



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN TRABAJO SOCIAL

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

TÍTULO DE TRABAJO

Intervención preventiva de Trabajo Social en el ámbito familiar y escolar en el consumo de tabaco y alcohol en niñas y niños de nivel primaria

Modalidad para la obtención del grado

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
MAESTRO EN TRABAJO SOCIAL

PRESENTA:

Gilberto Jiménez Pimentel

TUTOR:

Mtro. Roberto García Salgado
Escuela Nacional de Trabajo Social

COMITÉ TUTORAL

Mtra. María Concepción Reyes Álvarez
Escuela Nacional de Trabajo Social

Dr. Omar Fernando Ramírez De La Roche
Escuela Nacional de Trabajo Social

Dra. Carmela Raquel Güemes García
Escuela Nacional de Trabajo Social

Mtra. Alejandra Moreno Fernández
Escuela Nacional de Trabajo Social

Ciudad Universitaria, Cd. Mx., Noviembre, 2020



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

Terminar este proyecto no hubiera sido posible sin el apoyo profesional de mi asesor de tesis Maestro Roberto García Salgado quien con su paciencia y su trabajo con sus conocimientos con el firme propósito de concluir la presente investigación.

A mí jurado revisor: Mtra. María Concepción Reyes Álvarez, Dra. Carmela Raquel Güemes García, Mtra. Alejandra Moreno Fernández y Dr. Omar Fernando Ramírez De La Roche, quienes se tomaron el tiempo de leerme con tanta dedicación y me ayudaran a complementar mi trabajo con sus acertadas recomendaciones, mismas que me ofrecieron otra perspectiva para concluir mi trabajo de investigación a todos gracias.

A mí querida Universidad Nacional Autónoma de México. Y a mi Profesión de Trabajo Social que tantas satisfacciones profesionales me han brindado.

A la maestra Silvia Galeana y Norma Angélica por apoyarme a iniciar este proyecto.

Al mí estimado maestro Alfredo González Portillo que con sus conocimientos y experiencia me apoyo en todo momento con mi trabajo de investigación.

A mi querida amiga Marilyn quien me dio sus consejos y recomendaciones.

A mis amigos del posgrado: el convivir con ustedes me dejó grandes enseñanzas gracias por sus valiosos consejos y dar a mi vida un revulsivo con su energía y juventud: Claudia, Marilyn, Jazmín, Diana, César, Omar, Leo, Martí, Sandra, Elizabeth, Rocío, Fátima, Rosa, Mayra, Miriam, Wandra y Rosalía.

A mis amigos de mi centro de trabajo: por sus valiosas aportaciones Angie, Vero, Elena, Maricela, Adriana, Norma, Antonio, Marco, Mirna, Elizabeth, Rosa María, Alma y Jaime

A mis amigos América, Claudia Castillo, Verónica Yáñez, Paco, Rúben, Luis, Jerovan, Marco, Rosa, Sonia, Rocío y en particular a Jessica por su profesionalismo.

Todos en conjunto me hicieron ver, que sin importar cuanto tiempo me tome, todo se puede si de verdad se quiere.

Dedicatoria

Primero, dedico y doy gracias a Dios por permitirme culminar esta experiencia.

También agradezco a quién lee este apartado y mi tesis, por permitir a mis experiencias, investigaciones y conocimientos, incurrir dentro de su repertorio de información mental.

Dicen que la mejor herencia que nos pueden dejar los padres son los estudios, sin embargo, no creo que sea el único legado del cual yo particularmente me siento muy agradecido, mis padres me han permitido trazar mi camino, ser lo que soy y llegar a dónde estoy. Ellos son mis pilares de vida, les dedico este trabajo de titulación. Gracias Julia y Pedro.

A mi esposa Natalia por apoyarme en todo momento.

A mis hijos Ariana, Daniela y Crithian y a mi nieta Allison por darme esa fuerza que me motiva a continuar día a día. Ustedes son la razón de mí existir.

A mí querido amigo Toby por acompañarme tantas noches en el desvelo.

A mis hermanos Avelino, José, Pedro, José Alfredo e Ignacio. Por r r n m , su empuje me impulsó a concluir este proyecto.

A mis primos Laura, Gilberto, Juanita, José Luis, Martha, Alfonso, David, Frank, Paty; a mis sobrinos Gaby, Santiago, Juan Luis, Judith, Rodrigo, Cesar, Dany, Carlos, Fernando, Alejandro, Julián, Abril, Jesús y a todas y todos en Morelia. Y mí cuñada Balbina.

A las tutori s l s u l “José M r Mor los P v n” M str M r los Áng l s , Maestra María de Lourdes y Maestro Alberto les agradezco bastante me permitieran realizar esta noble labor y así poder retribuir un poco de mi conocimiento y experiencia a mi comunidad.

Y s lu go los os grupos lumnos s x to gr o prim ri “A” “C” l generación 2014-2019 gracias niñas y niños.

Índice

Introducción	5
Justificación	9
Panorama epidemiológico de tabaco y alcohol.....	16
Planteamiento del problema.....	18
Pregunta de investigación	23
Objetivo general y objetivos específicos.....	23
Supuesto Hipotético	24
Tipo de estudio, muestra y muestreo.....	24
Marco teórico	26
Capítulo I. Consumo de sustancias psicoactivas tabaco y alcohol en menores de edad.....	36
1.1 Modelos Teóricos.....	36
1.2 Antecedentes de las sustancias psicoactivas, conceptos básicos y proceso adictivo	46
1.3 Mitos y realidades acerca del tabaco y el alcohol	56
1.4 Factores de riesgo y factores de protección asociados al consumo de las drogas.....	63
Capítulo II. El quehacer profesional del trabajador social en la prevención de sustancias psicoactivas.....	72
2.1 La investigación en Trabajo Social	72
2.2 Trabajo Social en el campo de la Salud	79
2.3 La intervención de Trabajo Social en instituciones de atención a la prevención y consumo de sustancias psicoactivas	82
2.4 Ética y Trabajo Social en la prevención de consumo de sustancias psicoactivas	97
Capítulo III. La percepción del riesgo asociado al consumo de sustancias psicoactivas	104
3.1 ¿Qué es la percepción del riesgo?	104
3.2 Niveles de Prevención: Universal, Selectiva e Indicada	105
3.3 Educación para la salud.....	112
3.4 El papel de la familia en la prevención del consumo de sustancias psicoactivas en los niños	119
Capítulo IV Análisis y resultados	122

4.1 Instrumentos	122
4.2 Procedimientos	122
4.3 Aspectos éticos del consentimiento informado	125
4.4 Definición conceptual y operación de variables	126
4.5 Resultados	128
Discusión.....	194
Conclusiones.....	205
Recomendaciones	211
Bibliografía	253

Índice de Tablas

Tabla 1. Operacionalización de las variables.....	126
Tabla 2. Grupo Experimental y Grupo Control.	128
Tabla 3. Epidemiología pre-test.....	130
Tabla 4. Percepción del riesgo pre-intervención.....	132
Tabla 5. Autoestima pre-intervención de Trabajo Social.	133
Tabla 6. Percepción de riesgo post-intervención de Trabajo Social.....	134
Tabla 7. Post-intervención de Trabajo Social.	135
Tabla 8. Análisis de comparación de percepción de riesgo entre grupo experimental y control.	136
Tabla 9. Carta descriptiva 1 Aplicación del instrumento pretest y taller de autoestima para prevenir consumo de sustancias psicoactivas	235
Tabla 10. Carta descriptiva 2 Taller poder en los niños y niñas en cuanto a la toma de decisiones acertadas, con el grupo experimental.....	238
Tabla 11. Carta descriptiva 3 Taller denominado Habilidades para la vida: Habilidades sociales y habilidades de pensamiento “Mejor comunicación” “Aprender no” “Diferenciar” responsabilidad” Pensamiento crítico” Habilidades de toma de decisiones con el grupo experimental.....	241
Tabla 12. Carta descriptiva 4 Taller denominado Habilidades para la vida: Habilidades para el	

m n jo mo ion s “un mont ñ rus mo ion s” “m v o m r onoz o” on l grupo experimental, a fin de que desarrollen mejor esas habilidades.	244
Tabla 13. Carta descriptiva 5 La importancia de la familia y la comunicación, en la prevención de las adicciones	246
Tabla 14. Carta descriptiva 6 Taller Mitos y realidades asociados al tabaco y al alcohol.....	248
Tabla 15. Carta descriptiva 7 Mitos y realidades sobre el tabaco y el alcohol con padres de familia	251

Índice de Ilustraciones

Ilustración 1. Aplicación de pre-test	234
Ilustración 2. Aplicación de pos-test.....	234
Ilustración 3. Presentación.....	237
Ilustración 4. Taller autoestima parte 1.....	237
Ilustración 5. Taller autoestima parte 2	237
Ilustración 6. Taller autoestima parte 3.....	237
Ilustración 7. Taller El Poder parte 1	240
Ilustración 8. Taller El Poder parte 2	240
Ilustración 9. Taller El Poder parte 3	240
Ilustración 10. Taller El Poder parte 4.....	240
Ilustración 11. Taller Habilidades Sociales parte 1	243
Ilustración 12. Taller Habilidades Sociales parte 2	243
Ilustración 13. Habilidades para la vida parte 1.....	2435
Ilustración 14. Habilidades para la vida parte 2.....	2435
Ilustración 15. Taller Habilidades para el manejo de emociones parte 1	2435
Ilustración 16. Taller Habilidades para el manejo de emociones parte 2	245
Ilustración 17. Taller Comunicación para prevención de adicciones parte 1	247
Ilustración 18. Taller Comunicación para prevención de adicciones parte 2	247
Ilustración 19. Taller Comunicación para prevención de adicciones parte 3.....	247
Ilustración 20. Taller Mitos y Realidades sobre tabaco y alcohol parte 1	247
Ilustración 21. Taller Mitos y Realidades sobre tabaco y alcohol parte 2.....	248

Ilustración 22. Mitos y Realidades sobre tabaco y alcohol parte 3.....	248
Ilustración 23. Mitos y Realidades sobre tabaco y alcohol parte 4.....	248

Introducción

El inicio de consumo de sustancias psicoactivas como el tabaco y alcohol, así como la manera en que es percibido por los niños, jóvenes y sus familias tema central de este trabajo, es un problema de salud pública a nivel mundial. Sus consecuencias abarcan no sólo al individuo, sino a sus familias y a las comunidades enteras. Además, del daño a la salud que representa, el consumo de las sustancias se asocia con un mayor número de accidentes, pobre rendimiento escolar y laboral, así como a problemas en la interacción entre los individuos como la violencia y otros relacionados con actos ilícitos (Secretaría de Salud, 2012, pág. 52).

El propósito es dar cuenta cómo esta problemática del consumo de sustancias adictivas, en particular el tabaco y el alcohol consideradas drogas de inicio; pueden afectar desde edades tempranas a las personas. El consumo excesivo de estas sustancias y otras representa en nuestro país un serio problema de salud pública debido al enorme costo social y al daño que provoca a los adolescentes, sus familias y a la sociedad en general. Ante esta situación es necesario implementar estrategias con la intervención de la disciplina de Trabajo Social, principalmente con un enfoque preventivo.

Villatoro-Vázquez (2012) afirma “Actualmente un principal problema en relación al consumo de sustancias, consiste en la creciente disponibilidad de sustancias adictivas y la cada vez mayor exposición por parte de los niños y niñas” (pág. 36)

Lo anterior se ha traducido en el diseño de estrategias que logren contrarrestar esta problemática. Una de las estrategias que han demostrado mayor costo-efectividad son aquellas enfocadas a la prevención del consumo, debido a que han demostrado ser más costo-efectivas, en comparación

con las estrategias enfocadas al tratamiento de usuarios que presentan dependencia a alguna sustancia (Nida, 2004, pág.76)

Para plantear el consumo de sustancias psicoactivas como un problema de tal magnitud resulta necesario estudiarlo y generar alternativas para poder enfrentarlo, deteniendo en algún nivel su propagación. De hecho, el alto costo del tratamiento y la escasez de programas acordes con el incremento de la demanda, han estimulado el interés por la prevención.

Se han desarrollado diversas investigaciones dirigidas a tratar de explicar por qué los adolescentes se inician en el consumo de sustancias y por qué muchos de ellos permanecen consumiendo. A partir de estos estudios se ha determinado un amplio conjunto de factores que contribuyen al problema que han sido factores como “condiciones” que ocurren e influyen en el consumo y los patrones de dependencia. Es a partir de la experiencia personal del sujeto que da un significado u otro al efecto de las sustancias adictivas y es él quien interpreta y da sentido a sus propias creencias y a la influencia del ambiente en que vive.

Ante este panorama Trabajo Social siendo una disciplina que al abordar los componentes sociales de cualquier forma de organización de las personas o grupos de personas en un momento histórico determinado tendrá influencia sobre el análisis, emisión y posicionamiento de políticas públicas, una de las relevantes son las relativas a la salud, de las prioritarias para este sector encontramos a la prevención y a la atención integral del consumo de sustancias psicoactivas. Al interior de esta materia, la estrategia pertinente en el momento actual de nuestro país es incrementar la percepción del riesgo que apuntala y fortalece cualquier estrategia preventiva dirigida a menores de edad.

La presente investigación se estructura en cuatro capítulos. El primero se denomina: Consumo de sustancias psicoactivas tabaco y alcohol en menores de edad. En él se abordan los modelos teóricos principales de este tema tales como la teoría del aprendizaje social, modelo de percepción del riesgo y el modelo cognitivo conductual. Antecedentes de las sustancias psicoactivas para tener una perspectiva acerca del inicio de la problemática, conceptos básicos que permitan comprender el proceso adictivo. Los mitos y realidades acerca del tabaco y el alcohol. Los factores de riesgo y protección, asociados al consumo de sustancias psicoactivas, así como las características físicas psicológicas de niños(as) de sexto año de primaria.

Así mismo, en el segundo capítulo del presente trabajo que se denomina: El quehacer profesional del trabajador social en la prevención de sustancias psicoactivas, hace referencia del perfil de este profesionista, algunos conceptos de la disciplina, cómo es su labor en el área de la salud e investigación y cómo es la participación de este profesionista en las instituciones de salud a la atención de prevención y consumo de sustancias psicoactivas. Finalmente, el tema de la ética y el Trabajo Social en la atención de dicha problemática social.

El tercer capítulo denominado: La percepción del riesgo asociado al consumo de sustancias psicoactivas. El abordaje de la percepción del riesgo principalmente se realiza en cuanto al consumo de sustancias psicoactivas (tabaco y alcohol). Los niveles de prevención del consumo de sustancias psicoactivas, universal, selectiva e indicada. El tema de educación para la salud; destacando la importancia de la población objetivo: niñas y niños de sexto grado de educación primaria. Y el papel que juega la familia en la prevención del consumo de sustancias psicoactivas en niños(as).

El cuarto capítulo se refiere al análisis y resultados, así como la metodología desarrollada y el trabajo de campo que se llevó a cabo en la escuela primaria José María Morelos y Pavón localizada en el municipio de Tlalnepantla de Baz Estado de México. Institución educativa seleccionada para realizar la presente investigación, debido al alto riesgo que representa la zona geográfica en materia de distribución y consumo de sustancias psicoactivas, de acuerdo con información proporcionada por autoridades de dicho municipio.

Justificación

El crecimiento acelerado del consumo de sustancias adictivas ha sido un factor importante en la transición epidemiológica como un proceso de modificación de los determinantes de la salud que se vive actualmente en México y el mundo; dicha transición ha implicado una mayor presencia de las enfermedades crónicas, muchas de ellas ocasionadas por la adicción a diversas sustancias. En este sentido, los estudios han apuntado que las causas de muerte tienen más que ver con factores de riesgo que son rasgos y atributos personales que colocan a las niñas y los niños en riesgo de consumir, prevenibles mediante cambios en los factores personales, familiares, escolares y con determinantes sociales que requieren de cambios profundos, para convertir estos en herramientas a favor de una mejora en la calidad de vida.

Las conductas de consumo de sustancias psicoactivas han dejado de ser exclusivas de ciertos estratos socioeconómicos de la población para extenderse a todos los segmentos, especialmente a los más vulnerables que son las niñas, niños y adolescentes, esto representa uno de los grandes problemas con los que se enfrentan las sociedades en nuestros días, la participación de los jóvenes en estas conductas, toma especial relevancia social cuando se tiene en consideración que la adolescencia se configura como un período vital de especial riesgo al ser en esta etapa en la que se realizan los primeros acercamientos a estas sustancias adictivas y el mantenimiento de patrones de consumo que, en parte de los casos, llegan a consolidarse en la vida adulta.

Además, es necesario recordar que, este momento de cambio es un periodo de transición de la infancia a la madurez en el que se producen gran cantidad de cambios físicos, afectivos, cognitivos y de valores que, junto con un mayor deseo de obtener sensaciones novedosas e intensas, ampliar las redes sociales, así como, la búsqueda de autonomía y de una identidad

propia, le convierten en un periodo estresante y de especial vulnerabilidad al desarrollo de estas conductas (Musito, 2003, pág. 58).

En México, el consumo de drogas constituye uno de los principales problemas de salud pública, debido a la severidad de consecuencias asociadas y al incremento cada vez mayor en el consumo de sustancias. Gr j (1994) firm “D trás u lqui r tipo on u t onsumo de sustancias, hay siempre una causa individual, familiar o so i l” (p 69) El uso uso m l uso en el consumo de drogas legales e ilegales, engloban el término de farmacodependencia, que es el resultado de un fenómeno biopsicosocial, que causa serios problemas, origina la pérdida de salud tanto física como psicológica del individuo, ocasiona deterioro en sus relaciones familiares, en el rendimiento escolar y en el ámbito laboral, cuya condición nociva se ha diversificado ampliamente durante años, al punto de alcanzar grandes sectores de la población mundial y en la mayoría de las naciones representa actualmente un problema de salud pública.

El consumo de sustancias psicoactivas se ha monitoreado desde diversas fuentes (sistemas de información de drogas, encuestas poblacionales, encuestas en grupos específicos, etc.), ya que cada una proporciona información vital, complementaria y específica. Ninguna fuente por sí sola da una visión completa de la problemática (Muñiz, 2016, pág. 95).

De acuerdo con los resultados obtenidos en el presente estudio se puede inferir que si la población estudiantil no es orientada en materia de prevención a edades tempranas puede llegar al consumo experimental, de uso y quizá hasta de abuso, mayormente en una sociedad, dónde el alcohol y el tabaco son aceptados socialmente.

Otro estudio importante en cuanto a la presente investigación es el que se realizó en los Consejos Tutelares para Menores, debido a la similitud de edad, la población objetivo de éste representan

un claro ejemplo de los riesgos que pueden correr las niñas y niños al estar en un contexto de alto riesgo en relación con problemas sociales como lo es el consumo de sustancias psicoactivas en edades tempranas.

En 2016, se tuvo un registro de 2,124 menores, con una media de edad de 16.3 años, de los cuales el 92.7% fueron hombres. Se encontró que el 91.9% pertenece al grupo de 15 años y más y el 8.1% se encuentra entre los 10 y 14 años. Así mismo, el 77.9% tenía escolaridad de nivel básico y el 56.86% indicó tener actividad laboral estable o inestable. Se identificó al tabaco como principal droga de inicio 25% seguida por el alcohol y la marihuana, 24.2% y 19.9%, respectivamente (Muñiz, 2016, pág. 110).

Este dato muestra la importancia de reforzar las políticas públicas, a través de programas e investigaciones que puedan prevenir situaciones de riesgo como el inicio de consumo de sustancias psicoactivas en menores de edad. Ya que en ese mismo estudio de los consejos tutelares para menores afirma que el 28.1% de los menores cometió un delito bajo el efecto de alguna sustancia, los más frecuentes fueron robo y delitos contra la salud y las sustancias que consumieron con mayor frecuencia fueron el alcohol con 34.8%, seguida de la marihuana con 32.5% y los inhalables con 15.1%.

El servicio médico forense también reporta que, entre las causas frecuentes de decesos bajo la influencia del alcohol, el suicidio 77.38% tiene el porcentaje más alto, seguido del homicidio 68.8% y los accidentes 62.2% (Muñiz. 2016, pág. 145).

La importancia de presentar estos datos es debido a la problemática y justificar de alguna forma el llevar a cabo investigaciones como ésta, ENCODAT (2016-2017) afirma:

El alcohol es considerada una sustancia psicoactiva de inicio para el consumo de otras sustancias psicoactivas, situación que las Unidades de Especialidades Médicas en Centros de Atención Primaria en Adicciones en 2016 atendieron un total de 53 mil 588 personas, por dificultades relacionadas con sustancias psicoactivas, de las cuales 19 mil 880 37.1% lo hicieron debido al consumo de alcohol (sustancia de mayor impacto) y de estos, 62.5% fueron hombres y 37.7% mujeres. Ante esta situación se observa que uno de los referentes de la presente investigación, justo es la importancia de atender a la población objetivo de edades tempranas ante el posible inicio de consumo como lo es el alcohol y el tabaco (pág. 178).

Otro estudio que se consideró fue en los Centros de Integración Juvenil, A.C. (CIJ).

El último reporte disponible, corresponde al segundo semestre del año 2016, indica que un total de 2,423 usuarios que acudieron por primera vez a tratamiento en estos centros, el 20.1% (488 personas) correspondía a usuarios exclusivos de alcohol y poco más de la mitad fueron hombres 67.2%.

En cuanto a los problemas asociados al consumo de alcohol referidos por los pacientes, la mayoría indicó tener problemas familiares 67.2%, seguidos por quienes indicaron tener problemas psicológicos y de salud 38.5% y 32.2%, respectivamente, en tanto que un 27.7% mencionó tener problemas escolares. En general, quienes solicitaron ayuda en los Centros de Integración Juvenil, iniciaron el consumo de alcohol a los 16.2 años. Un 94.9% reportó haber consumido bebidas alcohólicas durante el último año, el 65.6% durante el último mes y 18.2% declaró consumo excesivo de alcohol diariamente (Muñiz, 2016, pág. 120).

Finalmente, el Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población (IMIFAP) ha desarrollado, instrumentado y dimensionado investigaciones en el campo de la educación para la

vida, la salud y la sexualidad en México. A partir de estas investigaciones, se han diseñado programas e intervenciones específicas para diversos grupos (docentes, padres y madres de familia, personal de salud, adolescentes, niñas y niños). 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 (Muñiz, 2016, pág.128).

De acuerdo con el Índice de Inseguridad Ciudadana y Violencia 2010 del ICESI (Instituto Ciudadano de Estudios sobre la Inseguridad Ciudadana) el 59% de la población mexiquense mayor de 18 años considera inseguro su Estado (promedio nacional: 49%). El índice de inseguridad ciudadana y violencia asciende en el Estado de México a 52.27%, que corresponde a un nivel alto en inseguridad y violencia ciudadana.

Este índice evalúa el nivel de incidencia delictiva, violencia y percepción de inseguridad ciudadana por entidad federativa. Las variables que lo componen son:

- Incidencia delictiva y victimización. Total, de hechos ilícitos, número de personas por cada 100 mil habitantes que fue víctima de un ilícito.
- Delitos violentos. Homicidio intencional, robos violentos, porcentaje de víctimas de delitos violentos, delitos a mano armada, entre otros.
- Crimen organizado. Ejecuciones, secuestros, extorsiones y robo de vehículos.

- Violencia imprudencial. Homicidios no intencionales por cada 100 mil habitantes, incluye también lesiones imprudenciales, muertes accidentales y accidentes de tráfico fatales.
- Percepción ciudadana. Porcentaje de la población de 18 años y más que consideran inseguro su municipio.

Específicamente en el Estado de México, sus características socio demográficas, como ser uno de los estados con mayor población, contar con zonas industriales con bajo tránsito peatonal, pocas zonas de urbanización crean condiciones de alta inseguridad, reportando mayor número de asaltos, accidentes vehiculares, riñas callejeras, homicidios, narcomenudeo, etc.

Estas características tienen relación directa con el consumo de sustancias en la población, ya que los aspectos sociales, ocupacionales, condiciones de vivienda y estructura familiar los jóvenes se exponen al consumo de sustancias como una falsa alternativa para evadir realidades.

Como problema social y de salud pública, el consumo de drogas está relacionado con las condiciones materiales y sociales de vida imperantes. En este orden de ideas, se llevó a cabo en el municipio una estratificación de las zonas que conforman el área de influencia del Centro de Integración Juvenil, A. C. con lo que se busca brindar un parámetro para la evaluación de condiciones de vida en los núcleos poblacionales asentados en el municipio.

Esta evaluación fue resultado de recorridos que se hicieron a las colonias de Tlalnepantla de Baz por parte de integrantes del equipo médico técnico y que permitieron elaborar el estudio, además de una actualización del Estudio Básico de Comunidad Objetivo (EBCO 2007) donde ya se había elaborado una estratificación socio urbana (Muñiz,2016, pág. 135).

Por lo anterior, resulta costo-efectivo llevar a cabo acciones de prevención, ya que se ahorraría en gastos el Estado de México situaciones como las anteriormente mencionadas. Desde el punto de vista institucional y comunitario, el lugar en donde se llevará a cabo la investigación se beneficiaría reduciendo el problema de la conducta de inicio, ya que es una demarcación de alto consumo en la actualidad, atribuible quizás a, que hay un alto índice de comercios que facilitan el consumo de alcohol y tabaco, tales como bares, antros, clubes entre otros.

Desde el punto de vista de la profesión de Trabajo Social se beneficiaría en el reconocimiento de esta como una profesión que cuenta con los elementos teóricos metodológicos para prevenir conductas de consumo de sustancias psicoactivas a través de talleres socioeducativos. Así Trabajo Social aportará en esos vacíos con su experiencia desde un posicionamiento del bien común.

Los resultados obtenidos en este trabajo de investigación permitirán reforzar las acciones en materia de prevención, para mejorar la convivencia de los niños, el entorno social, educativo y tener mejores respuestas ante estos problemas de salud pública.

Si hay un periodo de vida donde la promoción de la salud se torna importante es en la adolescencia temprana, ya que es la etapa donde se define la identidad y existen cambios físicos y emocionales muy importantes que no son manejados adecuadamente, por ello la necesidad de abordar a las niñas y niños desde un enfoque preventivo educativo, en el que se les considere los principales promotores de su desarrollo emocional y de la construcción de salud.

Los daños que producen el alcohol y el tabaco constituyen una razón muy poderosa para emprender acciones que reduzcan los mismos, desde una óptica preventiva y está por demás

justificada una intervención del profesionalista en Trabajo Social, para atender esta problemática social.

Panorama epidemiológico de tabaco y alcohol

La problemática del consumo de tabaco y alcohol conforme a los resultados de las diversas fuentes señaladas, comenzando por las Encuestas Nacionales de Adicciones (ENA) en hogares, donde la más reciente fue realizada en el 2011, se muestra como sigue:

En adolescentes de 12 a 17 años, la encuesta encontró una prevalencia de fumadores en el último año de 12.3%, correspondiente a 1.7 millones de personas, el 16.4% hombres y el 8.1% mujeres. Este porcentaje se constituyó en su mayoría por fumadores ocasionales (10.4%), aquellos que han fumado en el último año, pero que no fuman diario, y 2% de fumadores diarios. Con relación al 2002, en la población total el consumo en el último año en esta población pasó de 9.0% a 12.3%, solo en el caso de las mujeres el aumento fue estadísticamente significativo (de 3.7% a 8.1%). Algo muy similar sucede con el alcohol.

En la Ciudad de México, el consumo de tabaco y alcohol, en la medición 2009 fue de 44.3%, y disminuyó al 41% para el 2012. En ese mismo año, la prevalencia para los hombres fue de 42.1% y para las mujeres de 39.9%. Mientras tanto, en estudiantes de 5° y 6° grado de primaria de la Ciudad de Tijuana, encontró una prevalencia de consumo de tabaco y alcohol alguna vez de 4.7%. Por su parte, en la población masculina de secundaria en esta misma ciudad, el porcentaje de consumo de tabaco (12.1%) fue similar al encontrado en otras entidades. Las mujeres estudiantes de secundaria en Tijuana tuvieron un porcentaje de consumo de tabaco similar al de las estudiantes del mismo nivel educativo en Jalisco 9.8% y 8.8% respectivamente y menor

comparado con las estudiantes de la Ciudad de México 12.1% (ENCODAT, 2016-2017, pág. 128).

A su vez, el humo de tabaco contiene más de 7000 sustancias químicas, cientos de ellas son tóxicas y afectan de forma negativa a casi todos los sistemas del organismo humano. Los fumadores y los no fumadores que están expuestos al humo de segunda mano corren un mayor riesgo de contraer algunos de los muchos problemas graves de salud que el humo genera, incluidos el cáncer y las enfermedades pulmonares y cardiovasculares. Las proyecciones de muertes relacionadas con el tabaco serán alrededor de mil millones en el siglo XXI si los hábitos actuales de consumo de tabaco continúan.

El consumo de tabaco y alcohol es la causa prevenible más común de las muertes; Los registros de defunción deben registrar datos sobre el estado de consumo de tabaco para ayudar a evaluar y monitorear las tasas nacionales de mortalidad a causa del tabaco. El consumo de tabaco aumenta el riesgo de muerte por diferentes enfermedades; el cáncer, la enfermedad isquémica del corazón, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y los derrames cerebrales son los más comunes. El cáncer de pulmón es la principal causa de muerte por cáncer en todo el mundo, matando aproximadamente a 1.4 millones de personas a nivel mundial en el 2008. Al menos el 80% de las muertes por cáncer de pulmón son atribuibles al consumo de tabaco.

El alcohol representa un gran problema en cuanto el consumo a edades tempranas y de acuerdo a los hallazgos en esta investigación existen factores de riesgo dentro del hogar.

Respecto a las soluciones, mediante políticas efectivas los gobiernos y los ciudadanos pueden lograr éxitos en el plano de la salud a nivel mundial.

Planteamiento del problema

La delimitación del problema de la presente investigación tiene que ver con la intención de modificar e incrementar la percepción de riesgo de las alumnas y los alumnos de sexto grado de primaria, debido a la evidencia científica nos dicta que niñas, niños y adolescentes que tienen baja percepción de riesgo por consumir cualquier tipo de sustancia principalmente tabaco y alcohol por ser consideradas drogas de inicio, aumenta la posibilidad hasta 69 veces de decidir iniciar en ese consumo. De esta forma se presenta una propuesta de intervención por parte del profesionalista en Trabajo Social, en respuesta al incremento de consumo de estas sustancias en edades cada vez más tempranas, lo que implica que ha disminuido la edad de inicio, de acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes, 2014 de la Secretaría de Salud.

A su vez es importante considerar que la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó un nuevo informe de la situación general en el mundo en lo que se refiere al consumo de bebidas alcohólicas y su relación con la salud. La contribución de este informe al presente trabajo es sin duda que la prevención no es exclusiva de expertos, nadie sobra en la prevención ni está imposibilitado para intervenir en ella. En consecuencia, todos podemos participar activamente en estas acciones desde los propios ámbitos de desarrollo; ningún espacio de socialización debe quedar excluido, por tanto, debemos recuperar los lugares donde se construye comunidad y se afianza el tejido social en beneficio de nuestro bien más apreciado: la salud.

El problema es bastante visible y elocuente. ENCODAT (2016) de acuerdo con las estadísticas, en ella se reporta aumento de consumo en los últimos años, además que ha disminuido la edad en relación con el consumo y en cuanto a género, las mujeres han incrementado el consumo, tanto de tabaco como alcohol, casi a la par que los hombres. (pág. 33).

Consumo de alcohol y salud pública.

El alcohol es una sustancia psicoactiva capaz de generar una dependencia. Las bebidas alcohólicas han sido ampliamente utilizadas en diversas culturas desde hace mucho tiempo. El consumo excesivo de alcohol causa un número importante de enfermedades, y supone una carga social y económica para la sociedad.

Los factores ambientales son elementos clave a la hora de explicar tanto las diferencias como las distintas tendencias históricas en el consumo de alcohol, así como los diferentes perjuicios ocasionados por su uso. Entre esos factores condicionantes destacan el desarrollo económico y cultural, la accesibilidad de la población al alcohol y también la implicación y la eficacia de las políticas nacionales.

Los daños relacionados con el alcohol dependen del volumen consumido, del patrón de consumo y, en raras ocasiones, de la calidad del alcohol consumido. El efecto de daño del alcohol incluye más de 200 posibles enfermedades y lesiones, entre las que destacan el alcoholismo, la cirrosis hepática y el cáncer.

Entre las últimas relaciones sugeridas por las investigaciones figuran aquellas que sugieren una relación no causal, sino como elemento circunstancial entre el consumo de alcohol y algunas enfermedades infecciosas tales como la tuberculosis y el VIH / sida.

Tanto en el panorama mundial como en las distintas regiones y países se ha establecido una amplia variedad de estrategias y políticas para reducir el consumo nocivo del alcohol. Aquí algunas:

- “El uso noivo l l oh ol s pu r u ir si los p s s opt n m i s fi s p r proteger a su población.
- Un compromiso político sostenido, una coordinación eficaz.
- Los ministerios de salud tienen un papel crucial que desempeñar en la concertación con los demás ministerios y las partes interesadas que se necesitan para formular y aplicar eficazmente las políticas”.

Patrones de consumo de alcohol

En el año 2010 a nivel global, el consumo de alcohol puro per cápita en todo el mundo fue de 6,2 litros entre la población de más de 15 años. Esto implica una cantidad diaria de 13,5 gramos de alcohol puro al día.

Se estima que una cuarta parte de ese consumo el 24,8 % provenía de bebidas alcohólicas de fabricación casera o producida y vendida fuera de los controles gubernamentales. El 50,1% de todo el alcohol que se consume en el mundo y que sí se controla, se consume en forma de bebidas espirituosas.

El 61,7% de toda la población mundial de 15 o más años no ha probado el alcohol en el último año. También a nivel global, se observa que la abstinencia de beber alcohol es mayor entre las mujeres que entre los hombres. Del mismo modo, también se observa unas diferencias significativas en la prevalencia de consumo de alcohol por regiones. Aproximadamente, el 16,0 % de los bebedores de 15 años o más reúnen los criterios de un alto consumo de alcohol episódico.

En general, cuanto mayor es la riqueza económica de un país, más alcohol consume y menor es el número de la población abstemia. Como regla general, en los países con ingresos más altos se observan mayores consumos de alcohol per cápita y una prevalencia más alta de consumo episódico de alcohol entre los bebedores. Bajo este contexto, a continuación, se presenta el panorama de consumo de alcohol conforme los resultados de diversas fuentes y se hace la comparación de otros estudios con la presente investigación. Muñiz (2016) afirma:

Con relación a la Encuesta Nacional Contra las Adicciones 2011, se presenta un aumento en la población adolescente, en donde el consumo alguna vez pasó de 35.6% en 2002 a 42.9% en 2011, mientras que el consumo en el último año se incrementó de 25.7% a 30% para la prevalencia del último mes prácticamente se duplicó de 7.1% a 14.5% 17.3% en hombres y 11.7% en mujeres (pág. 73).

De acuerdo con el presente estudio y en relación con los datos presentados arriba, se observa un posible riesgo en cuanto al inicio de consumo del 10% del total de los participantes, situación que se recomienda debe atenderse a través de acciones preventivas como las de los talleres socioeducativos. Además, que la edad de inicio del consumo de alcohol es de 16.6 años en hombres, y en las mujeres se encontró alrededor de los 19 años en 2011. Ante este dato la importancia de trabajar en acciones preventivas a edades más cortas resulta fundamental para reducir consumos a edades cada vez más tempranas.

En lo que corresponde a Encuestas en estudiantes. La Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes 2014, obtuvo prevalencias de consumo en estudiantes de 5° y 6° de primaria, así como estudiantes de secundaria y bachillerato. En primaria, cerca del 17% (21.5% hombres y

21.1% mujeres) de la población estudiantil indicó haber probado alguna bebida alcohólica y 2.4% de los estudiantes presentó consumo excesivo (Muñiz, 2016, pág. 75).

En el año 2012, se registraron más de 3 millones de muertes, (el 5,9% de todas las muertes a nivel mundial) a causa del consumo de alcohol.

Existen diferencias significativas por sexo en la proporción de muertes debidas al alcohol. De ese 5,9% mencionado, el 7,6% perteneció a los hombres y el 4,0% a las mujeres.

Además de los fallecimientos, también en 2012, se estima que el 5,1% de todas las enfermedades y lesiones que supusieron una merma importante en la calidad de vida (cerca de 139 millones de casos), fueron atribuibles al consumo de alcohol.

Existen diferencias significativas por sexo en la proporción de muertes debidas al alcohol. De ese 5,9% mencionado, el 7,6% perteneció a los hombres y el 4,0% a las mujeres. Además de los fallecimientos, también en 2012, se estima que el 5,1% de todas las enfermedades y lesiones que supusieron una merma importante en la calidad de vida (cerca de 139 millones de casos), fueron atribuibles al consumo de alcohol (Muñiz, 2016, pág. 89)

Al indagar sobre la intención de consumir alcohol en los estudiantes, se observa como un porcentaje bajo de los estudiantes que aún no han consumido alcohol (13.9% de los hombres y 11.3% de las mujeres) indican que probablemente lo consumirán; sin embargo, en aquellos estudiantes que ya han consumido alcohol y que indican que, si lo consumiesen nuevamente, los porcentajes, casi se duplican (26.1% en los hombres y el 18.6% en las mujeres). ENCODAT (2016-2017) indican que: Algunos niños ya consumen drogas a los 12 o 13 años. La prevención es la mejor estrategia para evitar un inicio de temprana edad (pág. 119).

Pregunta de investigación

¿La intervención preventiva de Trabajo Social en el ámbito familiar y escolar contribuye a elevar la percepción de riesgo en niñas y niños de sexto grado de primaria para prevenir la conducta de inicio de consumo de tabaco y alcohol?

Objetivo general y objetivos específicos

Objetivo general.

Desarrollar e implementar una estrategia de intervención preventiva de Trabajo Social en el ámbito familiar y escolar que contribuya a elevar la percepción de riesgo de niñas y niños de sexto año de primaria para evitar el consumo de tabaco y alcohol.

Objetivos específicos.

1. Evaluar la percepción de riesgo de niñas y niños de sexto año de primaria al consumo de tabaco y alcohol desde la anticipación y la autoeficacia.
2. Construir desde Trabajo Social en las familias de niñas y niños de sexto año de primaria, una cultura de detección oportuna y prevención hacia el consumo de tabaco y alcohol.
3. Intervenir con las niñas y niños de sexto año de primaria, para que estos den cuenta de las complicaciones que ocasiona el uso y abuso del tabaco y alcohol.
4. Implementar talleres socioeducativos en las familias y en el ámbito escolar de niñas y niños de sexto año de primaria a fin de evitar que consuman tabaco y alcohol.

Supuesto Hipotético

A mayor percepción de riesgo en niñas y niños de sexto año de primaria obtenida a través de una estrategia de intervención preventiva de Trabajo Social, será menor la probabilidad de conducta de inicio de consumo de tabaco y alcohol.

Hipótesis nula

La intervención preventiva de Trabajo Social en el ámbito familiar y escolar no incrementa la percepción de riesgo de inicio de consumo de tabaco y alcohol, en niñas y niños de sexto año de primaria.

Hipótesis alterna

La intervención preventiva de Trabajo Social en el ámbito familiar y escolar incrementa la percepción de riesgo de inicio de consumo de tabaco y alcohol, en niñas y niños de sexto año de primaria.

Tipo de estudio, muestra y muestreo

Se desarrolló una investigación cuantitativa el tipo de estudio es correlacional, debido a que el estudio tiene como finalidad conocer la relación o grado de asociación que existe entre dos o más conceptos, categorías o variables en una muestra o contexto en particular. Tal es el caso de la intervención de Trabajo Social en el grupo experimental para lograr un incremento de la percepción de riesgo que tienen los niños de sexto grado de primaria para prevenir el inicio de consumo de tabaco y alcohol con un enfoque cuasi experimental y el nivel de estudio es descriptivo comparativo (Hernández S. Roberto, 2014, pág. 12).

Se utilizó un muestreo probabilístico, la población de estudio está conformado por 2 grupos de

niños de sexto grado de educación primaria en total son 58 alumnos, así como un grupo de padres de familia, en total son 28 padres de familia a quienes se les aplicó un taller acerca de los mitos y realidades de las drogas y se les aplicó una entrevista, cuyo objetivo fue conocer posibles situaciones de riesgo dentro del hogar derivado de la conducta de alguno de los integrantes de quienes viven ahí. Este taller sirvió para reforzar la intención de modificar e incrementar la percepción de riesgo de los alumnos ya que los padres identificaron los principales factores de riesgo y factores de protección para orientar a sus hijos.

Marco teórico

La teoría del aprendizaje social, el modelado y su utilidad en los programas preventivos de drogas, fue desarrollada por Albert Bandura (1997), integra los principios del condicionamiento clásico y condicionamiento operante para explicar el comportamiento humano (aprendizaje, mantenimiento y abandono de la conducta) y las corrientes psicológicas actuales donde prevalece el papel de la cognición (creencias, actitudes, pensamientos). En este caso, el consumo de sustancias se conceptualiza como una conducta intencional, funcional y socialmente aprendida a través de un proceso de modelado y reforzamiento, además de la interacción de otros factores personales y socio ambientales (pág. 167).

Estos principios delimitan la presente investigación, ya que de acuerdo a lo observado en el trabajo de campo realizado en la escuela primaria con las niñas y niños de sexto año, se identificó al consumo de sustancias psicoactivas como una conducta socialmente aprendida, por lo menos en cuanto al consumo de tabaco y alcohol, en esa fase de curiosidad por parte de las niñas y niños en sus hogares, así como la interacción con el medio ambiente, debido a la zona en que viven los menores de edad es considerada de alto riesgo, de acuerdo a datos proporcionados por autoridades del municipio de Tlalnepantla de Baz. Se identificó por medio de las respuestas obtenidas de las niñas y los niños en el instrumento que se utilizó para conocer su percepción denominado Cuestionario de Percepción de Riesgo, así como los diferentes talleres que se aplicaron. El procedimiento se llevó a cabo de manera presencial, aplicándoles un pre-test para conocer en un inicio su grado de percepción, ante esta problemática y un pos-test, después de la intervención de Trabajo Social donde se llevaron a cabo siete talleres socioeducativos, con temas relacionados a la autoestima, la prevención del inicio de consumo de sustancias psicoactivas y habilidades para la vida. Fue relevante la intervención de Trabajo Social, para la detección de

algunos casos que requieren atención más especializada en relación con el consumo de tabaco y alcohol. De tal forma que se sugiere trabajar con padres de familia a través de reuniones en la escuela primaria o algún punto de reunión e impartir los talleres socioeducativos con todos los temas que ayuden a evitar algún inicio en la conducta de consumo.

A través de estas influencias, las niñas y niños aprenden que el fumar, el beber o consumir sustancias psicoactivas es una práctica común entre los que le rodean, por lo tanto es algo socialmente aceptable y necesario si se pretende conseguir cierto reconocimiento entre sus iguales, así de forma paralela su susceptibilidad ante las influencias sociales.

Posteriormente, Bandura (1986) re denominó esta teoría como teoría cognitivo social e introdujo el termino de autoeficacia como elemento cognitivo esencial, sin dejar de considerar las otras variables como la anticipación, la autorregulación, la capacidad reflexiva y la capacidad vicaria. Este término se centra en los pensamientos que los individuos tienen acerca de su capacidad para actuar. La autoeficacia se ve influenciada por cuatro tipos de experiencia: directa, vicaria, persuasión verbal, estados afectivos y psicológicos. Así establece su modelo de determinismo reciproco entre la conducta, los factores cognitivos, factores personales y las influencias ambientales en las que algunos de los factores interactúan sobre otros de modo reciproco (pág. 136).

Desde este modelo, la influencia de estos tres factores varía dependiendo de las distintas actividades, individuos, circunstancias y se rechaza la existencia en la persona de factores fijos, tales como la personalidad predisponente o factores psíquicos. Existen cuatro procesos mediante los cuales el individuo adquiere su propia concepción de sí mismo y sobre la naturaleza de sus pensamientos: a) experiencia directa de los efectos producidos por sus acciones, b) la experiencia

vicaria de los efectos producidos por la conducta de otras personas, c) los juicios manifestados por otros y d) las deducciones a partir de conocimientos previos y utilizando reglas de inferencia.

Un aspecto importante de esta teoría de la autoeficacia es que además de analizar los mediadores del cambio proporciona pautas para maximizar la efectividad de los tratamientos y del cambio de conducta. Partiendo de que la autoeficacia influye en la motivación y en la ejecución, podemos pensar que también va a permitir predecir el comportamiento. Otro aspecto importante es que la teoría explica la influencia de los medios de comunicación, que se constituye como una poderosa influencia para aprender conductas de todo tipo entre las que se encuentran el consumo de drogas, formar actitudes y modular creencias (Becoña, 1999, pág. 124).

Dichos planteamientos de esta teoría permiten utilizar además de la técnica de modelado otras que hoy se enmarcan en las denominadas técnicas cognitivo-conductuales. Por todo lo mencionado, esta teoría se plantea de gran utilidad para la realización de programas, tanto de tratamiento como de prevención del consumo de drogas. De hecho, como se ha visto en la mayoría de los casos, muchos de los programas preventivos parten de la misma o utilizan parte de los componentes expuestos en esta teoría.

A continuación, se presentan algunos componentes de esta teoría que sirvieron como guías en la presentación de los talleres socioeducativos aplicados a las niñas y niños (población objetivo) con quienes se realizó el trabajo de campo.

Capacidad vicaria: Virtualmente todos los fenómenos de aprendizaje, resultantes de la experiencia directa pueden ocurrir vicariamente, es decir mediante la observación de la conducta de otras personas y sus consecuencias. La capacidad para aprender por observación capacita a la gente para adquirir reglas para generar y regular patrones conductuales sin tener que aprenderlos por ensayo y error. La abreviación del proceso de adquisición a través del aprendizaje

observacional es vital tanto para el desarrollo como para la supervivencia (Bandura, 1990, pág. 123).

Esta capacidad de aprender mediante la observación, el modelado de personas que puedan aportar conductas positivas y favorables en la vida de una persona se implementó en los talleres con las niñas y niños, comentándoles la importancia que tiene el aprender y seguir como ejemplo en los hogares modelos positivos en sus familiares directos e indirectos, así como vecinos maestros y otras personas con quien convivan regularmente. Otro componente de esta teoría es la autorregulación que tiene que ver con la forma en que internamente las personas regulan su conducta.

Gran parte de la conducta humana está motivada y regulada por criterios internos y reacciones auto evaluativas a sus propias acciones. Después de que se han adoptado criterios personales, las discrepancias entre una ejecución y el criterio contra el que se miden activan reacciones auto evaluatorias que influyen la conducta subsecuente (Bandura, 1990, pág. 197).

