólicas. Instructivo para el Orientador. Cómo lograr abstinencia o beber en forma moderada. Una adaptación al**

contexto mexicano. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Reimpresión CONADIC. México.

37. Sánchez, H. R., Guisa, C.V.M., Ortiz, E.R.M. & León, P.G., (2002) ‘Detección temprana de factores de riesgo para el consumo de sustancias ilícitas’, **Salud Mental**, 25 (3), 1-11.
38. Secretaría de Salud – Instituto Nacional de Psiquiatría. (1998) **Encuesta Nacional de Adicciones**, México, DF.
39. Secretaría de Salud (2001) **Observatorio Epidemiológico en Drogas. El fenómeno de las adicciones en México 2001**. México.
40. Secretaría de Salud-Consejo Nacional contra las Adicciones. (2001) **Programa de Acción: Adicciones, Fármaco dependencia**. México.
41. Velásquez, M. O., Lara, E. A., Martínez, M. M. Y., Tapia, O. F., Jiménez, R. A. y Martínez, A. F., (2001) ‘Evaluación de clubes de ayuda mutua’, **Revista de endocrinología y Nutrición**, 9(3), 126-132.
42. Wagner E. et al. (1989) **Evaluación Cualitativa de Cinco Proyectos Preventivos, 2da. parte. Evaluación Cualitativa de Acciones en Atención Preventiva y Curativa**. CONADIC, SSA, CIJ. México.
43. World Health Organization (1997) "Life Skills Education in Schools. Programme of Mental Health". **División of Mental Health and Prevention of Substance Abuse**. Geneve, Switerland.

ANEXOS

Anexo 1

Evolución De Las Ideas Preventivas

	Conocimiento logrado	Enfoque preventivo
Años 60	Conocimientos aislados: <ul style="list-style-type: none"> } Casos } Observaciones 	Ético-legal <ul style="list-style-type: none"> } Delito } Falta moral } Exhortación prohibición
Años 70	Inicio de estudios epidemiológicos: <ul style="list-style-type: none"> } Nacionales } Locales 	<ul style="list-style-type: none"> } Medico-asistencial } Enfermedad-daño } Información y orientación } Educación en drogas
Años 80	Sistematización de estudios epidemiológicos: <ul style="list-style-type: none"> } Incidencia } Prevalencia } Subgrupos de riesgo 	Sociocultural <ul style="list-style-type: none"> } Educación preventiva } Alternativas a las drogas
Años 90	Sistemas de información: <ul style="list-style-type: none"> } Sisvea } SRID 	Psicosocial <ul style="list-style-type: none"> } Vulnerabilidad específica } Mecanismos protectores
Años 2000	Sistemas de información en prevención, basado en factores de riesgo	Integrativo <ul style="list-style-type: none"> } Protección específica: disminución de daños; atención de enfermos; combate al narcotráfico y conductas asociadas } Prevención: desarrollo de habilidades y comunidades protectoras

ANEXO 2

Viejas Actitudes	Nuevas Actitudes
Trabajo Para El Grupo	Trabajo Con El Grupo
Actitud Paternalista	Actitud Autogestiva
Actitud De Control	Actitud Democrática
Tengo El Conocimiento	Aprendo Del Grupo
Construyo El Conocimiento	El Grupo Construye Su Concepto
Tomo Decisiones De Grupo	El Grupo Decide
El Grupo Es Una Totalidad	Las Características De Los Individuos Forman El Equipo
El Trabajo De Grupo No Es Evaluable	El Trabajo Con Grupos Es Difícil, Pero Evaluable



ANEXO 3

DIRECCIÓN DE ACCIONES A FAVOR DE LA INFANCIA

F1

CONVENIO DE APLICACIÓN DEL PROGRAMA PREVENTIVO DE RIESGOS PSICOSOCIALES EN ESCUELAS: CHIMALLI

MUNICIPIO: _____

Ficha de identificación:

Nombre de la escuela: _____

Turno: (M) (v) (N) Zona: _____ Sector: _____

Dirección: _____ Colonia: _____ Teléfono: _____

Nombre del Director: _____

Nombre del jefe del Sector: _____

Responsable de aplicar el modelo: _____

Fecha: _____

Programación de Orientación preventiva:

Grupo	Grado	Fecha:	No. Personas
1ro. Sec.			
2do. Sec.			
3ro. Sec.			
5to. Primaria			
6to. Primaria			
1ro. Prepa			
2do. Prepa			
3ro. Prepa			
Padres de Familia			
Maestros			

Grupo	Grado	Fecha:	No. Personas
1ro. Sec.			
2do. Sec.			
3ro. Sec.			
5to. Primaria			
6to. Primaria			
1ro. Prepa			
2do. Prepa			
3ro. Prepa			
Padres de Familia			
Maestros			

Metodología: el trabajo se realiza en 5 etapas

No. de Etapa	Nombre de la etapa	Objetivo
1	Contacto institucional	Contactar a las autoridades de la escuela o del lugar donde se aplicara Chimalli
2	Sensibilización	Invitar a participar en un programa de riesgos psicosociales a jóvenes
3	Diagnóstico: escala de actitud, Chimalli	Determinar el perfil de riesgo de los jóvenes, de acuerdo a las áreas en que contempla el modelo: salud, conductas antisociales, adicciones, Comportamiento sexual, consumismo, eventos negativos de la vida.
4	Intervención preventiva	Se aplican las lecciones preventivas una vez a la semana durante 12 sesiones En un tiempo de 1.5 horas a 2 horas.
5	Evaluación final	Se aplica por segunda ocasión la escala de actitud para evaluar los cambios de Actitud a lo largo del programa.