Un componente más de la teoría del aprendizaje social que permite anticiparse a las acciones y de igual manera se trabajó con las niñas y niños en ese sentido de anticiparse a las situaciones de riesgo en este caso ante el posible consumo de tabaco y alcohol.

Anticipación: La gente no reacciona simplemente a su medio inmediato. La mayor parte de su conducta que es propositiva es regulada por la anticipación. La gente anticipa las posibles consecuencias de sus actos, se propone metas y planea hacia el futuro. La capacidad para la acción intencional y propositiva se ancla en la actividad simbólica.

Los eventos futuros no pueden servir como determinantes de la conducta, pero su representación cognitiva tiene un fuerte impacto causal en la acción presente. Al anticipar resultados simbólicos

la gente puede convertir las consecuencias futuras en motivadores actuales y reguladores de la conducta futura. El pensamiento anticipatorio es traducido en acción a través de la ayuda de los mecanismos autos reguladores. (Bandura, 1990, pág. 160).

En este orden de ideas es la capacidad auto reflexiva, la que permite a las personas reflexionar sobre sus experiencias al respecto cabe señalar que durante el trabajo en campo se realizaban reflexiones acerca de cada uno de los temas vistos en los talleres y se revisaba como las alumnas y alumnos pueden aplicar esta capacidad auto reflexiva en sus vidas cotidianas como factor de protección.

La capacidad para la autorreflexión capacita a la gente para revisar sus experiencias y para pensar acerca de sus propios procesos de pensamiento. Reflexionando sobre sus experiencias y acerca de lo que saben pueden derivar en un conocimiento genérico de ellos mismos o del mundo. La gente no sólo gana entendimiento a través de la reflexión también evalúan y alteran su propio pensamiento (Bandura, 1990, pág. 210).

Finalmente, en esta revisión conceptual se propone a la teoría de la autoeficacia, que se basa en la percepción que el individuo tiene acerca de su propia capacidad para actuar, en este sentido el objetivo general del presente trabajo, se menciona elevar la percepción de riesgo de las alumnas y los alumnos de sexto grado para evitar situaciones de riesgo como lo es el inicio de un posible consumo de tabaco o alcohol.

Teoría de la autoeficacia.

La teoría de la autoeficacia de Bandura (1986–1989), se basa en la percepción que el individuo tiene acerca de su propia capacidad para actuar, proponiendo como principio básico que el juicio de eficacia es determinante próximo de los procesos psicológicos que son fundamentales para la

adaptación y el logro humano; menciona que la autoeficacia se constituye a partir de experiencias con el ambiente, con lo que se observa y escucha de los otros, y con el estado afectivo y psicológico que tiene el individuo sobre su propia eficacia. Una alta percepción de autoeficacia promueve el cumplimiento de los objetivos planteados y disminuye las probabilidades del consumo (pág. 218).

Continuando con el marco teórico y conceptual, se hace referencia al enfoque de habilidades para la vida y sus fundamentos teóricos, habilidades que cualquier persona posee y puede poner en práctica para tener un estilo de vida más saludable, en cualquier área de su vida, no sólo en materia de prevención del consumo de sustancias psicoactivas sino en otros aspectos. Dicho enfoque se utilizó como tema en algunos talleres socioeducativos que se impartieron a la población objetivo de la presente investigación, dando como resultado el interés general de los participantes y notando cómo es posible desarrollar estas habilidades en diferentes momentos de sus vidas y como es que las tienen presentes y en ocasiones no se dan cuenta que las poseen.

Enfoque de habilidades para la vida.

Las habilidades para la vida incluyen destrezas que permiten que los adolescentes ejerciten sus capacidades para lograr un desarrollo saludable y poder enfrentar los retos de la vida diaria.

El desarrollo de las habilidades para la vida puede retrasar el inicio del consumo, manejo de las emociones, mejorar el desempeño académico y promover una convivencia armónica. Estas habilidades deben ser percibidas como modelos a seguir por los adolescentes, maestros, padres de familia y líderes.

Fundamentos teóricos del enfoque de habilidades para la vida.

Como se ha mencionado, el consumo de sustancias es un problema social de múltiples causas. Diversas situaciones estresantes impulsan a los individuos a dicha conducta; por lo que exige distintas respuestas. El enfoque de habilidades para la vida es una respuesta viable para su prevención.

El fundamento del enfoque de las habilidades para la vida lo constituyen las teorías acerca de la manera en que las personas, específicamente los niños y los adolescentes, crecen, aprenden y se comportan.

Tal como lo menciona la Guía para el promotor “Nuestro Visión” En la Prevención de las adicciones y promoción de conductas saludables. En las diferentes teorías como la teoría del desarrollo del niño y del adolescente, que a continuación se describe brevemente:

Teoría del desarrollo del niño y del adolescente.

De acuerdo con Mangrulkar (2001) nos dice:

Se presentan varios cambios críticos que se dan desde la niñez media (7-10 años) hasta la adolescencia (15-17 años), como las transformaciones biológicas de la pubertad (desarrollo de las características sexuales primarias y secundarias y la fertilidad), los cambios psicológicos (búsqueda de identidad) que acompañan el despertar de la sexualidad, las relaciones cambiantes con los amigos y con la familia la habilidad creciente de los jóvenes para pensar en forma abstracta, considerar diferentes dimensiones de los problemas y reflexionar sobre sí mismos y los demás (pág. 156).

El contexto social más amplio de la adolescencia provee situaciones variadas en las cuales se pueden practicar habilidades nuevas con compañeros y otros individuos fuera de la familia.

Se reconoce que el desarrollo de habilidades y aptitudes es crítico en el crecimiento de un niño, para alcanzar un sentido de sí mismo como un individuo autónomo.

Descripción de las habilidades para la vida.

- **Habilidades de comunicación:** Los individuos somos primordialmente seres “sociales” que pasan la mayor parte de su vida conviviendo con otros, por lo que es importante que aprendan a relacionarse. Ciertas habilidades de comunicación ayudan a mejorar las relaciones interpersonales.
- **Habilidades de asertividad para reusarse al consumo de drogas:** La presión que ejercen los compañeros es uno de los factores que más se asocian al inicio de dicho consumo, así como a las situaciones de abuso. La asertividad es un comportamiento verbal (lo que se dice) y no verbal (cómo se dice), que defiende los derechos personales al mismo tiempo que se respetan los derechos de los demás. **Habilidades de cooperación y trabajo en equipo:** El trabajo en equipo implica un grupo de personas que colaboran de manera coordinada en la ejecución de un proyecto con el fin de alcanzar un objetivo en común (Mangrulkar, 2001, pág. 178).

Habilidades cognitivas.

- **Habilidades de solución de problemas:** A diario los individuos se enfrentan a problemas que requieren ser resueltos; algunos conflictos son triviales y otros son más complicados. De igual modo, las consecuencias de algunas decisiones equivocadas son mínimas, mientras que las repercusiones de otras pueden ser muy graves y perdurar durante mucho tiempo.

- **Habilidades de pensamiento creativo:** La creatividad es el proceso de originar o inventar una idea, concepto, noción o esquemas nuevos o no convencionales a partir de presentar un problema con claridad a la mente (ya sea imaginándolo, visualizándolo, suponiéndolo, reflexionando, contemplando, etc.) Creatividad es la capacidad de ver nuevas posibilidades y hacer algo al respecto. Cuando una persona va más allá del análisis de un problema e intenta poner en práctica una solución, se produce un cambio.
- **Habilidades de pensamiento crítico:** El pensamiento crítico es la forma de cómo se procesa la información; permite que se aprenda, comprenda, practique y aplique. Tiene lugar dentro de la secuencia de etapas, comenzando por la mera percepción de un objeto o estímulo, para luego distinguir si existe un problema, cuándo se presenta y cuál sería su posible solución, hasta llegar a la última fase, que consiste en la reflexión y valoración del propio desempeño en este proceso. El pensamiento crítico es una forma de pensar de manera responsable, relacionada con la capacidad de emitir un juicio.

Habilidades para el control de emociones.

- **Habilidades para el manejo del estrés:** El estrés es una activación física o psicológica del organismo ante las demandas del ambiente; se manifiesta en tres fases: activación general o fase de reacción de alarma, fase de resistencia y fase de agotamiento. Esta respuesta del organismo es necesaria y adaptativa, y no necesariamente negativa o desagradable, ya que prepara para responder de una forma eficaz ante las demandas o para la defensa de un ataque.
- **Control del estrés:** Cognitivo es un proceso que sirve para modificar un estado de estrés mediante la discusión cognitiva. Durante esta, el pensamiento negativo distorsionado se reemplaza por otro más real, objetivo y práctico. Fisiológico es importante controlar las

respuestas fisiológicas mediante la relajación y el control motor del estrés; se debe controlar el abuso de estimulantes, pintar, escuchar música, olvidarse un momento de los problemas.

- **Habilidades de autoestima:** Todos los individuos tienen momentos desagradables en los que se cuestiona el autoestima “por los suyos” mientras que en otras ocasiones se sienten capaces de todo. La autoestima está muy relacionada con el “auto concepto” por lo que algo que los diferencia: El auto concepto o imagen que uno forma de sí mismo es el conjunto de percepciones, actitudes y sentimientos que se tienen sobre uno mismo; se desarrolla en relación con los otros y el ambiente que le rodea. La autoestima es la valoración que se hace de las propias capacidades y logros (Mangrulkar, 2001, pág. 183).

Capítulo I. Consumo de sustancias psicoactivas tabaco y alcohol en menores de edad

1.1 Modelos Teóricos

Uno de los principales componentes en una investigación social, sin duda alguna son las cuestiones teóricas, para a partir de ahí generar avances en el conocimiento, que sirvan en el estudio de procesos comportamentales.

Teoría del Aprendizaje Social.

Esta teoría psicológica está basada en los principios del aprendizaje, la persona y su cognición junto a los aspectos del ambiente en que lleva a cabo la conducta. La teoría del aprendizaje social fue propuesta por Bandura (1977-1986), haciendo la gran aportación de incluir el aprendizaje social, vicario o de modelos, junto a la técnica del modelado, como elemento práctico que permite explicar y cambiar cierto tipo de conductas (pág. 130).

Más recientemente, el propio Bandura ha re denominado a la teoría del aprendizaje social bajo el nombre de teoría cognitiva social Bandura (1986, 1995, 1997), donde en este último caso, un elemento central es el concepto de autoeficacia, como elemento cognitivo central para poder explicar la conducta, aunque sin dejar de considerar al tiempo las otras variables ya indicadas (pág. 149)

Bandura, a diferencia de las explicaciones de la conducta humana basadas en el condicionamiento clásico y operante, propone la existencia de tres sistemas implicados en la regulación de la conducta Bandura (1977):

- 1) El primero estaría constituido por los acontecimientos o estímulos externos, que afectarían a la conducta principalmente a través de los procesos de condicionamiento clásico.

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

3) El tercero lo constituirían los procesos cognitivos mediacionales, que regularían la influencia del medio, determinando los estímulos a los que se prestará atención, la percepción de estos y la propia influencia que éstos ejercerán sobre la conducta futura.

Ante este postulado, la manera en que se relaciona al trabajo aquí propuesto, tiene que ver con que existen acontecimientos o estímulos externos que afectan la conducta de los niños y niñas (sujetos de estudio de la presente investigación) concretamente hacemos referencia a la peligrosidad que representa la zona de influencia donde se desarrolla su vida cotidiana, y es que están expuestos tanto por la presión de pares como el mismo ejemplo que puedan recibir en casa, en el sentido del consumo de alcohol cada fin de semana principalmente por los padres.

Para que pueda producirse el aprendizaje por observación es necesario que se produzca la adquisición de esa conducta. Esto se produce si la persona presta atención y tiene capacidad de retener dicha información. Finalmente, se produce la ejecución si la persona realiza realmente dicha conducta en el proceso denominado de reproducción motora. El elemento básico que facilita la adquisición y la ejecución de la conducta son las consecuencias que recibe el modelo al llevar a cabo la conducta. Si éstas son positivas para él (reforzamiento) se incrementa la probabilidad de ejecutar la conducta por parte del observador; si son negativas disminuye la probabilidad de ejecutar la conducta por parte del observador. Una vez adquirida la conducta de modo observacional, la propia realización de la conducta y las consecuencias que le siguen, sean positivas o negativas, informan al observador si ésta es o no adecuada, sirviéndole para ejecuciones posteriores de la misma.

Modelo de percepción de riesgo.

En el ámbito de las conductas adictivas, ha sido una constante considerar la percepción de riesgo como un factor de riesgo en la iniciación y el mantenimiento del consumo de drogas. Se suele asumir a priori, que la adolescencia y la juventud son periodos de vida en los cuales, donde se percibe el riesgo de una forma diferente, entendiéndose que tienen una baja percepción del peligro conlleva someterse a determinados comportamientos en comparación con una persona adulta que los percibiría con un alto riesgo hacia su salud.

Cualquier conducta que pueda entrañar consecuencias arriesgadas, como los llamados deportes de riesgo, o algunos consumos (tabaco, alcohol u otras sustancias) estarían incluidos en este espectro. Desde este punto de vista, podríamos analizar una gran cantidad de comportamientos de cualquier estilo de vida, que serían susceptibles de algún nivel de riesgo a la salud en función de la intensidad y la frecuencia, independientemente de la percepción que tengamos de los mismos.

Una de las tendencias más generalizadas en el comportamiento normal de consumo es el de reducir el nivel del riesgo. Está ampliamente demostrado Cortés, Espejo, Giménez, Luque, Gómez y Motos (2011); que ante el consumo de sustancias se mantiene una alta sensación de control, que hace que disminuya aún más la percepción del riesgo. En sentido estricto el riesgo se configura a partir de la información y de las experiencias que una persona va acumulando. De ahí que la percepción de riesgo vaya aumentando significativamente con la edad (pág.167).

Percepción del riesgo y tolerancia social en los estudiantes de primaria.

La percepción del riesgo es la habilidad de detectar, identificar y reaccionar ante una situación de riesgo. Principio de selección construido socialmente, que atribuye no peligro a determinados factores y sucesos. Situado en la intersección entre lo social y lo individual, este proceso abarca a las sociedades, comunidades, familias, e individuos incluidos en ella. La protección legal, institucional, laboral, familiar y personal estará directamente ligada a la atribución o no de peligro a las distintas situaciones.

Entonces, en la percepción de riesgo y la tolerancia social ante el consumo del alcohol, se observan diferencias entre los estudiantes que han consumido alcohol y los que no. El 85.8% consideran que es peligroso consumir frecuentemente alcohol en comparación con el 95.6% de los no usuarios (Muñiz, 2016, pág. 123).

De la misma forma que el alcohol, los daños del consumo de tabaco, representan una problemática que motiva la atención para justificar la intervención del Trabajador Social en dicho problema. El consumo de tabaco no solo daña a la persona quien lo consume, sino al ambiente.

Por mencionar algunas consecuencias a la salud; los niños nacidos de mujeres que fuman durante el periodo de gestación corren un mayor riesgo de sufrir trastornos congénitos, cáncer, enfermedades respiratorias y muerte súbita.

Debemos decir que el concepto percepción de riesgo no solamente se relaciona con el consumo de sustancias, sino con diversas conductas de riesgo, ya sea con relación a actividades sexuales, violencia, etc. La percepción de riesgo hace al sujeto tomar una decisión, para conducirse de una

manera determinada, a partir de la ponderación de diversos aspectos intrapersonales y ambientales a favor o en contra de esta. La percepción de riesgo se establece desde las decisiones razonadas del individuo para involucrarse o no en el consumo, en las creencias, expectativas y valor afectivo atribuido a las mismas, la percepción de expectativas de personas significativas y la autoeficacia, es decir el control que tiene sobre las sustancias (la cantidad y las veces que puede consumirla, en dónde comprarla, etc.)

Una de las definiciones más importantes en el campo de la prevención es el factor de riesgo, no sólo por lo que significa sino por la operatividad que tiene a la hora de delimitar aquellos elementos, circunstancias o hechos que poseen una alta probabilidad de asociación con el consumo de drogas.

Hasta ahora la investigación no ha identificado aún todas las causas de las adicciones, pero sabemos que la etiología es compleja y multifactorial. No se ha podido precisar qué factores o qué combinación de éstos es más riesgosa, cuáles son más susceptibles de modificación y qué factores representan específicamente un riesgo para el consumo de drogas antes que ser facilitadores de problemas de conducta en general.

Durante mucho tiempo se ha tratado de entender por qué algunos adolescentes sí experimentan con drogas y otros no. La idea es anticiparse al consumo experimental, conociendo con qué probabilidad se va a desencadenar y en qué condiciones, tanto individuales como ambientales. Los llamados factores de riesgo son de gran utilidad para plantear alternativas de prevención, sin embargo, el número de factores de riesgo determinados es tan amplio que dificulta el establecimiento de una predicción más real de la posibilidad de consumo. Existen diversas teorías que tratan de explicar el uso experimental enfatizando su atención en las causas

proximales del consumo, otras se centran en cómo la creencia acerca de las consecuencias del uso experimental contribuye al uso de drogas por parte de los adolescentes. De manera más específica algunas teorías se centran en explicar cómo la percepción del costo-beneficio del consumo contribuye a la decisión de los adolescentes para experimentar con sustancias psicoactivas.

La mayoría de las investigaciones que se han centrado en este campo, es decir, en el estudio de los distintos factores que pueden predecir el consumo, dan relevancia especial a los factores cognitivos, y, especialmente, a las actitudes. Aunque algunas teorías fueron desarrolladas como modelos para explicar la conducta en general, pueden ser aplicadas exitosamente para el entendimiento de las causas de la experimentación de drogas, entre ellas destacan la teoría de la acción razonada TRA; Ajzen y Fishbein, 1980) y la teoría de la conducta planeada (TPB; Ajzen, 1985, 1988). La percepción del riesgo es la habilidad de detectar, identificar y reaccionar ante una situación de riesgo.

Modelo cognitivo conductual.

Es una forma de entender cómo piensa uno acerca de sí mismo, de otras personas y del mundo que le rodea, y cómo lo que uno hace afecta a sus pensamientos y sentimientos.

La teoría cognitivo conductual le puede ayudar a cambiar la forma cómo piensa "cognitivo" y cómo actúa "conductual" y estos cambios le pueden ayudar a sentirse mejor. A diferencia de algunas de las otras "terapias habladas", la teoría cognitivo conductual se centra en problemas y dificultades del "aquí y ahora". En lugar de centrarse en las causas de su angustia o síntomas en el pasado, busca maneras de mejorar su estado anímico ahora.

Este Modelo Cognitivo conductual se utilizó en la presente investigación debido a la característica de centrarse en problemas y dificultades del aquí y ahora; es decir la problemática detectada en la zona geográfica en la que se encuentra el plantel educativo elegido para la presente investigación, es un lugar dónde existe un riesgo latente para la comunidad y los individuos que la conforman en problemas como el consumo de sustancias psicoactivas, alto índice de violencia entre otras problemáticas.

Con una metodología, apoyada en la teoría cognitivo conductual y la teoría del aprendizaje social de Albert Bandura (1997) capaz de atender no solo la necesidad de la comunidad escolar, sino propiciar elementos para incrementar esa percepción de riesgo de los alumnos que prevengan un contacto de sustancias como lo es el tabaco y alcohol, consideradas drogas de inicio en los adolescentes (pág. 69).

En el contexto del consumo de las sustancias psicoactivas, la teoría cognitivo-conductual también ha tenido resultados positivos. Pozo (2006) afirma:

Al igual que la terapia cognitivo conductual, sus orígenes se encuentran en la teoría conductual (condicionamiento clásico y operante), la teoría del aprendizaje social (el aprendizaje observacional, la influencia del modelamiento y el papel de las expectativas cognitivas en la determinación de la conducta) y la teoría cognitiva (que se centra en los pensamientos, esquemas cognitivos, creencias, actitudes y atribuciones que influyen los sentimientos de la persona y median la relación entre el ambiente y la conducta). Estas tres aproximaciones teóricas, en el campo del tratamiento y prevención de sustancias, se ha constituido en un modelo de tratamiento cognitivo conductual (pág. 142).

Para dicha teoría, las personas son agentes activos en el proceso de aprendizaje; por tanto, si una persona usa, experimenta o abusa de sustancias psicoactivas, puede aprender mediante mecanismos de auto regulación, simbolización, anticipación de consecuencias, aprendizaje vicario, capacidad auto reflexiva, a modificar su consumo y hacer un uso no problemático de esta sustancia o dejarla de consumir (Bandura, 1986, pág. 139).

También las creencias, las expectativas, las habilidades de afrontamiento y enfrentamiento y la percepción de autoeficacia juegan un papel clave en la regulación de las conductas relacionadas con el uso de alcohol o drogas. (Méndez, 2003, pág. 145)

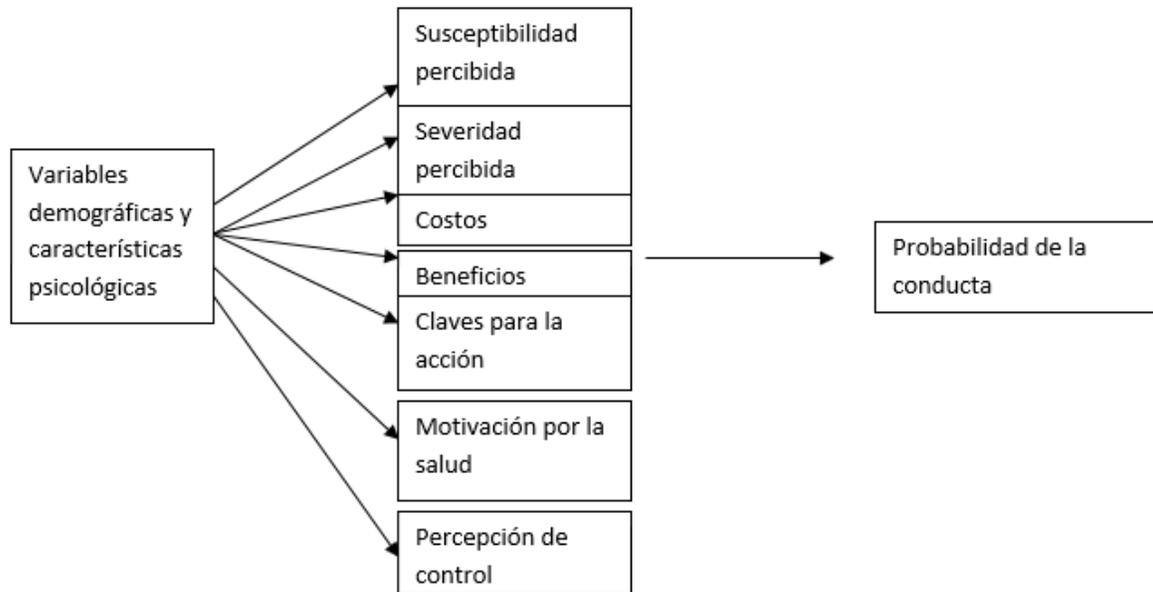
El modelo conductivo conductual une conocimientos de la teoría del aprendizaje con el procesamiento de la información y trata de explicar cómo se aprenden determinadas conductas durante la infancia y la adolescencia.

Y para fines de la presente investigación, este modelo es útil para explicar con temas afines a la prevención de consumo de sustancias psicoactivas como el tabaco y el alcohol a los niños(as) de sexto año a fortalecer su percepción del riesgo ante un posible consumo. Y más aún, brindarles habilidades sociales de comunicación, para rehusarse al consumo, cooperación y trabajo en equipo, habilidades cognitivas como pensamiento creativo, pensamiento crítico y solución de problemas y habilidades para el control de emociones, como el manejo de estrés y autoestima, que puedan permitirles tomar decisiones adaptativas en su vida. Entre los modelos cognitivos y cognitivos sociales en la prevención y promoción de la salud, se encuentra el modelo de creencias en salud (MCS) es uno de los primeros modelos producto de la investigación en psicología de la salud, (Oblitas, 2008; Vasallo, 2009).

Los elementos básicos para la constitución del modelo de creencias en salud son: a) el valor a la atribución para la consecución de una meta y b) el estimado sobre la probabilidad de conseguir a través de una conducta dicha meta; a partir de estos supuestos el sujeto empieza a construir un sistema de afirmaciones explicativas sobre el mundo y sobre las conductas saludables o poco saludables (comer, fumar, beber, etc.); el factor determinante para que la conducta saludable se produzca, dependerá de la vulnerabilidad percibida y la severidad de los riesgos percibidos, tanto a nivel individual como a nivel social (trabajo, familia).

En los últimos años, el interés por este modelo de creencias en salud se ha enfocado en la modificación y reestructuración de sus factores en los que se ha incluido la autoeficacia como factor determinante en el índice de probabilidad Moreno (2003); Vasallo (2008); Bylund y Blugar (2010).

Este modelo se ajusta a lo que se desarrolla en la presente investigación, que va desde motivar a los participantes en cuanto a las creencias de su salud, apoyados en la autoeficacia como eje rector que atraviesa el pensamiento, hasta persuadir la conducta de riesgo en las personas.



Modelo de creencias en salud: Variables demográficas y características psicológicas que son entendidas por factores como: severidad percibida, costos, beneficios claves para la acción, motivación por la salud y percepción de control, que después de una valoración estadística generan un índice de probabilidad para el accionar conductual. Dentro de los factores o variables anexas que también evalúa el modelo de creencias, están los conceptos claves para la acción; que son las evocaciones motivantes para realizar una conducta, de acuerdo con relación que el sujeto enlace con una creencia precedente y que le indique una probabilidad de mayor beneficio al ejercer una conducta específica (Morales & Róales, 2003).

A continuación, se dará paso al tema de los antecedentes de las sustancias psicoactivas y algunos conceptos básicos que servirán para comprender mejor como es que las personas llegan a desarrollar lo que se conoce como el proceso adictivo, pasando por la curiosidad, el uso, abuso y llegar a la adicción o dependencia de sustancias psicoactivas. Iniciando regularmente por el consumo de tabaco y alcohol, como drogas de inicio, sobre todo en nuestra sociedad, dónde es aceptado socialmente el consumo de estas sustancias e incluso en el hogar, se estila el consumo

de alcohol y con mayor frecuencia en fin de semana, se da la anticipación de una relación sistemática entre eventos como celebrar un cumpleaños en una situación futura, es decir, si ciertos eventos son registrados, en consecuencia ciertos eventos son esperados y se relaciona con el consumo de alcohol.

1.2 Antecedentes de las sustancias psicoactivas, conceptos básicos y proceso adictivo

Con el propósito de brindar un panorama acerca del consumo de sustancias psicoactivas en menores de edad, se revisarán algunos antecedentes a fin de comprender esta problemática como problema social que al paso del tiempo se ha ido convirtiendo en algo más que una situación aislada.

El consumo de sustancias psicoactivas presenta características similares en diversas culturas, desde las más antiguas civilizaciones donde el humano dejó registro hasta la actualidad. No es inusual que se hayan encontrado reportes del uso de algún tipo de sustancia psicoactiva en diversas regiones en el mundo con fines nutricionales, festivos, curativos-medicinales o religiosos. Registros arqueológicos indican la presencia de plantas psicotrópicas, y el uso de estas drogas en las antiguas civilizaciones, incluso ya con los homínidos hace unos 100 millones de años. De acuerdo con este estudio, el consumo de sustancias psicoactivas data desde hace mucho tiempo, además de que presenta características muy similares en diversas culturas, esto es importante señalar, ya que en la actualidad se observa que a pesar de que el problema del consumo de sustancias psicoactivas varía de un país a otro. Las drogas existen desde el inicio de los tiempos, son sustancias inertes, medicinales o venenos, su uso depende de la persona que las utiliza, las características propias de la sustancia y lugares del cerebro en donde actúa (Ramírez, 2015, pág. 145).

Antes de hablar de drogas y su consumo es conveniente definir el término adicción; cuando escuchamos esta palabra la asociamos a las drogas, pero no solamente se relaciona a estas, también se habla de adicción al sexo, a la comida, al juego (ludopatía) y recientemente a las nuevas tecnologías como video juegos, internet y diferentes redes sociales.

Generalmente encontramos en los diccionarios definiciones como: “Hábito que crea en el organismo el consumo habitual de drogas o alcohol” sin embargo otras definiciones no necesariamente involucran el uso de drogas y solo nos hablan de una habituación y tolerancia, visto así se podría hablar de adicción a la televisión, a la pareja etc., por tanto diríamos que adicción es cualquier conducta causante de habituación o tolerancia, lo que caracteriza al consumo de drogas, su uso si no se controla se vuelve un hábito.

Una definición más general Castillo (2012) afirma “Adicción, se utiliza frecuentemente para traducir la palabra inglesa adicción, aunque este término designa una relación alienante, no necesariamente en un drog” (pág 136)

Según esta conceptualización hay otros tipos de adicciones que no implican una relación con sustancias tóxicas, como por ejemplo las relaciones de pareja, la televisión, el trabajo, el sexo, los videojuegos, el ejercicio, etc. en todos estos tipos de adicciones hay una relación de dependencia. Además, el término adicción proviene de una palabra latina que significa esclavitud por deudas, obligado por el cuerpo y designa metafóricamente la toxicomanía, en una concepción psicológica que convierte la dependencia física en el equivalente de una pena auto infligida (A.C., 2012, pág. 191).

En la adicción se da una esclavitud, la necesidad de la mente y el cuerpo provoca esa pena auto infligida. Podemos decir, el término adicción implica una habituación y dependencia hacia algo,

llevando a una pérdida de libertad, que puede incapacitar a la persona para llevar una vida normal. Para efectos de este trabajo, se debe señalar que la adicción es una condición psíquica y física en la que un ser vivo consume repetidamente una sustancia con el fin de experimentar sus efectos o bien cuando ya se es consumidor o dependiente, para evitar el sufrimiento físico y psíquico que le provoca el no consumirla; por tanto, su uso se vuelve compulsivo, necesario e inevitable (Larousse, 1997, pág. 7).

Esta necesidad lleva a una habituación y dependencia, significando así esclavitud a la sustancia, la cual se torna indispensable. A esta adicción a las drogas también se le puede llamar con términos como: dependencia, drogadicción, drogodependencia, farmacodependencia y toxicomanía. Las adicciones ocurren cuando una sustancia reacciona en el organismo de un ser vivo provocando cambios fisiológicos que modifican el estado de ánimo, conducta y funciones mentales. Es preciso conocer algunos conceptos del tema de consumo de sustancias psicoactivas para tener una mayor panorámica de cómo atender esta situación, a continuación, se mencionan los más relevantes.

- Sustancias psicoactivas: Según la Organización Mundial de la Salud (OMS). Son sustancias que al ser tomadas pueden modificar la conciencia, el estado de ánimo o los procesos de pensamiento de un individuo.
- Droga: Puede definirse como cualquier sustancia capaz de producir dependencia en la persona. Otro concepto es el uso que se refiere a la utilización de una determinada droga que va a motivar conductas concretas, problemáticas o no, dependiendo de la sustancia consumida, las características físicas, psicológicas de la persona y el contexto en que se encuentra a esto se le llama uso. Por ejemplo, la ingestión de drogas por prescripción

médica, por diversión o dependencia en el consumo de sustancias de psicoactivas puede hacerse la siguiente clasificación:

- **Abstemios:** Son aquellas personas que no han consumido droga alguna.
- **Experimentadores:** Son aquellas personas que han probado la droga alguna vez, bien de forma esporádica u ocasional.
- **Consumidores habituales:** Son aquellas personas que consumen drogas de forma continua. Las encuestas sociológicas suelen catalogar los consumos habituales en función de las cantidades, en el caso del tabaco y del alcohol consumidor bajo, medio y alto.
- **Abuso:** exceso de uso de una sustancia, apareciendo, entonces, consecuencias negativas. Sin embargo, desde una consideración más amplia como la que se está aquí tratando, el abuso de drogas puede entenderse como un uso o consumo de drogas que lleva consigo problemas de tipo personal, social, laboral o de salud pública.

En cuanto a las formas de abuso de drogas y los problemas que de ellos se derivan hay que tener en cuenta las siguientes circunstancias:

- **La sobredosis:** Es la ingestión de una droga en un tiempo cortó que el organismo no es capaz de digerir, provocando una intoxicación, que compromete la función de uno o varios órganos del cuerpo. La ingestión o administración de una droga, aunque sea una dosis moderada, estando en situación de riesgo específico que puede provocar problemas personales, sociales y de salud pública importantes. Tal es el caso de fumar durante el embarazo, arrojar al suelo jeringas usadas, trabajar o conducir bajo los efectos de las drogas lo que puede provocar enfermedades, infecciones o accidentes laborales, de

tránsito y muertes. La mezcla de dos o más drogas que suelen ser más peligrosas que la ingestión de cualquiera de ellas aisladamente, así resulta peligroso mezclar el alcohol con los tranquilizantes, la dependencia a la que se encuentra sometida una persona.

Para ser considerada una adicción, la persona adicta pasa por un proceso, donde hay un primer contacto, el uso, de éste es esporádico y ocasional, un ejemplo de ello es el consumo del alcohol en fiestas y reuniones, los medicamentos por prescripción médica, es otro tipo de uso, se utilizan con fines terapéuticos. Se refiere al abuso cuando no hay un control del consumo, esta fase se caracteriza por el consumo excesivo y frecuente de las sustancias, aunque no se pueda decir que exista una adicción, el individuo, puede seguir realizando sus actividades y llevar una vida normal (Thines, 1978, pág. 65).

Cuando hay un abuso de sustancias existe mayor riesgo de dependencia o adicción el consumo es continuo, cada vez se ingieren más dosis, ocasionando tolerancia que lleva al consumidor a ingerir dosis mayores. (Mintzberg, 2006) afirma "Las drogas se usan porque muchos de nosotros no tenemos instrucciones suficientes" (pág. 89) De hecho, si consumirlas para conseguir dichos efectos.

En la adicción la persona busca la droga, pero no solamente por conseguir sus efectos placenteros sino porque la droga ya es imprescindible en la vida de quien las utiliza; significa una pérdida de libertad y esclavitud a las drogas, estas son imprescindibles debido a una dependencia física y psicológica.

Dependencia psicológica, se manifiesta en quienes consumen y buscan la droga por la necesidad de sentir sus efectos. (Mintzberg, 1996) afirma "Esta dependencia ocurre cuando la persona se siente compelida a consumir la droga con el fin de experimentar

... r... ion s qu l son pl... ntr s... ti n n l n... si... r liz r s ús qu p ri i m nt ”
(pág. 20).

La dependencia física, se manifiesta cuando al consumir drogas durante cierto tiempo, se vuelven necesarias para el funcionamiento del cuerpo, si se suspende su consumo aparecen síntomas desagradables para el organismo pueden consistir en sudoración, temblores, irritabilidad, convulsiones, calambres, alucinaciones e incluso presentarse la muerte.

En este tipo de dependencia a diferencia de la psicológica, el consumo está determinado por una necesidad apremiante, el cuerpo lo necesita para poder funcionar, y no por los efectos que pueda provocar psicológicamente.

Entonces se puede considerar la existencia de la adicción o dependencia cuando la vida del consumidor gira en torno a la droga, las personas no pueden dejar de consumir debido a la dependencia desarrollada, su adicción los afecta en todos los aspectos, al grado de dejar de funcionar socialmente, en tanto viven por y para las drogas y solo se dedican a conseguirlas y consumirlas.

Las drogas son sustancias tóxicas con la capacidad de alterar las funciones normales de los seres humanos, los cambios de comportamiento, las susceptibilidades, las expresiones de enojo, falta de interés y descuido de las actividades cotidianas, aislamiento, la agresividad repentina puede estar indicando el posible consumo de alguna sustancia psicoactiva, aunque no necesariamente implica un consumo. Otros indicadores pueden ser el aumento inhabitual del uso de colonias, aromatizantes, inciensos, chicles, utilizándolos con el propósito de ocultar el olor de las sustancias: así mismo la desaparición de los medicamentos, posesión de objetos como papeles

para hacer cigarrillos, jeringas, pegamentos, además de pastillas u otro tipo de sustancias de las que se sospeche pueden ser drogas.

Todo lo anterior, a su vez es parte en el proceso adictivo de una persona a cualquier tipo de sustancia, ya sea tabaco, alcohol o alguna otra que sea ilícita. De esta manera se considera importante que el lector conozca los conceptos más elementales en el tema del consumo de sustancias psicoactivas para comprender mejor del problema que se trata.

El proceso adictivo.

La distinción entre uso y abuso depende en gran medida del carácter legal de la producción, adquisición y uso de las diferentes sustancias con fines de intoxicación, en el caso de las drogas ilegales es común considerar que cualquier uso es abuso de la sustancia.

El abuso se caracteriza por:

- El consumo continuo de la sustancia psicoactiva a pesar de que el sujeto sabe que tiene un problema social, laboral, psicológico o físico, persistente o recurrente, provocado o estimulado por él abuso.
- El consumo recurrente de la sustancia en situaciones en que resulta físicamente arriesgado.
- El diagnóstico se establece sólo si algunos síntomas de la alteración han persistido durante un mes como mínimo, o bien han aparecido repetidamente por un tiempo prolongado y cuando el individuo no tiene el diagnóstico de dependencia. Las definiciones de uso y abuso están en función de la cantidad, frecuencia y consecuencias del consumo, se miden a través de indicadores tales como la ingestión por persona, los

patrones de consumo y los problemas asociados (enfermedades, accidentes, conductas antisociales, etc.) La adicción es la dependencia fisiológica y/o psicológica a alguna sustancia psicoactiva legal o ilegal, provocada por el abuso en el consumo, que causa una búsqueda ansiosa de la misma. También conocida como drogodependencia, fue definida por primera vez por la Organización Mundial de la Salud en 1964, como un estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga natural o sintética, cuyas características son:

- Deseo dominante de continuar tomando la droga y obtenerla por cualquier medio.
- Tendencia a incrementar la dosis.
- Dependencia física y generalmente psicológica, con síndrome de abstinencia si se retira la droga.
- Efectos nocivos para el individuo y para la sociedad.

Más tarde en 1982 la Organización Mundial de la Salud definió a la dependencia como un síndrome que implica un esquema de comportamiento en el que se establece una gran prioridad para el uso de una o varias sustancias psicoactivas determinadas, frente a otros comportamientos considerados habitualmente como más importantes (Fernandez R. V., 2000, pág. 15)

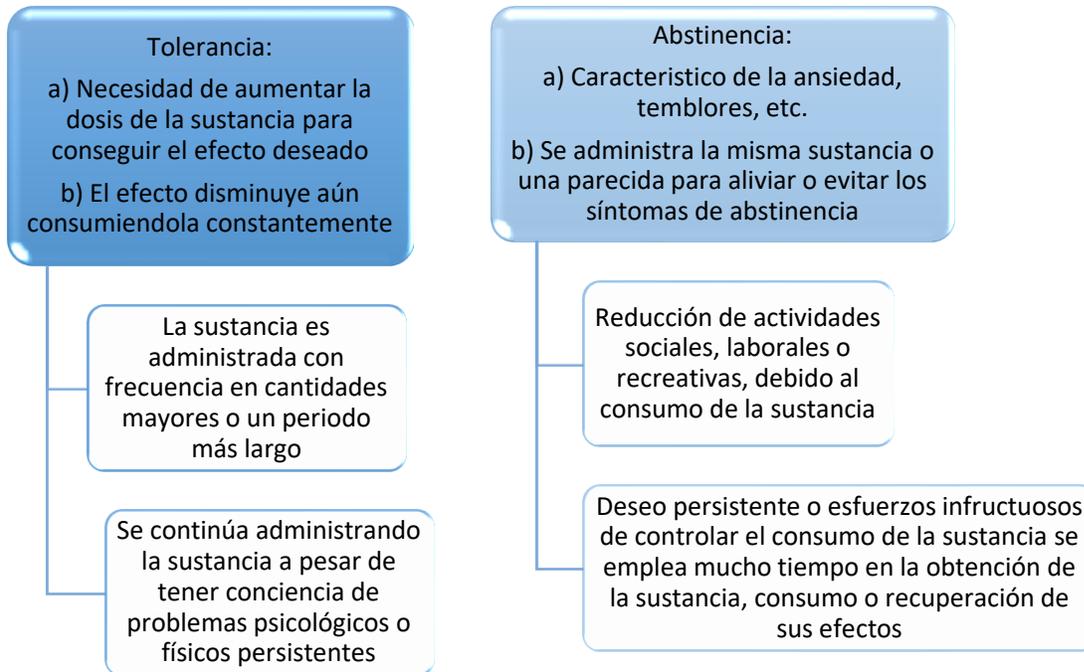
El problema del consumo de sustancias psicoactivas tiene diversas causas:

INDIVIDUALES	FAMILIARES	SOCIALES
<ul style="list-style-type: none"> •Pr isposi i n fsi •B j u to sti m •Po tol r n i la frustración. •S ntimi ntos sol •Est os p r sivos •D s o x p r i m n t r sensaciones fuertes 	<ul style="list-style-type: none"> •D sint gr i n l nú l o f mili r por separación, divorcio o muerte de alguno de los cónyuges. •Disfun io n li r t r iz por problemas de comunicación, mensajes contradictorios, rigidez en los roles, abandono afectivo o sobre protección. 	<ul style="list-style-type: none"> •Disponi ili fá il so l s sustancias psicoactivas. •Movimi n tos migr to rios •Tr n s u ltur i n •H in mi nto •Po s oportuni s p r l mpleo, la educación y la recreación. •Pu li i qu s h i s alcohólicas y tabaco.

Es importante señalar que ninguno de los factores referidos es el responsable directo del problema; es la relación que se presente entre ellos la que propicia o favorece que un individuo se inicie y/o se mantenga en el consumo de alguna sustancia. Será el propio individuo quien decida consumirla o no; resulta determinante la decisión que tome, por lo que es necesario que desarrolle determinadas habilidades que le servirán como base para afrontar los factores de riesgo que se le presenten.

Fases del proceso adictivo.

La dependencia a sustancias psicoactivas conlleva a un patrón des adaptativo de consumo que se manifiesta en un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres (o más) síntomas en algún momento de un periodo continuado de doce meses.



Es preciso señalar, que el proceso adictivo se va generando de manera paulatina, rara vez la persona se vuelve consumidora de sustancias de forma inmediata, por eso la importancia de conocer éste proceso, para establecer estrategias que permitan evitar el inicio de consumo de las niñas y los niños como objeto de estudio del presente trabajo de investigación, ya sea por cuestiones de curiosidad, por presión de pares que es muy común que esto suceda o por alguna otra situación que se dé la adicción, como anteriormente se mencionó por una causa individual, familiar o social.

Por lo general la mayor parte de los efectos que ocasiona la ingestión de sustancias psicoactivas pasan inadvertidos para el consumidor, ya que pueden variar desde un leve estado de euforia hasta el aturdimiento. El consumo de sustancias modifica las capacidades físicas, mentales y conductuales, independientemente de su grado de intoxicación. Sin embargo, el tipo y la magnitud de sus efectos son complejos; dependen de la interacción entre el individuo, la droga y el ambiente en el que ocurre el consumo (Fernandez R. V., 2000, pág. 80).

Uno de los temas que revisten gran importancia para la población por todo lo que a su alrededor genera, son los mitos y realidades acerca del tabaco y el alcohol, importante en la prevención del inicio de consumo, a continuación, se mencionan los más relevantes.

1.3 Mitos y realidades acerca del tabaco y el alcohol.

Con el fin de informar a la juventud y a los lectores en general sobre las creencias erróneas y no fundamentadas, sobre el uso de sustancias adictivas (tabaco y alcohol) las cuales, en algunos casos se consideran inofensivas, sin embargo, pueden causar daños a la salud del individuo, a su familia y a la sociedad. Los adolescentes reciben información de las drogas a través de diferentes medios de comunicación, amigos o vecinos, pero en ocasiones no es tan clara y puede estar equivocada por eso es necesario que los jóvenes conozcan la realidad del alcohol y el tabaco.

A continuación, se mencionan algunos de estos mitos y realidades de las sustancias que nos atañen como lo son el tabaco y el alcohol:

Definición de mito: proviene del griego *mythos* que significa " cuento". El mito es un relato de hechos maravillosos, en el que los protagonistas son personajes sobrenaturales como dioses, monstruos o héroes. Los mitos forman parte de la cultura, y las personas los llegan a considerar como historias verdaderas. En la cultura popular el término mito, se emplea para señalar algo que es falso, que no es real (CONADIC, 2013, pág. 56)

Con relación al tabaco y de acuerdo con lo que las y los alumnos mencionaron en el taller sobre mitos y realidades, a continuación, se presentan los más frecuentes:

Mito: El cigarro sólo daña al que fuma.

Realidad: Quienes fuman afecta a cónyuges, hijos, amigos y familiares a su alrededor.

Mito: Fumar de vez en cuando no es adicción.

Realidad: Los efectos de la nicotina y otras sustancias son adictivas.

Mito: El cigarro te hace ver atractivo.

Realidad: Fumar puede dañar tu imagen.

Mito: Unos pocos cigarros al día no hacen mal.

Realidad: Muchas personas creen que solamente aquellas personas que fuman muchos cigarros al día están en peligro de sufrir problemas serios de salud. La enfermedad cardiovascular es la principal causa de muerte relacionada con el tabaco entre los fumadores y los fumadores pasivos, y esta enfermedad se puede encontrar entre aquellos que tan solo fuman de tres a cinco cigarros diarios.

Mito: Estar expuesto(a) al humo de tabaco no mata.

Realidad: Treinta minutos de exposición pasiva al humo al humo de tabaco son suficientes para que el sistema circulatorio del fumador pasivo se comporte de manera similar al de una persona que fuma. Esta circunstancia aumenta el riesgo de sufrir, entre otras enfermedades, un infarto de corazón. Los fumadores pasivos tienen un mayor riesgo de contraer cáncer de pulmón que quienes no conviven con fumadores.

Mito: Fumar un cigarro te relaja y alivia el estrés.

Realidad: El tabaco no tiene propiedades relajantes puesto que es un estimulante. La aparente sensación de “livio” que se siente al fumar un cigarro se debe a que se eliminan los síntomas de abstinencia producidos por la falta de nicotina en el cerebro.

Mito: El cigarro light no hace daño.

Realidad: Los cigarros bajos en nicotina y alquitrán contienen los demás componentes de los cigarros convencionales y también son cancerígenos.

Mito: Fumar cinco cigarros al día no es fumar.

Realidad: Con tan solo un cigarro al día, una persona debe considerarse fumadora, ya que existe una dependencia a los efectos de la nicotina. Fumar poco, pero de forma continua, es igual de perjudicial.

Mito: Hay personas mayores que fuman mucho y nunca se enfermaron.