 Nombre, firma y sello de la escuela

 Nombre y firma del Coord. PREVERP.

ANEXO 4



DIRECCIÓN DE ACCIONES A FAVOR DE LA INFANCIA
HOJA DE DISEÑO DEL PROGRAMA PREVENTIVO CHIMALLI

F2

No. De Integrantes del grupo Chimalli:		
Nombre del conductor:		
Tipo de grupo:	<input type="checkbox"/> Escuela:	<input type="checkbox"/> Hogar: <input type="checkbox"/> Comunidad:
Diagnóstico global del grupo:		
FECHA DE SESIÓN	ACTIVIDAD N° Y TITULO DE LECCIÓN Y EJERCICIOS ELEGIDOS	OBJETIVO (MENSAJES PROTECTORES)



DIRECCIÓN DE ACCIONES A FAVOR DE LA INFANCIA
 HOJA DE CALIFICACIÓN DE LA ESCALA DE ACTITUD CHIMALLI GRUPO: F3 ESCUELA:

No.	Área	calif.	Número de cuestionario															Subáreas	Suma total por pregunta	Suma total por área	Nivel de protección grupal	Dx. de protección por área
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15					
1	Drogas	B																Tabaquismo		Salud / 6 reactivos		
2	Drogas	B																Tabaquismo		□	□	□
3	Drogas	A																Drogas				
4	Drogas	A																Drogas				
5	Drogas	B																Drogas				
6	Sexualidad	A																Información sexual		□	□	□
7	Sexualidad	B																Conducta sexual				
8	Sexualidad	B																Anticonceptivos		Sexualidad / 6 reactivos		
9	Consumismo	A																Comida chatarra		□	□	□
10	Consumismo	B																Uso de dinero				
11	Consumismo	B																Ejercicio				
12	Actos antisociales	A																Robos mayores				
13	Actos antisociales	B																Venta de drogas		□	□	□
14	Salud	B																Servicios médicos				
15	Salud	B																Habitos alimenticios				
16	Salud	B																Habitos alimenticios		Drogas / 7 reactivos		
17	Eventos negativos	B																Personal		□	□	□
18	Eventos negativos	A																Personal				
19	Eventos negativos	A																Personal				
20	Eventos negativos	A																Familiar				
21	Eventos negativos	A																Familiar		□	□	□
22	Drogas	B																Alcohol				
23	Drogas	A																Alcohol				
24	Sexualidad	B																Información sexual		□	□	□
25	Sexualidad	A																Conducta sexual				
26	Sexualidad	B																Información sexual		□	□	□
27	Consumismo	A																Comida chatarra				
28	Consumismo	A																Tiempo libre				
29	Consumismo	B																Vida espiritual		Actos antisociales / 5 reactivos		
30	Consumismo	A																Juegos electrónicos		□	□	□
31	Actos antisociales	A																Agresión				
32	Actos antisociales	B																Agresión				
33	Actos antisociales	A																Robos menores				
34	Salud	A																Peso corporal		□	□	□
35	Salud	B																Enfermedades				
36	Salud	B																Dificultad p/dormir		Ev. negativos de la vida / 11 reactivos		
37	Eventos negativos	A																Personal		□	□	□
38	Eventos negativos	A																Personal				
39	Eventos negativos	B																Familiar				
40	Eventos negativos	B																Grupo de iguales				
41	Eventos negativos	A																Escolar		□	□	□
42	Eventos negativos	A																Escolar				

ANEXO 6



DIRECCIÓN DE ACCIONES A FAVOR DE LA INFANCIA
HOJA DE EVALUACIÓN FINAL DEL PROGRAMA
CHIMALLI

F4

Grupo:

Escuela:

Áreas	Calificación al inicio del programa	Calificación al final del programa	Diferencia
Estado general de salud			
Sexualidad			
Drogas			
Consumismo			
Actos antisociales			
Eventos negativos de la vida			

FRASES DE EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

"Yo aprendí..."