Realidad: El cigarro perjudica la salud de quienes lo consumen y de quienes están alrededor. Seguramente se piensa en algún anciano que ha fumado toda la vida y está bien. No hay que olvidar que vemos a los(as) fumadores(as) que llegan a vivir más; a los(as) que han muerto a causa del tabaco no se les ve envejecer. Una de cada dos personas que fuma fallece por enfermedades relacionadas con el tabaco, y la mitad de ellas lo hace en la edad media de la vida.

Mito: El humo del tabaco sólo afecta a los ojos y a la garganta del fumador pasivo.

Realidad: El fumador pasivo tiene mayor riesgo de padecer todas las enfermedades producidas por el tabaco, agravándose esta situación en el caso de los(as) niños(as). En el 2004, el humo

ambiental del tabaco fue responsable de 600 mil muertes prematuras en todo el mundo; el 28% eran niños o niñas.

Mito: Las mujeres embarazadas pueden convivir con fumadores sin problema.

Realidad: Ya que los fumadores pasivos inhalan una cantidad variable del humo de cigarro que expiran las personas que fuman, la mujer embarazada está expuesta a miles de compuestos tóxicos que disminuyen el flujo sanguíneo de la placenta, por lo que al bebé en gestación le llega menos sangre, oxígeno y alimento y eso hace que pueda tener bajo peso y que la placenta se vea afectada, entre otras complicaciones.

Mito: Se fuma poco porque casi todo el cigarro se consume en el cenicero.

Realidad: Dejar que se quemé el cigarro en el cenicero, tratando de fumar poco, es también perjudicial para quien fuma, ya que el humo que se desprende tiene mayor concentración de sustancias tóxicas, que el humo que se inhala al fumar.

Mito: No noto que el cigarro haga tanto daño como dicen.

Realidad: Aunque durante un tiempo la persona que fuma no note los efectos nocivos del tabaco, se está produciendo el daño en su organismo. La sola acción de fumar un cigarro aumenta la tensión arterial y la frecuencia cardiaca de 10 a 15 latidos por minuto.

Mito: El problema de la persona que fuma es sólo de ella y no afecta a nadie más.

Realidad: El humo tiene miles de sustancias tóxicas que se liberan en cada inhalación. El fumador(a), al inhalar respira todo el aire ambiental más todos los componentes que tiene el

cigarro. Una parte atraviesa la barrera pulmonar y la otra se elimina con la exhalación; lo que queda en el ambiente lo reciben las personas que están a su alrededor y se vuelven fumadores pasivos, es decir que, aunque no fuman, reciben todas las sustancias tóxicas del humo del cigarro.

Mito: Las áreas separadas para quienes fuman y quienes no fuman soluciona el problema.

Realidad: Si no existe una separación física con ventilación independiente, el aire se comparte y la contaminación por el humo de tabaco también. Fumar en el área de personas fumadoras afecta y causa enfermedad en el área de personas no fumadoras.

Consideremos ahora los mitos más frecuentes acerca del alcohol, siendo una sustancia de tipo legal y en algunos hogares se llega a consumir con frecuencia y en nuestra cultura con mayores cantidades los fines de semana, las niñas y los niños del grupo experimental, con quienes se desarrolló el taller sobre mitos y realidades acerca del tabaco y el alcohol manifestaron muchas inquietudes, en torno a este tema.

Mito: Hay quien puede beber en exceso y no se emborracha o no le hace daño.

Realidad: Desde la primera copa, el alcohol produce alteraciones en el sistema nervioso.

Mito: A los niños hay que enseñarles a beber desde chicos.

Realidad: El alcohol daña los órganos y causa pancreatitis, cirrosis, neuropatía alcohólica y diabetes.

Mito: Mezclar alcohol con bebidas energéticas, no afecta.

Realidad: Produce alteración, desorden en el cerebro y organismo. Se puede sufrir ataque en el corazón o una disfunción en los riñones.

Mito: Hay quien bebe no sólo “su” un después mucho

Realidad: El hecho de que parezca que una persona no está intoxicada después de haber bebido mucho, significa que ha desarrollado tolerancia, lo cual es un signo de alarma porque puede existir ya un problema de adicción.

Mito: Si se bebe sólo los fines de semana no hace daño.

Realidad: El daño que provoca el alcohol depende principalmente de la cantidad que se tome, no del día. En México generalmente se consume alcohol los fines de semana y en grandes cantidades, esto ocasiona daños físicos, accidentes y actos violentos.

Mito: Las mujeres pueden tomar tanto como los hombres.

Realidad: El cuerpo de las mujeres tiene menos agua y menos enzimas (tipo de proteínas) que descomponen el alcohol; lo que ocasiona que éste circule en la sangre en mayor concentración; por lo que generalmente, los efectos se sienten más rápido y por más tiempo que los hombres.

Mito: Se puede dejar de tomar alcohol cuando se decida. Realidad: las personas que comienzan a tomar alcohol en su adolescencia son cuatro veces más propensas a desarrollar una adicción; por lo que requieren tratamiento y rehabilitación para lograr un estado de vida saludable.

Mito: Se puede bajar la borrachera rápidamente.

Realidad: Toma tres horas aproximadamente para eliminar el contenido del alcohol de dos bebidas. Nada puede acelerar este proceso; ni siquiera el café o bañarse con agua fría. El cuerpo puede procesar únicamente del 0.015% de alcohol en una hora.

Mito: Las drogas ilegales son un problema más fuerte que el alcohol.

Realidad: El alcohol es el mayor problema de droga en la sociedad actual. En México los daños que provoca son tan numerosos que es el responsable del 10 % de todas las enfermedades que hay en nuestro país.

Mito: Una copa de vino tinto al día es saludable.

Realidad: Algunos estudios demuestran que consumir una copa de vino ayuda a disminuir el colesterol solo en adultos. Sin embargo, hay que tomar estrictamente una copa por día, siempre y cuando no se padezca hepatitis, diabetes, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, insuficiencia renal, gastritis o ulcera, ya que el vino aumenta las molestias que causan estos padecimientos.

Mito: Si se toma solamente cerveza no se daña el cuerpo.

Realidad: Los efectos que produce el alcohol son los mismos que si se toma una cerveza que otro trago más fuerte. El abuso ocurre cuando se sobre pasa la cantidad de alcohol que el hígado puede transformar en una hora.

Mito: Si se toma poco se puede manejar sin riesgo.

Realidad: Aun desde la segunda copa, el alcohol produce alteraciones en el sistema nervioso central que afecta la capacidad de respuesta de los reflejos. Algunas personas presumen de conducir bien aun con los efectos leves del alcohol lo que en realidad están haciendo es poner en riesgo su vida y la de los demás.

Mito: El alcohol da energía.

Realidad: El alcohol es un depresivo que retrasa la habilidad de pensar, hablar, moverse y no un estimulante. Lo que sucede es que la persona se desinhibe y se atreve a actuar de forma distinta.

Resultó muy importante hablar acerca de los mitos y realidades con la población objetivo, debido a que, por la experiencia de campo, se detectó el conocimiento que tienen acerca del tema la mayor parte de los alumnos y alumnas; sin embargo, también cabe mencionar que se reafirman los mitos y desinformación de lo antes referido en torno al consumo de tabaco y alcohol, lo que puede de alguna forma representar una situación de riesgo para iniciar un posible consumo.

1.4 Factores de riesgo y factores de protección asociados al consumo de las drogas

Las investigaciones realizadas durante las últimas dos décadas han tratado de determinar cómo comienza y cómo progresa el abuso de las drogas. Existen ciertas circunstancias personales o ambientales que influyen para que una persona inicie o evite el consumo de sustancias. Este tipo de circunstancias o situaciones se reconocen como factores.

Se definen como factores de riesgo a aquellas circunstancias o características personales o ambientales que, combinadas entre sí, podrían resultar predisponentes o facilitadoras para el inicio o mantenimiento del uso y abuso de drogas. Por su parte, los factores de protección se

definen como aquellas variables que contribuyen a modular o limitar el uso de drogas (Fernández S., 2001, pág. 67)

Los factores de riesgo son definidos en términos de situaciones y contextos culturales, sociales, laborales, familiares, grupales, escolares y personales que favorecen la posibilidad de que una persona consuma o abuse de las drogas mientras que los factores de protección consistirían en lo opuesto, es decir situaciones y contextos de diferentes ámbitos los cuales facilitan en no consumo de drogas.

Según el autor Clon (2009) afirma “Un triuto /o r t r sti individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas (m nt nimi nto)” (pág 125)

Es necesario considerar que no se puede jerarquizar un factor de riesgo como el causante exclusivo del consumo de drogas, si no que más bien el conjunto, todos ellos favorecen el inicio o posterior consumo de drogas, señalando que en último término es la persona quien toma la decisión. Tal es el caso de una familia desestructurada por diferentes motivos, se convierte en un posible factor de riesgo familiar para el consumo de drogas, al tiempo que éste hecho puede repercutir en otros conceptos como el rendimiento escolar, la inadaptación social, la baja autoestima, igualmente factores de riesgo. Con ello quiere decirse que no existe una relación causal única entre la familia y el consumo de drogas del hijo, si no actúan entre sí diferentes factores de riesgo que facilitan a la persona la posibilidad de consumir drogas, pero es la persona en definitiva quien toma la decisión (MORADILLO, 2001, pág. 135).

El consumo de drogas se debe a que principalmente el adolescente tiene problemas psicológicos, individuales o motivos personales. Los problemas “r fugi” en algún tipo de adicción.



Factores de riesgo personales:

Condiciones peculiares del individuo que lo caracterizan o lo hacen diferente de otras personas



Factores de riesgo familiares:

Condiciones propias de la familia del individuo, entendiendo como familia al grupo de individuos que comparten el mismo techo y tienen lazos de consanguinidad o filiación



Factores de riesgo escolares:

Condiciones del entorno escolar, relacionadas con las amistades y grupos de pertenencia



Factores de riesgo sociales:

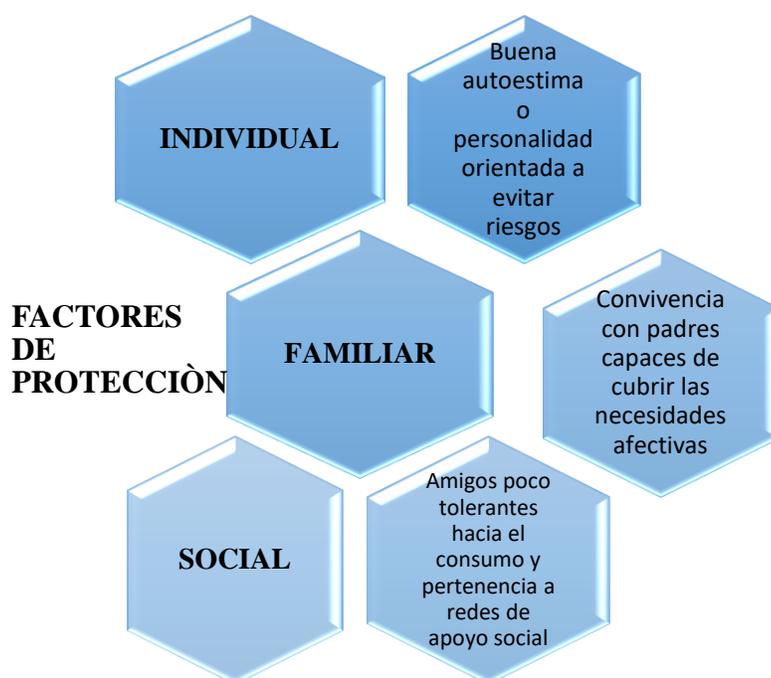
Condiciones que tienen que ver con las relaciones sociales de la comunidad en donde se desenvuelve el adolescente; pueden incluir o no a los compañeros de escuela u otras amistades o conocidos del escolar

Tales procesos interactúan con cada individuo quien procesa los estímulos, los interpreta y responde a ellos de una manera diferente. La importancia de estos factores varía a lo largo de las diferentes etapas del desarrollo del individuo (Tocqueville, 2001, pág. 25).

Factores de Protección

Por factor de protección se entiende. Clon (2009) define “Un triuto o r tr sti individual, condición situacional y/o contexto ambiental que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación con las mism s” (pág 56)

También son aquellas características detectables en un individuo, familia, grupo o comunidad que favorecen el desarrollo humano, el mantenimiento o recuperación de la salud y que pueden contrarrestar los posibles efectos de las conductas de riesgo y, por lo tanto, reducir la vulnerabilidad ya sea general o específica. Los factores de protección pueden ubicarse también en cada uno de los dominios de la vida de la persona, pueden definirse como aquellos factores que en presencia del riesgo protegen a los individuos de consumir drogas, más que lo opuesto al riesgo (Tapia, 2016, pág. 128).



Los factores pueden incluir una relación estrecha con los padres u otro adulto que asegure un ambiente que afecta desde edades tempranas y de manera consistente; sentimientos de éxito de control y de respeto por sí mismo por parte de los menores. Entre otros factores se encuentran habilidades sociales que incluyen la capacidad para comunicarse, negociar, para tomar buenas decisiones y rehusar actividades que pueden resultar peligrosas; habilidades para resolver

problemas, una percepción de que las adversidades se pueden resolver con perseverancia, esfuerzo y haber sobrevivido situaciones de riesgo anteriores (Tocqueville, 2001, pág. 45).

Comprender como ciertas situaciones pueden o no ser un detonante en el inicio de algún tipo de consumo principalmente de tabaco o alcohol, para la población objetivo de la presente investigación, va a permitir buscar diferentes estrategias, como por ejemplo mecanismos de enfrentamiento, como el enfrentamiento emocional, tolerante, evitativo, controlador, inactivo, confrontativo o asertivo, de apoyo al usuario e independiente, que permita evitar posibles inicios de consumo, tanto de tabaco como de alcohol.

A continuación se revisará el tema de las características físicas y psicológicas de los niños(as) de sexto año de primaria, mismo que reviste gran importancia para conocer y comprender porque éste grupo de niños que va pasando de una etapa de su vida (pubertad) a otra completamente distinta (adolescencia temprana), se comporta de determinada forma y pueden adoptar comportamientos que a corto o largo plazo, puede significar grandes afectaciones en sus vidas, ya sea de forma positiva o bien de forma negativa como lo es el consumo inicial de sustancias psicoactivas, embarazos no deseados, adquisición de enfermedades venéreas, etc.

Características físicas y psicológicas de niños(as) de sexto año de primaria

Con el objetivo de dirigir programas de prevención de consumo de sustancias psicoactivas a cierto tipo de población, es necesario conocer sus características para proponer actividades de acuerdo con su edad, en el presente punto se abordan las características físicas, cognitivas y sociales de los escolares de sexto año de primaria entre los 10 y los 12 años (Acero, 1988, pág. 167).

Se presentan varios cambios críticos que se dan desde la niñez media (7-10 años) hasta la adolescencia (15-17 años), como las transformaciones biológicas de la pubertad (desarrollo de las características sexuales primarias, secundarias y la fertilidad), los cambios psicológicos (búsqueda de identidad) que acompañan el despertar de la sexualidad, las relaciones cambiantes con los amigos y con la familia la habilidad creciente de los jóvenes para pensar en forma abstracta, considerar diferentes dimensiones de los problemas y reflexionar sobre sí mismos y los demás (Mangrulkar, 2001, pág. 165).

La adolescencia no solo tiene que ver con la edad o con los cambios físicos, también se modifica su estado de ánimo, su manera de pensar, la forma en que se vincula con amigos y amigas, así como sus padres, maestros y la gente que le rodea, se caracteriza por la búsqueda de la autonomía y la independencia personal para adquirir una identidad propia. Es en esta etapa cuando se desarrollan las habilidades necesarias para poder desenvolverse en la vida adulta y aumenta también la influencia de los demás.

En esta búsqueda de independencia las y los adolescentes necesitan sentirse parte de un grupo, por lo que establecen lazos con personas de su misma edad. Si no cuentan con las herramientas necesarias en este sentido de pertenencia, puede llevarlos a reproducir patrones de conducta no beneficiosos como el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias.

Por las características que se conocen en la transición de los niños de la pubertad a la adolescencia temprana surge la idea de llevar a cabo tareas de prevención como los talleres socioeducativos dirigidos a esta población debido a que es una etapa susceptible y llegar a experimentar posibles consumos.

Las características físicas comprenden los cambios que suceden en el organismo durante su desarrollo, como talla, peso, crecimiento de los órganos sexuales, habilidades motoras, estas características están determinadas por factores genéticos y raciales.

Algunas características de los adolescentes son:

Cambios fisiológicos como el acné y problemas en la piel. Mayor secreción de sudor y por consecuencia olor corporal más intenso.

En la mujer aparición de la menstruación, ensanchamiento de caderas, desarrollo del busto, aparición del bello donde antes no había.

En el hombre se modifica el tono de voz, crece el bello donde antes no había e inician fantasías de tipo sexual.

En cuanto a las características cognitivas, tienen que ver con el desarrollo intelectual, con destrezas y habilidades relacionadas a los procesos mentales como aprendizaje, pensamiento, atención, memoria, habilidades que hacen posible afrontar diversas situaciones en su vida diaria.

Y es en estas características cognitivas en donde se pretende desarrollar a través del taller socio educativo habilidades para la vida como pensamiento creativo, pensamiento asertivo, toma de decisiones, comunicación etc. La intención es motivar a los participantes a que desarrollen estas habilidades y las utilicen como un factor de protección ante situaciones de riesgo, tal como lo es el inicio de posible consumo de sustancias psicoactivas que, en esas edades, es común que se dé ya sea por presión de pares o bien por curiosidad.

Las características sociales se refieren a las relaciones y habilidades sociales, emocionales que se establecen en el entorno del niño, permitiendo así la interacción en otros ámbitos distintos al

familiar como la escuela, algún club deportivo, el desarrollar alguna actividad artística o practicar alguna actividad deportiva e incluso en su entorno con los vecinos, amigos etc.

El desarrollo de estas características está influido por diversos factores como la herencia, la cual determina características físicas y genéticas entre ellas: la estatura, rasgos físicos, también influye el ambiente en este se dan las relaciones sociales y la inserción a la educación, importantes para el desarrollo de habilidades de tipo intelectual y social.

Cuando los niños y niñas durante su desarrollo observan que sus familiares y en su entorno social consumen tabaco, alcohol y algunas otras sustancias psicoactivas, se van familiarizando con esta conducta y lo ven como algo que es normal y como ellos no tienen una personalidad bien definida, los menores comienzan con la curiosidad con el consumo de tabaco para pertenecer al grupo, demostrado de manera errónea que se quiere ser adulto y que puede tomar decisiones en cuanto a su conducta de consumo.

Estas características entran dentro de la normalidad de un adolescente. La angustia, la depresión, la irritabilidad, el ir contra las normas, puede volverse patológico cuando es exagerado, cuando vemos que el adolescente está sufriendo mucho y/o hace sufrir a los demás, cuando observamos que se altera toda su vida y que esos sentimientos le condicionan absolutamente, que alguna forma lo aleja en exceso de la realidad.

En resumen, podemos señalar que por los cambios físicos, cognitivos y sociales son los que definen que un niño adquiera una conducta de riesgo, debido a que la sociedad les impone reglas y ellos tratan de disuadirlas, por lo anteriormente mencionado.

De ahí la importancia de la labor de profesionistas que atiendan esta población, puede ser el trabajo interdisciplinario como lo es la participación del médico, psicólogo, psiquiatría,

nutriólogo y Trabajo Social, éste último que atiende la parte social y familiar en cuanto a su entorno para un mejor estilo de vida.

El siguiente capítulo, se refiere a las funciones que lleva a cabo Trabajo Social en la prevención, orientación, atención del consumo de sustancias psicoactivas y en lo que se refiere a la intervención que se lleva a cabo en la presente investigación a través de la participación activa con niñas y niños de sexto año de primaria en los talleres socioeducativos, con temas de autoestima, habilidades para la vida, toma de decisiones, mitos y realidades sobre las drogas, etc.

Capítulo II. El quehacer profesional del trabajador social en la prevención de sustancias psicoactivas

2.1 La investigación en Trabajo Social.

Son muchas las definiciones que existen en torno a esta disciplina de las ciencias sociales, y a manera de que el lector conozca más acerca de la misma, se presentan algunos conceptos que pueden servir para enriquecer la presente investigación y sobre todo que sirva para comprender cómo es la intervención del trabajador social, ante problemáticas sociales como lo son el consumo de sustancias psicoactivas. El hecho de tratarse de una profesión aún joven (La primera Escuela Latinoamericana se creó en 1925 en Santiago de Chile) habilitó fluidamente diversos intentos de caracterización y definición de esta (Alayón, 1987, pág. 75).

La primera definición que se presenta es de México en la Escuela Nacional de Trabajo Social de la UNAM. Se eligió esta definición por la cercanía que tiene en relación con el trabajo que se realizó en campo, ya que parte del objetivo es conocer los problemas y recursos de la comunidad, en la educación social, organización y movilización consciente de la colectividad.

MÉXICO – UNAM – ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL 5 y 6 de octubre 1978, México D.F. en “Definición de objetivos y funciones del Trabajo Social” ponencia presentada en la Reunión Nacional de Escuelas de Licenciatura en Trabajo Social.

El Trabajo Social es una disciplina de las ciencias sociales, que mediante metodología científica contribuye al conocimiento de los problemas y recursos de la comunidad, en la educación social, organización y movilización consciente de la colectividad, así como en la planificación y administración de acciones, todo ello con el propósito de lograr las transformaciones sociales para el desarrollo integral del hombre.

Otra definición también es la de Nelson y el Trabajo Social de la UNAM “A raíz de la práctica en Trabajo Social” publicada en el Número 3 de la UNAM 1978 sobre la práctica de la profesión, tal como se debe trabajar en la práctica en campo. El Trabajo Social es una profesión eminentemente práctica. Su quehacer profesional se encuentra ubicado dentro de la práctica social y sus objetivos van mucho más allá de la simple adquisición de conocimientos.

De los conceptos y/o definiciones anteriores de Trabajo Social, se puede mencionar que resulta muy importante para comprender mejor o ser más específicos, como es su intervención en campo ya sea con el individuo, grupo, comunidad o en este caso Institución educativa, además que le permita al lector tener un panorama más amplio de la disciplina de Trabajo Social, ya que por experiencia propia existen muchas lagunas acerca de la misma.

Una vez que se han revisado las definiciones de Trabajo Social que más se relacionan a la investigación, hablaremos acerca de lo que es la investigación y Trabajo Social.

La investigación en Trabajo Social

La producción de conocimiento en Trabajo Social y la intervención en el problema del consumo de sustancias psicoactivas, está enfocada de acuerdo con una actitud de saber observar y escuchar. El trabajador social deberá saber manejar la ansiedad del paciente de manera tal que no se sienta influida por ella. Deberá desarrollar un amplio índice de adaptabilidad para saber ubicarse en las variantes situacionales, controlar su propia ansiedad. Ubicarse para actuar profesionalmente (Becerra & Kennel, 2008).

Es necesario que el trabajador social adquiera seguridad acerca de su aptitud para responder adecuadamente ante la conducta de los pacientes, tener una adecuada relación con ellos.

Realizar reuniones de grupo, superar miedos y angustias en relación con el contacto con los pacientes, cumplir el rol de agente socializador. El rol tiene toda una serie de matices y variantes de acuerdo con cada caso. Hay pacientes alcohólicos, drogadictos, neuróticos, esquizofrénicos, manipuladores, etc.

Es necesario formar grupos interdisciplinarios, donde se realicen reuniones para exponer los casos de los pacientes y así tener la seguridad de cómo manejar las situaciones y se tenga una supervisión.

¿Cuál es el rol que juega el trabajador social en el campo de las adicciones? Se habla de un objetivo general de Trabajo Social que es, ayudar a los seres humanos a lograr la realización más completa posible de sus capacidades en un sentido positivo.

Así mismo se menciona el principio de aceptación, que es la aceptación del paciente como persona y entender que la conducta desordenada que presenta es el síntoma de la enfermedad que padece.

El objetivo de este punto radica en presentar un breve recuento de la producción realizada sobre algunos estudios que se refieren a como se relaciona la disciplina del Trabajo Social y la investigación social. Buscando evidenciar características, planteamientos teóricos y modalidades metodológicas empleadas para el estudio de diversas situaciones problemáticas o fenómenos sociales tal como lo son el consumo de sustancias psicoactivas en nuestra sociedad.

Los cambios y transformaciones ocurridos en las sociedades de hoy le imponen al Trabajo Social contemporáneo la necesidad de acudir a la investigación como un campo idóneo para desentrañar la esencia y complejidad de la realidad y para aportar desde ahí a la producción de conocimiento. La centralidad del sujeto en lo social se instala como propuesta paradigmática de las disciplinas

sociales, contribuyendo a romper las ataduras impuestas por los esquemas tradicionales (positivistas, estructuralistas y marxistas), rescatando las dimensiones cognoscitivas, ética, estética y política de la práctica profesional (Restrepo, 2003, pág. 185).

Se considera con ello, que tarea emprendida permitirá construir un campo de argumentación que explique porque persisten ciertas prácticas que tienen que ver con la intervención del trabajador social, no solo desde el trabajo de gabinete, es decir desde la planeación, diseño y elaboración de programas sociales, sino llevarlo a la práctica por ejemplo para la prevención de consumo de sustancias psicoactivas. Según Cándida Acero, El Trabajo Social, debido a que es una profesión altamente diversificada, ha utilizado las investigaciones realizadas por otras disciplinas, principalmente las realizadas por las Ciencias Sociales, que tienen interés y son relevantes para la profesión. La investigación social es una parte fundamental del quehacer profesional debido a que es necesario conocer la problemática del objeto de estudio y su contexto para realizar un programa que logre bienestar social, junto con grupo interdisciplinario, a través de una metodología social que facilita lograr los objetivos planteados.

La metodología de la investigación en Trabajo Social.

La historia de la investigación en Trabajo Social puede describirse como la interacción e integración de dos orientaciones distintas que marcan su identidad: por un lado, la perspectiva de la ciencia que pone el énfasis en la objetividad, el pensamiento lógico y el uso de técnicas racionales explícitas en la búsqueda ordenada de un conocimiento sistemático generalizado y por otro lado los elementos intrínsecos a la propia profesión tales como la importancia de valores, la visión de la práctica como un arte que se apoya en el conocimiento, creatividad y el tratamiento

de complejos problemas individuales y sociales que no siempre se prestan a una particular estrategia de investigación (Acero, 1981, pág. 157).

La práctica del Trabajo Social proporciona los problemas que van a ser el objeto de la investigación. La cuestión principal a la que el trabajador social se enfrenta es la de encontrar el camino mejor para facilitar, promocionar la unión entre la investigación y la práctica, defendiendo los intereses de la profesión y de los grupos con que trabaja.

Para desarrollar la investigación en T.S. se debe proceder a la integración investigación-práctica en todos los niveles, involucrando a los trabajadores sociales practicantes, a los administradores de las agencias sociales y a los trabajadores sociales-investigadores. En Trabajo Social la investigación de problemas debe tener idealmente dos objetivos: 1) la obtención de resultados que puedan redundar en la mejora de los servicios y 2) ampliar los conocimientos y teorías para el campo profesional. Ambos objetivos son difíciles de conseguir.

En ese sentido, se refiere a los pasos metodológicos como son: la formulación del problema:

Una necesidad sentida es un problema que demanda solución. La primera consideración, a la hora de formular un problema, es que nos encontremos ante una necesidad sentida. En la etapa inicial, cuando surge una necesidad, debe estudiarse a través de la literatura al respecto y desde distintas perspectivas, antes de formular el problema. Si no existen estudios previos y las variables no están claramente definidas se aconseja un estudio exploratorio antes de realizar una investigación descriptiva o experimental. En la fase de la formulación del problema, el investigador debe tener en cuenta las etapas posteriores, incluyendo la muestra (estudio del diseño, recolección de datos, análisis e interpretación), ya que en el proceso de investigar cada decisión que se toma influye en la siguiente.

La elección del diseño.

Al elegir el diseño, los factores más importantes para tener en cuenta son: el nivel del conocimiento acerca del fenómeno a estudiar y concomitantemente. El grado de generalización. Hay muchos tipos de diseños, pero nosotros nos vamos a referir sólo a los diseños exploratorios, descriptivos y experimentales (Acero, 1988, pág. 5).

La muestra.

La muestra debe representar a la población, por lo que cada uno de sus miembros debe tener la misma oportunidad de ser elegido. Más importante que el número de sujetos es la forma como se eligen. La utilización de pequeñas muestras cuidadosa y sistemáticamente seleccionadas ahorra tiempo y dinero. Obviamente, el muestreo permite al investigador realizar experimentos seleccionando grupos representativos de la población y probando la hipótesis con estos grupos.

La recolección de datos.

La recolección de datos es un instrumento para investigar, no tiene valor intrínseco por sí mismo. Es un medio un vehículo para tratar de definir, descubrir, explicar, esclarecer una necesidad sentida, un problema de interés. Acero (1988) afirma "La recolección de datos tiene su génesis encuentra su orientación y tiene su marco de referencia en las primeras etapas del proceso de la investigación" (pág. 13) La tarea común en todas las formas de recolección de datos es la medida. La recolección de datos como medida debe reunir los requisitos de fiabilidad y validez.

Análisis e interpretación.

Por último, el investigador se encuentra frente a toda la información recogida. Es la hora de analizar los datos. Los requisitos del análisis se habrán considerado en las primeras etapas, de tal

forma que se haya recopilado toda la información necesaria dentro del proceso de estudio. Aunque el análisis incluye el proceso de sumar y relacionar todo el material recogido para contestar a las preguntas planteadas al comienzo del estudio, también incluye la búsqueda de la significación dentro del contexto del estudio y la unión que puedan tener los resultados con las investigaciones previas. El estudio se enriquece al compararlo con investigaciones anteriores y estudiar los puntos de coincidencia de los resultados (Acero, 1988, pág. 19).

En este sentido refiere en la actitud investigativa en el Trabajo Social que:

La vinculación del Trabajo Social con la investigación social y con sus requisitos metodológicos, se presenta, aún, como una relación problemática en lo que hace a su capacidad de producir conocimientos válidos y confiables según los cánones legítimos de las ciencias sociales, además de no disponer de un ámbito diferenciado como objeto propio de su saber, a la manera de cada una de aquéllas, identificadas con un recorte del mundo social: el poder y la política, los intercambios mercantiles, el lazo social, el individuo y la conciencia, el pasado, la otredad y la diferencia.

Finalmente se discute la postura ingenua que lleva a suponer que la intervención profesional es inmediata en la realidad de los problemas y aquellos que pone por delante una teoría como portadora del conocimiento verdadero sobre la realidad como si esta precediera a todo conocimiento. Define a la investigación como la práctica social que tiene como razón de ser producir conocimientos, al tiempo que se inscribe y alimenta, los procesos políticos-culturales de producción de problemas sociales. Por eso, para el Trabajo Social, no es equiparable al diagnóstico social, sino que debería ser un proceso continuo que acompaña el desarrollo de cualquier proyecto social y práctica profesional. Esto exige la disposición a aprender el oficio

(esto es, dominio teórico, manejo metodológico-técnico y actitud de duda) y a prevenirse de los riesgos de la naturalización de los problemas para los que se reclama su intervención, que pueden provenir tanto del realismo ingenuo como del teoricismo (Grassi, 2001, pág. 53).

De la investigación en Trabajo Social, pasamos a revisar uno de los campos o áreas de estudio del Trabajo Social, que por tradición representa una de las principales, sino es que la más importante para esta disciplina, justamente el estudio o investigación del consumo de sustancias psicoactivas, se encuentra inmerso en el campo de la salud.

2.2 Trabajo Social en el campo de la Salud.

Uno de los campos de mayor demanda que ocupa el trabajador social es el sector sanitario, donde su labor es intervenir con individuos, familias y comunidades.

Con relación al Trabajo Social en el campo de la salud. Éste ha sido uno de los campos de mayor y más antigua implantación del Trabajo Social. América Latina es el área que ocupa el mayor número de trabajadores sociales en la incorporación de los trabajadores sociales a este campo de actuación, desde el momento en que la salud se consideró no sólo como un problema físico-biológico sino como resultante de una relación dialéctica del individuo con su medio ambiente. Aceptando que la atención de los problemas de salud va más allá de la actuación de los médicos y enfermeras, se pensó incorporar otro tipo de profesional capaz de atender lo que podría denominarse la dimensión social de los problemas de salud. Esta incorporación se hizo, pero ofreciendo a los trabajadores sociales un papel secundario y accesorio de meros auxiliares. Se les llamó visitadores sociales y se les asignó las funciones de brazos extendidos y ojos prolongados de los médicos hasta los domicilios de los pacientes. Los trabajadores y asistentes sociales se consideraban ayudantes capaces de controlar el buen cumplimiento del tratamiento prescrito de

dar normas de higiene, de saber algunas destrezas de medicina menor, de saber enseñar y preparar biberones, a cuidar y fajar bebés, etc. De visitar en una palabra a los pacientes en su domicilio (Egg, 2009, pág. 37).

Actualmente, el Trabajo Social en salud se basa en la premisa de las relaciones entre la salud y los factores sociales. A partir de esta idea de la dimensión social en la salud, se han ido derivando las funciones de los trabajadores sociales en este campo de actuación. Señalamos las más importantes y significativas:

- Atender las problemáticas sociales detectadas en los centros sanitarios que afectan la salud de los usuarios de este y que es posible atenuar, atender o prevenir con la acción realizada desde los mismos centros.
- Promover y fortalecer la organización de grupos de pacientes o ex pacientes (diabético, alcohólicos, cardiópatas, etc.) grupos de madres, talleres de rehabilitación, etc.
- Participar en equipos de educación sanitaria y salud pública, dentro de programas de atención primaria, donde se desarrolla una función básicamente preventiva con la población de la comunidad.
- Participar en equipos de trabajo del área socio sanitaria promoviendo la formación de consejos locales de salud y programas de medicina y salud comunitaria.
- Rehabilitación de disminuidos temporales y crónicos en todo lo que concierne a problemas de reinserción social.
- Reinserción de enfermos después de un tratamiento u hospitalización que ha producido una ruptura con la normalidad de su vida cotidiana.

- Atender al problema de la angustia de hospitalización que produce el internamiento a determinadas personas.

Cualesquiera sean las actividades o tareas específicas dentro de este campo, el trabajador social en salud proporciona a los individuos un cierto grado de autonomía en los problemas de salud. Se parte del supuesto de que no hay recuperación de la salud, si la persona no hace algo para recuperarse y si el entorno no ayuda a ello.

A nivel individual, familiar, grupal y comunitario, todos tenemos que ser coterapeutas en esa motivación para serlo, el trabajador social tiene una tarea que cumplir.

Por otra parte, hablando de salud mental aún más en el tema de consumo de sustancias psicoactivas, el profesional en trabajo social juega un papel primordial para atender esta área que de alguna forma ha sido marginada para su atención.

La salud mental es parte de la salud integral de las personas y se relaciona con las condiciones de vida, con las posibilidades de desarrollo afectivo, emocional, intelectual, laboral y con la capacidad de integración al medio social y cultural. Por tanto, el enfoque de la salud mental es mucho más amplio que el de la enfermedad mental, su tratamiento clínico y el equipo de salud mental trabaja en rehabilitación y reinserción social sin dejar de lado la promoción y prevención de la salud. En la práctica, el trabajador social en salud mental interviene con otros profesionales (psiquiatras, psicólogos, enfermeros, terapeutas ocupacionales) procurando la integración de las diferentes disciplinas

El Trabajo Social Clínico, por consiguiente, puede implicar intervenciones tanto en la situación social como de la persona, los tres fundamentos principales por los que el Trabajo Social Clínico produce el cambio son:

1. Por medio de la relación interpersonal.
2. Por medio de cambios en la situación social.
3. Por medio de cambios en las relaciones con personas significativas en el espacio vital de los individuos.

Del texto anterior algo semejante ocurre con el trabajo de investigación que aquí se desarrolla, ya que tiene que ver el contexto, la familia, la escuela, con la problemática del consumo de tabaco y alcohol sobre todo a edades tempranas, con la finalidad de prevenir o evitar que los jóvenes inicien consumo de tipo experimental (Ituarte, 2018, pág. 34).

2.3 La intervención de Trabajo Social en instituciones de atención a la prevención y consumo de sustancias psicoactivas.

Las instituciones que brindan atención en el tema de sustancias psicoactivas, las funciones de Trabajo Social son esenciales para el logro de los objetivos institucionales ya que realiza una labor de mediador entre los usuarios y la misma institución. A continuación, se describe la intervención de este profesional en algunas instituciones de atención a esta problemática (CONADIC, 2013, pág. 147).

Son diversas las funciones que realiza el trabajador social en la Comisión Nacional Contra las Adicciones (CONADIC), a continuación, se describen las mismas debido a que es importante que padres de familia tengan conocimiento de estos lugares y los servicios que brindan.

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 y en especial

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.

Bajo este abordaje se considera que el estrés, una inadecuada alimentación, un auto concepto pobre, falta de espacios para la diversión o una mala comunicación, entre otros, pueden actuar como elementos para alentar el consumo de sustancias psicoactivas, por ello esta propuesta está orientada a desarrollar habilidades 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

Atención de usuarios que llaman a un servicio lada sin costo a través de llamadas telefónicas relacionadas a la problemática del consumo de sustancias psicoactivas y problemas de salud mental.

Efectuar adecuadamente la canalización y/o derivación de la población a organismos de apoyo públicos o privados según lo requiera cada caso en particular.

Brindar atención de manera presencial en materia de prevención, de consumo de sustancias psicoactivas, información y orientación en eventos como ferias de la salud, jornadas, conferencias, stand en instituciones educativas de todos los niveles, en empresas públicas y privadas.

Centro de Atención Primaria a las Adicciones (CAPA)

1. Realiza pláticas y talleres preventivos (intramuros y extramuros).
2. Realiza acciones de detección oportuna (intramuros y extramuros).
3. Participa en el diagnóstico e intervención comunitaria.
4. Participa en la organización y ejecución de eventos preventivos de la unidad (jornadas, ferias, conferencias, etc.).
5. Orienta a concurrentes, describe y ofrece los servicios de la unidad.
6. Apoya en los trámites administrativos necesarios para el ingreso de usuarios de primera vez o de reingreso.
7. Elabora el estudio social y socioeconómico para determinar las cuotas de recuperación (en caso de que la unidad cuente con ese mecanismo).
8. Participa en el diagnóstico integral de los usuarios, dentro del ámbito de competencia.

9. Revisa que los expedientes de los usuarios se integren de acuerdo con la normatividad y lineamientos vigentes, solicitando en caso de ser necesario, la información faltante al psicólogo o médico responsable.
10. Da seguimiento integral a casos dentro de su ámbito de competencia, en conjunto con las áreas médica y de psicología y bajo la supervisión del responsable de la unidad.
11. Detecta oportunamente situaciones que interfieran en el tratamiento dentro de su ámbito de competencia y realiza propuestas para su atención.
12. Participa en la orientación a los familiares de los usuarios de la unidad.
13. Proporciona, en coordinación con el área médica y de psicología, información pertinente a los familiares, acerca del avance del tratamiento de los usuarios.
14. Realiza llamadas de rescate o visitas domiciliarias cuando el psicólogo, lo solicita por inasistencias o abandono de tratamiento.
15. Realiza acciones de integración social como parte de los cuidados paralelos o posteriores al tratamiento.
16. Establece en conjunto con el responsable de la unidad, vínculos estratégicos con instancias que puedan apoyar en la integración social de los usuarios.
17. Participa en las actividades de la fase de seguimiento de los usuarios que concluyen el tratamiento.
18. Da seguimiento a la referencia y contra referencia de los usuarios, con la finalidad de que sea exitosa.

19. Actualiza de forma permanente el directorio de instituciones para referir usuarios o solicitar interconsulta.

20. Facilita que los Grupos de Ayuda Mutua sesionen en las instalaciones del centro (Alcohólicos anónimos. Drogadictos Anónimos y Neuróticos Anónimos), sin que esto implique su participación directa al interior del grupo.

21. Conformar y dar seguimiento a los Grupos de Acción Comunitaria.

22. Difunde en instituciones el voluntariado en las Unidades Médicas Especializadas de los Centros de Atención Primaria a las Adicciones (UNEME-CAPA) (incluyendo prácticas profesionales o servicio social).

23. Capacita a personal de la unidad, pasantes o voluntarios dentro de su ámbito de competencia.

Centro de Integración Juvenil, A.C.

Uno de los modelos de vanguardia en la actualidad y con más éxito en la prevención y tratamiento del consumo de sustancias psicoactivas, es sin duda el de los Centros de Integración Juvenil. A. C. El trabajo que se realiza en estos centros es desde la Interdisciplinariedad de saberes: Multidisciplinar-Interdisciplina-Transdisciplina, enfocado a la atención del paciente que acude a los servicios de estos establecimientos.

El trabajador social, cumple con diferentes funciones y su actuación cobra mucha importancia en el trabajo individual, familiar, grupal, comunitario e institucional.

Uno de los servicios que ofrecen los Centros son los de la Reunión informativa, cuyo objetivo es sensibilizar a los solicitantes de los servicios de la conveniencia de participar en el tratamiento de

las adicciones para que se incorporen en los servicios que se ofrecen en las unidades de consulta externa.

Este servicio es un espacio para sensibilizar a las y los solicitantes de servicios de la oportunidad de participar en el proceso terapéutico, cuya finalidad es el mejoramiento de su salud y su reinserción hacia actividades escolares, laborales y comunitarias. Es importante mencionar que el tratamiento es singularizado y que se requiere del apoyo de familiares en dicho proceso para el adecuado manejo clínico. A los solicitantes se les brinda información acerca de los servicios de tratamiento en consulta externa que se proporcionan en las unidades, así como los procesos administrativos a los que habrían de adherirse para recibir atención en la institución.

Cabe señalar que este servicio no es obligatorio, sino que va de acuerdo con las necesidades de la población y la organización de equipo de trabajo de la unidad. En particular para las y los solicitantes que acuden para dejar de fumar, se sugiere desarrollar el consejo breve preventivo.

Otro servicio es la intervención en crisis cuyo objetivo es brindar información y/o apoyo psicológico breve para auxiliar a los consultantes en el afrontamiento de una crisis que les permita un manejo adecuado de la situación y facilite el inicio de un proceso de tratamiento. El trabajador social también puede intervenir en este servicio:

La entrevista inicial tiene como objetivo obtener información relativa a la historia de consumo del paciente, su patrón de consumo, las acciones que ha emprendido para cesar el mismo, los problemas asociados, la motivación hacia el tratamiento y las expectativas del paciente en relación con la atención en Centros de Integración Juvenil A.C.

El trabajador social puede llevar a cabo la entrevista inicial para pacientes y colaborar así en el proceso de evaluación y diagnóstico.

En esta entrevista se aborda el consentimiento informado, explicando al paciente y familiares el compromiso de las partes para el proceso clínico que se inicia en el centro y se recaban las firmas. Cabe señalar que en el caso de personas menores de edad quienes firman son los padres, madres de familia o tutores.

La motivación al paciente es esencial y en caso de que el siguiente servicio se programe con una o más semanas, se propone brindar los dispositivos de intervención temprana para dar continuidad a la atención y disminuir tiempos de espera entre cada servicio. El estudio socioeconómico, cuyo objetivo es recopilar la información necesaria para elaborar el diagnóstico y plan social, así como determinar el nivel socioeconómico individual y/o familiar del paciente para asignar la cuota de recuperación o la exención de esta para las consultas subsecuentes.

El Estudio Socioeconómico es un elemento indispensable para la valoración integral de las personas que acuden por problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas pues da cuenta de la situación contextual y psicosocial en el que se desenvuelve la persona que consume y su familia; en él se consideran aspectos como los recursos personales, sociofamiliares y económicos con los que cuentan. Así mismo, permite identificar las áreas psicosociales que han sido afectadas y requieren ser rehabilitadas y aquellas que pueden servir para promover la reinserción social (redes sociales de apoyo).

El plan de tratamiento cuyo objetivo es elaborar un plan de tratamiento personalizado.

Una vez que se ha llevado a cabo la fase de evaluación diagnóstica, se puede conformar un plan de tratamiento que integre la información recabada por cada uno de los/las profesionales de la salud implicados en el caso. Este plan busca posibilitar el abordaje del proceso de rehabilitación desde diferentes miradas profesionales, pero con un mismo objetivo y representa además un

programa de intervención que atiende la singularidad de cada paciente (considerando las características específicas de cada persona y/o familia que ingrese a un tratamiento), ya que su construcción se deriva justamente de las características y contexto particular de cada usuario/a.

A partir de la información recabada el/la terapeuta responsable del caso será el encargado de integrar la información consignada en el formato “Plan de Tratamiento” el cual refleja el acuerdo verbal entre el equipo de profesionales de la salud y el/la paciente describe el nivel previsto de la atención, el enfoque de intervención y recomendaciones, lo cual será distribuido en los siguientes puntos:

- Los objetivos del tratamiento
- Las metas a corto y largo plazo
- Los servicios de Rehabilitación y Reinserción Social
- Modalidad de Tratamiento

Sesión de retroalimentación, el objetivo es tener un espacio, basado en modelos conversacionales, en el que se dialogue con el paciente y familiares (de ser así pertinente), sobre el plan de tratamiento y su involucración en este.

Este servicio tiene como propósito primordial presentarle a él/la paciente el plan de intervención que el equipo ha construido, esto con el objetivo de que se pueden aclarar posibles dudas, pero sobre todo con el fin de tomar en cuenta la retroalimentación que la persona usuaria tenga para con su plan de tratamiento, considerando esencialmente que es quien sabe sobre su malestar y que por tanto será quien lleve a cabo aquellas acciones que le permitan mejorar su estado de salud es decir el/la paciente es quien será agente de cambio de su propio proceso de tratamiento,

por lo que su compromiso y participación activa en el mismo es fundamental, al hacerlo/la participe de su tratamiento.

Reingreso su objetivo es: actualizar la información clínica, sociodemográfica y epidemiológica de la persona que consume alcohol, tabaco y otras drogas y/o su familia, para reformular el diagnóstico y elaborar un nuevo plan de tratamiento considerando la actual demanda de atención.

Tomando en cuenta que existen ocasiones en las que la persona usuaria o la familia interrumpen o abandonan el proceso de valoración o tratamiento, la entrevista de reingreso permite en caso de que el/la paciente solicite nuevamente el servicio, actualizar la información proporcionada por la persona consumidora y/o la familia a fin de brindar la atención de acuerdo con su demanda, a su situación actual siempre y cuando se hayan cumplido seis meses contados a partir del último servicio otorgado. Aplica para todas aquellas personas que ya cuentan con número de expediente, siempre y cuando se haya capturado en el expediente clínico electrónico o llenado el formato de egreso.

Entrevista inicial para familias el objetivo es: obtener información clínica acerca del impacto que ha tenido el consumo de sustancias en la estructura y dinámica del sistema familiar, e identificar los recursos con los que cuenta el mismo para su atención.

La evaluación familiar durante la primera entrevista de fase diagnóstica tiene como principal objetivo indagar y explorar el contexto familiar de tal manera que se pueda brindar una impresión inicial para formular un plan de tratamiento para los familiares sin la asistencia de la persona que tiene problemas con el consumo de sustancias.

Sesión de retroalimentación con la familia el objetivo es: Tener un espacio, basado en modelos conversacionales, en el que se dialogue con el o los familiares sobre el plan de tratamiento y su involucración con este.

Este servicio consiste en brindar un espacio a la familia en donde se les informa a los integrantes, acerca de los puntos más relevantes de su evaluación clínica, así como el diagnóstico y las propuestas de intervención de acuerdo con los servicios que favorecen sus necesidades.

La sesión de retroalimentación se realiza al finalizar los servicios de evaluación clínica y diagnóstico para familiares, los cuales consisten en la aplicación de entrevista inicial para familiares, estudio socioeconómico y plan de tratamiento.

Finalmente, la intervención temprana para adolescentes que inician el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas: grupal e individual. Cuyo objetivo es: brindar atención de manera oportuna a los y las adolescentes que están en fase de experimentación del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas (Juvenil, 2013, pág. 15).

La adolescencia es una construcción socio histórica, cultural y relacional en las sociedades contemporáneas, en nuestra sociedad prevalece la visión adulto-céntrica que sitúa a la adolescencia como un factor de riesgo para el consumo de sustancias, en tanto que la r pr s nt i n soi l s soi on l t p l “ún no...” ún no son p s tom r decisiones, aún no son responsables de sus actos, aún no tienen madurez e incluso se les criminaliza por el consumo de drogas.

Cabe aclarar que desde una mirada del desarrollo humano es una fase del ciclo de vida y desde el enfoque de derechos humanos las personas adolescentes adquieren facultades progresivas y tienen derecho a la vida, a la no discriminación, a una vida libre de drogas, libre de violencia,

derecho a la salud, educación, etc. Partiendo de su situación social son diferentes debido a su condición de género, edad, etnia, clase social, preferencia u orientación sexual, religión, etc.

Es fundamental desarrollar estrategias de intervención temprana para personas adolescentes, a fin de evitar que pase de la experimentación al abuso y dependencia de drogas. Esta intervención es un programa que se dirige a alertar de los efectos del consumo de drogas y los problemas asociados, así como motivar el cambio para favorecer la reducción y abstinencia. La parte activa del programa, sin duda, son las y los adolescentes que participan en su propio proceso de cambio, ya que son vistos como sujetos sociales. Estas son algunas de las principales funciones y actividades del trabajador social en este establecimiento.

Chimalli-DIF (Desarrollo Integral de la familia)

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 trabajador social participa en las diversas actividades como en la evolución de las ideas en prevención desde los conceptos de resiliencia, entendida como la capacidad del individuo (y de su medio ambiente) para reaccionar exitosamente ante la presencia de riesgos o estresores, modelo ecológico; se preocupa por el ambiente que conforma una comunidad y no por el individuo aislado únicamente, enfoque proactivo; actúa en pro, promoviendo que se eviten las conductas o se desarrollen las situaciones que se desean prevenir, flexibilidad paradigmática; es

la posición desde la que se puede ser proactivo y estar enfocado a las soluciones, niveles de desarrollo sociocultural; un elemento indispensable para los promotores comunitarios es contar con una línea conceptual que permita comprender lo que ocurre en la interacción con una comunidad y que da sentido al esfuerzo que se está llevando a cabo y cambio psicosocial comunitario; en forma correlativa, el cambio psicosocial comunitario es un proceso que debe entenderse pues su mejor comprensión trae beneficios al esfuerzo de promoción comunitaria orientada a la prevención de los riesgos psicosociales realiza sesiones preventivas y organiza actividades adicionales en el Chimalli-DIF (Bernal, S/N, pág. 31).

Programa de uso sustenible para alumnos 4° 5° 6° grados primari “Yo quiero o
puo” Instituto Mexicano de Investigación y Población (IMIFAP)

Desde su fundación en 1986, el Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población (IMIFAP) ha desarrollado, instrumentado y diseminado investigaciones en el campo de la educación para la vida, la salud y la sexualidad en México. A partir de estas investigaciones, 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, pág. 15).

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 y de tensiones.

Desde esta perspectiva el trabajador social siendo un profesionista que, al abordar los componentes sociales de cualquier forma de organización de las personas, en un momento histórico; tendrá influencia sobre la emisión y posicionamiento de políticas públicas, una de las relevantes son las relativas a la salud y de las prioritarias para este sector encontramos a la prevención del consumo de drogas. Al interior de esta materia, la estrategia pertinente en el momento actual es, elevar la percepción del riesgo, que apuntala y fortalece cualquier estrategia preventiva dirigida a menores de edad y de la población en general (Bernal, S/N, pág. 18).

Como mecanismo de control social las instituciones mantienen a la población brindándoles programas que no responden a una problemática real. Este derecho supone el reconocimiento que el Estado hace de la facultad natural de toda persona a ser individualmente como quiere ser, sin coacción, controles injustificados ni imposiciones morales. Y en consecuencia representa una garantía para las minorías sociales. El derecho a consumir drogas, pues, sería perfectamente subsumible en este otro derecho superior. Pues si a pesar de toda la cacería prohibicionista, tantos ciudadanos continúan haciendo uso de las drogas recreativas es porque algo debe aportarles éstas al desarrollo de su personalidad.

Este aporte puede ceñirse al mero placer del consumo de tales sustancias, pero también está demostrado que pueden promover la creatividad, fomentar la inspiración artística o aumentar las capacidades físicas.

El derecho al libre desarrollo de la personalidad ha sido consagrado como un derecho fundamental en la Declaración Universal de Derechos Humanos y en infinidad de textos constitucionales desde que lo hiciera la Ley Fundamental de Bonn, la dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás son fundamento del orden político y de la paz social.

Y como dispositivo de vigilancia el intervencionismo estatal en la esfera individual de los ciudadanos se revela especialmente sangrante desde el momento en que quedó demostrado que la mayor parte de las consecuencias negativas para los consumidores vienen dadas más por las propias normas prohibitivas que por el consumo, en efecto la inmensa mayoría de los usuarios de drogas ilegales no presentan cuadros de consumo problemáticos ni delinquen a consecuencia de tal uso, sin embargo la legislación represora del consumo de drogas ha conseguido convertir en reales ciertas situaciones que el legislador supuso como ciertas sin serlo. El prohibicionismo genera de esta manera una suerte de profecía auto cumplida.

De esta manera se acaba justificando que las leyes penales impidan reconocer a los ciudadanos un espacio individual dentro del cual sean libres de actuar conforme a sus preferencias. Sin embargo, y aunque en ningún momento, ni lugar se haya llegado a reconocer el derecho a consumir drogas, la intromisión penal sí podría estar vulnerando un derecho ya reconocido: el derecho al libre desarrollo de la personalidad.

El lenguaje y las prácticas discursivas. El libre desarrollo de la personalidad aparece indisolublemente unido al concepto de autodeterminación y de responsabilidad personal. Por tanto, sin esta autonomía para decidir qué es lo que se quiere para uno mismo no se puede ejercer libremente el desarrollo de la propia personalidad. Nadie pone en duda que el adulto que, bien

informado de los riesgos, consume drogas de manera libre y responsable, está tomando esta decisión con autonomía y, por tanto, ejercitando el libre desarrollo de su personalidad.

La justificación de los prohibicionistas para hacer extensiva y general la restricción es que no siempre se elige usar las drogas de manera racional. Argumentan que las personas consumidoras de drogas son incapaces de hacer un balance entre los riesgos y lo que la sustancia en cuestión pueda aportarles y, por ello, no son capaces de tomar una decisión con autonomía.

Estas actitudes paternalistas se basan en una idea ya superada de la adicción que la equiparaba con la esclavitud. Si el concepto de adicción nunca ha sido pacífico, la antigua identificación de adicción con nulidad de juicio ha sido desmontada recientemente.

Hoy en día, ha quedado patente que el uso irracional y compulsivo de drogas tiene mucho más que ver con el entorno de la persona que consume que con la propia sustancia. Cuanto más estropeado está el ambiente vital del usuario de drogas más posibilidades tendrá de volverse consumidor a ellas. Por tanto, la capacidad de voluntad del individuo se ve más mermada a consecuencia de las leyes prohibicionistas que pueden convertirlo en un marginado social que por los efectos propios de las sustancias.

Esto último tiene que ver por ejemplo con un entorno medio ambiente sano, donde también aparecen los derechos humanos. Si el ambiente vital está estropeado más posibilidades tendrá de volverse consumidor, son esos entornos que influyen o no en que los niños, jóvenes o incluso adultos mayores tengan más posibilidades de consumo a una sustancia o no. Los lugares también tienen que ver con derechos humanos. Desde luego que se observa cómo afectan desde, las universidades, las comunidades y el mismo medio ambiente, donde si no cuidamos nuestra biosfera con tanto adelanto científico y tecnológico, de nada servirán esos avances y entonces el

En el punto “progreso” el individuo debe ser más comprometido a sus deberes y obligaciones que derechos, con un sentido y bajo una lógica de bienestar y principio de responsabilidad social con el entorno donde el ser humano convive con otras especies.

2.4 Ética y Trabajo Social en la prevención de consumo de sustancias psicoactivas.

El Trabajo Social promueve el cambio social, la resolución de problemas en las relaciones humanas y el fortalecimiento, también la liberación de las personas para incrementar el bienestar. Mediante la utilización de teorías sobre comportamiento humano y los sistemas sociales interviene en los puntos en los que las personas interactúan en su entorno.

Los principios de Derechos Humanos y Justicia Social son fundamentales para el Trabajo Social. El Trabajo Social se basa en el respeto, el valor y la dignidad inherentes a toda persona y a los derechos que de ello se desprenden.

Los trabajadores sociales deben defender, apoyar la integridad, bienestar físico, psicológico, emocional y espiritual de cada persona, esto significa:

1.- Respetar el derecho a la autodeterminación, lo cual significa que deben respetar y promover el derecho de las personas a elegir por sí mismas y a tomar sus propias decisiones, sea cual sean sus valores y opciones de vida, siempre y cuando no amenacen los derechos e intereses legítimos de otros.

2.- Promover el derecho a la participación de los trabajadores sociales: lo que significa que deben promover el compromiso pleno y la implicación de los usuarios para reforzarles en la toma de decisiones y acciones que afectan a sus vidas.

3.- Tratar a cada persona como un todo deben intervenir con la persona en su totalidad, con la familia, la comunidad, el entorno social, natural y tener en cuenta todos los aspectos que influyen en la vida de una persona.

4.- Identificar y desarrollar sus fortalezas: se deben de concentrar en el potencial de las personas, grupos y comunidades y promover su empoderamiento.

Los trabajadores sociales tienen la responsabilidad de oponerse a la discriminación negativa por razones de capacidad, edad, cultura, género o sexo, estado civil, estatus socioeconómico, opiniones públicas, color de piel u otras características físicas, orientación sexual o ideas religiosas. Deben reconocer y respetar la diversidad étnica y cultural de las sociedades con las que trabajan, teniendo en cuenta las diferencias individuales y familiares grupales o comunitarios. Los trabajadores sociales deben actuar con arreglo al código o directrices de ética vigentes en su país.

Código deontológico de Trabajo Social.

Es una guía para los profesionales que sirve para resolver los conflictos éticos que puedan surgir a lo largo de la profesión y asegurar el buen ejercicio de esta, sus objetivos son: Delimitar responsabilidades profesionales, promover el incremento de los conocimientos científicos y técnicos, definir el correcto comportamiento profesional, evitar la competencia desleal, mantener el prestigio de la profesión, perseguir el constante perfeccionamientos de las tareas profesionales, atender el servicio de la ciudadanía y las instituciones, valorar la confianza como factor importante y decisivo en las relaciones públicas, servir de base para las relaciones disciplinarias.

Entre las funciones del trabajador social se encuentran: información, investigación, prevención asistencia, atención directa, promoción e inserción social, mediación, planificación, gerencia y dirección, evaluación, docencia, coordinación.

Principios básicos. Dignidad: la persona tiene valor en sí misma, libertad: la persona realiza todos los actos sin coacción ni impedimentos e igualdad: todos tenemos los mismos derechos y deberes compatibles.

Principios Generales:

- 1.- Respeto activo a la persona, al grupo o a la comunidad como centro de toda intervención profesional.
- 2.- Aceptación de la persona en cuanto tal con sus singularidades y diferencias.
- 3.- Superación de categorizaciones derivadas de esquemas prefijados.
- 4.- Ausencia de juicios de valor sobre la persona, así como sobre sus recursos, motivaciones y necesidades.
- 5.- Promoción integral de la persona, considerada como un todo, desde sus capacidades potenciales y múltiples factores internos y externos circunstanciales.

Se exponen estos conflictos ya que se considera que en muchos de ellos los trabajadores sociales pueden experimentar conflictos y que no es tan fácil como parece, por ello es importante conocerlos.

Principios fundamentales:

A partir de los valores de libertad, justicia social, igualdad, solidaridad y participación, se expresan los siguientes principios:

1. Fortalecimiento de la democracia, con independencia real de los poderes del Estado: Ejecutivo, Legislativo y Judicial, favoreciendo los procesos de participación social, tanto en su forma directa, como representativa.
2. Búsqueda de la justicia social y de la igualdad: Defendiendo el carácter público, universal e integral de las políticas, programas sociales como generadoras y/o viabilizado de derechos, y la responsabilidad irremplazable del Estado en la materia, con la participación democrática de la sociedad en su conjunto.
3. Compromiso con el pleno desarrollo de los Derechos Humanos de individuos: Grupos y otros colectivos, reconocidos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas y otros acuerdos internacionales derivados o complementarios de la misma.
4. Defensa y profundización de la Ciudadanía: En los aspectos civiles, sociales, económicos, culturales y políticos, promoviendo el acceso real a los bienes materiales y culturales producidos socialmente, sin discriminación de género, edad, opción sexual, etnia, condición social, económica, opción religiosa o política.
5. Impulsar todas aquellas manifestaciones: Que contribuyan a promover condiciones de paz y tolerancia entre las personas y los pueblos, en oposición a las más variadas formas de la violencia, tortura y autoritarismo.
6. Promover vínculos: Solidarios y de igualdad entre los sujetos que favorezcan la participación y reflexión crítica en procesos de cambio y transformación social en las situaciones de explotación, dominación, discriminación y exclusión social.

7. Estímulo del pluralismo: Respetando las diversas corrientes profesionales democráticas, promoviendo el debate y la expresión de distintas perspectivas teórico metodológico y ético-político.

El Trabajo Social promueve el cambio social, la resolución de problemas en las relaciones humanas y el fortalecimiento, también la liberación de las personas para incrementar el bienestar. Mediante la utilización de teorías sobre comportamiento humano y los sistemas sociales, el Trabajo Social interviene en los puntos en los que las personas interactúan en su entorno.

La ética del Trabajo Social está referida a un deber ser de la profesión, el cual se sustenta en principios, valores y deberes, la mayoría de ellos consignados en los códigos profesionales, y otros, resultantes de los nuevos escenarios sociales que convocan nuevas prácticas y posturas de los y las trabajadores sociales.

Es necesario recalcar que la ética supone una puesta en práctica de ciertos conceptos claves para el desarrollo de toda acción en el plano social.

Desde el punto de vista del código deontológico de Trabajo Social es importante mencionar que la ética juega un papel muy importante en las intervenciones del trabajador social, sobre todo en situaciones como la problemática del consumo de sustancias psicoactiva, ya que es claro que trabajar en orientación y asistencia a familias en situación de crisis y conflicto requiere tener en cuenta un necesario punto de partida que organice las intervenciones profesionales, en función de contenidos no solamente científicos, metodológicos y operativos, sino también éticos.

Cuando se habla de derechos humanos, por ejemplo, nunca se piensa que los derechos son más que lo que está conforme a la regla, a la ley. Los derechos humanos son el resultante de la búsqueda de equidad entre los seres humanos, son importantes en el sentido de igualdad y de

oportunidades y de desarrollo, pero también implica que como seres humanos sepamos valorar ello y promover la diversidad, pero de manera pacífica, con verdadera justicia y un gran valor. Además, los derechos no solo se enfocan en los seres humanos hay diferentes espacios donde adquieren vital importancia como el espacio de la biosfera que sin ella el ser humano no tendría sentido de su existencia por que el deterioro del lugar que habitamos afecta directamente a la especie humana y demás seres vivos no humanos. Otros espacios son las instituciones educativas, empresas, etc.

Hablar de adicciones desde un enfoque de los derechos humanos y ético, es vital para responder a los problemas de estigmatización hacia esta población, ya que en la sociedad de consumo clasifica a los individuos en función del grado de pertenencia, hay ciertos colectivos que son los "perdidos" por los "éxitos" de los otros o tipo "participación" en los "éxitos" de los otros. Ideologías excluyentes y conservadoras que justifican su marginación. La sociedad trata de prescindir de ciertas personas consumidoras de sustancias psicoactivas. Ser consumidor de estas sustancias implica una pérdida en la calidad de vida del individuo, un deterioro de su identidad y un ruptura en sus relaciones sociales. El consumidor o "adicto" desarrolla su estilo de vida en torno al "sustentamiento" de su forma de vida por su espacio dentro del "sistema"; así es como se le exilia, aparta y finalmente se le da un menor valor.

Por lo anterior, la importancia de la Ética y Trabajo Social en los temas relacionados a los consumos de sustancias psicoactivas, el trabajo realizado por este profesional cobra valor a no estigmatizar a las personas consumidoras o en riesgo, ya que la adicción finalmente es una enfermedad, misma que requiere una atención especializada, no solamente a quien consume, además a la familia o a las personas que vivan con él.

Aunque la persona que consume desarrolle su estilo de vida en torno a la sustancia y de esa manera sea descalificado socialmente, el trabajador social, realiza una importante labor en cuanto a su intervención ya sea informando u orientando al consumidor, a la familia e incluso a la misma comunidad, por ejemplo en campañas de salud acerca de que el consumo de sustancias psicoactivas no es un problema aislado y exclusivo de quien lo lleva a cabo, sino más bien un problema de salud pública que involucra a todas las instancias como son autoridades de gobierno, privadas, a organizaciones civiles etc., a involucrarse en la posible solución de dicha problemática.

Capítulo III. La percepción del riesgo asociado al consumo de sustancias psicoactivas

3.1 ¿Qué es la percepción del riesgo?

Las definiciones sobre riesgo en la literatura son escasas y no se encontró ninguna que de sentido unificado al concepto. El riesgo se puede entender desde el plan real y el subjetivo, y se puede valorar desde una vertiente colectiva e individual (Gil, 2008, pág. 19).

Desde el plano objetivo, la valoración del riesgo de forma individual se explica desde una diversificación del concepto, ya que el término se sustenta en las creencias o pensamientos que la persona tiene, existe una gran variabilidad.

El concepto de percepción se entiende y se explica desde una perspectiva subjetiva del término, unido a conceptos como creencia, idea o actitud. Se trataría de un proceso cognitivo en el que descansa la información que cada persona tiene acerca de diferentes cuestiones como contextos, otras personas, objetos y que se procesa de forma inmediata organizándose en juicio o valor de este. Así, la percepción del riesgo estaría ubicada en el plano subjetivo de la persona junto a factores como calidad, cantidad de la información, creencias, actitudes, experiencias, motivación y estereotipos. Hacen que el sujeto asuma el riesgo o no, en función de las características expositivas de cada situación. Por ejemplo, en un supuesto consumo de alcohol, un joven puede percibir bajo riesgo en el mismo, si en su experiencia personal ha podido comprobar que no ha sufrido malestar o peligro alguno al consumirlo. Si además percibe que está bien informado acerca de la cantidad de alcohol que no entraña riesgos adicionales si no realiza ninguna actividad adicional peligrosa (como conducir), sus creencias, actitudes serán positivas y se sentirá muy motivado a consumir alcohol “form control” h rlo form

generalizada en las ocasiones que sean similares a las anteriores que fueron exitosas para él (Pastor, 2000, pág. 42).

Para hacer que la visión de la problemática sea más realista se tiene que integrar ambos conceptos: riesgo y percepción incluyendo a todas las posibles variables que intervienen en el proceso, hablando de que se trata de un proceso cognitivo individual, que se desarrolla en el plano subjetivo, en el que intervienen otros procesos básicos como las creencias, actitudes y que una vez procesado se convierte en una evidencia para el sujeto. La percepción del riesgo, de esta forma, se considera como una de las variables que presentan mayor impacto en la iniciación y mantenimiento del consumo de sustancias en las niñas, niños y adolescentes, incluso ejerciendo a veces, una influencia nodal a la hora de que una persona se planteé consumir una sustancia o no hacerlo. (García del Castillo, 2006, pág. 34).

3.2 Niveles de Prevención: Universal, Selectiva e Indicada

En México se han realizado un importante número de acciones de prevención universal, logrando identificarse más de 10 modelos que operan en el territorio nacional con base en la evidencia científica. Estos programas de prevención aumentan los factores de protección y eliminan o reducen los factores de riesgo del consumo de drogas. Están diseñados para diferentes edades y se pueden usar en forma individual o en un entorno grupal como la escuela o el hogar.

Hay tres tipos de niveles:

Nivel de prevención Universal, Selectivo e Indicada: Las diversas crisis que ha enfrentado la sociedad mexicana han generado una serie de cambios culturales que afectan directamente a sus miembros y en muchos momentos, favorecen actividades que resultan perjudiciales para la salud, tal como el consumo de sustancias psicoactivas. La adopción de nuevos patrones de conducta

también ha contribuido a ese cambio cultural que, desafortunadamente, ha hecho de un problema de salud pública un modo de vida en un porcentaje de la población, mismo que si bien en la actualidad, puede parecer poco significativo, tiende a aumentar debido a la necesidad social de identificación y adopción de patrones culturales. Por tal motivo se expone la necesidad de actuar en la prevención del consumo de sustancias psicoactivas con criterios de orden social, mediante la participación de la comunidad y con el respaldo de instituciones como lo es el Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México (IAPA). Centrar la congruencia entre normas y valores con el objetivo, no sólo de promover una estrategia preventiva desde un cambio de ambiente en el que se desenvuelve y socializa un sujeto, sino también se estará preparando una comunidad corresponsable con su institución y gobierno que pueda enfrentar los riesgos que llevan el consumo de sustancias psicoactivas en lugares como el municipio de Tlalnepantla de Baz en el Estado de México. En los últimos años, la prevención de adicciones ha tenido una importante reestructuración tanto a nivel teórico como metodológico, esto debido en gran parte, por el constante desarrollo y expansión de su estudio. Es de suma importancia, para este ámbito de intervención, contar con un abanico de posibilidades en el momento de optar por un programa que responda eficazmente a las necesidades detectadas. Cualquier intervención preventiva debe ser lo suficientemente sensible para captar y responder de manera adecuada a las características y necesidades específicas de la población o del contexto y la comunidad al que se dirige. En este sentido, más que hablar de intervenciones preventivas generales, resulta más adecuado hablar de intervenciones preventivas diseñadas con base en referentes comunitarios específicos. La prevención también implica una actuación enfocada a evitar que algunos riesgos o daños existentes y aún controlables, tomen dimensiones mayores. Para responder a la variedad de matices que tiene la prevención de adicciones, en 1980, Caplan

realizó una propuesta para diferenciar a la prevención. Ésta se distinguía en prevención primaria (intervenir antes de que surja la enfermedad), secundaria (detener la enfermedad, que se encuentra en los primeros estados) y terciaria (una vez que la enfermedad se haya declarado y su objetivo es evitar complicaciones y recaídas). Sin embargo, en los últimos años este concepto cambió a prevención universal, selectiva e indicada en función del nivel de riesgo y otras características específicas de la población a la que se dirigen las personas.

La prevención universal: Esta categoría de intervención supone que toda la comunidad comparte un riesgo general. Una de las particularidades de la prevención universal es que se emplea en grandes grupos, sin el uso de pruebas (tamizaje) en poblaciones aparentemente sanas, para identificar a las personas que tienen un riesgo mayor. Se enfocan en los factores de riesgo y de protección que son comunes a todos los niños en un ambiente determinado, como la escuela o la comunidad. Se refiere a un tipo de programa que se dirige a toda la población, o a un grupo amplio de personas que no están identificados a partir de un factor de riesgo individual. La mayoría de los programas de base escolar que tratan de fomentar habilidades y clarificar los valores entran en la siguiente clasificación: dirigida a la población en general, promueve la salud para crear conocimiento y orienta sobre la problemática de consumo de sustancias y sus formas de prevención.

Prevención selectiva: Se enfoca al desarrollo de acciones para grupos de riesgo específico. La intervención se dirige a un subconjunto de la población que tiene un riesgo mayor para desarrollar abuso a sustancias en virtud de su filiación a un segmento particular de la población. La prevención selectiva se dirige a todo el subgrupo, independientemente del grado de riesgo de los individuos con el fin de detener su avance hacia un consumo problemático. Para grupos de niños y adolescentes que tienen ciertos factores que aumentan el riesgo de que consuman drogas.

Alude al tipo de programas dirigidos a un segmento concreto de la población, que de acuerdo con datos objetivos (aportados por la epidemiología u otro tipo de investigación), se halla sometido a factores de riesgo capaces de generar problemas relacionados con el consumo de drogas.

Existe evidencia de que la efectividad de estos programas se incrementa cuanto más sistemática y tempranamente se ofrezcan.

Prevención indicada: Se refiere a los trabajos de prevención que se dirigen a grupos específicos de la población con sospecha de consumo y/o de usuarios experimentales, quienes exhiben factores de alto riesgo que incrementan la posibilidad de desarrollar la adicción. Están diseñados para jóvenes que ya han comenzado a consumir drogas. Se reserva exclusivamente para personas que ya están mostrando indicios de consumo de drogas y otros problemas de conducta asociados (bajo rendimiento escolar, ausencia de clases, agresividad etc.) pero no ha alcanzado la condición requerida para ser diagnosticados de abuso de drogas o dependencia de acuerdo con los criterios de los manuales diagnósticos (Adicciones, 2001, pág. 25).

Cabe mencionar que para la presente investigación el nivel de prevención que se abordó principalmente es el nivel universal, solo si se identifica algún caso de consumo inicial se abordara también el nivel selectivo, a fin de canalizar el o los mismos casos. La prevención quiere decir anticiparse a la acción de algo, en ese sentido es que entender y analizar los diferentes tipos de prevención, permite tener esa posibilidad de brindar a los niños y niñas elementos que les ayude a evitar posibles riesgos y tener otras alternativas que les favorezca en estilos de vida más saludables para ellos.

Propósito: Este nivel de intervención tiene como propósito evitar que progrese el consumo de sustancias y disminuir los problemas asociados al mismo.

Parámetros: Por su parte la Norma Oficial Mexicana (NOM-028-SSA2-2009) establece los parámetros que rigen las acciones en materia de prevención, tratamiento y control de adicciones.

La norma define prevenir como el conjunto de acciones dirigidas a identificar, evitar, reducir, regular o eliminar el consumo no terapéutico de sustancias psicoactivas, como riesgo sanitario, así como sus consecuencias físicas, psíquicas, económicas familiares y sociales.

Aspectos: Es importante tomar en cuenta los aspectos macro y micro social de las poblaciones objetivo, tales como: dimensiones epidemiológicas del problema, disponibilidad de servicios y programas preventivos, representación social, zona geográfica, su cultura, usos y costumbres, la familia, aspectos legales entre otros.

Al igual que las características de los individuos, tales como su edad y género, las sustancias psicoactivas de uso o abuso, los patrones de consumo y problemas asociados al consumo.

De esta manera todo programa preventivo deberá:

- a) Disponer de un marco filosófico, teórico y metodológico. Basarse en un diagnóstico, conocimiento de las necesidades, evidencias científicas, contar con sistemas de seguimiento y evaluación, así como los recursos y el personal calificado.
- b) Considerar componentes de prevención universal selectiva o indicada, ser proactivo, no discriminatorio y considerar los componentes culturales y de la región.
- c) Incluir poblaciones vulnerables y de muy alto riesgo de acuerdo con la estratificación de los diferentes grupos sociales, y tomar en cuenta sobre todo a la población juvenil.

Tipos de prevención: Escolar, Familiar, Comunitaria

La prevención se lleva a cabo en distintos ámbitos, principalmente, en el escolar, el familiar y el comunitario. Cabe señalar que la prevención del consumo puede utilizarse de manera considerable en la etapa de la adolescencia, por lo general, se comienza con la experimentación o

consumo de sustancias psicoactivas. Por tal motivo la prevención debe de contemplarse como una estrategia transversal prioritaria dentro de las políticas de salud. Su propósito deberá ser comunicar mensajes y desarrollar acciones que no sólo provean de conocimientos, objetivos adecuados acerca de las sustancias psicoactivas y los efectos de su consumo, sino que faciliten el desarrollo de actitudes y conductas que tiendan hacia la prevención de salud y generen estilos de vida saludables.

Las poblaciones prioritarias para realizar la prevención de adicciones son los niños y jóvenes, que están en mayor riesgo de iniciar el consumo y se encuentran en pleno desarrollo.

Para lograr resultados favorables y modificar las tendencias observadas en los últimos años, la prevención debe ser coherente en los distintos ámbitos, como el familiar, comunitario y el escolar; ejercerse de manera dinámica y permanente con una participación social, constante, coordinada y debidamente evaluada.

Aunque la meta de la prevención es desalentar el inicio en el uso de sustancias psicoactivas, también incluye acciones que se dirigen a detectar en forma temprana el uso, abuso y dependencia, así como ciertas intervenciones que pretenden disminuir los daños a la salud relacionados con el consumo. Por lo tanto, la eficacia de la acción preventiva no sólo dependerá de la definición de objetivos asequibles y de la población a la que se dirige, sino también de la coherencia, integración y coordinación entre las actividades desarrolladas.

Prevención escolar: La prevención escolar permite llegar a los jóvenes escolarizados en la edad máxima de riesgo para el consumo de distintas sustancias psicoactivas, lo que facilita la actuación de las acciones preventivas. Este tipo de prevención debe conseguir que los jóvenes no consuman sustancias psicoactivas o bien, retrasen la edad de inicio. De igual forma, proporcionar los elementos necesarios para que los jóvenes desarrollen habilidades que mejoren los factores

de protección. Sin embargo, no hay que perder de vista que las intervenciones preventivas dirigidas a la población cautiva en el ámbito escolar, no permite el acceso a aquella población objetivo que no asiste a la escuela o tienen fracaso escolar, lo que los lleva a abandonar la misma antes de tiempo. Por esta razón la implementación de acciones en el ámbito escolar y comunitario de forma coordinada permite impactar a la población antes mencionada.

Prevención familiar: La familia constituye un elemento fundamental en la socialización del niño y el adolescente. Por ello una familia con estructura, en la que se tiene claro el derecho, responsabilidades, límites claros, reglas, consecuencias que involucren a todos y cada uno de los integrantes de la familia, facilita la adaptación social de los niños y adolescentes. Así mismo, acciones tales como que los mismos integrantes de la familia promuevan y fomenten el no consumo de sustancias, se traducen en factores protectores.

Las características de los programas preventivos familiares son:

- Fomentar habilidades comunicativas en los no fumadores
- Informar a los niños y adolescentes sobre los riesgos de la exposición a la nicotina y al alcohol

Prevención comunitaria: El objetivo que pretende este tipo de prevención es reforzar los mensajes y normas de la comunidad en contra del uso y abuso de sustancias psicoactivas y la preservación de la salud.

Implica poner en marcha la organización, recursos y medios comunitarios y, con ello, la participación y movilización de distintas instituciones, organizaciones, colectivos y personas de la comunidad, para un objetivo en común.

¿Cómo construir un plan preventivo?

El plan de la comunidad: Es importante mencionar que las acciones de prevención deben de ser planificadas con el fin de que éstas cubran las necesidades específicas de la comunidad y con ello obtener los resultados esperados:

Las investigaciones sobre la prevención sugieren que un plan bien construido:

- Identificar los riesgos específicos otros problemas de los niños y adolescentes de la comunidad.
- Construir sobre los recursos existentes
- Desarrollar metas a corto plazo relacionadas con la implementación en los programas de prevención y estrategias con bases científicas.
- Proyectar metas a largo plazo a manera que los planes y recursos estén disponibles para el futuro.

Incluye evaluaciones continuas del programa de prevención (Drogas, 2004, pág. 65).

3.3 Educación para la salud.

La educación para la salud es un campo reciente de reflexión en nuestro medio, que se ha constituido en uno de los mayores intereses en los ámbitos de la promoción de la salud, y como consecuencia en Trabajo Social. Para la Organización Mundial de la Salud, es cualquier combinación de actividades de información y de educación que lleve a una situación en las que las personas deseen estar sanas, sepan cómo alcanzar la salud, hagan lo que puedan individual y colectivamente para mantenerla y busquen ayuda cuando lo necesiten. De acuerdo con esta definición las acciones que se llevan a cabo en la propuesta del presente trabajo de investigación son temas que tienen que ver justamente con información y de educación que llevan a situaciones en las que las personas, en este caso niños(as) deseen estar sanas. Al tener una autoestima positiva y bien reforzada y poder desarrollar habilidades cognitivas, emocionales y del pensamiento que les permita tomar decisiones adecuadas, ante situaciones de riesgo, les

puede garantizar no caer en situaciones como el consumo de sustancias psicoactivas ya sea por curiosidad o por presión de pares e incluso otros riesgos (Acero, 1988, pág. 58).

Una educación de calidad es el cimiento de la salud y el bienestar. Para llevar una vida productiva y saludable cada individuo debe poseer los conocimientos necesarios para la prevención de enfermedades y patologías. Para estudiar como es debido los niños y los adolescentes necesitan una alimentación adecuada y gozar de buena salud. Las estadísticas presentadas por el informe de seguimiento de la educación en el mundo de la UNESCO demuestran que el alto nivel de educación alcanzado por las madres contribuye al mejoramiento de los índices de vacunación y de la nutrición de los niños, reduce el número de muertes infantiles que se pueden prevenir, así como la mortalidad materna y el número de personas infectadas por el VIH (Drogas, 2004, pág. 15).

Con relación al Trabajo Social existen muchos ámbitos de trabajo en esta profesión, el sector educativo, la salud, los recursos humanos entre otros, requieren de trabajadores sociales. Pero al centrarnos en el Trabajo Social sanitario, por la importancia que tiene para el desarrollo y bienestar de personas con trastornos, enfermedades o discapacidades y que se desarrolla de manera pública o privada en centros de salud, hospitales, asociaciones etc.

Ante la definición de salud por parte de la Organización Mundial de la Salud como la situación de completo bienestar físico, psíquico y social, y con esto se puede comprender la importancia del/la trabajador/a social sanitario/a, que interviene sobre aquellos aspectos sociales que son causa o consecuencia de un problema de salud. El trabajador social llevará a cabo un trabajo, siempre dentro de un equipo multidisciplinario (profesionales de medicina, enfermería, psicología, educación social etc.) en el que se facilitará un apoyo a la persona que promoverá su

aprendizaje y el desarrollo de sus fortalezas para afrontar una situación determinada (Castillo, 2012, pág. 41).

Así tiene relevancia la intervención del trabajador social en temas relacionados por ejemplo a la atención y prevención de consumo de sustancias psicoactivas, dirigidas a la población objetivo niños y niñas de educación primaria con temas de utilidad para tener elementos que les sirvan para tomar adecuadas decisiones en sus vidas y tener un estilo de vida de mayor calidad.

La prevención del consumo de sustancias psicoactivas refiere: Al conjunto de acciones que permiten evitar que se inicie o se presente el consumo de drogas, disminuir situaciones de riesgo y limitar los daños que ocasiona el uso de estas sustancias. Gracias a que muchos países han trabajado en la prevención del consumo de drogas, se ha reconocido la necesidad de partir de teorías y modelos internacionales para explicar los factores relacionados con las conductas de consumo y definir los procedimientos más adecuados para influir y modificar tales conductas.

Los cuatro modelos que en materia de prevención propone la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) son:



El modelo Psicosocial: Concibe a las adicciones como un problema de personas que no cuentan con las capacidades individuales y sociales para enfrentarlo. Así, considera a la familia o al grupo de compañeros como agentes básicos que de alguna manera pueden influir en el desarrollo y en la prevención de las adicciones.

- La adicción se presenta como consecuencia de trastornos de la conducta, como una forma de satisfacer alguna necesidad del individuo o de resolver un conflicto.
- No distingue entre tipos de drogas, puesto que lo importante es la relación que el individuo establece con la sustancia y ésta puede ser experimental, ocasional o controlada; se habla de adicción cuando hay abuso y/o dependencia.
- Se centra en la formación de actitudes de autocuidado y comportamientos que lleven a un mejoramiento de las relaciones interpersonales, mediante programas alternativos de actividades para la salud integral y el desarrollo humano y personal.

- Busca promover patrones o estilos de vida sanos y valores de autocuidado que eviten el consumo de sustancias.

El modelo médico sanitario:

- Califica a las drogas como si fueran “gérmenes” o “virus” que infectan al cuerpo que consume.
- Considera a la prevención como una defensa ante la amenaza externa que significa la droga, a semejanza de la prevención que suministra la vacunación en las enfermedades.
- Pone énfasis en que conozcan los efectos y consecuencias (trastorno de carácter crónico, irreversible, incapacitante y letal) de cada sustancia en el organismo y, desde la perspectiva epidemiológica, las distribuciones del consumo, el perfil de los usuarios, las repercusiones en morbilidad y mortalidad.
- Fomenta la prevención brindándoles a padres y madres de familia información sobre los síntomas que indican la “infección”. Los consumidores ilegales promueven el diseño de campañas de salud.
- Se basa por completo en la disuasión; es decir, en dar razones para desistir de un propósito, por analogía podría ser la seducción del terror como instrumento más eficaz para la prevención: “Lloro o lo vivo” “Vivir sin drogas es vivir” “Dicho es el dolor de sí a la vida” son los mensajes que pueden ser utilizados en esta estrategia.

El modelo ético jurídico.

- Está centrado en la definición, clasificación, regulación legal de las drogas y todas las actividades con ellas relacionadas: producción, distribución, consumo etc.

- Divide a las drogas en lícitas e ilícitas y de acuerdo con esto, están controladas legalmente de manera diferente; siendo el consumo de drogas ilícitas el objeto de sanción como defensa del orden social.
- Determina que el consumidor es una víctima, un enfermo que se debe referir a las instituciones pertinentes para su tratamiento; los delincuentes, victimarios, son los que producen y trafican con las drogas.
- Centrado en los aspectos legales de control social, enfoca las actividades de prevención en el acatamiento irrestricto a las leyes, así como el combate y castigo al narcotráfico; la fiscalización de la producción y la distribución; la determinación de las penas por la producción, venta, consumo de drogas ilícitas, en el establecimiento de convenios y acuerdos internacionales de lucha contra las drogas.

Modelo sociocultural:

- Enfoca su atención en el contexto ampliado de los individuos (comunidad, nación), bajo la premisa de que las condiciones socioeconómicas (pobreza, hacinamiento, migración, urbanización, industrialización, desempleo etc.) y socioculturales (malestar, movimientos culturales e identidades juveniles) son las variables importantes que influyen en la aparición de las adicciones, más que en las categorías individuales.
- Centra su estrategia de intervención en la promoción del desarrollo comunitario; es decir, la realización de actividades que mejoren la infraestructura de servicio público, oportunidades de estudio y de empleo, participación comunitaria, cambio en las estructuras y las relaciones sociales (Adicciones C. N., 2008, pág. 16).

De cada uno de los modelos la presente investigación se apoyó en los siguientes aspectos:

Modelo psicosocial: Al considerar a la familia o al grupo de compañeros agentes básicos que puedan influir en la prevención de las adicciones. De la misma manera se trabajó con las familias de los alumnos como trabajador social, orientando, motivando y enfatizando en la importancia que la familia tiene como vínculo para evitar o prevenir conductas de riesgo. Además, desde la teoría del Aprendizaje Social, este modelo hace referencia a que la adicción se presenta como consecuencia de trastornos de la conducta y mucho se hizo énfasis en el modelaje durante los talleres, a fin de modificar las conductas de riesgo.

Modelo sanitario: Un punto importante de este modelo y que se relaciona con la presente investigación es fomentar la prevención brindando a padres de familia información sobre los síntomas que delatan las drogas. Así se diseñan campañas de salud para la prevención. Tal como los talleres socioeducativos, que la intención también es multiplicar en la escuela primaria, a sugerencia de una maestra inspectora de la zona de la Secretaría de Educación Pública.

Modelo ético jurídico: Tiene relación con la parte ética, al considerar al consumidor como una víctima, un enfermo que debe referir a las instituciones pertinentes y no ser juzgado o estigmatizado con términos como el vicioso, borracho, drogadicto, etc., terminología que ya no se utiliza en el ámbito médico sanitario.

Modelo sociocultural: Como en la presente investigación es importante tomar en cuenta el contexto amplio de los individuos, debido a sus variables como pobreza, hacinamiento, migración, desempleo, etc., con el posible inicio de consumo, aunque hay que aclarar desde luego no es una determinante.

A continuación, y de acuerdo con el papel que juega la familia considerada como grupo primario natural de la sociedad, se abordará, la intervención del profesional en Trabajo Social en esta problemática del consumo de sustancias psicoactivas.

3.4 El papel de la familia en la prevención del consumo de sustancias psicoactivas en los niños.

Los efectos del consumo excesivo de alcohol sobre el organismo son ampliamente conocidos y son, posiblemente, el motivo desencadenante de que las personas con un problema de adicción a esta sustancia comiencen un tratamiento de desintoxicación y deshabitación, aunque el problema real de esta adicción, como de muchas otras, sea probablemente las consecuencias familiares, sociales y laborales, que en la mayor parte de los casos resultan devastadoras.

En este sentido, la familia, como contexto socializador primario del individuo, es el elemento central, más importante tanto a nivel de intervención, como preventivo, con relación al consumo de drogas. Está comprobado que el sistema familia desempeña un papel importante en el desencadenamiento de conductas de consumo, de abuso y de adicción (Jacob, 2001, pág. 55).

No obstante, diversas investigaciones sobre consumo de sustancias psicoactivas señalan que el núcleo familiar, ciertos aspectos de su dinámica, como la calidad de su relación, la comunicación, la expresión de afectos, los valores, la satisfacción de las necesidades físicas, psicológicas y emocionales, así como el sentido de unión y pertenencia entre los integrantes de la familia, son factores que aumentan o disminuyen el riesgo del consumo de drogas.

La familia es una de las principales fuentes de apoyo y contención, también es cierto que las relaciones familiares no siempre son las más adecuadas para el sano desarrollo psicológico y emocional de sus integrantes; es la violencia familiar, sobre todo lo que abarca a niños y mujeres.

El riesgo de consumir drogas aumenta cuando en la familia se presenta las siguientes situaciones:

1. Que los padres de familia asuman actitudes permisivas ante el consumo de sustancias (ya sea alcohol, tabaco u otras sustancias psicoactivas) o que sean usuarios de drogas.
2. Desintegración familiar o vínculos escasos y/o débiles entre los integrantes de la familia, por ejemplo: falta de apoyo, agresión física o verbal constante, etc.
3. Ausencia o falta de claridad en las normas y reglas familiares, por ejemplo: pasar por alto la hora límite para estar en casa después de ir a una fiesta, no hacer lo quehaceres o las actividades domésticas encomendadas, etc.
4. Escaso interés, participación o supervisión de los padres de familia en las actividades personales y escolares de los hijos, sobre todo en la etapa de la adolescencia, por ejemplo, desconocer quienes son sus amistades, como es su desempeño en la clase etc.
5. Mala comunicación o la falta de ésta entre los padres e hijos. Una situación cotidiana es que los adolescentes sienten que sus padres no los entienden o respetan sus gustos, como la forma de hablar, o de vestir, lo que provoca que se corte la comunicación con los padres y que se dé la hostilidad o el enojo creciente hacia ellos.
6. Percepción de hostilidad o rechazo de los adolescentes a los padres, principalmente cuando se les reprime constantemente por lo que hacen o dejan de hacer en la casa, cuando se dificulta aceptar y respetar la forma de ser del otro, etc.
7. Sobreprotección, falta de reconocimiento o expresión positiva del pensamiento y afectos etc. Existen casos donde alguno de los padres permite o tolera conductas agresivas o irrespetuosas al hijo, ya sea niño o adolescente, en tanto el otro, por el contrario, trata de

corregir la misma conducta con una reprimenda fuerte, lo que en el hijo provoca desconcierto y rechazo a quien castiga, haciendo que se incremente la aceptación con quien lo protege, y ello promueve la creación de un círculo vicioso.

Se sabe que las familias de los consumidores a las drogas tienen más conflictos o pelias entre padres e hijos, en las que los jóvenes muestran mayor apego a los amigos, también usuarios de drogas, que a la propia familia (Kena, 1999, pág. 104).

De acuerdo a la experiencia que se ha tenido en la Comisión Nacional Contra las Adicciones (CONADIC) es muy frecuente que sea el familiar quién busca asesoría para ayudar a quién consume, esto quiere decir que la familia juega un papel muy importante como apoyo ya sea como factor de protección en la prevención o si existe un consumo en buscar algún establecimiento, así como un determinado tipo de tratamiento para su recuperación y cuando se concluyen los tratamientos para evitar las recaídas. Se debe tener en cuenta que todo el tratamiento es un proceso integral en el que participan el consumidor de sustancias, la familia y la ayuda profesional. Sin embargo, el apoyo familiar es parte fundamental del éxito para su recuperación.

De acuerdo con lo anterior, el trabajo y la función de la familia en la presente investigación juega un papel muy importante y permite dar paso al siguiente capítulo que tiene que ver con toda la parte metodológica en el trabajo que se realizó tanto con niñas y niños de sexto grado de educación primaria y sus familias.

Capítulo IV Análisis y resultados

4.1 Instrumentos.

Se empleó como instrumento principal el Cuestionario de Percepción de Riesgo para conocer la percepción de los niños en relación con el posible uso de algunas sustancias psicoactivas, mismo que se aplicó a alumnos de dos grupos de sexto grado de primaria. Dicho instrumento tiene como objetivo principal medir cual es la percepción de riesgo que las personas tienen en relación al uso de sustancias psicoactivas.