1.-

2.-

3.-

4.-

5.-

6.-

7.-

8.-

9.-

10.-

11.-

12.-

13.-

14.-

15.-

16.-

17.-

18.-

19.-

20.-

21.-

Nota: Este formato se entrega al finalizar el proceso de aplicación del modelo Chimalli

ANEXO 7



DIRECCIÓN DE ACCIONES A FAVOR DE LA INFANCIA
LISTADO DE ADOLESCENTES QUE PARTICIPAN EN CHIMALLI

F5

Municipio:

No	NOMBRE:	EDAD	DIRECCIÓN PARTICULAR:	ESCUELA:
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				
41				
42				
43				
44				
45				
46				
47				
48				
49				
50				
51				
52				

ANEXO 8



**HOJA DE RESPUESTA
DE LA ESCALA DE
ACTITUD CHIMALLI**

NOMBRE DE LA ESCUELA:
GRADO ESCOLARIDAD:
EDAD:
NOMBRE DEL MUNICIPIO
NOMBRE DE LA COLONIA:

No	OPCIONES	
1	A - B	
2	A - B	
3	A - B	
4	A - B	
5	A - B	
6	A - B	
7	A - B	
8	A - B	
9	A - B	
10	A - B	
11	A - B	
12	A - B	
13	A - B	
14	A - B	
15	A - B	
16	A - B	
17	A - B	
18	A - B	
19	A - B	
20	A - B	
21	A - B	
22	A - B	
23	A - B	
24	A - B	
25	A - B	
26	A - B	
27	A - B	
28	A - B	
29	A - B	
30	A - B	
31	A - B	
32	A - B	
33	A - B	
34	A - B	
35	A - B	
36	A - B	
37	A - B	
38	A - B	
39	A - B	
40	A - B	
41	A - B	
42	A - B	

TOTAL=



**HOJA DE RESPUESTA
DE LA ESCALA DE
ACTITUD CHIMALLI**

NOMBRE DE LA ESCUELA:
GRADO ESCOLARIDAD:
EDAD:
NOMBRE DEL MUNICIPIO
NOMBRE DE LA COLONIA:

No	OPCIONES	
1	A - B	
2	A - B	
3	A - B	
4	A - B	
5	A - B	
6	A - B	
7	A - B	
8	A - B	
9	A - B	
10	A - B	
11	A - B	
12	A - B	
13	A - B	
14	A - B	
15	A - B	
16	A - B	
17	A - B	
18	A - B	
19	A - B	
20	A - B	
21	A - B	
22	A - B	
23	A - B	
24	A - B	
25	A - B	
26	A - B	
27	A - B	
28	A - B	
29	A - B	
30	A - B	
31	A - B	
32	A - B	
33	A - B	
34	A - B	
35	A - B	
36	A - B	
37	A - B	
38	A - B	
39	A - B	
40	A - B	
41	A - B	
42	A - B	

TOTAL=

F7



Dirección de Acciones a Favor de la Infancia
Informe Mensual de Chimalli
Vertiente Preventiva



F6

Municipio de: IRAPUATO

Fecha de reporte:

Table with columns: N°, Nombre de la escuela, Nombre del grupo, No. Adoles (M, H), No. Sesiones (I, S), No. Gpos. (I, S), Grado de Escolaridad (Prim, Sec, Prep), Edad, Inicial (S, S, D, C, AA, E), Final (S, S, D, C, AA, E). Includes a 'TOTALES' row at the bottom.

OBSERVACIONES:

- 1 Municipio= Colocar el nombre del Municipio que reporta
2 Nombre del grupo: el "C", el "D", etc.
3 Nombre de la escuela= Institución, lugar donde realiza la labor preventiva
4 M= Mujeres adolescentes
5 H= Hombres adolescentes
6 1= Primera vez (adolescentes que se incluyen al iniciar con la invitación)
7 S= Subsecuentes (adolescentes que continuan en las sesiones posteriores)
8 Grado de escolaridad= Primaria(5to y 6to) Secundaria 1ro, 2do y 3ro Preparatoria= 1er a 6to Semestre
9 Edad: Años cumplidos en el momento de participar en la labor preventiva
10 Ejemplo: Tu invitas a un grupo a participar en Chimalli , en la primera sesión 20, en la segunda sesión 18, entonces se reportan 20 de primera vez y en la segunda sesión se refieren 18 como subsecuentes. En caso de que haya nuevos adolescentes se reportan los nuevos y los subsecuentes.
11 NOTA: Este formato se enviara mensualmente a mas tardar el día 25 de cada mes.

Anexo 10

DIF

GUANAJUATO

TRABAJO FINAL DE CAMPO PARA

CERTIFICACION

EN PREVENTOLOGIA

DIF IRAPUATO

NOVIEMBRE 2002

INTRODUCCIÓN

El siguiente trabajo pretende ser una recopilación del proceso que se ha venido desarrollando durante el curso de preventología por parte de DIF estatal a los diferentes municipio que participan en el caso particular se hablara del municipio de Irapuato el cual presentamos a continuación durante el proceso y etapas de conformación de la red en la comunidad de san José de Jorge López que por características propias de la misma comunidad y por solicitud de los maestros y director de la escuela se conformo la red preventiva bajo el modelo de chimalli desde el mes de abril del 2002 por lo que se presentan los pasos y acciones que nos llevaron a trabajar la red.

PRESENTACIÓN

El sistema para el desarrollo integral de la familia de Irapuato ha estado desempeñando una serie de actividades y programas para brindar asistencia social en el municipio a través de acciones que brinden una protección integral a las familias irapatenses así como mediante el programa preverp busca constantes alternativas para brindar una mejor atención y de mayor calidad en los servicios que ofrece para los menores en riesgo y sus familias como es el caso de implementar una red chimalli en una escuela ubicada en una comunidad rural del municipio de Irapuato en donde las acciones estarían encaminadas a fortalecer el trabajo preventivo que realiza dicho programa y con el apoyo de los que viven en la comunidad se fortalezca la integración con el sector social a través de acciones en donde participen activamente en el cuidado y atención de los menores y que estos mismos establezcan una relación mas calidad en donde se les brinde atención y afecto que vienen careciendo del seno familiar con los participantes y de esta manera aumentar el factor de protección de riesgos psicosociales de estos menores que se encuentren inmersos en el trabajo de este proyecto y que en conjunto se logre un alcance de mayor calidad al que se viene realizando y cubra las expectativas de asistencia para la promoción y el desarrollo humano mediante las actividades que fortalezcan y garanticen los derechos humanos de los menores y así contribuir a crear mejores condiciones de vida en beneficio de los menores y sus familias.

DIAGNOSTICO

En la actualidad los menores que realizan alguna actividad en calle o que se encuentran en riesgo son pequeños que provienen de núcleos familiares desintegrados por la ausencia de la figura paterna, materna o de ambas y que además son hijos de familias numerosas que se van a trabajar al extranjero.

A esto se le puede agregar que en la mayoría de los casos se encuentran afectados por problemas de alcoholismo o drogadicción y que esto agrava mas su situación y por la pobre economía dentro del núcleo familiar sin mencionar las

situaciones de abandono, abuso sexual, maltrato físico, explotación, indiferencia, que hacen que los menores estén mas vulnerables a dichos riesgos y creen conductas de indiferencia a la escuela y apatía familiar etc. y que el menor no logre satisfacer sus necesidades de atención, desarrollo, protección y afecto.

Ante tales situaciones que vive actualmente el municipio de Irapuato y a nivel nacional no se puede aceptar como valido que seamos estáticos a esta situación real y que permanezcamos solo como espectadores viendo como se agudiza este problema.

En Irapuato existen menores en riesgo que como bombas de tiempo en el momento menos inesperado y si no se hace algo por ellos caerán en actividades exponiendo su integridad física, sicológica o serán explotados y víctimas de los propios problemas de una sociedad que poco a poco los ha estado relegando y orillando hasta convertirse en delincuentes, adictos, prostitutas , etc. y esto como consecuencia de la falta de atención, cariño, afecto que los menores necesitan y que la mayor de las ocasiones dentro del núcleo familiar no lo tienen por pertenecer a familias numerosas, de bajos recursos económicos y sin preparación académica que les permita tener un empleo mas redituable o una educación formal los obliga a tener actividades mal remuneradas con largas jornadas de trabajo en donde los hijos a muy temprana edad tienen que participar en la economía de la casa olvidándose por completo que aun no están preparados y se les forzó a madurar y a crecer de una manera en donde su desarrollo y crecimiento no es a fin a las de un niño normal de acuerdo a su edad o se tienen que ir a buscar empleo a los estados unidos .

MARCO TEORICO

En la actualidad la sociedad se ve amenazada por los constantes cambios de diversas índoles así como los hombres y mujeres se obligan a tener una vida rápida, descuidando de esta manera las relaciones humanas y sociales, aunado a esto las presiones de la vida cotidiana se vuelven los enemigos mas peligrosos que ponen en riesgo la integridad de la sociedad “familia” dando como resultado las conductas antisociales de nuestros hijos o conductas que afectan su integridad como personas hablando de aquellos menores que oscilan entre los 8 y 15 años de edad que sufren mas por los cambios que afectan en su desarrollo psicofísico.

La ciudad de Irapuato esta compuesta por un total de 440.039 habitantes de los cuales el 12% pertenece a esta población vulnerable y que se encuentran estudiando el 5 o 6 año del nivel primaria; o en algún grado de secundaria.

En este municipio existen 112 escuelas primarias en el área urbana y 111 en el área rural siendo esto un total de 36,580 menores de 5to y 6to grado. A nivel secundaria existen 33 escuelas rurales y 37 urbanas con un total de 16,800 menores aproximadamente en este nivel por lo que es urgente abrir un espacio donde puedan participar estos mismos en un proceso de prevención y reflexión donde se promuevan los derechos, valores, normas, hábitos, conductas y actitudes fundamentales para la vida y se rescaten imágenes propositivas y positivas en un ejercicio de libertad con el afán de generar una nueva critica social, sentando las bases en esta edad que seria una de las mas criticas dentro del desarrollo humano y a la par, apoyados por ellos mismos serán los transmisores del mensaje a sus propias familias para lograr un cambio de actitud de

la gente de Irapuato basándonos en el concepto de que es mejor la prevención que la atención, por una mejor calidad de vida de los irapuatenses.