El segundo instrumento utilizado fue una entrevista dirigida a madres y padres de familia después de haberse realizado un taller denominado “Mitos y realidades sobre los riesgos” cuyo objetivo fue conocer si existe algún problema de conducta dentro del hogar, así como detectar posibles factores de riesgo de consumo de tabaco, alcohol u otras sustancias.

Finalmente se aplicó a los alumnos un cuestionario denominado Indicadores de la Autoestima cuyo objetivo fue conocer cómo perciben los alumnos el concepto de autoestima, que tiene que ver con los factores de protección, posterior a la aplicación de un taller denominado autoestima para prevenir consumo de sustancias psicoactivas.

4.2 Procedimientos

Primera fase: Consistió en realizar un recorrido de campo, a 3 escuelas de educación básica, en la zona, eligiéndose la que presenta un mayor nivel de riesgo en relación con la venta de sustancias psicoactivas, de acuerdo con datos proporcionados por el municipio de Tlalnepantla de Baz Estado de México donde se llevó a cabo el trabajo con los alumnos de sexto grado de primaria.

Aplicación de un pre-test, acerca de la percepción del riesgo con relación al consumo de tabaco y alcohol, a los alumnos de sexto grado (dos grupos experimental y de control), para identificar la

atribución del efecto de la intervención de Trabajo Social en términos de que sea eficaz y efectiva en el grupo donde se llevó a cabo la misma que fue el grupo experimental o intervenido y no a otras variables.

Se eligieron 2 de un total de 3 grupos de sexto grado de la escuela primaria donde se llevó a cabo la investigación, en conjunto con las autoridades del plantel y a sugerencia de los docentes de la escuela por tener un mayor conocimiento de estos y a conveniencia de la misma investigación los criterios para la elección de los grupos fue por que cumplieran ciertas características, es decir el grupo control fue el que observaba mejor conducta, a este grupo únicamente se le aplicó el pre y post-test no recibió intervención de Trabajo Social.

En cuanto al grupo experimental de acuerdo con comentarios de los docentes fue el grupo que mostraba mayor indisciplina y problemas de conducta, con este grupo se llevaron a cabo los talleres socioeducativos, es decir hubo intervención de Trabajo Social.

La manera en que se controlaron las variables fue a través de la intervención de Trabajo Social y las mediciones fueron simultaneas con ambos grupos con similares características, es decir que fueran del mismo grado, el mismo número de integrantes por grupo, igual número en cuanto a género, las mismas edades y pertenecen al mismo universo escolar, por medio de los parámetros del mismo instrumento que se aplicó.

Las variables se midieron por los resultados del instrumento. Los indicadores se obtuvieron de acuerdo con el mismo instrumento que se utilizó el Cuestionario Percepción de Riesgo que posteriormente se describe. Además de las conductas de riesgo que se detectaron al final de la intervención de Trabajo Social principalmente en los resultados obtenidos del pos-test. Tales como la curiosidad por probar tabaco o alcohol, si ha fumado o consumido bebidas alcohólicas

alguna vez en su vida, si puede conseguir drogas fácilmente, si con las personas con quien convive hay alguien que use drogas, etc.

Finalmente, el análisis de los resultados se realizó de manera inferencial, descriptiva, hipotético deductiva, son los términos técnicos estadísticos y de metodología que se utilizan para el análisis de información, con planteamientos hipotéticos deductivos, comparativos, correlacionales y descriptivos.

De acuerdo con los datos obtenidos en el programa de estadístico e informático en ciencias sociales SPSS. Principalmente del grupo experimental, que fue el grupo donde se realizó la intervención de Trabajo Social.

Segunda fase: Aplicación de talleres socioeducativos distribuidos en 7 sesiones. El periodo en que se llevaron a cabo los talleres fue del 24 de junio al 06 de julio del 2019. Con los siguientes temas: autoestima del individuo en la prevención de adicciones, poder en la toma de decisiones, habilidades para la vida del pensamiento y habilidades sociales, habilidades para la vida en el manejo de las emociones, la importancia de la familia y la comunicación en la prevención de adicciones y mitos y realidades sobre el tabaco y el alcohol. (Aplicado a alumnos y padres de familia grupo experimental cabe mencionar que la aplicación fue por separado primero a los alumnos y al final a los padres de familia).

Tercera fase: Aplicación a los alumnos de sexto año el post-test, del instrumento de percepción del riesgo al consumo de tabaco y alcohol (Ambos grupos).

Cuarta fase: Trabajo con familias de los participantes (grupo experimental) a quienes se les aplicó el instrumento de percepción del riesgo al consumo de tabaco y alcohol denominado “Mitos y realidades sobre las drogas” como el instrumento de entrevista dirigido a padres de familia.

Quinta fase: Plan de análisis estadísticos integrados en el informe. Los análisis efectuaron mediante el paquete estadístico SPSS versión 22.0 por Anroel P. R. Los objetivos del estudio se utilizaron estadísticas descriptivas (frecuencias, proporciones, medias, varianzas, etc.) y estadísticas inferenciales no paramétricas (pruebas de chi-cuadrado, prueba de Mann-Whitney, etc.) para determinar la distribución de los datos.

Sexta fase: Presentación de resultados, discusión, conclusiones y recomendaciones.

Contexto de estudio: La institución elegida para llevar a cabo la investigación fue la escuela primaria denominada “José María Morelos Pavón” ubicada en la colonia Unión Hidalgo Rosario Ceylán del municipio Tlalnepantla de Baz en el Estado de México ya que es considerada zona de alto riesgo en cuestión de distribución y consumo de sustancias psicoactivas, lo anterior de acuerdo con información obtenida en el municipio de Tlalnepantla de Baz.

4.3 Aspectos éticos del consentimiento informado

Al ser una encuesta dirigida a estudiantes y la aplicación de los temas que se llevaron a cabo en los talleres, se requirió autorización de las autoridades escolares a fin de proceder con la misma, así como de los padres y madres de familia. A los estudiantes se les indicó claramente de manera verbal y en las instrucciones iniciales del cuestionario que responder el mismo será voluntario y que aún si decidían contestarlo podían dejar de responder en el momento que lo deseen. Así mismo, se les explicó que sus respuestas serán confidenciales, no se les preguntó su nombre y los resultados se entregaron de manera global.

Por ello el objetivo de este proyecto preventivo estuvo dirigido a elevar la percepción del riesgo en niñas y niños al consumo de sustancias psicoactivas a saber, alcohol y el tabaco consideradas drogas de inicio, a través de talleres socioeducativos durante el periodo escolar 2018-2019. Se

propuso integrar los conceptos de prevención universal, percepción de riesgo e intervención de Trabajo Social a fin de tener claridad en cuanto a la problemática que se pretendió abordar. Con dicha participación se buscó establecer un cambio de intención conductual significativa en la población objetivo, así como replicar los talleres socioeducativos en las siguientes generaciones.

4.4 Definición conceptual y operación de variables

Variable independiente: Intervención preventiva de Trabajo Social.

Variable dependiente: Percepción de riesgo de niñas y niños de sexto año de primaria.

Variable interviniente: Conducta de consumo de tabaco y alcohol.

Tabla 1. Operacionalización de las variables

VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	INSTRUMENTO
Intervención de Trabajo Social	Independiente	La intervención en Trabajo Social se puede entender como una forma de acción social, consciente y deliberada, que se realiza de manera expresa, integra supuestos ideológicos, políticos, filosóficos, con propuestas metodológicas. Supone un proceso que parte del conocimiento de problemáticas: identificar actores, situaciones y circunstancias para promover su desarrollo humano; reconoce diferentes realidades subjetivas.	Talleres socioeducativos	Pos-test	Pos-test de cuestionario percepción de riesgo
			Tema de Autoestima	Conducta de los niños	
			Habilidades para la vida	Imitación	
			Toma de decisiones	Accesibilidad a la compra de sustancias psicoactivas	
Conducta de consumo de tabaco y	Interviniente	La conducta está relacionada a la modalidad que tiene	Disponibilidad de conseguir las sustancias	Autoestima	Instrumento autoestima

alcohol		una persona para comportarse en diversos ámbitos de su vida	Efecto	Aprendizaje o modelado en casa	Preg 9	
			Consecuencia	Valores		
			Droga			
			Edad			
			Escuela	Emociones		Preg 9
			Alumnos	Predisposición genética		Preg 9
			Familia hogar	Entorno social		Preg 9
Contexto social	Prototipos o imitación	Preg 9				
Percepción de riesgo	Dependiente	De acuerdo con Calero, percepción es el proceso en el cual las personas registran todo lo que está a su alrededor o en interacción, de forma tal que significa algo, la percepción involucra en su contenido los valores, las tradiciones los estereotipos, las vivencias y los conocimientos que tienen los individuos sobre determinados aspectos o fenómenos de la vida. Percepción es una idea, un pensamiento	Ideas	Sentir curiosidad por cigarro o alcohol	Cuestionario denominado: Percepción de riesgo. Validado por la Comisión Nacional Contra las Adicciones	
			Pensamientos	Fumar tabaco una vez en la vida		
			Creencias	Fumar tabaco últimos 30 días		
			Emociones	Tomar alcohol una vez en la vida		
			Sentimientos	Convivir con personas que use drogas		
				Curiosidad por probar drogas		
				Probar drogas una vez en la vida		
Usar drogas en los últimos 30 días						

Estrategia: Aplicación de Talleres socioeducativos para desarrollar habilidades en alumnos y fortalecer su percepción de riesgo al consumo de tabaco y alcohol. Taller denominado mitos y realidades del tabaco y el alcohol, con padres de familia de los alumnos del grupo experimental, a fin de que conozcan los posibles factores de riesgo tanto en la casa como en su comunidad y fortalezcan los factores de protección.

4.4 Resultados

Resultados demográficos y estadísticos.

Los sujetos participantes en el grupo experimental en la aplicación pre-test fue de 28. Para el grupo control fue de 30.

Para la aplicación pos-test en el grupo experimental fue de 31 participantes. Mientras en el caso de grupo control, este mismo instrumento disminuyó a 18. Esta disminución se debió a que, por ser fin de ciclo, los alumnos no eran constantes en su asistencia a la escuela. Por lo tanto, la muestra estuvo conformada por 48 participantes menores de edad. Considerando la aplicación pre-test / post-test, se realizaron 107 aplicaciones de los dos cuestionarios. El 51% de los sujetos participaron en el grupo experimental, mientras el 44.9% en el grupo control. Este porcentaje, resulta del 100% de los participantes tanto del pre-test como del post test. La mayoría de los sujetos fueron de género masculino 54.2% y el 45.8 femenino. La media de edad: fue de 11 años. El 52.3% tienen 11 años, y 49.9% tienen 12 años, al momento del estudio.

Participantes.

La población de estudio está conformada por 2 grupos de niños(as) de sexto grado de educación primaria en total son 58 alumnos y un grupo de padres de familia, en total son 28 padres de familia, quienes asistieron al taller.

Tabla 2. Grupo Experimental y Grupo Control.

No. ALUMNOS	GRUPO	NIÑAS	NIÑOS	EDAD	TOTAL %
33	Experimental "C"	15	18	11 - 12	51%
32	Control "A"	16	16	11- 12	44.9%

Materiales.

Se utilizó el “Cuestionario de Percepción de Riesgo” en cuanto al uso de algunas sustancias psicoactivas. El cual se aplicó a alumnos del sexto grado de primaria. Dicho instrumento tiene como objetivo principal, medir cual es la percepción de riesgo que las personas tienen con relación al uso de sustancias psicoactivas. El instrumento tiene un grado de confiabilidad del 100% ya que ha sido aprobado y aplicado por la Secretaría de Salud, a través de la Comisión Nacional Contra las Adicciones (CONADIC). Asimismo, una entrevista dirigida a madres y padres de familia; cuyo objetivo es conocer si existe algún problema de conducta dentro del hogar, así como, detectar si existen posibles factores de riesgo de consumo de tabaco, alcohol u otra sustancia. Con la finalidad de que el trabajador social pueda intervenir, en caso de detectar alguna situación de riesgo y proponer posibles alternativas de solución a las mismas, en conjunto con la familia. Para la investigación se utilizó el diario de campo, a fin de llevar una bitácora y el registro previo de las pláticas y talleres socioeducativos que se realizaron. Dicha información resultó de gran utilidad por lo que se pudo observar en los diferentes recorridos en campo.

Epidemiología pre-test.

El 79.3% de los casos no mostró curiosidad; ninguno de los sujetos consumió tabaco en los últimos 30 días al momento del estudio; se resalta que el 39.7% de las niñas y niños consumieron alcohol alguna vez en su vida, tres de ellos lo hicieron en los últimos 30 días; en relación al ofrecimiento de drogas ilícitas, sólo en dos casos experimentaron el ofrecimiento y sólo a uno de ellos se lo ofrecieron en los últimos 30 días. Es un dato revelador que, casi uno de cada 10 niños (5.8%) consiguió alguna droga ilícita; 4 de cada diez conviven con alguien que consume drogas ilícitas; el 10% ha sentido curiosidad por probar alguna droga ilícita; sólo un caso de las niñas y

niños ha probado drogas alguna vez en su vida; es probable que ese mismo menor de edad sea quien ya consumió alguna droga en los últimos 30 días, al momento del estudio.

Tabla 3. Epidemiología pre-test.

ITEM	PORCENTAJE	DATO REVELADOR	RECOMENDACIÓN
Sentir curiosidad por probar tabaco o alcohol	79.3%	No mostró curiosidad	Aplicar talleres preventivos, a fin de evitar sentir curiosidad por fumar o probar alcohol
Nunca ha consumido tabaco	96,6	El 4% alguna vez consumió. En la prevalencia de los últimos 30 días nadie ha consumido cigarro	Sugerir a las familias buscar apoyo psicoeducativo, en algún servicio institucional (Conadic, CIJ, DIF, etc.)
Han consumido alcohol una vez en su vida	39.7%	De acuerdo con el estudio 3 de estos niños lo hicieron en la prevalencia de los últimos 30 días	Sugerir a padres de familia contactar al Centro de Integración Juvenil. A.C. más cercano, e iniciar labor preventiva de posible consumo de alcohol
Ofrecimiento de drogas	2%	Sólo 2 casos habían experimentado ese ofrecimiento y solo uno de ellos se lo habían realizado en los últimos 30 días	Localizar a padres de familia de esos 2 niños e iniciar apoyo preventivo
Conseguir drogas y convivir con personas que se drogan	5.8% y el 10%	Uno de cada 10 niños ya había conseguido alguna droga y 4 de cada 10 convive con alguien que consume drogas. Solo un caso de las niñas y niños ha probado drogas ilícitas alguna vez en su vida	Sugerir a los padres de familia, tener cuidado cuando sus hijos salgan de casa. Dar seguimiento de personas con quienes frecuentan convivir sus hijos

Percepción del riesgo pre-intervención.

Entre las variables más reveladoras, sobre la percepción de riesgo antes de la intervención preventiva de Trabajo Social, en el presente estudio, encontramos que, el 29.3% de los encuestados presentó algún nivel de riesgo en su percepción respecto a los daños a la salud por fumar; el 69% consideró que el tabaco no es tan dañino; algo parecido reportaron con las bebidas

alcohólicas (58.6%). Dicho dato se ratifica, con el reporte de que consideraron que beber no tiene graves consecuencias, casi la mitad de ellos, así opinan (48.3%). Lo mismo sucede al preguntarles sobre las consecuencias del consumo de drogas ilícitas, 60.3% no lo consideraron de consecuencias.

Un dato significativo es, que el 82.8% consideró que consumir alcohol de vez en cuando no es dañino. La mitad de ellos (48.3%) opinó de bajo riesgo consumir tabaco sólo los fines de semana; tomar una o dos copas no es de riesgo para el 81%. El 86.2% creen que si se tiene cuidado se puede consumir drogas ilícitas, también el 84.5% cree que el consumir cigarro cuando los amigos lo hacen es de bajo riesgo, lo mismo para consumir cigarro de vez en cuando (77.6%). Otro dato relevante es la creencia que tienen de que las drogas se pueden dejar (70.7%), que se ratifica con su creencia de que el consumo de drogas no siempre afecta (79.3%).

En resumen, con base en los datos anteriores, en general se identifica una baja percepción de riesgo al consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, en los sujetos encuestados. Lo anterior se genera a que los medios de comunicación y la educación que están recibiendo permite un acceso a la información de la problemática planteada, sin embargo en el entorno social se observa un alto índice de riesgo al consumo, por lo que es importante implementar acciones que prevengan dicha situación.

La pregunta: fumar con frecuencia es dañino, no es la misma entre el grupo experimental y control (sig. .009, p 0.05)

Existen diferencias significativas (.001 p. 0.05) en la percepción de que fumar es un riesgo. También existen diferencias estadísticas entre experimental y control, respecto al consumir cigarro sólo los fines de semana no sea un riesgo a la salud (sig. .007, p. 0.05)

Existe diferencia entre la opinión del grupo control respecto al experimental sobre la creencia de que tomar una o dos copas no es de riesgo (sig. .043, p. 0.05).

En la variable que indica tomar alcohol de vez en cuando mostró diferencias estadística-mente significativas entre los grupos señalados (sig. .045, p. 0.05).

Sin embargo, resulta importante la participación de Trabajo Social, así como la implementación de talleres socioeducativos que coadyuven a tener una cultura de prevención en esta población, por los riesgos que el mismo contexto representa.

Tabla 4. Percepción del riesgo pre-intervención.

ITEM	PORCENTAJE	DATO RELEVADOR	RECOMENDACIÓN
Considera que el tabaco no es dañino	29.3%	Presentó algún nivel de riesgo en su percepción respecto a los daños a la salud por fumar	Reforzar con los talleres socioeducativos, a fin de elevar la percepción de riesgo al consumo de tabaco
Tanto tabaco y alcohol no es tan dañino	69% y el 58.6% respectivamente	Tienen algún nivel de riesgo en su percepción respecto a los daños a la salud de fumar y beber, antes de la intervención de Trabajo Social	Reforzar con los talleres socioeducativos, a fin de elevar la percepción de riesgo al consumo de tabaco y alcohol
Beber no tiene graves consecuencias y consumir tabaco solo los fines de semana	48.3% y 48.3% respectivamente	Casi la mitad del total, así opinan, tanto para alcohol como tabaco	Reforzar con los talleres socioeducativos, a fin de elevar la percepción de riesgo al consumo de tabaco y alcohol
No es riesgoso beber de vez en cuando	82.8%	7 de cada 10 lo piensa	Reforzar la conducta de no beber y de los riesgos que causa el alcohol en exceso
Tomar 1 o 2 copas no es riesgo para la salud	81%	La mayoría cree que no es ningún daño consumir esa cantidad	Se recomienda explicar los daños asociados al consumo excesivo de alcohol
Lo mismo sucede al preguntarles sobre el consumo de drogas	60.3%	No lo consideran de consecuencias	Reforzar con los talleres socioeducativos, a fin de elevar la percepción de riesgo al consumo de drogas

El consumo de drogas no siempre afecta	70.7%	Tener la creencia de que las drogas se pueden dejar	Reforzar con los talleres socioeducativos, a fin de elevar la percepción de riesgo al consumo de tabaco
--	-------	---	---

Autoestima pre-intervención de Trabajo Social.

Entre las variables más significativas se pueden señalar; casi la mitad de las niñas y niños no sienten comodidad al entrar a un grupo de amigos; a un tercio de ellos les agrada si les invitan a probar bebidas alcohólicas; el 31% presentan malestar al cometer algún error.

Por lo anterior se recomienda que a los niños(as) se les apliquen talleres relacionados a temas como la autoestima, a fin de que se fortalezca esta sea positiva, a través de la intervención de Trabajo Social.

Tabla 5. Autoestima pre-intervención de Trabajo Social.

ITEM	PORCENTAJE	DATO REVELADOR	RECOMENDACIÓN
No sentir incomodidad al entrar a un grupo de amigos	48.3%	Es muy común que no se sientan incómodos ante esta situación	Reforzar conducta a través de los talleres socioeducativos
Si les invitan a probar bebidas alcohólicas	31%	A un tercio de ellos les agrada probar alcohol	Que a niñas y niños se les apliquen talleres relacionados a temas como la autoestima, que les ayude a fortalecer esta y sea positiva, a través de la intervención de Trabajo Social

Percepción de riesgo post-intervención de Trabajo Social.

En un análisis comparativo respecto a las proporciones obtenidas en la medición pre-intervención, se identifican diferencias. La curiosidad, disminuyó a sólo el 30.6%; la percepción de que el cigarro es dañino a la salud aumentó al 53.1%; creer que fumar no es un riesgo a la

salud, disminuyó a sólo el 6.1%, algo parecido se mostró en la idea a de que fumar con frecuencia es dañino que se redujo a 6.1%, en general se mantuvieron las frecuencias de la percepción de riesgo sobre el consumo de drogas ilícitas. Excepto tabaco y alcohol.

Tabla 6. Percepción de riesgo post-intervención de Trabajo Social.

ITEM	PORCENTAJE	DATO REVELADOR	RECOMENDACIÓN
Curiosidad	30.6	En un análisis comparativo pre-test versus post-test la curiosidad por consumir tabaco o alcohol disminuyó considerablemente	Continuar aplicando los talleres socioeducativos en futuras generaciones.
La percepción de que el cigarro es dañino a la salud	53.1%	Se observa un aumento de la percepción con relación a antes de la intervención de Trabajo Social	Continuar aplicando los talleres socioeducativos en futuras generaciones y motivar a los niños a prevenir inicios de consumo.
Creer que fumar no es un riesgo a la salud, fumar con frecuencia es dañino y fumar es un riesgo	6.1% 6.1% 6.1%	En todas los Ítems se redujo la creencia	Continuar aplicando los talleres socioeducativos en futuras generaciones a fin de reforzar sus habilidades sociales.
Creer que consumir alcohol no es riesgo a la salud	16.3%	Disminuyó esa creencia después de la intervención de Trabajo Social	Continuar aplicando los talleres socioeducativos en futuras generaciones.
En la percepción sobre el consumo de drogas	88%	En general se mantuvieron las frecuencias sobre la percepción de riesgo sobre el consumo de drogas	Invitar a las familias a visitar los Centros de Integración Juvenil, A.C. más cercano para recibir orientación preventiva.

En conclusión, Es relevante la intervención preventiva de Trabajo Social en los temas de los diferentes talleres socioeducativos, que permitieron visualizar diferencias significativas de un grupo a otro cuando es intervenido para evitar situaciones de consumo de sustancias psicoactivas.

Tabla 7. Post-intervención de Trabajo Social.

ITEM	PORCENTAJE	DATO REVELADOR	RECOMENDACIÓN
Tanto consumir tabaco como alcohol	97%	Fue relevante la intervención de Trabajo Social, para la detección de algunos casos que requieren atención más especializada en relación con el consumo de tabaco y alcohol	Se sugiere trabajar con los padres de familia a través de reuniones en la escuela primaria o algún punto de reunión e impartir los talleres socioeducativos con todos los temas que ayuden a evitar algún inicio en la conducta de consumo de niñas y niños

Análisis de comparación de percepción de riesgo entre grupo experimental y control

Se realizó un análisis comparativo con las pruebas de la mediana para muestras independientes U de Mann-Whitney entre los grupos experimental y control; los hallazgos relevantes, se describen a continuación: La conducta de fumar es un riesgo a la salud, es diferente estadística-mente significativa (sig. 0.41, p 0.05).

La pregunta: fumar con frecuencia es dañino, no es la misma entre el grupo experimental y control (sig. .009, p 0.05).

Existen diferencias significativas (.001 p. 0.05) en la percepción de que fumar es un riesgo. También existen diferencias estadísticas entre experimental y control, respecto al consumir cigarro sólo los fines de semana no sea un riesgo a la salud (sig. .007, p. 0.05)

Existe diferencia entre la opinión del grupo control respecto al experimental sobre la creencia de que tomar una o dos copas no es de riesgo (sig. .043, p. 0.05).

En la variable que indica tomar alcohol de vez en cuando mostró diferencias estadística-mente significativas entre los grupos señalados (sig. .045, p. 0.05).

Tabla 8. Análisis de comparación de percepción de riesgo entre grupo experimental y control.

ÍTEM	PRE-INTERVENCIÓN		POST INTERVENCIÓN	
	GRUPO CONTROL	GRUPO EXPERIMENTAL	GRUPO CONTROL	GRUPO EXPERIMENTAL
La conducta de fumar es un riesgo a la salud	Creer que si representa un riesgo el fumar al momento de contestar el pre-test 99.1% de riesgo	Creer que si representa un riesgo el fumar 41% de riesgo y 95% de certeza en la estadística	Se mantuvo la misma idea que en el pre-test	Se observó un incremento en la idea de que fumar es un riesgo para la salud después de la intervención de T.S.
Fumar con frecuencia es dañino	Creer que fumar con frecuencia es dañino para la salud 0,1% está en riesgo 95% de certeza	Creer que fumar con frecuencia es dañino para la salud 0.1% 95% de certeza	Continuaron con la idea de que fumar con frecuencia es dañino para la salud.	Fue estadísticamente significativa y relevante la intervención de Trabajo Social a través de los talleres socioeducativos para marcar diferencia entre cada uno de los grupos, ya que se observa una diferencia en la percepción de los niños.
Consumo de cigarro solo los fines de semana	Tienen la idea de que fumar solo fines de semana no es riesgo para la salud 99.1% de riesgo 95% de certeza	Solo el 7% tiene la idea de que fumar solo fines de semana no es riesgo para la salud 0.7% en riesgo 95% de certeza	Continuaron con la misma idea al momento de responder el pre-test.	Se observó un cambio significativo, en relación con que el consumo de cigarros los fines de semana no es nocivo para la salud.
Tomar una o dos copas no es de riesgo	Tienen la idea de que el alcohol no causa daño en poca cantidad 99.1% de riesgo 95% de certeza en la estadística	El 43% presenta riesgo en la creencia de que el alcohol consumido con responsabilidad no causa daño 0.43% de riesgo y 95% en la estadística	Mantuvieron la misma idea La sugerencia sería impartir talleres socioeducativos	Fue estadísticamente significativa y relevante la intervención de Trabajo Social.

Tomar alcohol de vez en cuando no causa daño	Tienen la idea de que consumir alcohol de vez en cuando no causa daño 99.1% de riesgo 95% de certeza en la estadística	Tienen la idea de que consumir alcohol de vez en cuando no causa daño 0.45% de riesgo y 95% en la estadística	Mantuvieron la misma idea La sugerencia sería impartir talleres socioeducativos	Fue estadísticamente significativa y relevante la intervención de Trabajo Social
--	--	--	--	--

Lo más importante en relación a grupo control y experimental son las diferencias que se encontraron en ambos, estadística-mente significativas, lo cual permite concluir que las diferencias son atribuibles a la intervención de Trabajo Social, a través de los talleres socioeducativos, en coherencia con la Teoría del Aprendizaje Social que se ocupó, en dónde se llevaron a cabo temas acerca de la autoestima, habilidades para la vida, del pensamiento, de las emociones, asertividad, toma de decisiones, mitos y realidades acerca del tabaco y el alcohol. Estos resultados son la máxima intervención de Trabajo Social que, con la participación de los alumnos contribuyeron al logro del objetivo que se planteó al inicio de la presente investigación el cual es elevar la percepción del riesgo, ante un posible consumo. Comprobando con las pruebas de test aplicados antes y después de dichos talleres, es recomendable e indispensable que estos se repliquen en todas las escuelas primarias a fin de promover la prevención del consumo de sustancias psicoactivas y no se llegue a la rehabilitación lo que genera menos gasto en la sociedad, así como menos problemas de tipo sanitario y de salud entre sus miembros.

La disciplina de Trabajo Social desempeña un papel muy importante en materia educativa y preventiva y así elevar la percepción de riesgo, lo que se logró con las alumnas y los alumnos de sexto grado de la institución educativa donde se trabajó.

A continuación, se presentan los datos estadísticos, sociodemográficos y epidemiológicos resultado del Programa de Estadística (SPSS), así como las gráficas de los instrumentos aplicados, el cuestionario de percepción de riesgo y el cuestionario indicadores de autoestima.

Tablas de frecuencia y graficas del cuestionario de percepción de riesgo, aplicado al grupo experimental.

Datos sociodemográficos.

		Estadísticos			
		Tipos de Grupo	Edad	Pre-Post	Año escolar
N	Válido	107	107	107	107
	Perdidos	0	0	0	0
Media		1.4486	11.6636	1.4579	1.4486
Mediana		1.0000	11.0000	1.0000	1.0000
Moda		1.00	11.00	1.00	1.00
Desviación		.49969	3.13815	.50057	.49969
Varianza		.250	9.848	.251	.250
Asimetría		.210	8.400	.171	.210
Error estándar de asimetría		.234	.234	.234	.234
Curtosis		-1.994	84.997	-2.009	-1.994
Error estándar de curtosis		.463	.463	.463	.463
Mínimo		1.00	2.00	1.00	1.00
Máximo		2.00	42.00	2.00	2.00
Suma		155.00	1248.00	156.00	155.00

Tabla de frecuencia. Las 3 mediciones nos muestran una similitud en edad en ambos grupos, así como la participación del 100% en responder el pre-test y el pos-test.

Tipos de Grupo

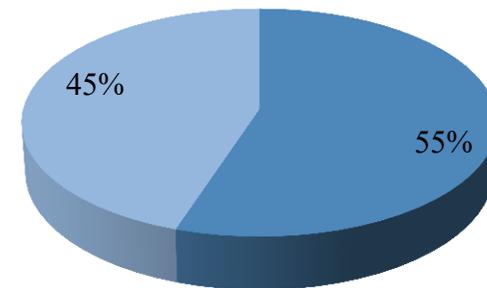
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Experi- mental	59	55.1	55.1	55.1
	Control	48	44.9	44.9	100.0
	Total	107	100.0	100.0	

Fuente: Propia

En está tabla puede apreciarse que el 55.1% del grupo experimental participó en la investigación, mientras un 44.9% del grupo control, participó en la misma.

Grupos participantes

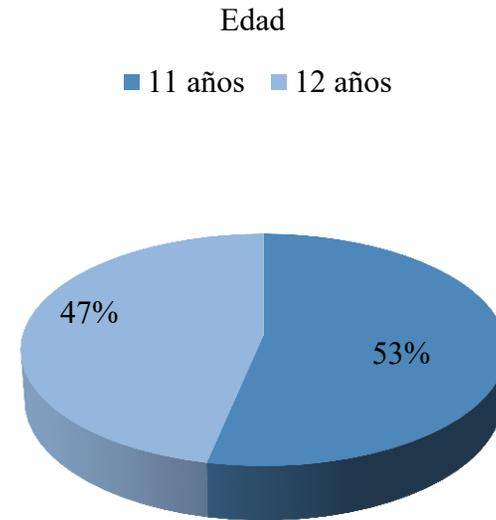
■ Experimental ■ Control



	Edad	Edad			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	2.00	1	.9	.9	.9
o	11.00	56	52.3	52.3	53.3
	12.00	49	45.8	45.8	99.1
	42.00	1	.9	.9	100.0
Total		107	100.0	100.0	

Fuente: Propia

El porcentaje de edad fue de 45.8% para 12 años, mientras un 52.3% para el rango de 11 años, predominando este último. Este porcentaje es tanto para grupo experimental como grupo control.



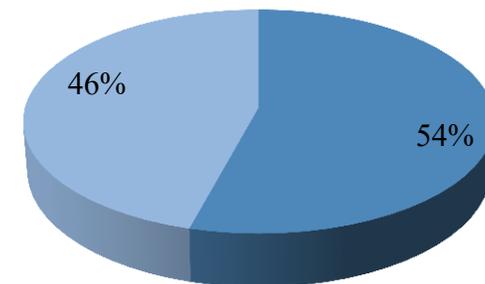
		Pre-Post			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Pre	58	54.2	54.2	54.2
	Post	49	45.8	45.8	100.0
	Total	107	100.0	100.0	

Fuente: Propia

Con relación a responder el pre-test para ambos grupos fue de un 54.2%, Mientras un 45.8 contestó el pos-test. Esto nos indica la una mínima diferencia de asistencia por parte de los participantes, debido quizá a que era casi fin de ciclo escolar.

Cuestionario Pre y Post

■ Pre ■ Post



Año escolar

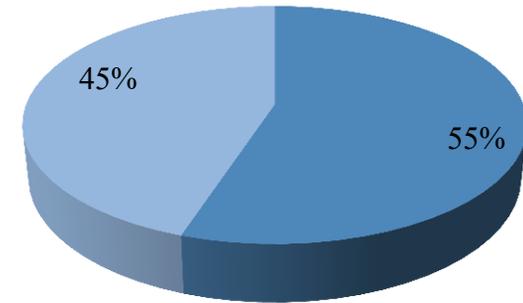
Válido		Año escolar		Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
		Frecuencia	Porcentaje		
	Sexto c	59	55.1	55.1	55.1
	Sexto a	48	44.9	44.9	100.0
	Total	107	100.0	100.0	

Fuente: Propia

Esta tabla señala un porcentaje mayor de alumnos en el grupo experimental sexto "C" con el 55.1%; mientras un 44.9% por el grupo control sexto "A"

Grado escolar

- Sexto "C"
- Sexto "A"



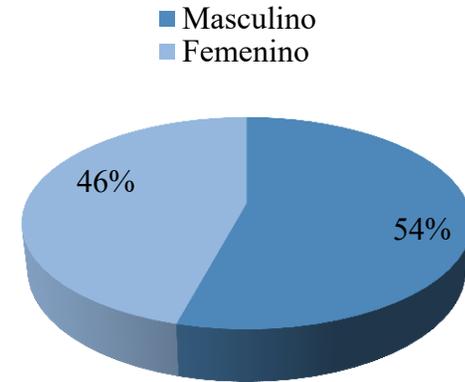
Género

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Masculino	58	54.2	54.2	54.2
	Femenino	49	45.8	45.8	100.0
	Total	107	100.0	100.0	

Fuente: Propia

Del total de los alumnos y alumnas participantes el 54.2% corresponde al género masculino; mientras que el 45.8% al género femenino.

Género



Resultados epidemiológicos

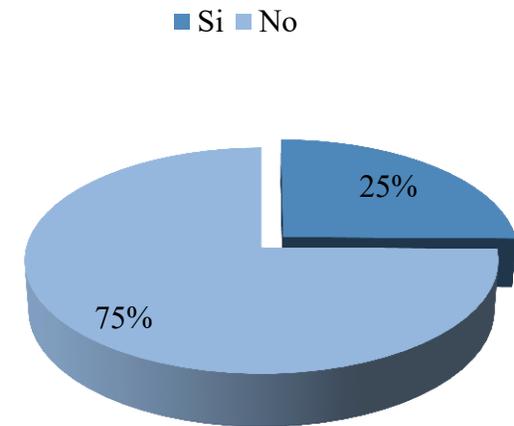
Tabla de Frecuencias

		Curiosidad			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	80	74.8	74.8	74.8
	SI	27	25.2	25.2	100.0
	Total	107	100.0	100.0	

Fuente: Propia

De acuerdo con el total de los alumnos el 74.8% respondió no haber sentido curiosidad por probar el cigarro y el alcohol alguna vez; mientras el 25.2% que sí. Sé observa posible riesgo.

Curiosidad por probar el cigarro o el alcohol



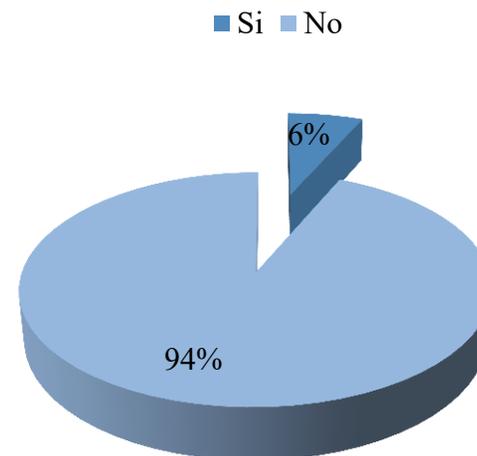
Fumado Tabaco Alguna Vez

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	100	93.5	93.5	93.5
	SI	7	6.5	6.5	100.0
	Total	107	100.0	100.0	

Fuente: Propia

Del total de alumnos el 93.5% no ha fumado tabaco una vez en la vida, mientras el 6.5% Si lo ha hecho.

Tabaco una vez en la vida



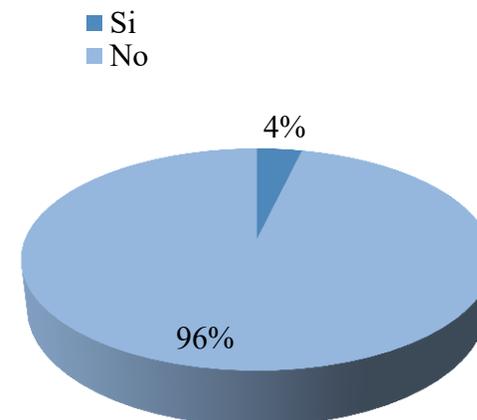
Fumado Tabaco 30 días

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	103	96.3	96.3	96.3
	SI	4	3.7	3.7	100.0
	Total	107	100.0	100.0	

Fuente: Propia

En la prevalencia si ha fumado tabaco en los últimos 30 días. El 96.3% no lo ha hecho; mientras que el 3.7% Si.

Fumar últimos 30 días



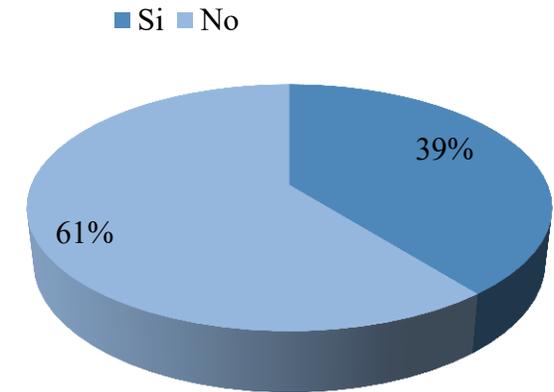
Tomar bebidas alcohólicas una vez en la vida

Alcohol alguna vez

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	65	60.7	60.7	60.7
	SI	42	39.3	39.3	100.0
	Total	107	100.0	100.0	

Fuente: Propia

Del total de alumnos el 60.7% no ha tomado bebidas alcohólicas una vez en la vida; mientras el 39.3% Si lo ha hecho. Se observa riesgo.



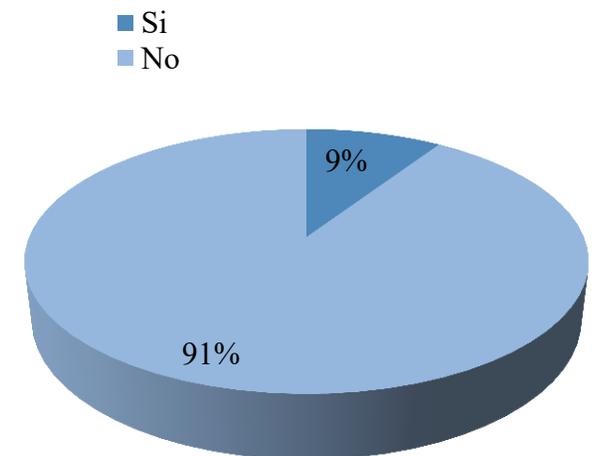
Alcohol 30 días

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	97	90.7	90.7	90.7
	SI	10	9.3	9.3	100.0
	Total	107	100.0	100.0	

Fuente: Propia

En la prevalencia si ha probado alcohol en los últimos 30 días. El 90.7% no lo ha hecho; mientras que el 9.3% Si lo ha hecho.

Alcohol últimos 30 días

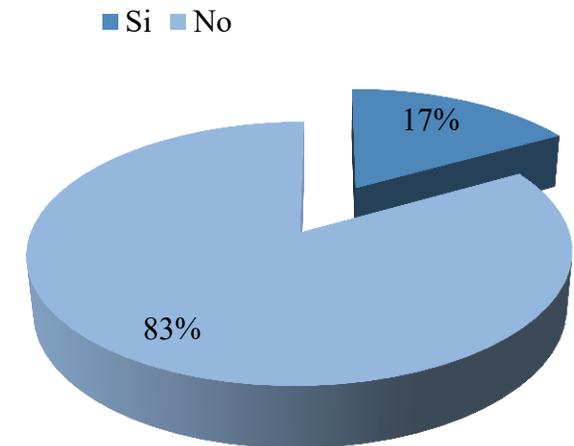


Te han ofrecido drogas alguna vez

		Ofrecido drogas			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	89	83.2	83.2	83.2
	SI	18	16.8	16.8	100.0
	Total	107	100.0	100.0	

Fuente: Propia

Si les han ofrecido drogas alguna vez el 83.2% respondió no; mientras el 16.8% que si les han ofrecido drogas alguna vez en la vida. Situación de riesgo.

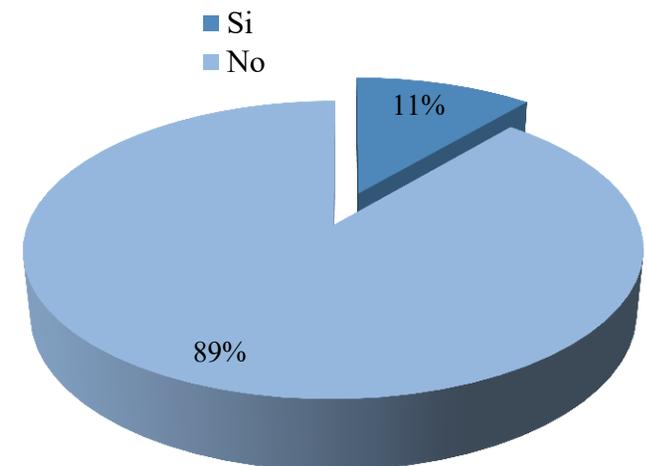


Te han ofrecido drogas últimos 30 días

		Ofrecido drogas 30 días			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	95	88.8	88.8	88.8
	SI	12	11.2	11.2	100.0
	Total	107	100.0	100.0	

Fuente: Propia

En la prevalencia si te han ofrecido drogas en los últimos 30 días. Al 88.8% no le han ofrecido; mientras que al 11.2% Si le han ofrecido.



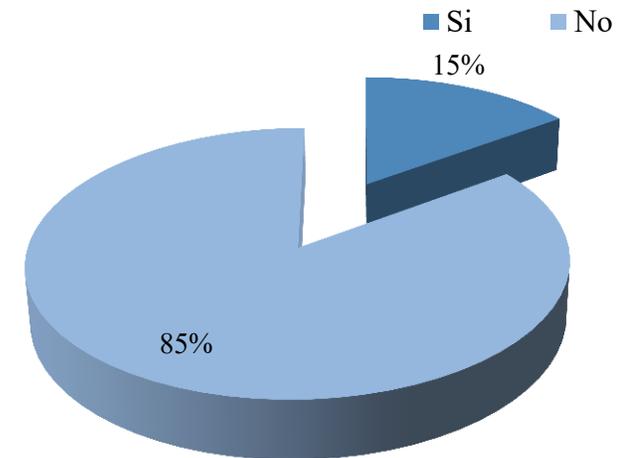
Conseguir drogas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	91	85.0	85.0	85.0
	SI	16	15.0	15.0	100.0
	Total	107	100.0	100.0	

Fuente: Propia

El 85% del total no puede conseguir drogas fácilmente si se lo propusiera; mientras que el 15% si lo hiciera. Situación de riesgo.

Conseguir drogas facilmente



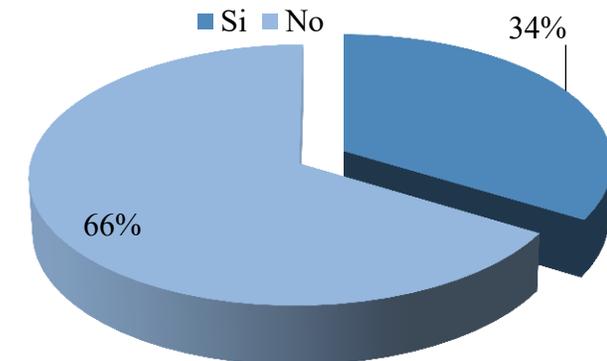
Convives usan drogas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	71	66.4	66.4	66.4
	SI	36	33.6	33.6	100.0
	Total	107	100.0	100.0	

Fuente: Propia

Del total de los alumnos el 33.6% de las personas con quienes conviven frecuentemente hay alguna persona que usa drogas; mientras que en el 66.4% no lo hay.

Convives con personas que usen drogas



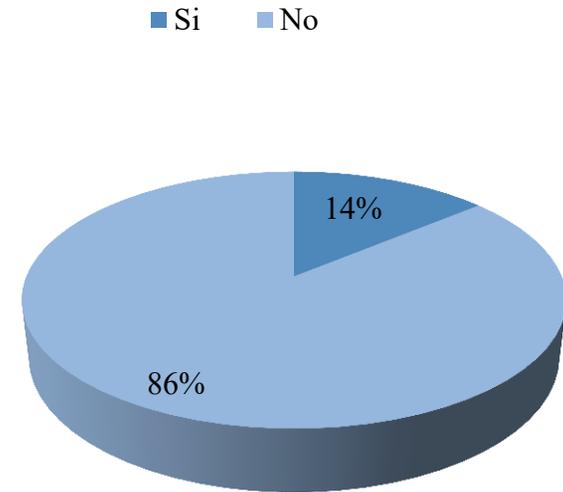
Curiosidad probar droga

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	92	86.0	86.0	86.0
	SI	15	14.0	14.0	100.0
	Total	107	100.0	100.0	

Fuente: Propia

De acuerdo con el total de los alumnos el 86% respondió no haber sentido curiosidad por probar alguna droga; mientras el 14% si ha sentido curiosidad. Sé observa posible riesgo.

Sentir curiosidad por probar alguna droga



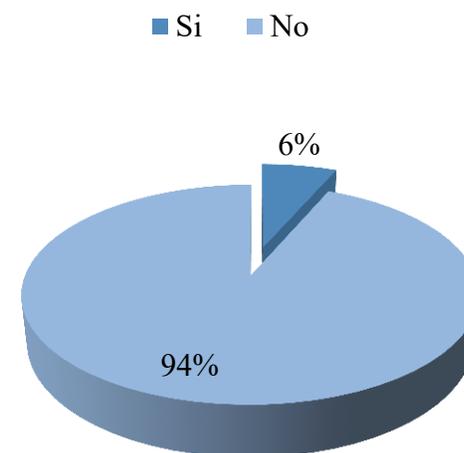
Probada droga solo una vez

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	100	93.5	93.5	93.5
	SI	7	6.5	6.5	100.0
	Total	107	100.0	100.0	

Fuente: Propia

Del total de alumnos el 93.5% no ha probado alguna droga alguna vez en su vida; mientras el 6.5% Si lo ha hecho. Se observa riesgo.