JUSTIFICACION

Resulta indudable que el justificar resulta siempre prioritario el reclamo en cualquier grupo social organizado, lo que es desde luego incontestable por que antes de exigir la implantación de sofisticados sistemas jurídicos de orden administrativo o reguladores de específicas relaciones. Los miembros de la colectividad demandan que se preserven los valores que son indispensables para la vida en común, por ende para la subsistencia misma de la sociedad. De ahí la importancia de contar con acciones de divulgación que específicamente aborde la temática de los derechos de los niños, niñas y adolescentes como el que el ahora se trata de implementar, mediante este proyecto de prevención y que tratara con mayor énfasis problemas relacionados con los menores así como acciones tendientes a crearles habilidades de protección, puesto que constituyen un segmento social que por sus especiales condiciones relativas a su escaso desarrollo físico e intelectual, no están ni siquiera aptos para actuar por si mismos en la exigencia de sus propios derechos, lo que les hace vulnerables y propicios a ser victimas de abuso y atropello.

Por los demás, no ha de olvidarse que es en los niños, niñas y adolescentes en que se finca la incertidumbre de que hay un porvenir y de que por ende, el futuro es cierto, que son ellos la feraz parcela en la que se cultiva la fantasía y el fascinante entorno de la esperanza que ilumina cualquier oscuridad del presente, no depositar nuestra verdad del mañana en la infancia es condenarlo al vacío, que es la negación del todo.

MARCO CONTEXTUAL

El lugar donde se conformara la red chimalli se encuentra ubicado en la comunidad de San José de Jorge López ubicada a 3.5 kilómetros rumbo a villas de Irapuato colinda al norte por villas de Irapuato al sur por Purísima del jardín al este por Cuchicuato y al oeste por la comunidad de el nido.

Tiene un total de 2255 habitantes de los cuales la mayoría de los adultos jóvenes emigran a Estados Unidos o Canadá, los adultos mayores son jornaleros y son pocos los varones que habitan la comunidad ya que todos buscan mejoras salariales en el extranjero ya que comentan que es poca la ganancia de la tierra y pagada, el esfuerzo realizado es muy grande.

En esta comunidad el analfabetismo así como los riesgos psicosociales es un grave problema que se conjuga con un gran auge y apego a tradiciones extranjeras. Esto sin contar el serio problema social por los problemas familiares que allí se tienen. Cuenta con los servicios públicos de agua, y luz carece de drenaje.

La escuela que se piensa trabajar se encuentra ubicada en la comunidad de san José de Jorge López del municipio de Irapuato Gto y recibe el nombre de vasco de Quiroga con clave C.C.T. 11DPR0883U.

Se estará trabajando con un grupo de sexto y quinto año así como un grupo de padres de familia

CRONOGRAMA DE FORMACIÓN DE RED CHIMALLI SAN JOSE DE JORGE LOPEZ

ACTIVIDAD	DURACIÓN Y CONTENIDO	MATERIAL	RESULTADO
1. Convocar a una red de voluntarios en el plantel: padres de familia, maestros y alumnos mediante anuncios de cartulinas para el día 16 de abril	Media hora en pegar las cartulinas. Se invitaba a la reunión el día 23 de abril para explicar el contenido de la red	Entrevista personal con maestros y directivos padres de familia para invitar a la comunidad escolar interesada a participar en un programa para proteger el desarrollo humano de los alumnos y de sus familias. Papelería ,oficios	Padres de familia maestros y alumnos reunidos con demostraron interés de colaborar en el plan de acción preventiva dentro de la escuela
2. Explicar el plan de acción preventiva e incorporarse de forma voluntaria y se firma convenio de Chimalli con director	Presentación de una hora por parte del coordinador del plan, utilizando el esquema del plan de acción y, sobre todo, señalando la importancia de la protección frente a los riesgos. Firma de convenio fl	Presentación del material en rota folios de las bases teóricas e información sobre riesgos CHIMALLI: la papelería y los rota folios dieron contenidos positivos y proactivos, no alarmistas y con énfasis en la protección	El grupo de padres de familia, alumnos y maestros estuvieron dispuestos a colaborar en este movimiento a favor de proteger a los alumnos y sus familias del consumo y abuso de drogas, de la conducta antisocial, del manejo inadecuado de los eventos negativos de la vida y de estilos de vida que propician trastornos psicosociales.
3. Conocer y difundir el grado de disposición al cambio de la comunidad	Una hora de trabajo con la red de voluntarios, utilizando el índice (Inventario de disposición al cambio en la comunidad escolar) incluido en	Se expusieron Carteles señalando el grado de participación de la comunidad educativa del plantel la forma de incrementarla	Se informo a la comunidad escolar del inicio del plan de acción dentro del plantel y de la conveniencia de sumar esfuerzos de acuerdo con la

escolar. Aplicación del índice el día 21 de mayo	el manual del conductor.	mediante la participación voluntaria en el plan de acción.	disponibilidad de tiempo personal de los maestros y director. Con el lema de: “apoya a tus hijos intégrate a la red si realmente los amas ¡participa!”
4. Se formaran grupos de padres de familia y maestros que quieran difundir los manuales CHIMALLI como ¿Qué puedo hacer por la prevención como maestro? y la Guía para padres de familia, con el fin de hacer un trabajo grupal de concientización, además del trabajo de postactividad realizado en casa con los hijos, así como organizar otras la información para participar al cierre del ciclo en el evento de Diferentísimo actividades que propicien la protección de los alumnos en el plantel, en las casas o en el barrio.	Quince semanas de trabajo intensivo desde el inicio del plan de acción hasta el final Capacitación a padres y maestros que estarán frente a grupo 28 de mayo Materiales ocupados formatos y manuales Chimalli Aplicación del diagnóstico 4 de junio Inicio de sesiones 11, 18 y 25 de junio	Manuales CHIMALLI: Manual del conductor, ¿Qué puedo hacer por la prevención como maestro? Y Guía para padres.	El grupos de padres trabajaron juntos una vez a la semana los mensajes protectores, para concientizarse de ellos, y/o padres y maestros reunidos en la red realizando actividades libres de riesgos, y colaborando con la difusión intensa del plan de acción CHIMALLI
5. Iniciar actividades de prevención con los alumnos de cuarto, quinto y sexto grados de primaria del plantel vasco de Quiroga, conducidos por los maestros y padres de familia	Quince semanas de trabajo intensivo con los alumnos en el aula iniciado el 3 de septiembre por cuestiones de periodo vacacional	Escala de actitud CHIMALLI para seleccionar 15 actividades a trabajar con cada grupo de alumnos durante 15 semanas. Libro del conductor con las indicaciones para llevar a cabo este trabajo y Libro del escolar que contiene 90 lecciones	Grupos de niños trabajando con sus maestros, una vez a la semana, lecciones para reflexionar y tomar conciencia sobre los riesgos psicosociales y aprender formas de protegerse

		preventivas para las áreas de estado general de salud, sexualidad, consumo y abuso de drogas, consumismo, conducta antisocial y eventos negativos de la vida.	
6. Difundir actividades semanales dentro del plan de acción mediante el comité de difusión a partir de la primera sesión de trabajo con los alumnos	Quince semanas de difusión sobre los mensajes protectores que trabajan los niños, los padres y los maestros, por medio de carteles, circulares y espacios institucionales de reunión así como en las tiendas y lugares públicos de la comunidad Termino de sesiones el 19 de noviembre	Información entre los diferentes grupos de niños, padres de familia y maestros acerca de los mensajes, para su difusión en el plantel y para los padres que sí participan en la postactividad con sus hijos, pero que no pertenecen a la red. Se deberán exhibir los tableros CHIMALLI de cada grupo escolar y/o elaborar el tablero CHIMALLI de toda la escuela, que señala el avance del trabajo por grupo y funciona como animador e informador de las actividades esto esta coordinado por la señora Maria herrera Chagoya	Una comunidad escolar enterada del contenido del plan de acción CHIMALLI, entusiasmada y dispuesta a participar o a apoyar con sus actitudes lo realizado en la escuela
7. Aplicación del diagnostico final y Difundir los resultados de los grupos y de la red después de la ultima s	Aplicación de evaluación final 26 de noviembre. Dar a conocer los resultados a la comunidad el día 3 de diciembre	y gráficas con los resultados obtenidos mediante los instrumentos: escalas de actitud e índice, así como las frases de evaluación tanto de niños como de los padres y maestros: "En este plan de acción aprendí..."	Una comunidad retroalimentada sobre su esfuerzo satisfecho por los logros alcanzados y enfrentando los retos de cómo mejorar el plan de acción en el ciclo siguiente

Red
Chimalli

**PROGRAMA PREVERP
SAN JOSE DE JORGE LOPEZ**

DIF IRAPUATO

PROGRAMA CHIMALLI

El DIF Irapuato se ha establecido como meta la tarea de iniciar un cambio en la visión existente cuando se habla de platicas informativas por lo que adopto el modelo chimalli con la finalidad de mejorar la calidad de la información que se les brinda a los jóvenes, así como la confiabilidad de que esta información es la que realmente requiere el grupo para propiciar una cultura de prevención, acorde alas necesidades reales del grupo. Este trabajo tiene la finalidad de coadyuvar en la disminución de los problemas de alcoholismo, drogadicción y vandalismo que se presentan en este municipio, el DIF municipal consiente del esfuerzo titánico que este trabajo representa para cualquier organización gubernamental o privada se fijo como meta invitar a todas aquellas asociaciones que realizan acciones preventivas e interesadas en esta área a integrar y formar parte de este proyecto que tiene como único fin el desarrollo pleno e integral de la niñez y juventud irapatenses.