Has probado droga una vez en la vida



Usado droga 30 días

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	102	95.3	95.3	95.3
	SI	5	4.7	4.7	100.0
	Total	107	100.0	100.0	

Fuente: Propia

Del total de alumnos el 95.3% no ha probado alguna droga alguna vez en su vida; mientras el 4.7% Si lo ha hecho. Se observa riesgo.

Has probado alguna droga en los últimos 30 días

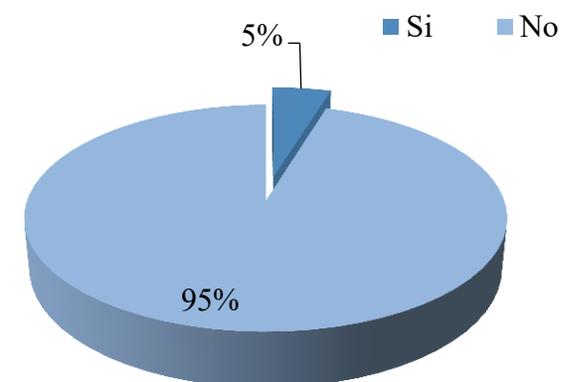


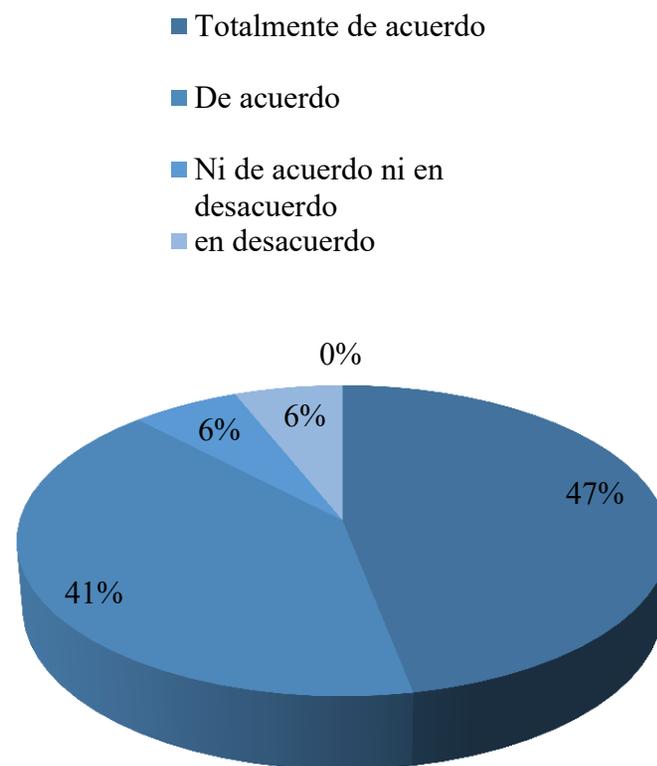
Tabla de frecuencia instrumento percepción de riesgo post intervención

		Cigarro dañino a salud			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	En desacuerdo	3	6.1	6.1	6.1
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3	6.1	6.1	12.2
	De acuerdo	20	40.8	40.8	53.1
	Totalmente de acuerdo	23	46.9	46.9	100.0
	Total	49	100.0	100.0	

Fuente: Propia

Del total de participantes se observa cómo el 47% piensa que el cigarro puede ser dañino para la salud, se recomienda reforzar los mensajes acerca de los daños asociados al consumo de tabaco.

Probar cigarro puede ser dañino para la salud



Fumar riesgo a la salud de los niños

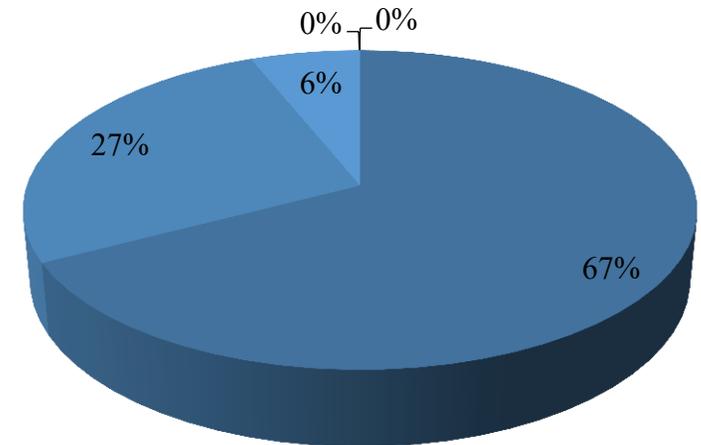
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3	6.1	6.1	6.1
	De acuerdo	13	26.5	26.5	32.7
	Totalmente de acuerdo	33	67.3	67.3	100.0
	Total	49	100.0	100.0	

Fuente: Propia

En la gráfica se puede apreciar cómo el 67% de los participantes, está de acuerdo en que fumar representa riesgo para la salud de los niños; mientras que nadie respondió estar en desacuerdo con que es un riesgo para su salud el fumar.

Fumar es un riesgo para la salud de los niños

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo



Tabaco no tan dañino

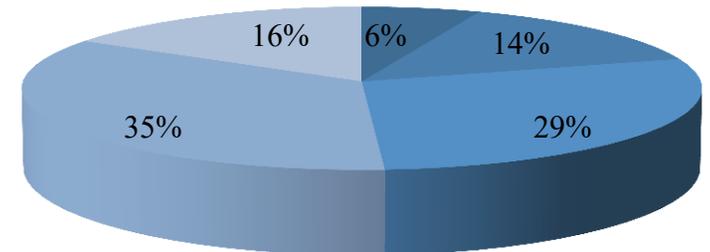
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente en desacuerdo	8	16.3	16.3	16.3
	En desacuerdo	17	34.7	34.7	51.0
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	14	28.6	28.6	79.6
	De acuerdo	7	14.3	14.3	93.9
	Totalmente de acuerdo	3	6.1	6.1	100.0
	Total	49	100.0	100.0	

Fuente: Propia

La mayor parte de los participantes se mostraron en desacuerdo, es decir creen que, comparado con otras sustancias psicoactivas, el tabaco sí puede ser dañino para la salud.

Comparado con otras drogas, el tabaco no es tan dañino para la salud

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo



Fumar con frecuencia dañado

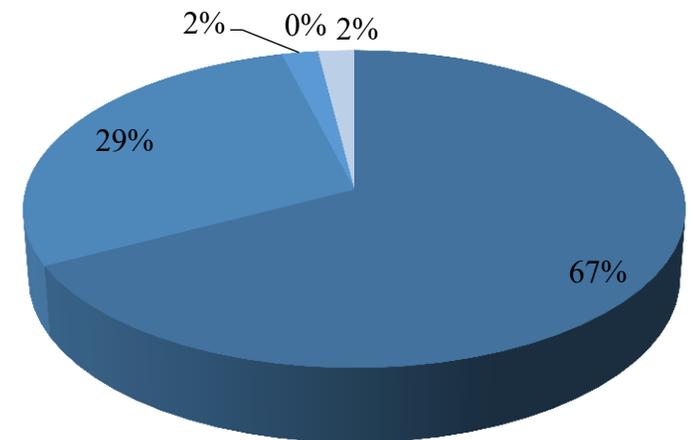
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente en desacuerdo	1	2.0	2.0	2.0
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	1	2.0	2.0	4.1
	De acuerdo	14	28.6	28.6	32.7
	Totalmente de acuerdo	33	67.3	67.3	100.0
	Total	49	100.0	100.0	

Fuente: Propia

Del total de los participantes el 67% está totalmente de acuerdo en que fumar representa un daño grave a los pulmones de quién lo haga, se observa la intervención de Trabajo Social en el tema de daños asociados al consumo de tabaco.

Fumar con frecuencia puede dañar gravemente los pulmones

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- En desacuerdo
- totalmente en desacuerdo



Bebidas no tan dañinas

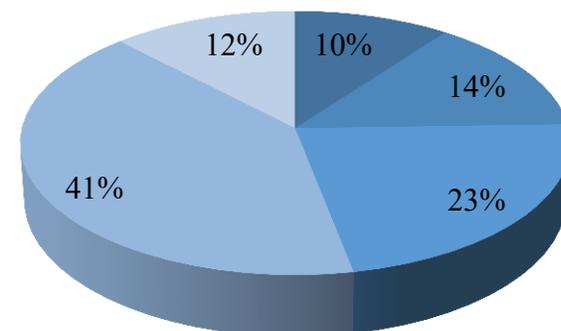
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente en desacuerdo	6	12.2	12.2	12.2
	En desacuerdo	20	40.8	40.8	53.1
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	11	22.4	22.4	75.5
	De acuerdo	7	14.3	14.3	89.8
	Totalmente de acuerdo	5	10.2	10.2	100.0
	Total	49	100.0	100.0	

Fuente: Propia

La mayoría de los participantes, están de acuerdo en que sí puede ser dañino el consumo de alcohol, comparado con otras drogas, sin embargo, se debe reforzar los daños asociados al consumo excesivo de alcohol. Más en nuestra cultura.

Comparado con otras drogas las bebidas alcohólicas no son tan dañinas para la salud

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo



Beber una copa trae graves consecuencias

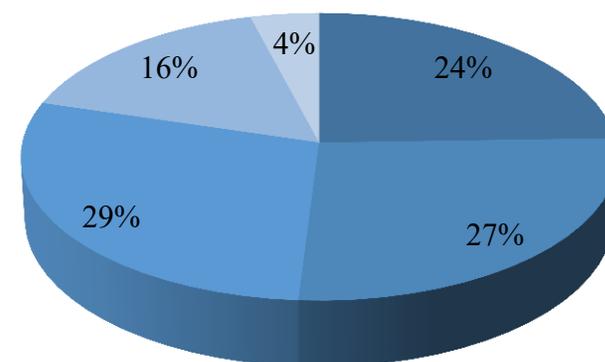
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente en desacuerdo	2	4.1	4.1	4.1
	En desacuerdo	8	16.3	16.3	20.4
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	14	28.6	28.6	49.0
	De acuerdo	13	26.5	26.5	75.5
	Totalmente de acuerdo	12	24.5	24.5	100.0
	Total	49	100.0	100.0	

Fuente: Propia

Los participantes coinciden en que beber puede traer graves consecuencias. Se aprecia la intervención en los talleres de Trabajo Social, ya que se puso énfasis en que el alcohol es dañino y trae consecuencias, cuando se bebe en exceso.

Beber una copa o cerveza puede traer graves consecuencias

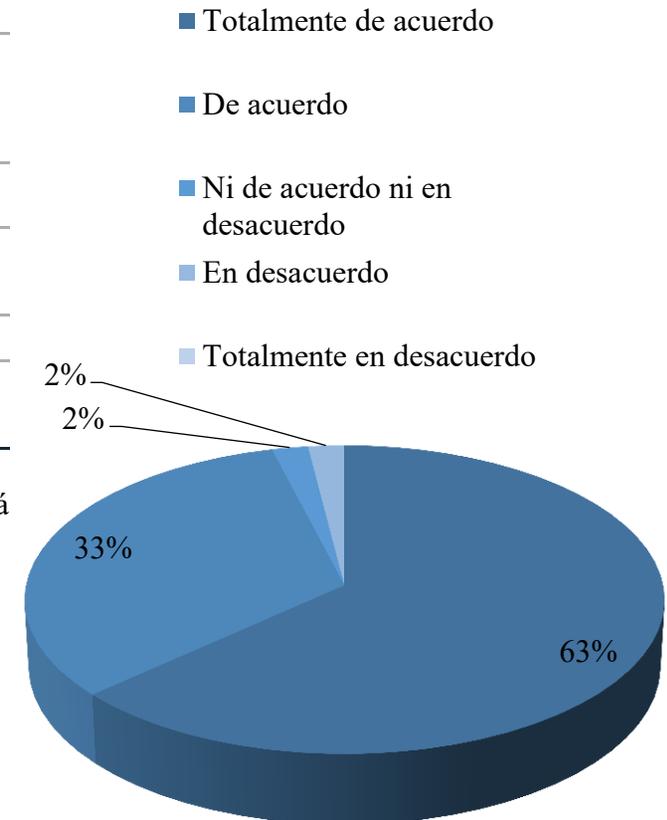
- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo



Fumar es un riesgo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	En desacuerdo	1	2.0	2.0	2.0
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	1	2.0	2.0	4.1
	De acuerdo	16	32.7	32.7	36.7
	Totalmente de acuerdo	31	63.3	63.3	100.0
	Total	49	100.0	100.0	

Fumar es un riesgo para la salud de los adultos



Fuente: Propia

La mayoría coincide en que fumar representa un riesgo para la salud. Sin embargo, un 4% está en desacuerdo, por lo que se debe trabajar la parte de daños que ocasiona el tabaco.

Tomar de vez en cuando

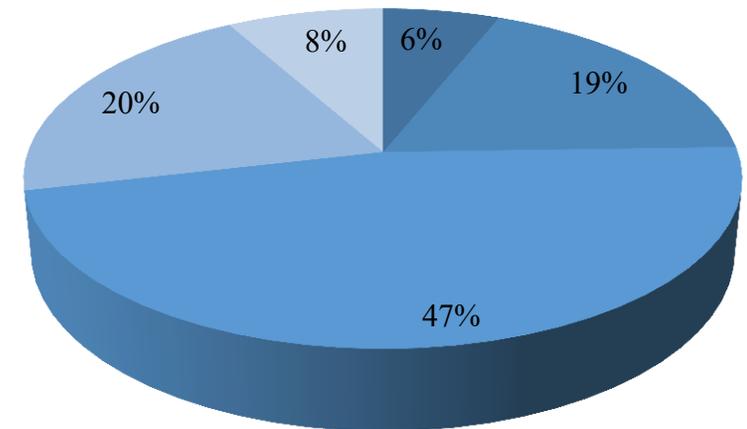
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente en desacuerdo	4	8.2	8.2	8.2
	En desacuerdo	10	20.4	20.4	28.6
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	23	46.9	46.9	75.5
	De acuerdo	9	18.4	18.4	93.9
	Totalmente de acuerdo	3	6.1	6.1	100.0
	Total	49	100.0	100.0	

Fuente: Propia

Los participantes comentaron en un 47% no estar ni de acuerdo ni en desacuerdo, en relación con que haya consecuencias graves al tomar bebidas de vez en cuando, lo que se recomienda es enfatizar más en los daños asociados al consumo de alcohol con exceso.

Tomar bebidas de vez en cuando no tiene consecuencias graves

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo



Probar drogas es muy dañino para la salud

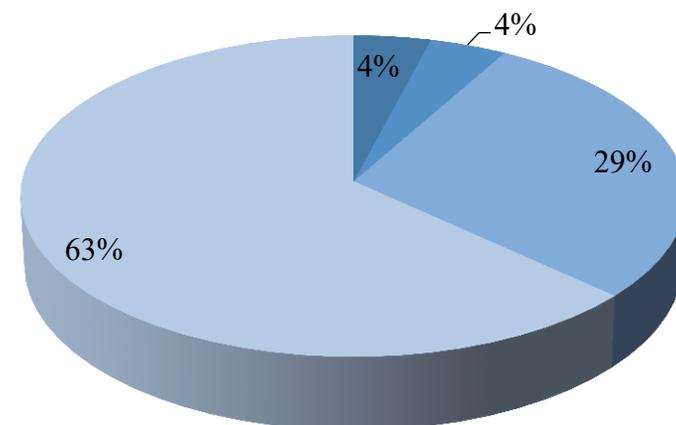
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	En desacuerdo	2	4.1	4.1	4.1
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	2	4.1	4.1	8.2
	De acuerdo	14	28.6	28.6	36.7
	Totalmente de acuerdo	31	63.3	63.3	100.0
	Total	49	100.0	100.0	

Fuente: Propia

El 63% de los participantes está de acuerdo en que probar drogas es muy dañino para la salud, se observa el trabajo de los talleres socioeducativos.

Probar drogas es muy dañino

- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo



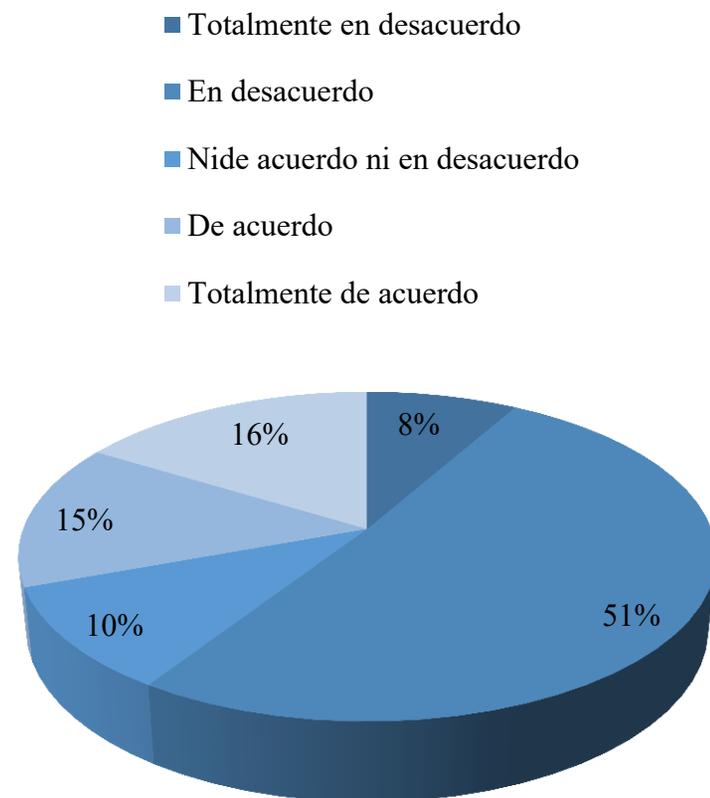
Las consecuencias de las drogas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente en desacuerdo	4	8.2	8.2	8.2
	En desacuerdo	25	51.0	51.0	59.2
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	5	10.2	10.2	69.4
	De acuerdo	7	14.3	14.3	83.7
	Totalmente de acuerdo	8	16.3	16.3	100.0
	Total	49	100.0	100.0	

Fuente: Propia

El 51% de los participantes está en desacuerdo en que las consecuencias del consumo de drogas sean pasajeras.

Las consecuencias de las drogas pueden ser pasajeras



Todas las drogas son dañinas

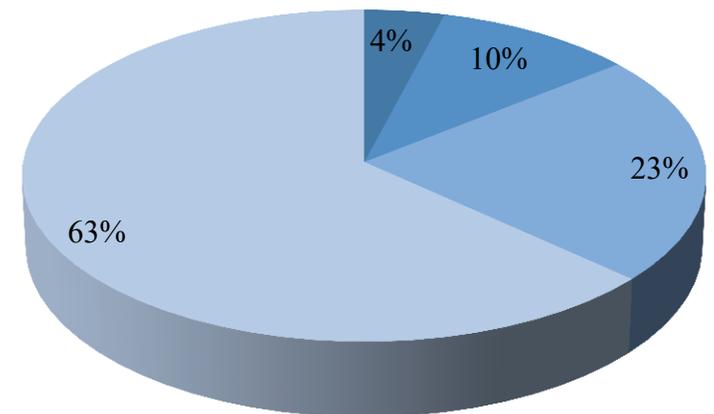
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	En desacuerdo	2	4.1	4.1	4.1
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	5	10.2	10.2	14.3
	De acuerdo	11	22.4	22.4	36.7
	Totalmente de acuerdo	31	63.3	63.3	100.0
	Total	49	100.0	100.0	

Fuente: Propia

La mayor parte de los participantes están de acuerdo en que todas las drogas son dañinas.

Todas las drogas son dañinas

- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo



Alcohol de vez en cuando no es dañino

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente en desacuerdo	3	6.1	6.1	6.1
	En desacuerdo	9	18.4	18.4	24.5
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	17	34.7	34.7	59.2
	De acuerdo	15	30.6	30.6	89.8
	Totalmente de acuerdo	5	10.2	10.2	100.0
	Total	49	100.0	100.0	

Fuente: Propia

La mayor parte de los participantes están de acuerdo en que probar una bebida con alcohol de vez en cuando no es dañino para la salud. Lo que pudiese representar un factor de riesgo.

Probar una bebida con alcohol de vez en cuando no es dañino



Drogas para divertirse

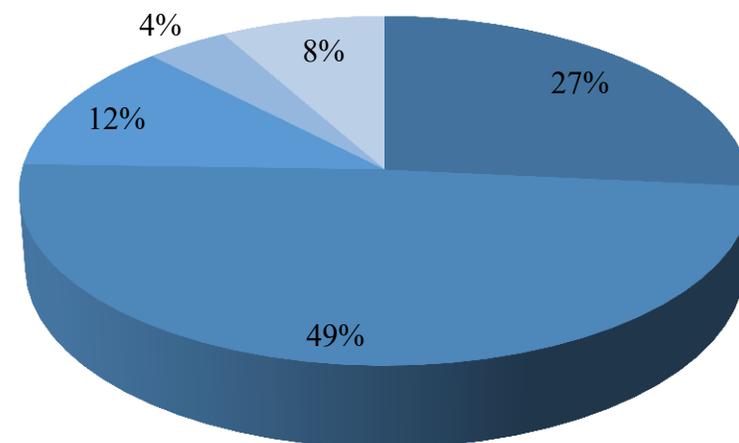
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente en desacuerdo	13	26.5	26.5	26.5
	En desacuerdo	24	49.0	49.0	75.5
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	6	12.2	12.2	87.8
	De acuerdo	2	4.1	4.1	91.8
	Totalmente de acuerdo	4	8.2	8.2	100.0
	Total	49	100.0	100.0	

Fuente: Propia

En la prevalencia tomar drogas para divertirse, el 49% de los encuestados están totalmente en desacuerdo. Sin embargo, puede haber riesgo de consumo por el resto de los encuestados.

Probar drogas para divertirse no hace daño

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo



Bebidas con frecuencia

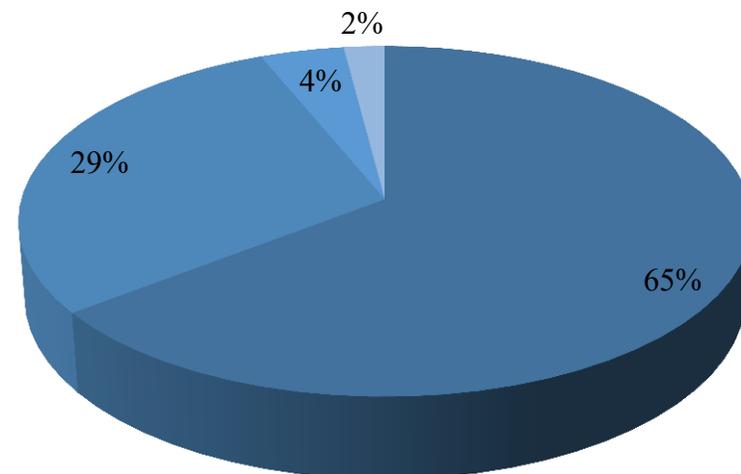
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente en desacuerdo	1	2.0	2.0	2.0
	En desacuerdo	1	2.0	2.0	4.1
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	2	4.1	4.1	8.2
	De acuerdo	14	28.6	28.6	36.7
	Totalmente de acuerdo	31	63.3	63.3	100.0
	Total	49	100.0	100.0	

Fuente: Propia

El 65% de los participantes están de acuerdo en que tomar bebidas alcohólicas con frecuencia puede traer graves consecuencias para la salud.

Tomar bebidas alcohólicas con frecuencia puede traer graves consecuencias

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo



Cigarro los fines de semana

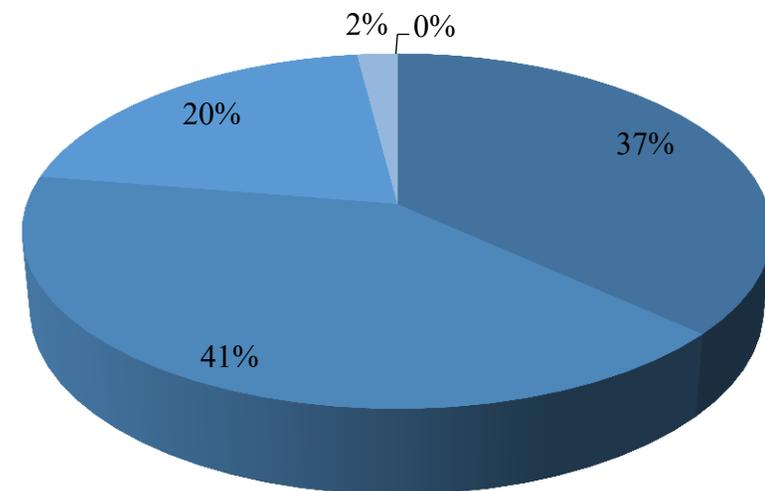
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	En desacuerdo	1	2.0	2.0	2.0
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	10	20.4	20.4	22.4
	De acuerdo	20	40.8	40.8	63.3
	Totalmente de acuerdo	18	36.7	36.7	100.0
	Total	49	100.0	100.0	

Fuente: Propia

En la prevalencia de fumar cigarro los fines de semana, los participantes en su mayoría consideran que afecta seriamente la salud.

Fumar un cigarro los fines de semana puede afectar seriamente la salud

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo



Tomar una o dos

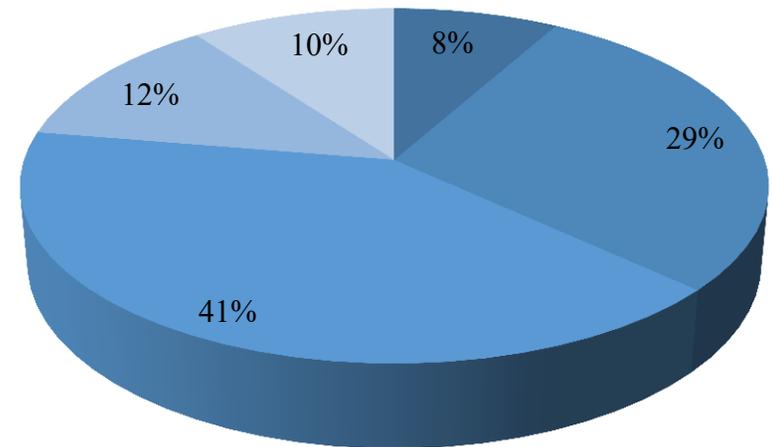
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente en desacuerdo	5	10.2	10.2	10.2
	En desacuerdo	6	12.2	12.2	22.4
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	20	40.8	40.8	63.3
	De acuerdo	14	28.6	28.6	91.8
	Totalmente de acuerdo	4	8.2	8.2	100.0
	Total	49	100.0	100.0	

Fuente: Propia

En la gráfica se observa que la mayoría de los participantes no está de acuerdo ni en desacuerdo en que beber una o dos copas de vez en cuando sea bueno para la salud. Se recomienda orientar acerca del trago estándar que recomienda la Organización Mundial de la Salud.

Tomar una o dos copas de vez en cuando es bueno para la salud

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo



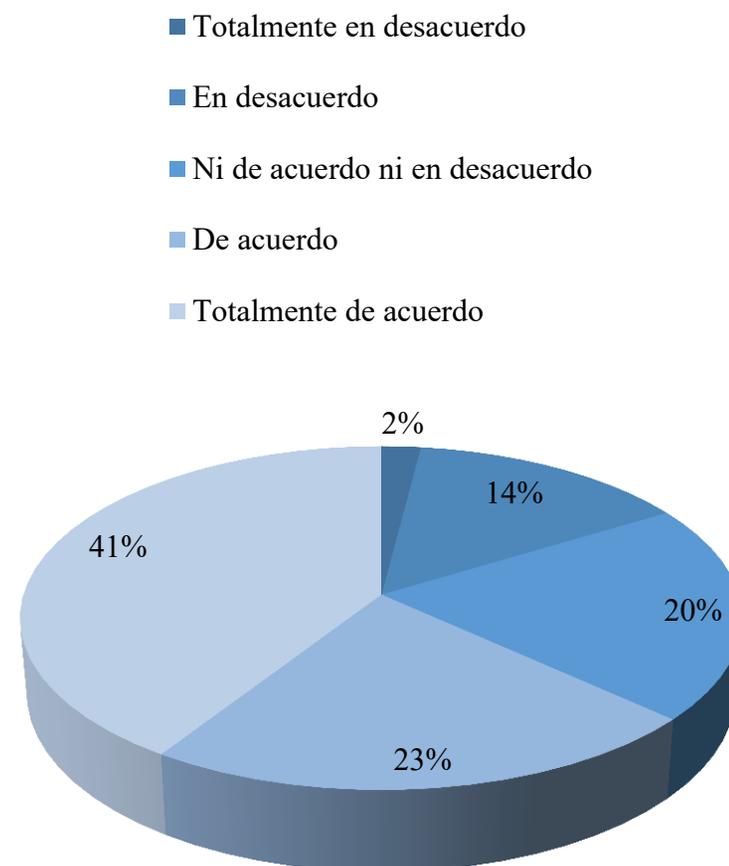
Los daños y consecuencias del uso de drogas son permanentes

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente en desacuerdo	1	2.0	2.0	2.0
	En desacuerdo	7	14.3	14.3	16.3
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	10	20.4	20.4	36.7
	De acuerdo	11	22.4	22.4	59.2
	Totalmente de acuerdo	20	40.8	40.8	100.0
	Total	49	100.0	100.0	

Fuente: Propia

El 41% de los participantes está totalmente de acuerdo en que el uso de drogas puede causar daños y consecuencias permanentes.

Daños y consecuencias del uso de drogas son permanentes



Tomar más de cinco copas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente en desacuerdo	1	2.0	2.0	2.0
	En desacuerdo	3	6.1	6.1	8.2
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	5	10.2	10.2	18.4
	De acuerdo	11	22.4	22.4	40.8
	Totalmente de acuerdo	29	59.2	59.2	100.0
	Total	49	100.0	100.0	

Fuente: Propia

En la prevalencia de consumo de más de 5 copas de alcohol el 59% respondió que puede ser peligroso para la salud.

Tomar más de 5 copas seguidas puede ser peligroso para la salud

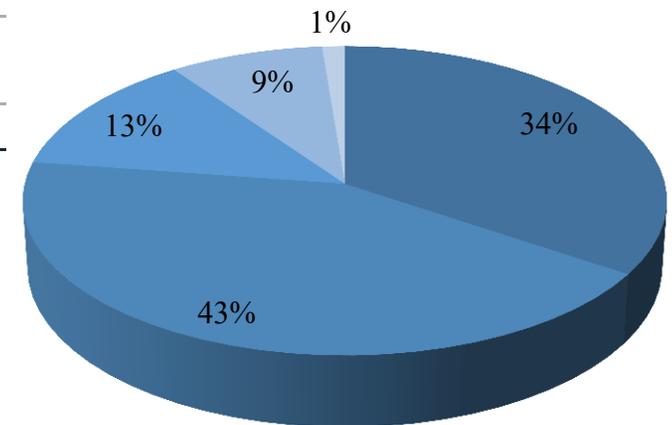


Si se tiene cuidado se puede usarse drogas sin sufrir consecuencias

Si se tiene cuidado, puede usarse drogas sin sufrir consecuencias

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente en desacuerdo	16	32.7	32.7	32.7
	En desacuerdo	20	40.8	40.8	73.5
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	6	12.2	12.2	85.7
	De acuerdo	4	8.2	8.2	93.9
	Totalmente de acuerdo	3	6.1	6.1	100.0
	Total	49	100.0	100.0	

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo



Fuente: Propia

El 43% de los participantes está totalmente en desacuerdo que aun teniendo cuidado al usar drogas no haya consecuencias.

Probar cigarro cuando tus amigos lo hacen

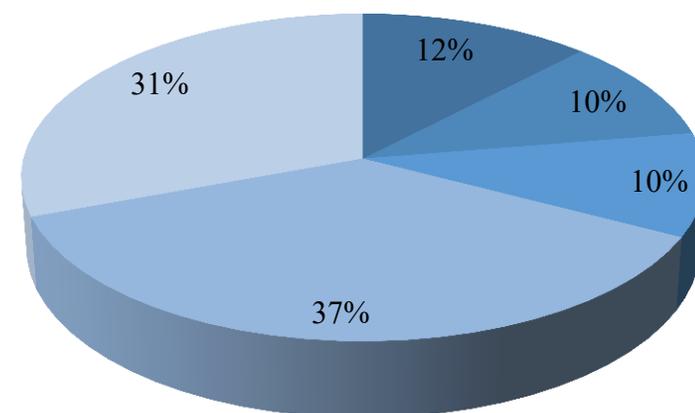
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente en desacuerdo	15	30.6	30.6	30.6
	En desacuerdo	18	36.7	36.7	67.3
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	5	10.2	10.2	77.6
	De acuerdo	5	10.2	10.2	87.8
	Totalmente de acuerdo	6	12.2	12.2	100.0
	Total	49	100.0	100.0	

Fuente: Propia

El 68% de los participantes respondieron que sí tiene consecuencias probar cigarro cuando los amigos lo hacen.

Probar el cigarro cuando tus amigos lo hacen no tiene consecuencias

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Ni de acuerdo
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo



Tomar alcohol hasta emborracharse

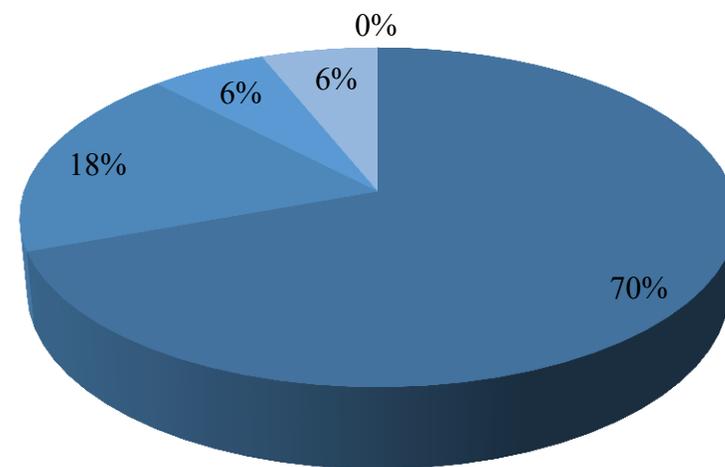
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	En desacuerdo	3	6.1	6.1	6.1
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3	6.1	6.1	12.2
	De acuerdo	9	18.4	18.4	30.6
	Totalmente de acuerdo	34	69.4	69.4	100.0
	Total	49	100.0	100.0	

Fuente: Propia

El 70% de los participantes, está de acuerdo en que el emborracharse puede ser muy dañino para la salud.

Tomar alcohol hasta emborracharse puede ser muy dañino para la salud

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo



Un cigarro de vez en cuando

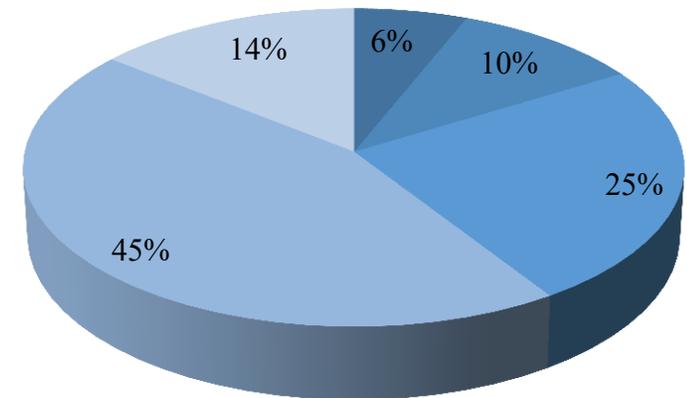
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente en desacuerdo	7	14.3	14.3	14.3
	En desacuerdo	22	44.9	44.9	59.2
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	12	24.5	24.5	83.7
	De acuerdo	5	10.2	10.2	93.9
	Totalmente de acuerdo	3	6.1	6.1	100.0
	Total	49	100.0	100.0	

Fuente: Propia

De acuerdo con la presente gráfica, el 45 % de los participantes está en desacuerdo con la prevalencia de que fumar de vez en cuando no hace daño.

Fumar un cigarro de vez en cuando no hace daño

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo



Fumar es riesgo para la salud

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente en desacuerdo	1	2.0	2.0	2.0
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	1	2.0	2.0	4.1
	De acuerdo	14	28.6	28.6	32.7
	Totalmente de acuerdo	33	67.3	67.3	100.0
	Total	49	100.0	100.0	

Fuente: Propia

El 86% de los participantes, considera que el fumar representa un riesgo para la salud de los jóvenes.

Fumar es un riesgo para la salud de los jóvenes



Tomar alcohol de vez en cuando

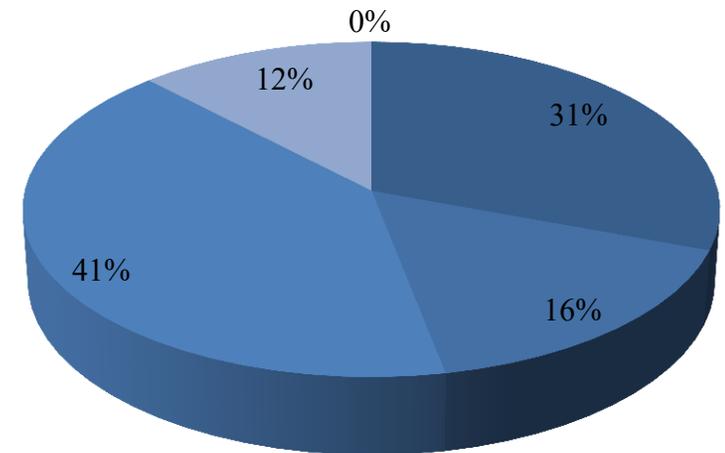
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	En desacuerdo	6	12.2	12.2	12.2
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	20	40.8	40.8	53.1
	De acuerdo	8	16.3	16.3	69.4
	Totalmente de acuerdo	15	30.6	30.6	100.0
	Total	49	100.0	100.0	

Fuente: Propia

El 47% de los participantes consideran que resulta dañino consumir alcohol de vez en cuando.

Tomar alcohol de vez en cuando es dañino

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo



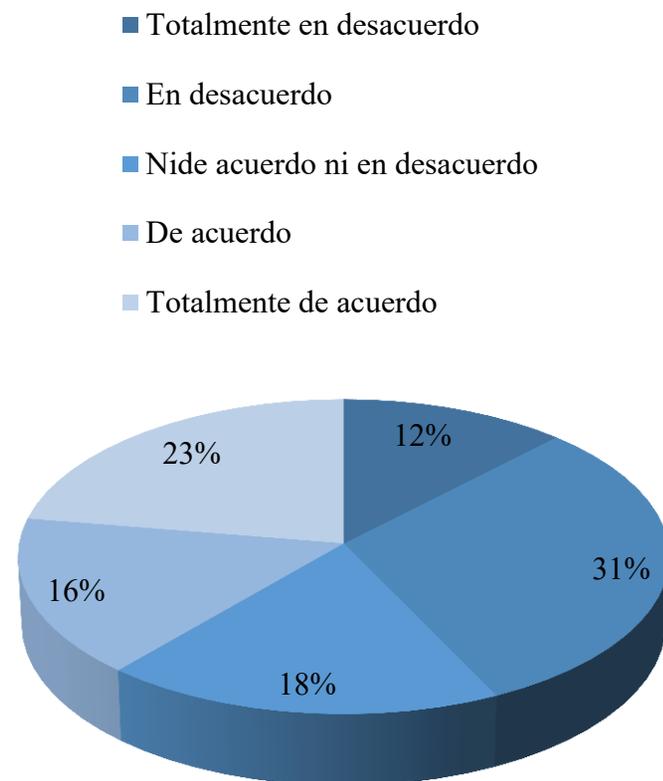
Las drogas se pueden dejar

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente en desacuerdo	6	12.2	12.2	12.2
	En desacuerdo	15	30.6	30.6	42.9
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	9	18.4	18.4	61.2
	De acuerdo	8	16.3	16.3	77.6
	Totalmente de acuerdo	11	22.4	22.4	100.0
	Total	49	100.0	100.0	

Fuente: Propia

La mayor parte de los participantes tienen una percepción de que no es fácil dejar de usar drogas, una vez que se inicia el consumo.

Las drogas se pueden dejar cuando uno quiera



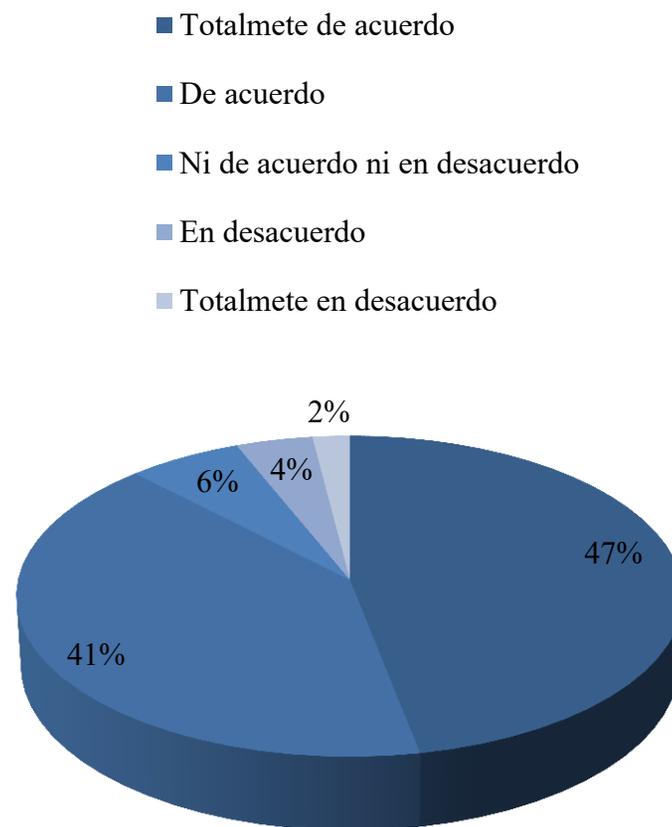
Uso frecuente del alcohol

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente en desacuerdo	1	2.0	2.0	2.0
	En desacuerdo	2	4.1	4.1	6.1
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3	6.1	6.1	12.2
	De acuerdo	20	40.8	40.8	53.1
	Totalmente de acuerdo	23	46.9	46.9	100.0
	Total	49	100.0	100.0	

Fuente: Propia

El 88% de los participantes considera que el uso frecuente del alcohol puede afectar la salud mental.

El uso frecuente del alcohol puede afectar la salud mental



Consumir drogas seguido

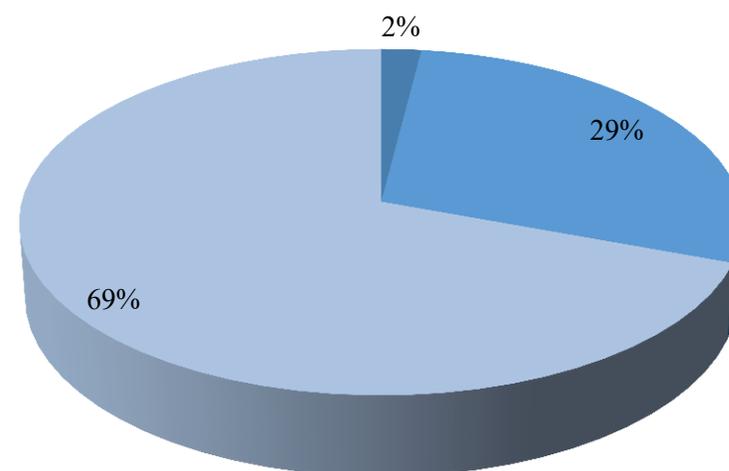
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	1	2.0	2.0	2.0
	De acuerdo	14	28.6	28.6	30.6
	Totalmente de acuerdo	34	69.4	69.4	100.0
	Total	49	100.0	100.0	

Fuente: Propia

El 69% de los encuestados están conscientes de la gravedad que puede representar el consumo de sustancias psicoactivas.

Consumir drogas puede traer graves consecuencias

- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo



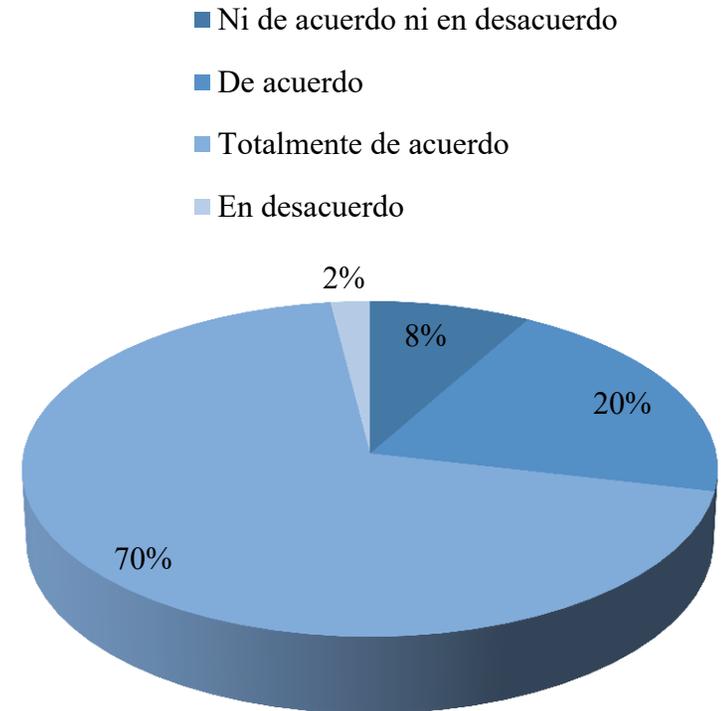
Usar drogas puede causar la muerte

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4	8.2	8.2	8.2
	De acuerdo	10	20.4	20.4	28.6
	Totalmente de acuerdo	34	69.4	69.4	98.0
	En desacuerdo	1	2.0	2.0	100.0
	Total	49	100.0	100.0	

Fuente: Propia

Existe una clara idea del daño que puede causar el consumir sustancias psicoactivas. El 70% está Totalmente de acuerdo en que puede incluso causar muerte.

Usar drogas puede causar muerte



Probar alguna droga no siempre afecta la salud

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente en desacuerdo	15	30.6	30.6	30.6
	En desacuerdo	16	32.7	32.7	63.3
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	7	14.3	14.3	77.6
	De acuerdo	6	12.2	12.2	89.8
	Totalmente de acuerdo	5	10.2	10.2	100.0
	Total	49	100.0	100.0	

Fuente: Propia

Un 33% de los participantes está en desacuerdo de que probar alguna droga no siempre afecte la salud de la persona. Es decir, piensan que si la puede afectar.