Las ventajas que ofrece este modelo se centran en la practicidad del mismo ya que no es necesario brindar capacitaciones extensas de cada una de las áreas que integran el modelo a las personas que impartirán las platicas ya que el material viene desarrollado y preestablecido para cada una de las áreas a tratar.

Chimalli es una palabra de origen náhuatl que significa **ESCUDO**.

Este programa consta de 93 lecciones y ejercicios vivenciales.

El *objetivo* es ayudar a reducir los riesgos psicosociales propiciando una actitud orientada hacia la **PREVENCIÓN**.

Los riesgos psicosociales son:

- Uso de drogas.
- Problema en el manejo de la sexualidad.
- Falta hábitos para cuidar la salud.
- Desarrollo de conductas compulsivas, para el manejo de la ansiedad y los conflictos emocionales de manera inconsciente.
- Eventos negativos de la vida, como conflictos con la familia divorcio o separación, la perdida de un ser querido o problemas escolares.
- Actos antisociales o agresivos, con el fin de expresar su inconformidad.

*Todas estas conductas de no ser atendidas pueden derivar en **adicciones, problemas emocionales o trastornos psicosociales como la delincuencia.***

Para determinar como se va a diseñar y aplicar este programa es necesario:

1. **INVESTIGAR** cuales son los principales riesgos a los que están expuestos los jóvenes con los que se va a trabajar por medio de la **escala de actitud** hacia los mensajes protectores de chimalli, la cual nos muestra el grado y las áreas que presentan mayor peligro.
2. Con base en lo anterior se **PLANIFICA UN PROGRAMA** EL cual debe tomar en cuenta las áreas que presentan un mayor riesgo ya que serán en esas en donde se deberá poner mayor énfasis al definir las lecciones y los ejercicios.
3. **EJECUCIÓN DEL PROGRAMA**, el objetivo de chimalli es emitir mensajes protectores los cuales habrán de modificar las actitudes de los miembros del grupo a corto plazo y teniendo un trabajo consistente se pueden modificar los estilos de vida a largo plazo.
4. **EVALUACIÓN DE RESULTADOS**, chimalli analiza los resultados de la aplicación empleando dos procedimientos el primero es la *aplicación por segunda vez de la escala de actitud*, y la segunda es por medio de **frases que el grupo asigna** teniendo en cuenta lo aprendido durante el programa. Esto permite una retroalimentación para las siguientes aplicaciones.

Para garantizar mejores resultados es importante que exista una consistencia en la aplicación de estos talleres debiendo de tener una duración de tres meses como mínimo y una duración por sesión de una a dos horas aproximadamente. Así mismo la participación tanto de los jóvenes como del personal a cargo de la aplicación debe ser **libre y voluntaria**.



DIRECCIÓN DE ACCIONES A FAVOR DE LA INFANCIA
COMITÉ DE CERTIFICACIÓN DEL PREVENTÓLOGO EN RIESGOS PSICOSOCIALES

CONCENTRADO DEL TRABAJO DE CAMPO PREVENTIVO DE RIESGOS PSICOSOCIALES PARA ADOLESCENTES, PADRES Y MAESTROS
REDES CHIMALLI -ESCOLAR

Nombre del Municipio: IRAPUATO

Fecha en que fue elaborado: 17 DE OCTUBRE 2002

Fecha de terminación: 26 de

noviembre 2002

A continuación se presentan una serie de preguntas, favor de leerlas detenidamente y contestar lo más claro posible. Los cuadros y/o espacios que se presentan para el llenado de este reporte son un “ejemplo”, estos podrán realizarse tan grandes o pequeños conforme la extensión de sus respuestas. Recordar que se solicitó conformar una RED donde se vinculan FUNDAMENTALMENTE acciones para niños, adolescentes, Maestros y sus Padres de Familia.

1. Nombre de la comunidad: San José de Jorge López

Características de la comunidad: ubicada a 3.5 kilómetros rumbo a villas de Irapuato colinda al norte por villas de Irapuato al sur por Purísima del jardín al este por Cuchicuato y al oeste por la comunidad de el nido.