Probar alguna droga no siempre afecta la salud



Siempre es dañino probar drogas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	En desacuerdo	1	2.0	2.0	2.0
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	5	10.2	10.2	12.2
	De acuerdo	12	24.5	24.5	36.7
	Totalmente de acuerdo	31	63.3	63.3	100.0
	Total	49	100.0	100.0	

Fuente: Propia

El 63% está totalmente de acuerdo en el daño que representa probar alguna sustancia psicoactiva.

Siempre es dañino probar drogas



Hay drogas que no son dañinas

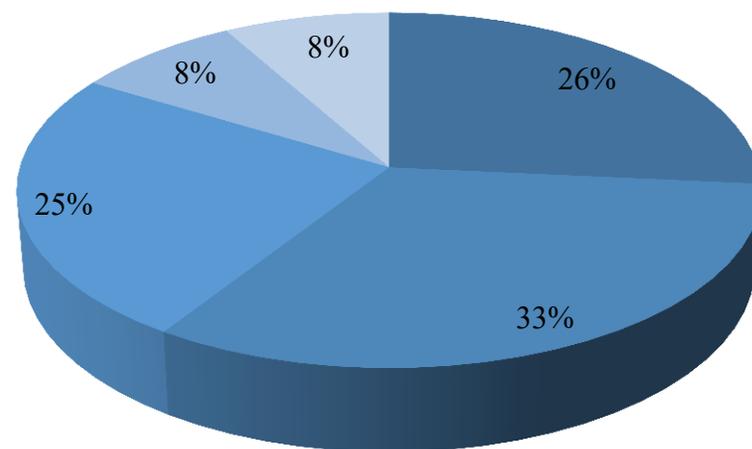
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente en desacuerdo	13	26.5	26.5	26.5
	En desacuerdo	16	32.7	32.7	59.2
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	12	24.5	24.5	83.7
	De acuerdo	4	8.2	8.2	91.8
	Totalmente de acuerdo	4	8.2	8.2	100.0
	Total	49	100.0	100.0	

Fuente: Propia

La mayoría de los participantes están en total desacuerdo de que existan drogas que no provoquen daño al ser humano.

Hay drogas que no son dañinas

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

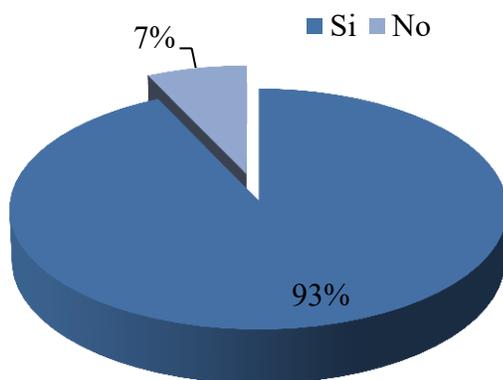


Entre los principales hallazgos fue que la propia familia es un factor de riesgo para el inicio de consumo de tabaco y alcohol, sin que la misma tenga conocimiento de ello.

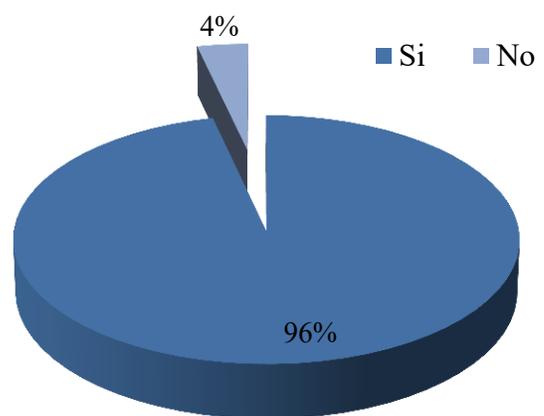
Se aprecia una adecuada autoestima por parte de los alumnos de manera general. La intervención de Trabajo Social a través de los diferentes temas que se desarrollaron durante los talleres socioeducativos, permitió apuntalar su autoestima. Resulta importante mencionar que el trabajo de prevención principalmente va enfocado a evitar el inicio de consumo de tabaco y el alcohol ya que de acuerdo con estudios realizados como la Encuesta Nacional Contra las Adicciones se consideran drogas de trampolín para el consumo de otras sustancias psicoactivas como las ilegales.

Gráficas del Instrumento de autoestima de niños nominales “Inicio de Autoestima”

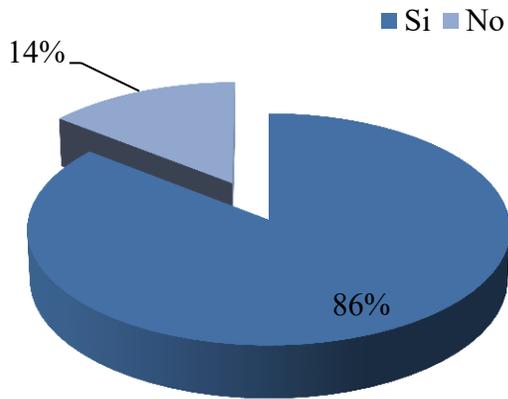
Me siento bien sin consumir tabaco



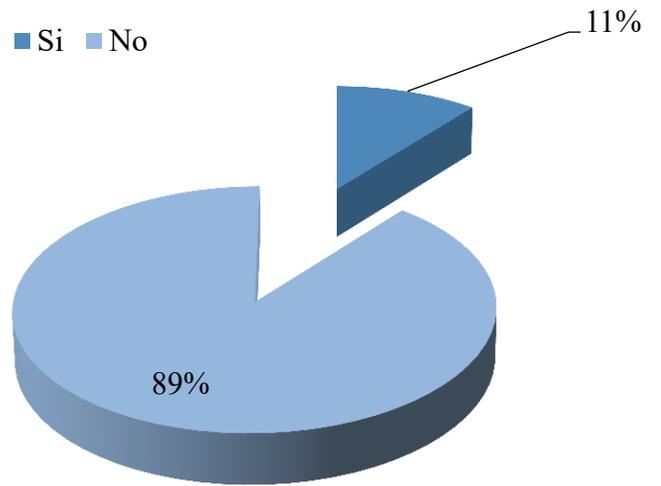
Me siento bien sin consumir alcohol



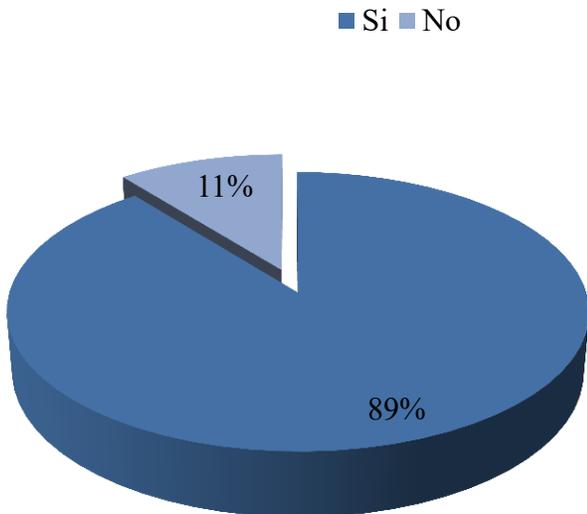
Le caigo bien a casi todos mis conocidos por ser sano



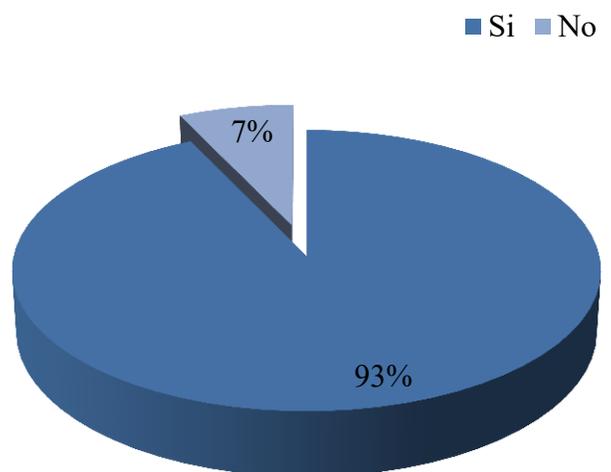
Me siento comodo al entrar a un sitio en donde consuman alcohol o fumen



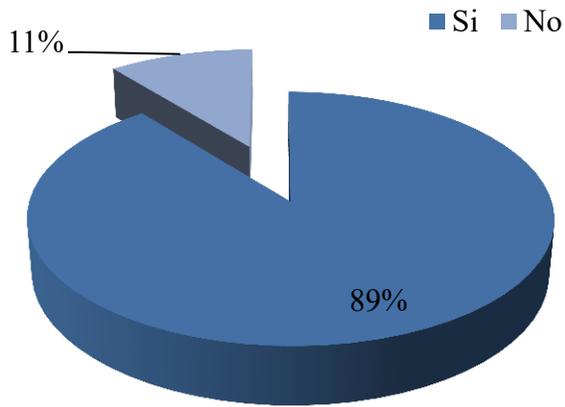
Me agrado tal como soy al no consumir tabaco ni alcohol



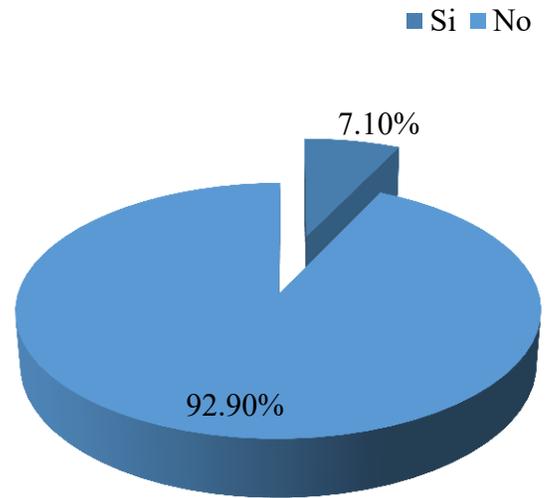
Casi logro las metas que me propongo, al no consumir alcohol en las fiestas



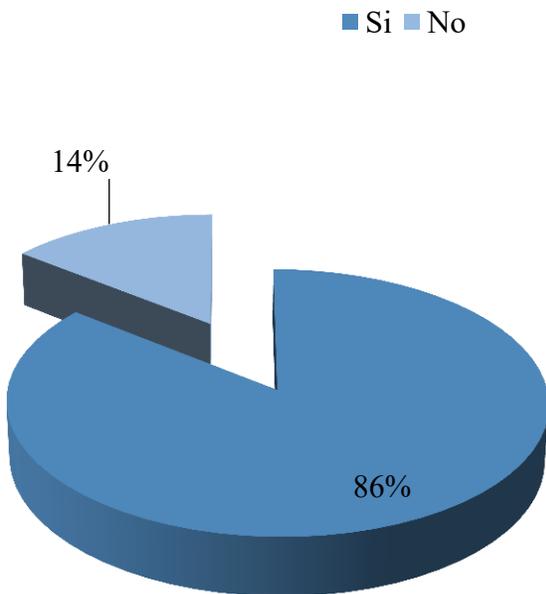
Si me preguntan cuales son mis cualidades, puedo nombrarlas rápidamente, como tener acertadas desiciones para no consumir drogas



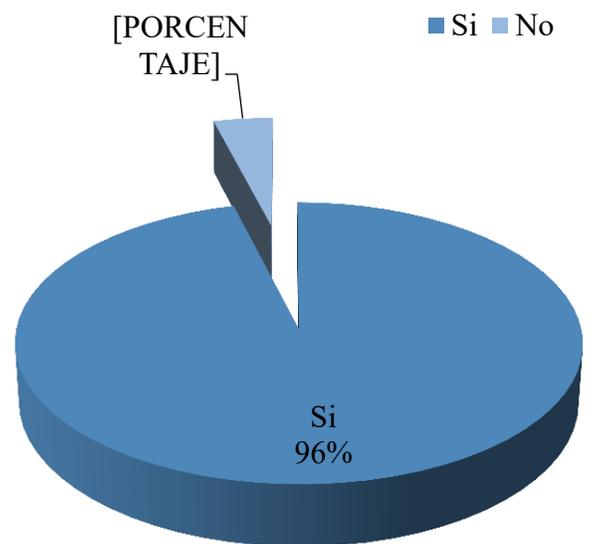
Si alguien me trata mal, por no consumir tabaco o alcohol de buena manera le digo que no lo haga



Me considero optimista de no tomar alcohol para emborracharme



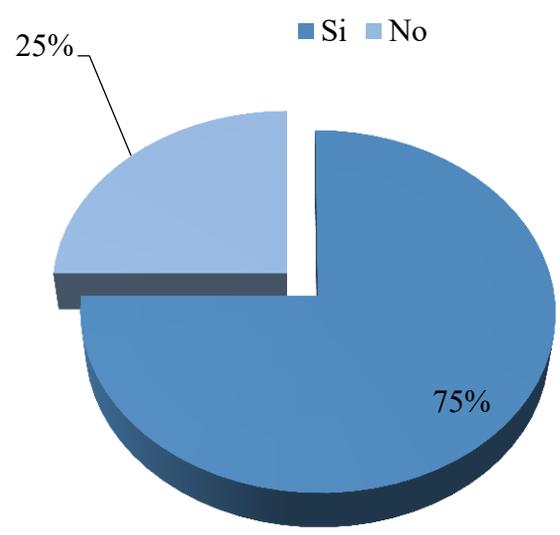
Me siento bien cuando estoy en público y no fumo



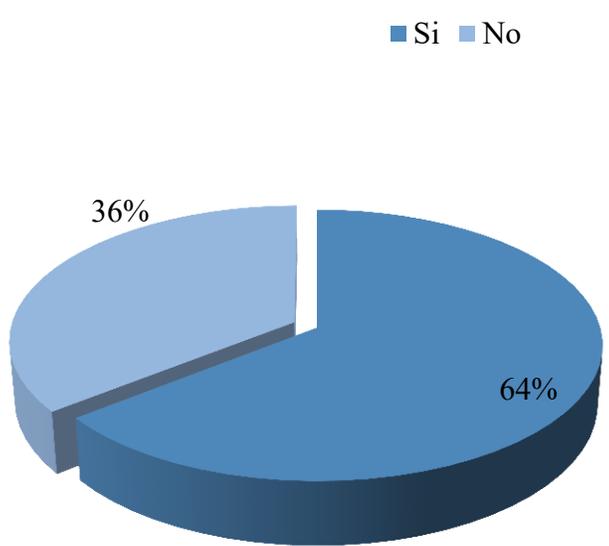
Me gusta como soy físicamente sin consumir nada de alcohol



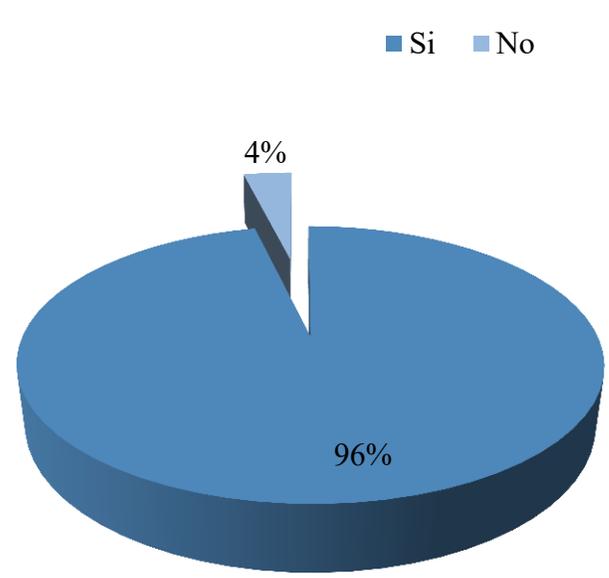
Me desagrada si me invitan a probar bebidas alcohólicas



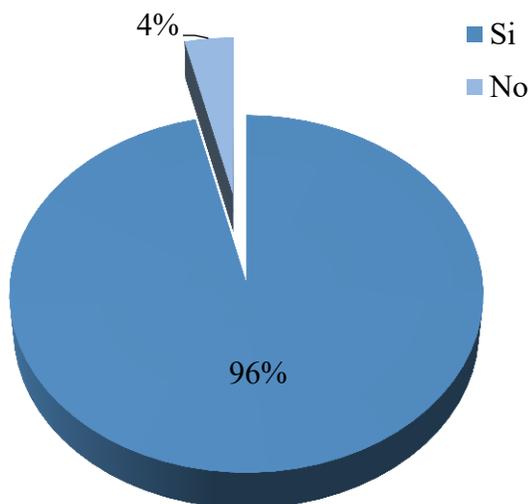
Si cometo un error, como fumar o tomar una copa de vino, pienso que tengo una segunda oportunidad



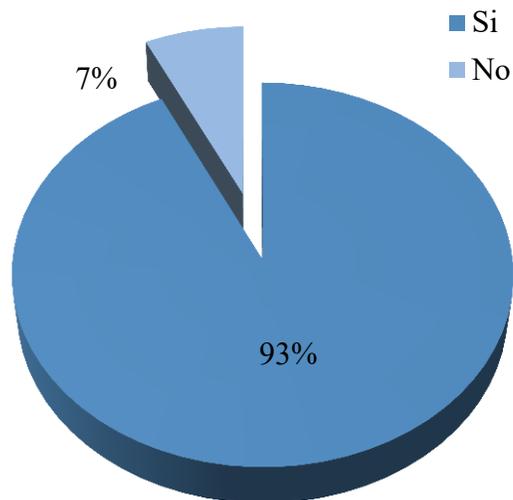
Soy creativo en la solución de los problemas que se me presentan como evitar el consumo de drogas



Tengo confianza en mis decisiones de no consumir drogas por sus daños



Me permito disfrutar de las cosas buenas de la vida y así evitar consumir tabaco y alcohol



Autoestima post-intervención de Trabajo Social.

Se aprecia que hay una adecuada autoestima en los alumnos y alumnas participantes, afirmando que no permiten una influencia por parte de pares para consumir alguna sustancia psicoactiva. En el 7% de los participantes se deben reforzar los factores de protección, a fin de que no consuman tabaco o alcohol. Por medio de programas preventivos que ayuden a fortalecer su autoestima. En resumen, de la prueba de hipótesis del instrumento percepción de riesgo, se observa un nivel de significancia de .05, esto quiere decir que fue efectiva la intervención de Trabajo Social a través de los talleres socioeducativos y se logró elevar la percepción de los participantes de acuerdo con ciertos reactivos. Sin embargo, se sugiere que las intervenciones pudieran ser permanentes en el centro escolar, ya que se observaron ciertos factores de riesgo que puedan propiciar el inicio de consumo de tabaco y alcohol en algunos alumnos, además del riesgo en la zona que es considerada de alto riesgo de acuerdo con el consumo y la distribución de estupefacientes. En general, se mantuvieron las mismas proporciones en comparación con la medición pre-intervención. Fue relevante la intervención de Trabajo Social, para la detección de algunos casos que requieren atención más especializada con el consumo de tabaco y alcohol. De tal forma que se sugiere trabajar con padres de familia a través de reuniones en la escuela primaria o algún punto de reunión e impartir los talleres socioeducativos con todos los temas que ayuden a evitar algún inicio en la conducta de consumo de niños y niñas.

Fiabilidad

Escala: Nivel de confiabilidad

Resumen de procesamiento de casos.

		N	%
Casos	Válido	107	100.0
	Excluido ^a	0	.0
	Total	107	100.0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.479	31

Fiabilidad

Escala nivel de confiabilidad Autoestima

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	29	27.1
	Excluido ^a	78	72.9
	Total	107	100.0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.693	20

A continuación, se presentan los resultados del instrumento aplicado a padres de familia, el cual coadyuvo a reforzar los resultados del instrumento denominado Cuestionario de Percepción de Riesgo, aplicado a los alumnos en la presente investigación.

Dicha información obtenida de los padres de familia sirve para llevar a cabo una reflexión acerca de la importancia que cobra el papel de la familia en temas de riesgo con los niños tal como el inicio de consumo de sustancias psicoactivas.

Resultados del instrumento aplicado a padres de familia.

El presente instrumento tuvo como objetivo conocer si existe algún problema de conducta dentro del hogar, así como detectar posibles factores de riesgo de consumo de tabaco, alcohol u otra sustancia. Lo anterior y de forma más específica trabajar con la familia en un taller denominado “Mitos y realidades sobre los riesgos” que la familia es muy importante en el tema de la prevención de adicciones pueda observarse algún factor tanto de riesgo como de protección, con la finalidad de que el trabajador social pueda intervenir. En caso de detectar alguna situación de riesgo proponer posibles alternativas de solución a la misma en conjunto con la familia.

Toda la información recabada se usó de manera confidencial, para los fines que persigue la presente investigación, que es elevar la percepción del riesgo de consumo de tabaco y alcohol de los alumnos y alumnas de sexto grado de educación primaria. Se trabajó con padres de familia en el taller con el tema de mitos y realidades acerca del tabaco y alcohol y se aplicó el instrumento para conocer posibles riesgos de problemas relacionados a la conducta y/o al consumo dentro del hogar.

Para el análisis e interpretación de los datos cualitativos se escogieron diferentes categorías atendiendo los temas principales planteados en la investigación: Probable consumo de alguna

sustancia, problemas de conducta de los hijos y situaciones por las que se generan problemas con su hijo (a).

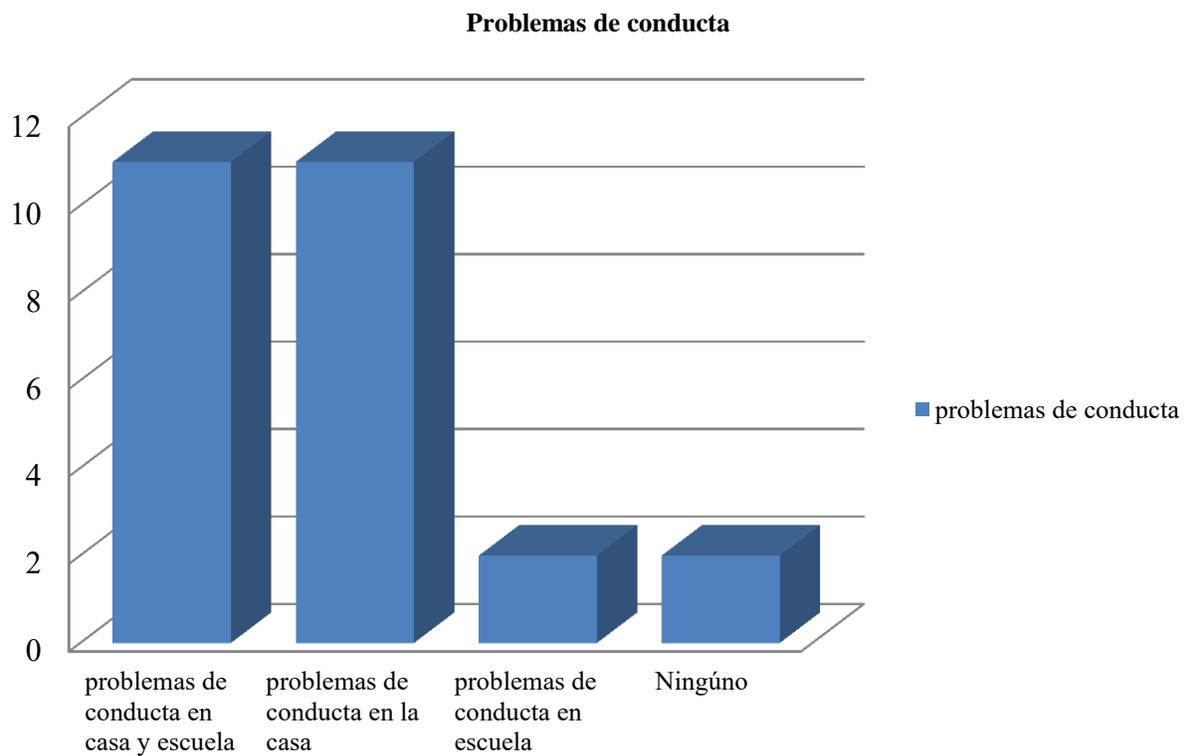
En cada categoría se discriminaron una serie de subcategorías respondiendo a indicadores aportados por los informantes y vinculados directamente con los temas seleccionados de antemano, tal como se detalla en la siguiente tabla. Lo que permitió manejar la información recabada durante el trabajo con las familias y presentar los resultados en función de los objetivos propuestos.

Categorías y subcategorías

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA	RESULTADO
Problema de conducta	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas de conducta en casa • Problemas de conducta en la escuela • Problemas con compañeros • Otros 	De un total de 26 padres y madres de familia que respondieron al instrumento, 11 menciona que los principales problemas de conducta de sus hijos (as) los tienen tanto en casa como en la escuela, 11 únicamente en casa, 2 únicamente en la escuela y 2 respondieron que ninguno.
¿Algún miembro de la familia consume alguna sustancia psicoactiva?	<ul style="list-style-type: none"> • Parentesco • Consumo 	En relación con el consumo de alguna sustancia psicoactiva 7 reportaron que el progenitor consume alcohol de manera social, 3 tabaco y alcohol y uno solo tabaco. 2 respondieron que tanto el padre y la madre consumen tabaco y alcohol. 4 dijeron que algún otro familiar como el cuñado, primo e hijo consumen alcohol 3 y uno tabaco y alcohol. Finalmente, en 9 familias no se consume ninguna sustancia psicoactiva.
Situaciones por las que se generan problemas con su hijo (a)	<ul style="list-style-type: none"> • Permisos, Novio (a), Dinero, Consumo de sustancias, Pasatiempos, Iglesia, Conducta en la escuela, Amigos, Hermanos, Quehaceres, Mandados, Inactividad, Estado de ánimo y Calificaciones • Otro 	De las situaciones que generan problemas con sus hijos(as). 18 personas entrevistadas contestaron que principalmente son las siguientes: permisos, quehaceres y mandados. 7 mencionaron los mismos y agregaron la inactividad y el estado de ánimo y solo uno respondió situaciones con los amigos, específicamente el bulín.

De acuerdo con la teoría en que se apoya la presente investigación, que es el aprendizaje social de Albert Bandura, el cual presenta a través del modelado y la observación en las personas. Las situaciones de conducta a que refieren los padres de familia en relación con sus hijos(as), tales como problemas de conducta en casa, problemas de conducta en la escuela y problemas de conducta con compañeros(as). Éstos se pueden atender con categorías de la misma teoría como el aprendizaje vicario, la anticipación y la autoeficacia principalmente.

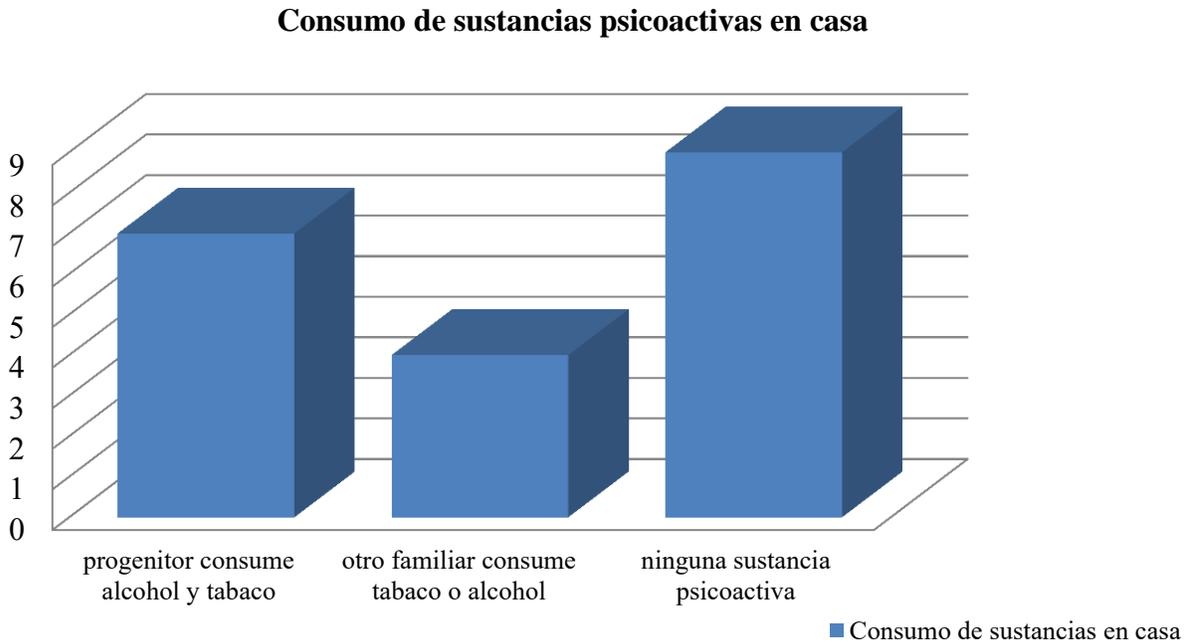
Gráfica 1. Problemas de conducta de niños(as) en la casa, la escuela y con compañeros u otros



En la presente gráfica se observa que del total de 26 personas encuestadas 11 respondieron que sus hijos presentan problema de conducta en casa y en la escuela. Y el mismo número respondió que solo en casa, sólo 2 respondieron que tienen problemas de conducta en la escuela y 2 ninguno. De acuerdo con la información obtenida, se detecta que en el 80% de las familias

entrevistadas, sus hijos(as) presentan algún tipo de problema escolar o en casa, es un riesgo que presentan para el inicio de un probable consumo de alguna sustancia psicoactiva, lo justifica la implementación de los talleres socioeducativos para prevenir situaciones de riesgo.

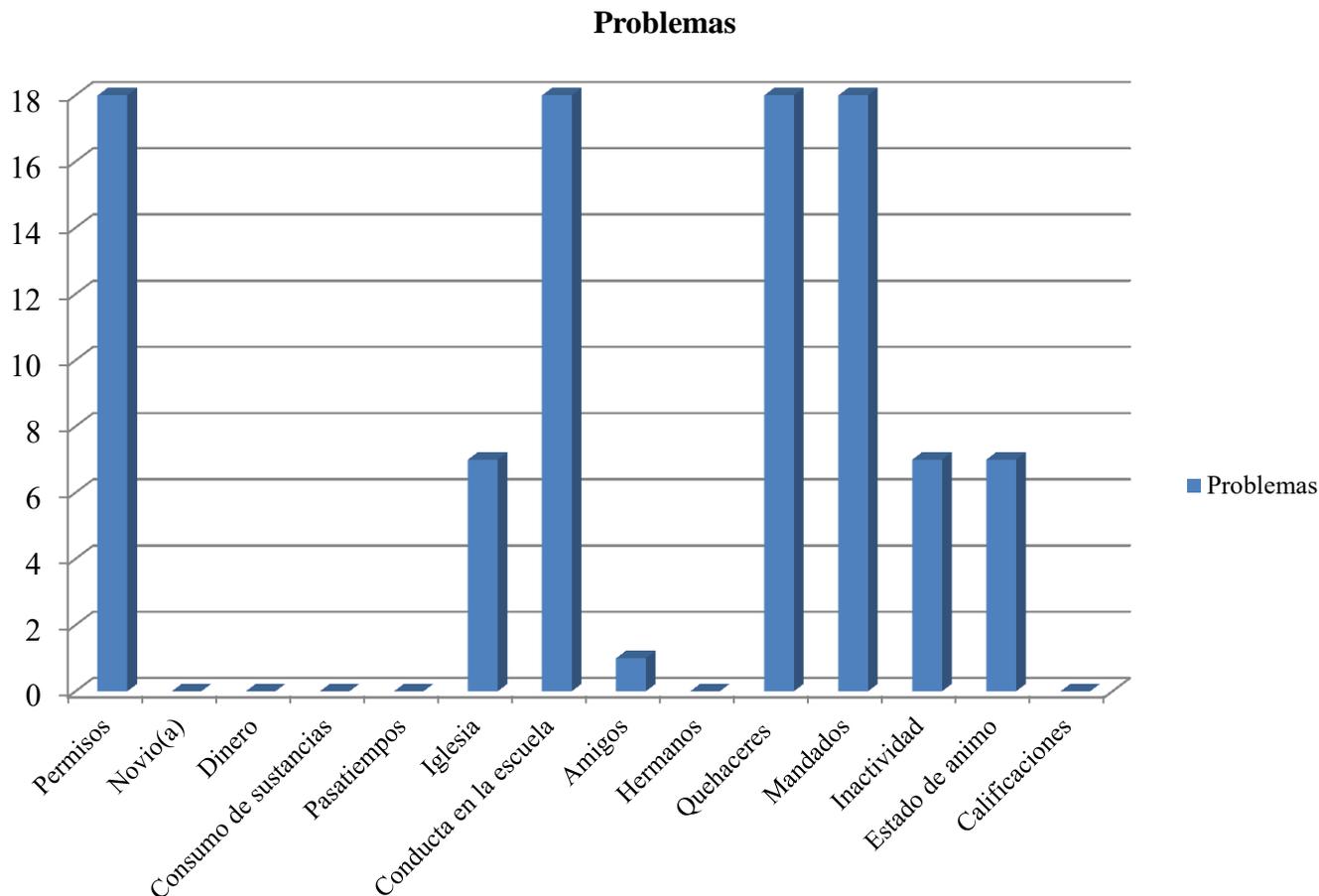
Gráfica 2. Algún miembro de la familia consume alguna sustancia psicoactiva



En esta gráfica la relación de consumo de alguna sustancia psicoactiva. 7 madres de familia reportaron que el progenitor consume alcohol de manera social, 3 consumen tabaco y alcohol y uno solo tabaco, 2 respondieron que tanto el padre y la madre consumen tabaco y alcohol, 4 dijeron que algún otro familiar como el cuñado, primo e hijo consumen alcohol y uno tabaco y alcohol. Finalmente, en 9 familias no se consume ninguna sustancia psicoactiva. Por lo anterior se observa cierto riesgo en cuanto al consumo de tabaco y alcohol por parte del padre, debido a que culturalmente se consume alcohol los fines de semana en nuestra sociedad, situación que puede representar un factor de riesgo para el inicio de consumo por parte de los niños(as). Debido a que esta población observa el fenómeno de consumo de tabaco y alcohol como algo

normal que no afecta su vida familiar. Se recomienda implementar talleres socioeducativos dirigidos a padres de familia que sean permanentes en las escuelas.

Gráfica 3. Situaciones por las que se generan problemas con su hijo



De las situaciones que generan problemas con sus hijos(as). 18 personas entrevistadas contestaron que principalmente son las siguientes: permisos, quehaceres y mandados. 7 mencionaron los mismos y agregaron la inactividad y el estado de ánimo y solo uno respondió situaciones con los amigos, específicamente el bulín.

Los diferentes cambios físicos y psicológicos que se presentan en la adolescencia, aunado a la falta de comunicación y de disciplina, generan problemas de conducta que presentan en la escuela, por tal motivo se deben de reforzar los vínculos afectivos, comunicación, estableciendo límites claros y disciplina a través de los talleres socioeducativos debido a que todo esto puede generar el consumo de alguna sustancia psicoactiva si no se pone especial atención.

Finalmente otro aspecto importante a considerar en relación a lo que comentaron los padres de familia en el presente instrumento, es que el 90% considera en sus comentarios finales la relevancia e importancia que representa este tipo de trabajos de investigación, para temas relacionados con la prevención de adicciones, sexualidad, bulín, violencia de género, entre otros, que en la actualidad afectan de manera directa a las niñas, niños y adolescentes, así como a la dinámica familiar de cualquier hogar.

Los talleres socioeducativos, deben ser permanentes y aunque no sea de manera formal en la curricular educativa, pero si informalmente puede ser una posible alternativa en las instituciones educativas de este nivel.

Discusión

En relación a la respuesta de la pregunta de investigación: ¿La intervención preventiva de Trabajo Social en el ámbito familiar y escolar contribuye a elevar la precepción de riesgo en niñas y niños de sexto grado de primaria para prevenir la conducta de inicio de consumo de tabaco y alcohol? La discusión tiene que ver con el análisis teórico-conceptual de los hallazgos encontrados.

El trabajo de campo consistió en realizar un recorrido a 3 escuelas de educación básica, en la zona, eligiéndose la que presenta un mayor nivel de riesgo en relación con la venta de sustancias psicoactivas, de acuerdo con datos proporcionados por el municipio de Tlalnepantla de Baz Estado de México donde se llevó a cabo el trabajo con los alumnos de sexto grado de primaria.

Aplicación de un pre-test, acerca de la percepción del riesgo con relación al consumo de tabaco y alcohol, a los alumnos de sexto grado (dos grupos experimental y de control), para identificar la atribución del efecto de la intervención de Trabajo Social en términos de que sea eficaz y efectiva en el grupo donde se llevó a cabo la misma que fue el grupo experimental o intervenido y no a otras variables.

En esta parte se eligieron 2 de un total de 3 grupos de sexto grado de la primaria donde se llevó a cabo la investigación, los criterios para la elección de los grupos fue por que cumplían ciertas características, es decir en conjunto con las autoridades del plantel y a sugerencia de los docentes de la escuela por tener un mayor conocimiento de estos y a conveniencia de la misma investigación el grupo control fue el que observaba mejor conducta, a este grupo únicamente se le aplicó el pre y post test no recibió intervención. En cuanto al grupo experimental de acuerdo con comentarios de los docentes fue el grupo que mostraba mayor indisciplina y problemas de conducta, con este grupo se llevaron a cabo los talleres socioeducativos.

La intervención de Trabajo Social en el ámbito educativo, en la modificación y fortalecimiento de la percepción de riesgo de los alumnos de sexto grado de primaria, a fin de prevenir el consumo de tabaco y alcohol, se da a partir de un trabajo sistematizado, con temas relacionados a la prevención del consumo de sustancias psi coactivas y de los talleres socioeducativos, mismos que permitieron elevar la percepción de riesgo de los alumnos. Los estudios encontrados de acuerdo con el tema de la presente investigación y sus hallazgos para contrastarlos con la investigación son los siguientes:

En relación con el tabaco.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones en 2011, se encontró un 21.7% de fumadores activos (17.3 millones), 31.4% fueron hombres y 12.6% mujeres. El 8.9% de la población entre 12 y 65 años reportó fumar diario.

En adolescentes de 12 a 17 años, la encuesta encontró una prevalencia de fumadores en el último año de 12.3%, correspondientes a 1.7 millones de personas, el 16.4% hombres y el 8.1% mujeres. Este porcentaje se constituyó en su mayoría por fumadores ocasionales (10.4%), aquellos que han fumado en el último año, pero que no fuman diario, y 2% de fumadores diarios.

La edad de inicio para el consumo de esta sustancia fue alrededor de los 12 años.

Este dato es revelador, de acuerdo con la investigación realizada, algunos alumnos y alumnas mencionaron haber tenido algún tipo de contacto con el tabaco, fumándolo alguna vez en su vida. Lo que significa que es importante realizar acciones de prevención en este grupo de edades.

En estudiantes de 5 y 6 grado de primaria de la ciudad de Tijuana, encontró una prevalencia de consumo de tabaco alguna vez de 4.7%. Por su parte en la población masculina de secundaria en

esta misma ciudad, el porcentaje de consumo de tabaco (12,1%) fue similar al encontrado en otros estados.

La encuesta de tabaquismo en Jóvenes México 2011, aplicada en escuelas secundarias a jóvenes entre 13 y 15 años reportó que el 42.8% de los estudiantes a nivel nacional utilizó el cigarro alguna vez en su vida; de los fumadores, 67.5% lo hizo entre los 11 y los 13 años, mientras que el 16.5% lo hizo antes de los 10 años.

De acuerdo con la encuesta de tabaquismo confirma la edad de inicio para el consumo de esta sustancia ha disminuido, de ahí que es necesario implementar más programas de prevención, dirigidos a estas poblaciones, logrando así reafirmar el objetivo propuesto en esta investigación.

En los Centros de Integración Juvenil (CIJ) 2014

Entre julio y diciembre de 2013, se atendió a 576 usuarios exclusivos de tabaco que acudieron a recibir tratamiento por primera vez a los Centros de Integración Juvenil. La mayoría de los usuarios de tabaco reportaron haber iniciado su consumo entre los 10 y los 19 años.

Nuevamente se observa en este reporte la edad temprana de inicio al consumo de esta sustancia, ya sea por curiosidad, imitación, presión de pares, el hecho es que se presenta un consumo a corta edad.

El Sistema de Reporte de Información de Drogas (SRID 2014)

Reporta que en los jóvenes de 12 a 14 años el consumo alcanzó el 7.3%. En cuanto al consumo en el último mes, en aquellos jóvenes con edades entre los 15 y 19 años alcanzó un 40.3%, mientras que entre los 12 y 14 años fue de 7.3%. La edad de inicio de consumo de tabaco fue entre los 12 y 14 años.

Tanto en el Centro de Integración Juvenil, como en el Sistema de Reporte de Información de Drogas, así como la Encuesta nacional Contra las Adicciones 2011; reportan casos donde ya se observa un inicio de consumo, lo que se traduce en que la edad de inicio de los consumidores ha disminuido y por ende se recomienda a través de la presente investigación realizar más programas preventivos dirigidos a dicha población, pues es el paso de la pubertad a la adolescencia temprana, donde los alumnos se encuentran en una serie de situaciones que son cruciales para su desarrollo y toma de decisiones.

De acuerdo con estos resultados nacionales, la prevalencia total del consumo de tabaco en primaria es de 6.5%, con un porcentaje mayor en hombres (8.9%) comparado con el de mujeres (4%). Se observa, en los distintos indicadores, que el consumo de los hombres, duplica al de las mujeres. Los consumidores y no consumidores de tabaco presentan una alta percepción de riesgo al consumo de la sustancia, aunque ligeramente menor en los usuarios de tabaco, con porcentajes por arriba del 85%.

Finalmente, las medidas de prevención del consumo no solo deben venir de instancias gubernamentales o agentes sanitarios, sino también de la familia y del personal escolar, por lo que puede ser útil incorporar la prevención del consumo a los programas escolares.

En cuanto al alcohol.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones realizada en 2011 en hogares se observa un aumento en cuanto al consumo de alcohol en la población adolescente, en donde el consumo alguna vez pasó de 35.6% en 2002 a 42.9% en 2011, mientras que el consumo en el último año se incrementó de 25.7% a 30.0% y en el último mes prácticamente se duplicó de 7.1% a 14.5% en los mismos años. El abuso de alcohol en esta población fue de 14.5% (17.3% en hombres y

11.7% en mujeres). A su vez, el índice de personas de esta edad que presentaron dependencia al alcohol incrementó significativamente con respecto a la medición de 2002, pasando del 2.1% a 4.1% en 2011. Por sexo el porcentaje de hombres que presentaron dependencia al alcohol se duplicó de 3.5% a 6.2%, mientras que en las mujeres se triplicó de 0.6% a 2.0%.

Otro estudio en la ciudad de Tijuana encontró que la prevalencia de consumo de alcohol en el último año fue mayor en hombres de 5 y 6 grado de primaria (11.7%), en comparación con las mujeres de los mismos grados escolares (8.6%). A su vez, el abuso de alcohol en hombres y mujeres de 5 y 6 grado de primaria resultó similar y se encontró por debajo del 3% (hombres 2.5%, mujeres 2.3%). En contraste con los hallazgos de la presente investigación, resulta interesante observar cómo algunos de los sujetos de estudio ya han consumido alcohol alguna vez en su vida y como la edad de inicio es cada vez más temprana.

En lo que respecta a los Centros de Integración Juvenil. A.C.

El último reporte disponible, correspondiente al segundo semestre de 2013, indica que los Centros de Integración Juvenil detectaron 562 usuarios exclusivos de alcohol que solicitaron ayuda por primera vez, en su mayoría contaban con estudios de secundaria (42.3%) y bachillerato (26.9%) y se dedicaban a alguna actividad laboral (39.6%) o a estudiar (38.0%).

Aunque la mayoría de quienes solicitaron tratamiento refirió el haber el haber acudido por iniciativa propia y por recomendación familiar, 1 de cada 5 personas asistió por recomendación escolar. En cuanto a los problemas asociados al consumo de alcohol referidos por los pacientes, la mayoría indicó tener problemas familiares (69.6%), seguido por quienes indicaron tener problemas de salud y psicológicos (33.8% y 32.4% respectivamente), en tanto que un 24.4% mencionó tener problemas escolares. De acuerdo con lo anterior, cobra relevancia que en la

presente investigación se opta por estudiar el problema en conjunto con la familia y las autoridades escolares, ya que tiene gran influencia en participar y motivar al alumno a buscar ayuda en estas instituciones.

En general quienes buscan ayuda en los Centros de Integración juvenil iniciaron el consumo de alcohol entre las edades de 10 y 19 años. Un 95.7% reportó haber consumido bebidas alcohólicas durante el último año y el 70.6% durante el último mes. Otro dato revelador que respalda la importancia de investigaciones como la presente para prevenir que las personas inicien consumo a corta edad.

El Sistema de Reporte de Información de Drogas (SRID 3013)

De 845 casos, el 85.0% indicó haber consumido alcohol alguna vez en la vida, mientras que en el último año un 79.9% lo consumió en el último mes un 76.4%. Por edad, el 40.8% de los consumidores de alcohol alguna vez en la vida indicaron tener entre 15 y 19 años, rango de edad en el que también se estableció la principal edad de inicio con un 48.4%, seguida del grupo de edad entre los 12 y 14 años con un 32.8%.

En los estudiantes de primaria, la prevalencia total de consumo de alcohol alcanza el 16.9%, se presenta en mayor medida en los estudiantes hombres (21.5%) que en las mujeres (12.1%); para el consumo en el último año la prevalencia es de 8.1%, 10.5% para los hombres y 5.5% para las mujeres.

Al indagar la intención de consumir alcohol en los estudiantes, se observan como un porcentaje bajo de los estudiantes, se observan como un porcentaje bajo de los estudiantes que aún no han consumido alcohol (13.9% de los hombres y 11.3% de las mujeres), indican que probablemente lo consumirían; sin embargo, en aquellos estudiantes que ya han consumido alcohol y que

indican que sí lo volverían a consumir, los porcentajes casi se duplican (26.1% en los hombres y 18.6% en la mujeres). Con respecto a la percepción de riesgo y la tolerancia social ante el consumo de alcohol, se observan diferencias entre los estudiantes que han consumido alcohol y los que no. El 85.8% de los usuarios consideran que es peligroso consumir frecuentemente alcohol en comparación con el 95.6% de los no usuarios.

En el nivel educativo de primaria ya se encuentra población que ha iniciado el consumo de alcohol, cerca del 17% indica que ha probado alguna bebida con alcohol y el consumo excesivo se presentó en el 2.4% de los estudiantes. En comparación a estos datos con los hallazgos de la investigación existen similitudes muy significativas en los porcentajes de inicio de consumo. Así mismo la percepción de riesgo del consumo frecuente al alcohol es alta en la población y mayor al 90.0%. También la tolerancia ante el consumo es baja, particularmente en quienes no han consumido. En tanto, la tolerancia social del mejor amigo de los consumidores llega a un 32.7%.