Inicio del ciclo preventivo						Termino del ciclo preventivo					
Autogestión						Autogestión					
Participación						1.3 Participación	6	5	5	5	5
Sensibilización						Sensibilización					
Resistencia	4	3	4	3	4	Resistencia					
	Plan de acción	Información	Acciones	Conocimientos	Recursos		Plan de acción	Información	Acciones	Conocimientos	Recursos

(Esta información solo se reportara al inicio y al termino de un ciclo preventivo, que cuando debe aplicarse el INDICE)

11. Formación de la Red Escolar:

(x) Integración () Red Integrada (x) Por el momento no se cuenta con Red

12. Número de miembros de la Red 25 se anexa lista final

Nombre de los integrantes de la red Ocupación Función (es) dentro de la Red

Francisco Javier Villanueva Vargas
Director
Apoyo de coordinación

Carlos Campos Anguiano
Maestro de Apoyo
Difusor

Irma Méndez Guillén
Maestra de educación física
Difusor

Aurora Berenice Morín Gutiérrez
Educación especial
Apoyo de coordinación

Francisco Javier Sánchez
Maestro
Moderador

Eduardo Delgado Pérez
Maestro
Moderador

Leticia Venegas
Puesto de dulces
Difusora área común

Rafael Barrón

Tiendita
Difusor área común

Rosa López Rmz.
Jornalero
Difusor periódico mural

Susana Hdz. Pérez
Hogar
Difusor periódico mural

Juan Martínez Delgado
Jornalero
Apoyo

Reyes Hdz. Pérez
Jornalero
Apoyo

13. Escriba los 5 principales Factores de Riesgo detectados en base a la aplicación de la escala de Actitud Chimalli y las 5 principales Habilidades a desarrollar de acuerdo a los Factores de Riesgo detectados: información sexual, conducta sexual, agresión, reprobación y problemas con la autoridad, comida chatarra

14.- SE DEBERÁ ENTREGAR EXPEDIENTE COMPLETO (F1 A F5 SIN EXCEPCIÓN DEBEN ESTAR CON TODOS LOS REQUISITOS) EL DÍA 29 DE OCTUBRE; LA EVALUACIÓN FINAL DE LA RED. CONCLUSIONES Y BITÁCORAS SERÁN ENTREGADAS EL 28 DE NOVIEMBRE DE 10:00 A 2:00 PM. CON EL OBJETO DE QUE L COMITÉ REÚNA TODOS LOS ELEMENTOS PARA EMITIR SU DICTAMEN FINAL

15.- LA FECHA DEL EXAMEN¹ SERÁ EL 29 DE OCTUBRE A LAS 9: 00 AAM. EL GRUPO DE LOS JUEVES Y A LAS 12:00 DE LA MISMA FECHA EL GRUPO QUE VIENE LOS VIERNES. EN LAS INSTALACIONES DE CASA DIF.

16.- LAS CONCLUSIONES DEBERÁN ESTAR ENFOCADAS A LA TRASCENDENCIA DE CONFORMAR LA REDES COMO UNA DE LAS RENTAS MÁS PROMISORIAS DEL DESARROLLO HUMANO Y ADEMÁS DE LOS TEMAS REVISADOS DURANTE TODO EL CURSO DEL PREVENTÓLOGO.

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL DIR. (A)
DEL SISTEMA MUNICIPAL

¹ NOTA: SIN EXCEPCIÓN DE NINGÚN PREVENTÓLOGO TODOS PRESENTARÁN EXAMEN DE CONOCIMIENTOS,

1.4 CONCLUSIÓN

EL ROMPIMIENTO DE PARADIGMAS ES UN TRABAJO A LARGO PLAZO , COMO DECIA UN PENSADOR FRANCES NO ES LO MISMO FORMAR CABEZAS LLENAS DE CONOCMIENTOS SINO QUE CADA QUIEN TENGA LA SUYA , ESTE ES EL INICIO DE UNA EXPERIENCIA QUE DA INICIO Y NO TERMINA CON LA FINALIZACION DE UN TRABAJO QUE HAY QUE ENTREGAR , ES MAS BIEN UN COMPROMISO PERSONAL PARA PROSEGUIR TRABAJANDO EN BENEFICIO DE LA COMUNIDAD DE AQUELLAS PERSONAS MAS VULNERABLES , PERO LO QUE NOS HA DEMOSTRADO EL FINALIZAR CON ESTA PARTE PREVENTIVA ES LA DE ESTAR SEGUROS QUE LAS INSTITUCIONES SOLAS NO PODRAN LLEGAR A CUBRIR LAS NESECIDADES POR LO QUE ES DE GRAN IMPORTANCIA FORMAR MULTIPLICADORES QUE SE UNAN AL TRABAJO PREVENTIVO PARA LOGRAR ASI UNA COMUNIDAD AUTOGESTIVA CON LAS SUFICIENTES ARMAS DE PODER CONTRARRESTAR LOS RIESGOS PSICOSOCIALES O AL MENOS PODER SEGUIR DESARROLLÁNDOSE LIBRE AUNQUE ESTE CERCA DE LOS MISMOS.

QUEREMOS AGRADECER AL SISTEMA ESTATAL POR DARNOS LA OPORTUNIDAD DE CRECER Y DE PODER LLEVAR ESTE CURSO DE PREVENTOLOGIA HASTA EL FINAL.

POR SU APOYO MUCHÍSIMAS GRACIAS

ATTE. DIF IRAPUATO