Dado que el consumo en algunos casos inicia en esta edad, el dato de intención de usar alcohol es relevante. En él, encontramos que el 12.5% de los abstemios señalan que probablemente llegarán a consumir alcohol, en tanto que el 22.6% de quienes ya han consumido alcohol, indica que lo volverían a consumir. Son varios los estados donde se tiene un consumo de alcohol mayor al nacional y en ellos debe trabajarse ampliamente y de manera más intensiva en la prevención; recordemos que además el alcohol es una sustancia cuyo consumo a edades tempranas, probabilista que además se consuman otras sustancias como la marihuana, los inhalables o la cocaína.

La autenticidad de los resultados obtenidos en la presente investigación está en función y relación con la fase conceptual, que es la Teoría del Aprendizaje Social de Albert Bandura, en

dónde se desarrollan capacidades de las personas como la capacidad vicaría, el modelado, la anticipación y la autoeficacia como respuesta ante las situaciones de riesgo como puede ser la posible conducta de inicio de consumo de tabaco y alcohol.

- En la fase metodológica, se trabajó en cuanto a la obtención de resultados para medir e incrementar la percepción de riesgo de niñas y niños de acuerdo con el consumo de tabaco y alcohol.
- En la fase empírica de la misma para identificar los posibles factores que han podido influir en los resultados.
- La población total participante fue de 46.8% mujeres 54.2% hombres; en un rango de edad de 11 años 52.3% y 12 años 48.7 %.

Así mismo se contó con la participación de 28 padres de familia, que asistieron al taller para presentar el instrumento de entrevista nominado “Entrevista por familia” De acuerdo con las respuestas en el post test; es decir posterior a la intervención de Trabajo Social en el instrumento nominado “Indicador de autoestima” el objetivo fue determinar el nivel de esta en los participantes, un 98% respondió que se siente bien sin consumir tabaco y únicamente el 2% respondió lo contrario, es decir en algún momento de su vida lo consumieron. Lo cual se refiere a que su percepción ante el consumo de tabaco es favorable para no llevarlo a cabo. En relación con el trabajo realizado con los alumnos de sexto grado de educación primaria, se puede observar lo siguiente:

Entre las variables más reveladoras, sobre la percepción de riesgo antes de la intervención preventiva de Trabajo Social, en el presente estudio, encontramos que, el 29.3% de los encuestados presentó algún nivel de riesgo en su percepción respecto a los daños a la salud por

fumar; el 69% considera que el tabaco no es tan dañino; algo parecido reportaron con las bebidas alcohólicas (58.6%). Dicho dato se ratifica, con el reporte de que consideran que beber no tiene graves consecuencias, casi la mitad de ellos, así opinan (48.3%). No es riesgoso beber de vez en cuando, entre 7 de cada 10 de ellos; lo mismo sucede al preguntarles sobre las consecuencias del consumo de drogas, 60.3% no lo consideran de consecuencias. Un dato significativo es, que el 82.8% consideran que consumir alcohol de vez en cuando no es dañino. La mitad de ellos (48.3%) consideran de bajo riesgo consumir tabaco sólo los fines de semana; tomar una o dos copas no es de riesgo para el 81%, el 86.2% creen que si se tiene cuidado se puede consumir drogas, también el 84.5% cree que el consumir cigarro cuando los amigos lo hacen es de bajo riesgo, lo mismo para consumir cigarro de vez en cuando (77.6%). Otro dato relevante es la creencia que tienen de que las drogas se pueden dejar (70.7%), que se ratifica con su creencia de que el consumo de drogas no siempre afecta (79.3%).

En resumen, con base en los datos anteriores, en general se identifica una baja percepción de riesgo al consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, en los sujetos encuestados. Lo anterior es con base en el pre-test aplicado en general a las y los alumnos de sexto grado. En contraste con los estudios que se encontraron como en la Encuesta Nacional Contra las Adicciones donde la percepción de las personas encuestadas es alta.

En un análisis comparativo respecto a las proporciones obtenidas en la medición pre-intervención, se identifican diferencias. La curiosidad, disminuyó a sólo el 30.6%; la percepción de que el cigarro es dañino a la salud aumentó al 53.1%; creer que fumar no es un riesgo a la salud, disminuyó a sólo el 6.1%, en una proporción similar se vio disminuida a un 16.3%; algo parecido se mostró en la idea de que fumar con frecuencia es dañino que se redujo a 6.1%, similar reducción se mostró en la idea de que fumar es un riesgo (6.1%); en general se

mantuvieron la frecuencias sobre la percepción de riesgo sobre el consumo de drogas (excepto tabaco y alcohol).

En conclusión, las principales diferencias se encontraron en las variables sobre consumo de tabaco y alcohol, a diferencia de consumo de drogas.

Epidemiología

El 79.3% de los casos no mostró curiosidad; el 96.6 nunca había consumido tabaco; ninguno de los sujetos consumió tabaco en los últimos 30 días al momento del estudio; es de resaltar que el 39.7% de las niñas y niños ya habían consumido alcohol alguna vez en su vida, tres de ellos lo hicieron en los últimos 30 días; con relación al ofrecimiento de drogas, sólo a dos casos ya habían experimentado con ese ofrecimiento y sólo a uno de ellos se lo habían realizado en los últimos 30 días. Es un dato revelador que, casi uno de cada 10 niños (5.8%) ya había conseguido alguna droga; 4 de cada diez conviven con alguien que consume drogas; el 10% ha sentido curiosidad por probar alguna droga; sólo un caso de las niñas y niños ha probado drogas alguna vez en su vida; es probable que ese mismo menor de edad sea quien ya consumió alguna droga en los últimos 30 días, al momento del estudio.

Autoestima.

En general, se mantuvieron las mismas proporciones en comparación con la medición pre-intervención. Fue relevante la intervención de Trabajo Social, para la detección de algunos casos que requieren atención más especializada en relación con el consumo de tabaco y alcohol.

De tal forma que se sugiere trabajar con padres de familia a través de reuniones en la escuela primaria o algún punto de reunión e impartir los talleres socioeducativos con todos los temas que ayuden a evitar algún inicio en la conducta de consumo de niños y niñas.

El 3% de los participantes respondió sentirse cómodo al entrar a un sitio donde consuman alcohol o fumen, mientras el 97% no se siente cómodo. Reactivo importante que denota la incomodidad de los participantes de convivir con personas que fumen o consuman alcohol, incluso en su propio hogar.

Pudo observarse que el 95% de los participantes respondieron de manera favorable posterior a la intervención de Trabajo Social en el taller de autoestima.

El 11% respondió que no tiene un sitio oportuno “si ome un error como fumar un cigarro o tomar una copa de vino” situación en la que se pone a prueba la autoestima que su autoestima se ve afectada ya que consideran que el equivocarse no les permite tener un aprendizaje de la misma situación o problemática. Esto corresponde al reactivo 17 del mismo instrumento.

Otro punto que se considera importante fue el reactivo 20 donde 2 participantes señalaron que no disfrutaban las cosas buenas de la vida y así evitar consumir tabaco y alcohol, en particular hubo un caso, que la mayoría de los reactivos los respondió de manera desfavorable para una adecuada autoestima.

Cabe mencionar que dicho instrumento de indicadores de la autoestima se aplicó a los participantes, posterior a la intervención de Trabajo Social en el taller denominado La autoestima en la prevención del consumo de tabaco y alcohol.

Conclusiones

Actualmente en la sociedad el problema de consumo de sustancias psicoactivas está teniendo cada día mayor dimensión y auge en la población, presentándose en edades más tempranas, en ambos géneros casi por igual, con sustancias más adictivas y novedosas. Amén de que existe un grave problema en cuanto al tráfico y distribución de sustancias psicoactivas.

México ya no es únicamente un país de paso de drogas, gran parte de su población se ha convertido en consumidora.

Las estadísticas así lo revelan de acuerdo con la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017 indica que el consumo de alcohol es alto, en particular el patrón de consumo excesivo. Dicho patrón se presenta no solo en la población mayor de edad, sino también en una amplia proporción de menores de edad y es en las mujeres adolescentes donde ha ocurrido el mayor crecimiento proporcional, hasta llegar a presentar prevalencias similares a las de los hombres.

En la presente investigación se puntualiza que el consumo de las sustancias psicoactivas son un problema social, de salud pública y mental, mismo que debe atenderse a todos los niveles, así como en los ámbitos públicos y privados.

La disfunción familiar, relaciones sociales conflictivas, el entorno social, la influencia de las amistades negativas, delincuencia, deserción escolar, falta de expectativas de crecimiento, el imitar comportamientos y actitudes, curiosidad y lo difícil que es la etapa de la adolescencia con sus cambios, crisis, problemas emocionales y situaciones de la vida diaria, es una realidad que día a día nos enfrentamos.

La familia es tan representativa que en los adolescentes de manera inconsciente y consciente se repiten los patrones de conducta a través de lo que Albert Bandura denomina el aprendizaje vicario o modelado a través la observación hacia otras personas incluso en el hogar.

A través de lo que se vive diariamente se observa que muchos jóvenes y adolescentes han olvidado su proyecto de vida por ejemplo en nuestro caso el polígrafo denominado “Ninis” motivo por el cual pueden verse envueltos en el consumo de sustancias psicoactivas, por la inexperiencia que tienen, así como la falta en algunos casos de capacidad reflexiva que tienen acerca de la búsqueda de mejores estilos de vida, que es otra categoría que menciona el autor Albert Bandura en la teoría del Aprendizaje Social. Hay un riesgo para todos ya que de inicio, las sustancias psicoactivas se ofrecen en muchos lugares, en ocasiones a precios bastante accesibles, al menos al inicio, para provocar el deseo de seguir consumiéndola. Los principales factores de riesgo que para esta investigación determinan el posible inicio de consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes son:

La baja autoestima que puedan presentar las niñas y niños, por las relaciones entre padres e hijos no son las ideales; ya que existe poca o nula comunicación entre los integrantes que conforman la familia. Sin embargo, de acuerdo con el instrumento denominado indicadores de la autoestima, mismo que se aplicó en el taller del mismo nombre y con base a los resultados para este caso la mayor parte de los participantes presenta una adecuada autoestima.

Otro factor es la relación de pares como influencia negativa ya que por pertenecer a un grupo o ser reconocidos por los integrantes de este, los adolescentes ceden con facilidad al mínimo chantaje ejercido por otro joven, lo cual se ve estrechamente ligado al fácil y rápido acceso para adquirir sustancias legales o ilegales. Este aspecto se reforzó a través de los temas denominados

poder en la toma de decisiones y habilidades para la vida formación de un razonamiento crítico y reflexivo.

La adolescencia trae cambios físicos y emocionales, aunado a eso si se tienen problemas en el hogar la niña o el niño presenta factores de riesgo latentes, la depresión es una crisis bastante fuerte que puede ser otro factor de riesgo para un inicio de consumo prematuro. Además, que las familias modernas ante la situación económica y social actual ambos padres tienen que trabajar descuidando las atenciones y cuidados de sus hijas e hijos, así mismo hay madres o padres solteros que deben atender las necesidades primarias, careciendo del tiempo para estar al pendiente de sus hijos.

Trabajo Social en el área de la salud y educación, al detectar las situaciones que ponen en riesgo de niñas y niños puede implementar programas para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas, fungiendo como orientador y mediador entre los recursos y las necesidades.

En ese sentido se llevó a cabo el análisis con 28 familias, a través del instrumento denominado entrevista familiar, aunque el trabajo con los padres y tutores tuvo una duración de una sesión en donde aparte de responder y participar en la entrevista expresaron como es la dinámica en el hogar. De igual forma se logró en algunos aspectos elevar la percepción de riesgo de niñas y niños para prevenir la conducta de inicio de consumo de tabaco y alcohol, en un 95% de los casos, ya que no se pudo observar el aprendizaje real para medir que tan significativamente resultaron los temas durante los talleres socioeducativos.

La importancia de Trabajo Social en cuanto al trabajo preventivo del consumo de sustancias psicoactivas radica principalmente en su labor como mediador y orientador.

Los aportes de la misma disciplina de Trabajo Social al trabajar con alumnos y alumnas de sexto grado de primaria en cuanto a la prevención del consumo de sustancias psicoactivas son analizar la problemática, a fin de brindar alternativas de solución y detectar posibles casos. Como trabajador social se pudo apreciar que la situación del consumo de sustancias psicoactivas a tempranas edades, pueden tener solución a partir de una adecuada comunicación familia, reforzar los valores en la familia, escuchar los problemas de los hijos, reforzar las habilidades sociales, emocionales y del pensamiento.

Estas circunstancias han hecho que sea considerado como un problema prioritario de salud en la pre adolescencia y adolescencia y que, por consiguiente, sea necesario desarrollar más estudios sobre los factores predictores de dicho consumo y del mismo modo, conocer y desarrollar los agentes disuasorios de instauración de dicho hábito nocivo.

Aun cuando en la investigación desarrollada los objetivos fueron alcanzados, es ineludible subrayar las percepciones del pre test, del diario vivir de los alumnos, ya que sin la intervención, la modificación de la percepción no hubiera tenido lugar, lo que nos hace preguntarnos por todos los métodos de información que se planifican para hacer evidente las consecuencias; abriendo un nuevo esquema y tomar en indagatoria si los actuales medios de información encargados de hacer difusión sobre los riesgos de las adicciones han sido sobrepasados por la actualidad, lo que llevaría a tener que replantearse nuevas estrategias para la prevención de las adicciones.

Así, se reitera en la investigación que el trabajo de intervención en los ámbitos de riesgo es necesario, ya que el acercamiento por parte del trabajador social fomenta de manera directa y asertiva alcances de información que otros medios no proveen, observando a la intervención como un método prioritario para desarrollar una cultura de detección oportuna y prevención del consumo. Ya que la investigación solo tuvo como alcance una sola escuela, es importante tomar

en cuenta sus limitaciones, considerando que se podría cotejar los resultados en comparación con más escuelas de características similares o con escuelas en zonas de bajo riesgo adictivo, pudiendo proporcionar nuevas indagatorias sobre en qué condiciones la percepción de riesgo varia.

Señalo que es importante una indagación aún más profunda en el contexto familiar, ya que los resultados en ese sentido fueron limitados, lo que nos lleva a preguntar de qué dependerán los valores inculcados en la percepción de las niñas y los niños por parte de los padres.

Haciendo brecha en nuevas preguntas tales como ¿si el nivel socioeconómico tiene una conexión directa? ¿El grado de estudios por parte de los padres contribuye como un factor de riesgo? ¿El hecho de tener un familiar con problemas de tabaquismo o alcoholismo dentro del núcleo padre, madre, hermano(a), predispone en gran parte a la percepción? ¿O el hecho de tener un familiar secundario tío(a), primo(a) con problemas de adicción tiene un fomento directo o indirecto? ¿En qué medida ser hijo(a) único(a) aviva la percepción para la prevención sobre el riesgo del tabaquismo o el alcoholismo? etc.

Los gobiernos deberían aplicar prohibiciones de publicidad, promoción y patrocinio del tabaco completas con el fin de proteger a todos por igual: los niños, jóvenes, los no fumadores, los ex fumadores y los fumadores actuales.

Las prohibiciones integrales de publicidad, patrocinio y todas las demás formas de promociones directas e indirectas son eficaces para reducir las tasas de tabaquismo de la población. Las restricciones parciales son menos eficaces en la reducción del tabaquismo en parte porque las compañías de tabaco reorientan sus esfuerzos de comercialización a los espacios disponibles. Los acuerdos voluntarios tampoco son adecuados porque son imposibles de aplicar. Los países

que han introducido prohibiciones totales junto con otras medidas de control de tabaco han sido capaces de reducir significativamente el consumo de tabaco en sólo unos pocos años.

Las prohibiciones niegan a la industria del tabaco una de sus herramientas para reclutar a nuevos consumidores de tabaco que puedan reemplazar a los que han dejado de fumar o han fallecido, mantener o aumentar el consumo entre los usuarios actuales, reducir la predisposición de un consumidor de tabaco a dejar de fumar y animar a los antiguos usuarios a empezar a usar el tabaco de nuevo. Las prohibiciones integrales de publicidad, promoción y patrocinio protegen a los jóvenes de la embestida de la comercialización del tabaco en los deportes, en los eventos de música, en internet y en otros lugares, y ayudan a reducir la aceptabilidad social del hábito de fumar y del consumo de tabaco. El presente trabajo de investigación obtuvo el alcance del objetivo trazado el cual fue como objetivo general: Desarrollar e implementar una estrategia de intervención preventiva de Trabajo Social, en el ámbito familiar y escolar que contribuya a elevar la percepción de riesgo de niñas y niños de sexto año de primaria, para prevenir el consumo de tabaco y alcohol.

Esta investigación culmina haciendo hincapié en que aún hay mucho trabajo por hacer, considerando tajantemente la labor del trabajador social para hacer mella con su participación en la ciudadanía y sus ángulos de riesgo, considerando como clave a la intervención en la modificación de la percepción de los niños y niñas a la prevención de conductas de riesgo.

Recomendaciones

Por tratarse de períodos de intensos cambios, tanto físicos como psicológicos y emocionales, el pre adolescente muchas veces puede involucrarse en situaciones de riesgo, como el uso de bebidas alcohólicas, inicio en el consumo de tabaco, e incluso otras sustancias prohibidas, sexo sin protección, actos delictivos entre otras; debido a que en su proceso de socialización está expuesto a influencias de medios masivos e interpersonales que pueden favorecer factores de protección o de riesgo para la salud. Al implementar temas de prevención para la salud en los preadolescentes, éstos tienden a auto responsabilizarse, así como retroalimentar la toma de decisiones para la prevención, principalmente nos referimos al nivel de prevención universal, que fue el nivel en esta investigación que más se abordó.

De tal manera que la intervención del profesional de Trabajo Social es de suma importancia al desarrollar actividades buscando elevar la percepción de riesgo del preadolescente, educar y despertar su interés previniendo el uso de drogas, actuando sobre los factores de riesgo en su entorno, promoviendo la integración en la familia. Fomentando la salud y fortaleciendo los factores protectores, con un enfoque dirigido a mejorar la autoestima y la autoeficacia.

Así estableciendo propuestas novedosas para el trabajo y la educación, en cuanto a temas de prevención de violencia y adicciones que representa la línea de investigación del presente trabajo, se sugiere las siguientes recomendaciones como parte de las propuestas finales.

- Incorporar contenidos acerca de la prevención de sustancias psicoactivas en planes extracurriculares de nivel primaria.
- De acuerdo con las consideraciones geopolíticas, se recomienda que haya más control por las autoridades municipales, en relación de la venta del tabaco y alcohol.

- Que los talleres socioeducativos en materia de prevención de adicciones se multipliquen en las nuevas generaciones de alumnos, padres de familia y autoridades de los planteles educativos.
- Dentro de la materia de civismo y ética se implementen los temas de prevención de adicciones.
- Que la figura del trabajador social promueva una cultura de prevención en el inicio de consumo de tabaco y alcohol.
- Desarrollar programas preventivos en temas de sustancias psicoactivas a nivel local, no solo en escuelas, sino en la comunidad en general.
- Las instituciones en México que atienden el problema de las adicciones deben de implementar un número mayor de programas preventivos y acercarlos a la población de escuelas de educación básica, ya que a más tempranas edades se ha presentado el inicio de consumo. Lo anterior comentado por la maestra María de los Ángeles Sánchez Inspectora de zona de la Secretaría de Educación Pública del municipio de Tlalnepantla de Baz.
- Revisión de las políticas públicas en materia de prevención de sustancias psicoactivas, a fin de tener mayores alcances de atención en esta materia y combatir con mayor eficiencia esta problemática.

Anexos



Anexo 1. Cuestionario de percepción de riesgo

Folio _____

CUESTIONARIO DE PERCEPCION DE RIESGO

Edad: _____ años cumplidos

Escolaridad: _____

Localidad: _____

Sexo: Masculino _____ Femenino _____

Instrucciones: Este cuestionario forma parte de un estudio de opinión. Por favor responde con honestidad y sinceridad. Escribe lo que sientes o responde con un "X" la respuesta que más corresponde a tu experiencia. Recuerda que toda información que aquí se maneja es confidencial. Gracias.

NO.	PREGUNTA	RESPUESTA	
1	¿Alguna vez has sentido curiosidad por probar el cigarro o el alcohol?	SI	NO
2	¿Has fumado tabaco, aunque haya sido una vez en la vida?		
3	¿Has fumado tabaco en los últimos 30 días?		
4	¿Has tomado bebidas alcohólicas, aunque haya sido solo una vez en la vida?		
5	¿Has consumido bebidas alcohólicas en los últimos 30 días?		
6	¿Te han ofrecido drogas alguna vez?		
7	¿Te han ofrecido drogas en los últimos 30 días?		
8	¿Podrías conseguir drogas fácilmente si te lo propusieras?		
9	Entre las personas con las convives frecuentemente (familiares, amigos, vecinos, etc.) ¿hay alguien que use drogas?		
10	¿Alguna vez has sentido curiosidad por probar alguna droga?		
11	¿Has probado alguna droga, aunque haya sido sólo una vez en la vida?		
12	¿Has usado alguna droga en los últimos 30 días?		

Instrucciones: En esta sección coloca una X en el recuadro más adecuado, dependiendo si estás de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes frases. Gracias.

FRASE	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	NI ACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
Probar el cigarro, aunque sea una sola vez, puede ser dañino para la salud					
Fumar es un riesgo para la salud de los niños					
Comparado con otras drogas, el tabaco no es tan dañino para la salud					
Fumar con frecuencia puede dañar gravemente los pulmones					
Comparado con las drogas, las bebidas alcohólicas no son tan dañinas para la salud					
Beber una copa o una cerveza puede traerte graves consecuencias					
Fumar es un riesgo para la salud de los adultos					
Tomar bebidas alcohólicas de vez en cuando no tiene consecuencias graves					
Probar drogas es muy dañino para la salud					
Las consecuencias de las drogas pueden ser pasajeras					
Todas las drogas son dañinas					
Probar una bebida con alcohol de vez en cuando no es dañino					
Probar drogas solo para divertirse un rato, en realidad no hace daño					
Tomar bebidas alcohólicas con frecuencias puede traer serias consecuencias					
Fumar un cigarro los fines de semana puede afectar seriamente la salud					

Tomar una o dos copas de vez en cuando, es bueno para la salud					
Los daños y consecuencias del uso de drogas son permanentes					
Tomar más de cinco copas seguidas puede ser muy peligrosa para la salud					
Si se tiene cuidado, puede usarse drogas sin sufrir consecuencias					
Probar el cigarro cuando tus amigos lo hacen no tiene consecuencias serias					
Tomar alcohol hasta emborracharse puede ser muy dañino para la salud					
Fumar un cigarro de vez en cuando no hace daño					
Fumar es riesgo para la salud de los jóvenes					
Tomar alcohol de vez en cuando es dañino					
Las drogas se pueden dejar de consumir cuando uno quiera					
El uso frecuente del alcohol puede afectar la salud mental					
Consumir drogas seguido puede traer graves consecuencias					
Usar drogas puede causar la muerte					
Probar alguna droga no siempre afecta la salud					
Siempre es dañino probar drogas					
Hay drogas que no son dañinas					

Antes de entregar este cuestionario asegúrate de haber contestado todas las preguntas. ¡Muchas gracias por tu colaboración!¹

¹ Instrumento Percepción del riesgo CONADIC



Anexo 2. Entrevista a familias

El presente instrumento tiene como objetivo conocer si existe algún problema de conducta dentro del hogar, así como detectar posibles factores de riesgo de consumo de tabaco, alcohol u otra sustancia. Con la finalidad de que el Trabajador Social pueda intervenir. En caso de detectar alguna situación de riesgo proponer posibles alternativas de solución a la misma en conjunto con la familia.

Datos generales

Fecha: ___/___/___

Nombre: _____

Sexo: Hombre () Mujer ()

Escolaridad: _____ Ocupación: _____

Problemática

Describa en qué consiste el principal problema de conducta de su hijo (a):

- 1) Problemas de conducta en casa 2) Problemas de conducta en la escuela
3) Problemas académicos 4) Otro (especificar) _____

¿Qué tan importante es para usted resolver sus problemas con su familia?

- 1) Nada importante 2) Poco importante 3) Algo importante
4) Importante 5) Muy importante

En una escala del 0 al 10, donde 0 es nada seguro y 10 muy seguro, mencione qué tan seguro se siente de resolver sus propios problemas _____

¿Cómo calificaría su problemática?

Muy grave _____ Indeciso _____ Grave _____ Muy grave _____

Consumo y daños asociados.

¿Algún miembro de su familia consume alguna sustancia psicoactiva?

No _____ Si _____ Parentesco _____

¿Cuál?

Tabaco _____ Alcohol _____ Marihuana _____ Inhalables _____ Cocaína _____ Otra (especifique) _____

¿Actualmente la consume? No _____ Sí _____

Uso _____ Abuso _____ Consumo experimental (hasta 5 ocasiones) _____

Frecuencia de consumo actual:

_____ Diario _____ 2 a 3 veces por semana _____ 1 vez a la semana _____ 1 vez cada 15 días _____ 1 vez al mes

Edad de inicio del consumo (primera sustancia consumida): _____

¿Su hijo presenta algún problema médico actualmente No _____ Si _____

¿Cual? _____

¿Actualmente que medicamento toma su hijo? _____

Su hijo, alguna vez; ¿ha sufrido algún accidente? No _____ Si _____

Mencione las situaciones por las que se generan problemas con su hijo (marca 1 si se presenta)²

1	Calificaciones			
2	Permisos			
3	Novio (a)			
4	Dinero			
5	Consumo de sustancias			
6	Pasatiempos			
7	Iglesia			
8	Conducta en la escuela			
9	Amigos			
10	Hermanos			
11	Quehaceres			
12	Mandados			
13	Inactividad			
14	Estado de ánimo			
15	Otra			Especificar:

² Instrumento Entrevista. Programa de Prevención para padres de Adolescentes en Riesgo CONADIC



Anexo 3 Indicadores de autoestima

Instrucciones: Contesta solamente sí o no a cada pregunta. Bázate en lo que a ti te sucede o en lo que te parezca más cercano a ello.

NO	PREGUNTA	SI	NO
1	Me siento bien sin consumir tabaco		
2	Me siento bien sin consumir alcohol		
3	Manejo las críticas de manera constructiva si no consumo nada de drogas		
4	Le caigo bien a casi todos mis conocidos por ser sano		
5	Si me dicen algo positivo, me da gusto y lo acepto, como el no consumir drogas		
6	Me siento cómodo al entrar a un sitio donde consuman alcohol o fumen		
7	Me agrado tal como soy al no consumir tabaco ni alcohol		
8	Respeto mi dignidad y la de los demás		
9	Acepto a los demás como soy, sin criticarlos por no consumir ninguna droga		
10	Casi logro las metas que me propongo, al no consumir alcohol en las fiestas		
11	Si me preguntan cuáles son mis cualidades, puedo nombrarlas rápidamente, como tener acertadas decisiones para no consumir drogas		
12	Si alguien me trata mal, por no consumir tabaco o alcohol de buena manera le digo que no lo haga		
13	Me considero optimista de no tomar alcohol para emborracharme		
14	Me siento bien cuando estoy en público y no fumo		
15	Me gusta como soy físicamente sin consumir nada de alcohol		
16	Me desagrada si me invitan a probar bebidas alcohólicas		

17	Si cometo un error, como fumar un cigarro o tomar una copa de vino. pienso que tengo una segunda oportunidad		
18	Soy creativo en la solución de los problemas que se me presentan como evitar el consumo de drogas		
19	Tengo confianza en mis decisiones de no consumir drogas por sus daños		
20	Me permito disfrutar de las cosas buenas de la vida y así evitar consumir tabaco y alcohol		

¿Qué entiendes por autoestima?

_____ GRACIAS !!!



Anexo 4. Carta descriptiva de los talleres socioeducativos

Escuela Primaria: José María Morelos y Pavón Talleres Socioeducativos a alumnos del Sexto Grado.

Carta descriptiva: “Proyecto Intervención en Trabajo Social en el ámbito familiar sobre el fortalecimiento de la percepción de riesgo con niños de primaria ante el consumo de tabaco y alcohol”

Presenta: Lic. Gilberto Jiménez Pimentel

FECHA/HORA	TEMAS	SUBTEMAS Y ACTIVIDADES	APOYOS DIDÁCTICOS
24/06/19 9:00-10:00. a.m.	Presentación del capacitador e integración grupal Aplicación de pre-test grupo Experimental.	Realizar pre-test de percepción del riesgo.	Cuestionarios lápices.
24/06/19 10:00-11:00a.m.	Aplicación de pre-test grupo Control.	Realizar pre-test de percepción del riesgo.	Cuestionarios lápices.
24/06/19 11:00-13:00p.m.	Taller acerca de Autoestima del individuo en la prevención de adicciones (únicamente a grupo experimental).	Presentación de los participantes Detectar las expectativas sobre el curso Establecer encuadre de trabajo.	Presentación en Power-Point Rotafolio.
26/06/19 10:00-12:00p.m.	Poder (únicamente a grupo experimental).	Objetivo del taller: Que los alumnos reconozcan la importancia de la autoestima en cuanto a la prevención de adicciones.	Presentación en Power-Point Hojas blancas.
27/06/19 10:00-12:00p.m.	Habilidades para la vida: habilidades del Pensamiento y habilidades sociales (únicamente a grupo experimental).	Objetivo del taller: que los alumnos reconozcan la importancia del poder en la sociedad y los valores humanos.	Presentación en Power-Point.

1/07/19 10:00-12:00p.m.	Habilidades para la vida: Habilidades para el manejo de las emociones (únicamente a grupo experimental).	Objetivo del taller: Desarrollar en los niños la habilidad de un pensamiento crítico y asertivo en todas las áreas de su vida.	Presentación en Power-Point.
2/07/19 10:00-12:00p.m.	La importancia de la familia y la comunicación en la prevención de adicciones (únicamente a grupo experimental).	Objetivo del taller: Desarrollar en los niños y niñas la habilidad de saber cómo tomar la decisión más adecuada ante una situación. Dinámica "NO es NO por favor no insistas"	Presentación en Power-Point, sociodrama.
3/7/19 9:00-10:00a.m.	Taller Mitos y realidades de tabaco, alcohol y otras drogas Aplicación de pos-test grupo experimental.	Realizar pos-test de percepción del riesgo.	Cuestionarios, lápices.
3/7/19 10:00-11:00a.m.	Aplicación de pos-test grupo Control	Realizar pos-test de percepción del riesgo.	Cuestionarios, lápices.
4/7/19 9:00-11:00a.m.	Taller prevención de adicciones dirigido a padres de familia.	Presentación de las y los participantes. Solicitar a los participantes que digan su nombre y con la inicial de su nombre, indiquen una cualidad propia. Presentación de los Objetivos.	Presentación en Power-Point Guías preventivas para padres y maestros.
4/7/19 11:00-12:00p.m.	Cierre de los talleres y agradecimientos		



Anexo 5. Manual de apoyo para la implementación de talleres socioeducativos

Objetivos del Manual

General:

Sistematizar los lineamientos teóricos y metodológicos que guíen la operación de los talleres socioeducativos con niños, de 6° de primaria para la prevención del consumo de tabaco y alcohol, y la promoción de estilos de vida saludables.

Específicos

- Presentar los referentes teóricos que fundamentan los objetivos, estructura y contenidos de los talleres socioeducativos.
- Describir el procedimiento general para el desarrollo de los talleres socioeducativos.
- Exponer los materiales, temas, el diseño instruccional y recomendaciones específicas para la adecuada operación de los talleres socioeducativos y la optimización de los recursos de intervención.

Marco de referencia

La planeación, diseño y elaboración tanto de los talleres socioeducativos como de las guías preventivas consideran los lineamientos establecidos en la Norma Oficial Mexicana para la prevención, tratamiento y control de las adicciones (NOM-028-SSA-2009), las evidencias y recomendaciones referidas en las Guías de Práctica Clínica para la prevención e intervención de las adicciones en atención primaria de salud, así como las sugerencias del National Institute on Drug Abuse (NIDA) para el diseño de proyectos y estrategias preventivas dirigidos a niños y adolescentes, basados en evidencia científica, entre otros referentes teóricos y metodológicos.

Principios científicos de la prevención de adicciones. La prevención de adicciones es un proceso activo tendiente para modificar y mejorar la formación integral y la calidad de vida de los individuos, fomentando el autocontrol y la resistencia ante el ofrecimiento de drogas.

El Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas (NIDA, por sus siglas en inglés), postuló algunos principios sobre la prevención de adicciones con el objetivo de ayudar a los padres, maestros y líderes comunitarios a ponderar, planificar, e introducir programas de prevención del abuso de drogas con bases científicas a nivel comunitario:

Promover factores de protección y reducir factores de riesgo

- Las intervenciones tempranas tienen mayor impacto (al promover estilos de vida saludables) que las intervenciones posteriores.
- Los programas dirigidos a niños de primaria deben dirigirse al mejoramiento del aprendizaje académico y socio emocional.
- Los programas son más eficaces cuando emplean técnicas interactivas (discusión, juego de roles).

Algunos de los principales alcances de las estrategias de intervención dirigidas en el contexto escolar son:

- Retrasar el inicio del consumo a corto plazo por no usuarios.
- Reducir a corto plazo la cantidad de uso de los usuarios activos.

La intervención con adolescentes

Debe dirigirse a explorar, reflexionar y debatir las creencias y significados que éstos les atribuyen a las drogas respecto a los riesgos y daños que se asocian a su consumo (por ejemplo, la idea de que para divertirse es necesario consumir drogas). Debe fortalecer competencias sociales que les ayuden a afrontar exitosamente situaciones de riesgo al consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.

Los padres representan una influencia central respecto a las decisiones de sus hijos, a la formación de actitudes y al establecimiento de repertorios conductuales; por lo que es recomendable trabajar con materiales que los apoyen para identificar los factores de riesgo y

protección a los que están expuestos sus hijos, proporcionándoles información y estrategias para disminuirlos y aumentar la protección.

Niveles de prevención

De acuerdo con la clasificación vigente (Gordon, Institute of Medicine, por sus siglas en inglés), las acciones de prevención comprenden a la prevención Universal, Selectiva e Indicada.

En el marco del desarrollo de los talleres socioeducativos, las actividades se ubican en la prevención Universal, la cual se dirige a la población en general y se lleva a cabo mediante la promoción de la salud, con la finalidad de generar conocimientos y habilidades que constituyan recursos de afrontamiento preventivo ante la problemática del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. En este sentido, la transmisión de información tiene como objetivos elevar el nivel de conocimiento veraz sobre las drogas, aumentar la percepción del riesgo atribuido al uso de las mismas y promover alternativas de protección respecto a las situaciones específicas de riesgo presentes en el contexto o las condiciones de vida de la población (niños y adolescentes), a partir del empleo de sistemas de comunicación persuasivos que logren generar una actitud crítica y proactiva frente al consumo de sustancias. Con respecto a la promoción de habilidades, lo que se busca es incrementar los recursos y las aptitudes personales y colectivas para hacer frente de manera más eficaz, a los retos y adversidades de la vida diaria. Lo anterior implica una transición del aspecto cognoscitivo básico (sensibilización, información) hacia una perspectiva integral que abarque componentes reflexivos, socio afectivos y conductuales, que favorezcan la construcción de estilos de vida saludables y la prevención del consumo de alcohol, tabaco y drogas.

Enfoque riesgo – protección

Es un abordaje conceptual y metodológico que tiene como objetivo principal la abstinencia del consumo de drogas. Desde esta perspectiva, la identificación de los factores de riesgo y factores de protección, resultan de suma importancia para conocer y actuar sobre lo que origina y/o mantiene el uso de sustancias.

Factor de riesgo

Se entiende como un atributo y/o característica individual, condición situacional o contexto ambiental que incrementa la probabilidad estadística del uso o abuso (inicio) de drogas o una transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento).

Factor de protección

Se entiende como un atributo o característica individual, condición situacional o contexto ambiental que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad del uso o abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación con las mismas. Este enfoque plantea los siguientes aspectos:

- Las personas, las familias y los grupos tienen la posibilidad de desviarse en diferentes grados de la salud y el bienestar. Estas variaciones dependen del equilibrio entre esfuerzos, recursos y necesidades.
- El control de los factores de riesgo y la promoción de los factores protectores requieren de la participación de los sectores, las disciplinas, las profesiones y las personas implicadas.
- El control de los factores de riesgo, por supresión o compensación, disminuye la probabilidad del daño. Por ende, el refuerzo de los factores protectores aumenta las posibilidades de salud.

Habilidades para la vida

La inclusión de estrategias dirigidas a la adquisición, desarrollo o fortalecimiento de habilidades en los programas de prevención es una de las recomendaciones más enfáticas de los organismos internacionales y nacionales especialistas en la materia (OMS, OPS, NIDA, CICAD, CONADIC), debido a los beneficios que demuestran en el afrontamiento de situaciones de la vida cotidiana.

El desarrollo de habilidades se fundamenta en el aprendizaje social que incluye elementos informativos y promueve el desarrollo o reforzamiento de pensamientos, actitudes y conductas específicas, tales como la toma de decisiones, manejo de emociones, recursos asertivos y cuidado de la salud.

Promoción de la salud

La promoción de la salud busca mejorar la calidad de vida mediante acciones sociales orientadas a modificar las condicionantes de la salud. Este paradigma señala la importancia de que la población se capacite y organice en la movilización del capital social comunitario, involucrando la participación de diversos sectores para determinar condiciones garantes del bienestar individual y colectivo. La promoción de la salud se visualiza como un factor determinante de la calidad de vida y es considerada una función medular de la salud pública; es un proceso integral con una dimensión comunitaria. Es decir, trasciende las acciones de educación, capacitación y el desarrollo de destrezas en los individuos, mediante acciones dirigidas a modificar las condiciones que afectan la calidad de vida de la población. Sus estrategias consideran enfoques sociales, participativos, comunitarios y políticos integrales que permiten un acceso equitativo a respuestas efectivas en materia de salud.

Objetivos de los talleres socioeducativos:

General.

Evitar en niños, niñas el consumo de tabaco y alcohol mediante la transmisión de información científica acerca de los daños y consecuencias asociados, y con el desarrollo de recursos protectores para la promoción y fortalecimiento de estilos de vida saludables.

Específicos.

- a) Proporcionar información acerca de los daños y consecuencias relacionados con el consumo de alcohol y tabaco.
- b) Desarrollar y reforzar habilidades y competencias para prevenir el consumo de alcohol y tabaco.
- c) Fortalecer recursos de protección familiar y escolar, ante el uso de drogas, a través del desarrollo de habilidades para la vida y la promoción de estilos de vida saludables.

Escenarios de intervención.

La implementación de los talleres socioeducativos busca generar un impacto global desde una perspectiva integral de familia, escuela y sociedad. En este sentido, es importante resaltar

algunas de las principales ventajas que implica el desarrollo de las acciones preventivas en dichos escenarios, mismas que se enuncian a continuación:

Familia

La familia tiene una función primordial en el hecho de que los niños y adolescentes consuman o no drogas, por ello es idóneo abordar a la familia para la prevención de este problema. La familia es la principal promotora de valores, creencias y pautas de comportamiento; impulsa las actitudes y hábitos de niños y jóvenes. Por tanto, intervenir con los padres de familia por ser los pilares de la educación de sus hijos.

Estrategias preventivas

Informar sobre las drogas y sus consecuencias, potenciar actitudes, valores y estilos de vida saludables, entrenar en habilidades para favorecer climas familiares de comunicación y apoyo, fortalecer la autoestima de los hijos, etc.

Escuela

Brinda la oportunidad de entablar relaciones con el grupo de pares y con figuras de autoridad (maestros), que fungen también como modelos de comportamiento y contribuyen al aprendizaje de nuevas normas, valores, creencias y actitudes que determinan la conducta futura del individuo. Actúa sobre las personas en una fase del proceso de maduración, en la que la intervención del maestro puede tener gran incidencia.

Estrategias preventivas

Incluir a la comunidad escolar en su conjunto, es decir, profesores, alumnos y padres de familia, a fin de lograr que los mensajes preventivos sean coherentes; proporcionar a los maestros información sobre los daños y consecuencias asociados al tabaco y alcohol, otorgar recursos y estrategias para fomentar el apego escolar como un factor de protección, etc.

Comunidad

Reforzar mensajes y estrategias en la comunidad en contra del consumo de drogas, promoviendo la participación y movilización de distintas instituciones, organizaciones, colectivos, grupos y personas.

Estrategias preventivas

Crear conciencia sobre el problema que representa el uso de drogas y demostrar que afecta a los miembros de la comunidad, reproducir mensajes y acciones específicas que ayuden a mantener a niños y adolescentes alejados del consumo de drogas, actuar de manera simultánea y organizada con los diferentes espacios socializadores que conforman la comunidad, etc.

Método de los talleres socio educativos

La prevención de adicciones debe ser una acción integral, permanente, diferencial y didáctica; es decir, debe responder a las características, necesidades y recursos específicos de cada región, contexto y población. La tecnología preventiva tiene una relevancia importante desde el contexto de los procesos de interacción social que se gestan en la enseñanza-aprendizaje, ya que favorece la relación de contenidos o saberes con actividades de la vida cotidiana. Por tanto, el componente tecnológico es un recurso que facilita la aprehensión de valores, conocimientos y habilidades encaminadas a impedir o retrasar la aparición de conductas de uso y abuso de tabaco, alcohol y otras drogas, o bien de los factores de riesgo y daños asociados al consumo. Para el desarrollo de los talleres socioeducativos el personal de Trabajo Social cuenta con los siguientes recursos de apoyo:

Guía preventiva “Yo lijo mi vida sin drogas” (niños 10-12 años)

Procedimiento general para la realización de los talleres

- 1) Definir el contexto para el desarrollo del taller (escuela, salones, auditorio, etc.)
- 2) Conformar un grupo de trabajo de 40 participantes.
- 3) Elaborar el cronograma de actividades (calendarización de sesiones).
- 4) Desarrollar las sesiones de trabajo (contar con el material didáctico y de apoyo indicado en las cartas descriptivas).

5) Evaluar el taller a partir de la aplicación de instrumentos (conocimientos y/o habilidades).

6) Número y duración de sesiones: 7 sesiones, una hora cada una, 1 vez por semana.

Estrategia de aprendizaje para la implementación de los talleres

Dada la naturaleza de las sesiones a desarrollar en los talleres socioeducativos en términos de duración y el público al que se dirigen, las estrategias de micro enseñanza representan una serie de habilidades que se suman a la metodología de implementación. La micro enseñanza es un sistema de auto observación que se realiza mediante sistemas de simulación en el marco de un proceso de enseñanza – aprendizaje (en este sentido, en el marco de los talleres socioeducativos). Este sistema tiene sus bases en el modelo constructivista donde el binomio facilitador-participante se caracteriza por una relación permanente de participación y de comunicación; el facilitador asume el rol de guía, aportando conocimientos y desarrollando procesos para generar determinados conocimientos. El punto esencial de la micro enseñanza es la auto observación y la auto reflexión por parte del propio facilitador en lo que tiene un peso importante es el “Cómo” no el “Qué” exponer ante los grupos. Las habilidades que debe desarrollar y reforzar el facilitador y que favorecen el proceso de enseñanza-aprendizaje en los talleres socio educativo son las siguientes:

HABILIDAD	CARACTERÍSTICAS
Inducción	<ul style="list-style-type: none"> · Se refiere a la acción realizada por el facilitador para captar la atención y el interés de los participantes antes de empezar la exposición de un tema. · El propósito principal de la inducción es lograr interesar al grupo en el tema (crear interés, atención y motivación), y debe realizarse en un tiempo no mayor a dos minutos. · Se puede hacer mediante el uso de anécdotas, analogías, ejemplos y preguntas, también se puede utilizar algún objeto para despertar la curiosidad y la atención. · La creatividad es una herramienta importante para el diseño y la realización de una buena inducción.
Comunicación	<ul style="list-style-type: none"> · Para lograr que los participantes entiendan, comprendan y recuerden lo que se les desea comunicar, se debe manejar el lenguaje con precisión (palabras exactas), sencillez, reiteración (parafrasear o repetir intencionalmente una palabra o idea), coherencia (orden lógico y claro entre las ideas) y de una manera vívida (entusiasta, utilizar metáforas, anécdotas, analogías, el relato de experiencias).

	<ul style="list-style-type: none"> · Comunicación no verbal: tiene un efecto significativo en lo que se dice, ya que le da mayor credibilidad a los mensajes que se envían. Categorías: a) Para lenguaje: características de los “No solo que sino como si” (por ejemplo volumen, tono, intensidad, velocidad, pausas y silencios, pronunciación), b) Movimiento corporal: incluye movimientos corporales, gestos, expresiones faciales, contacto visual y postura; c) Prosémica: se refiere a la utilización del espacio que puede ser de territorialidad o espacio personal, d) Apariencia física: es la impresión que se les da a los participantes.
Organización lógica	<ul style="list-style-type: none"> · Se refiere a la estructuración del contenido, esto es, a la exposición del tema en una forma clara y ordenada para comunicar las ideas, lograr la participación del grupo y establecer una comunicación efectiva que permita el aprendizaje de forma secuencial. · Para lograr la organización lógica es necesario revisar de manera permanente los objetivos a lograr, plantear estrategias para el cumplimiento de estos y utilizar recursos didácticos con propósitos definidos.
Integración	<ul style="list-style-type: none"> · Se refiere a la estructuración de la metodología de la sesión, que implica tres momentos (inicial, media y final).
Variación al estímulo	<ul style="list-style-type: none"> · Es la habilidad que ayuda al facilitador a retener la atención de los participantes y generar diferentes experiencias de aprendizaje, por ejemplo, leyendo, oyendo, viendo, viendo y oyendo, diciendo, haciendo y diciendo. · Se pueden utilizar recursos físicos (objetos), técnicas (dinámica de grupo, ejercicios) y otros recursos de apoyo (audiovisuales, dibujos, música, fotografía, etc.).
Modificación de la conducta	<ul style="list-style-type: none"> · Consiste en conocer y utilizar adecuadamente acciones que inhiban o produzcan conductas específicas, deseables para un desarrollo óptimo de la sesión. · Se pueden utilizar reforzadores positivos, negativos y extinción de la conducta.



Anexo 6 Bitácora de trabajo de campo Abril - Julio 2019

Ciudad de México a 24 de julio de 2019.

Minuta de trabajo en campo

El trabajo de campo que se realizó en la presente investigación dio inicio el día 12 de abril y concluyó el día 05 de julio de 2019.

La labor de campo es sin duda un reto cada vez más difícil y requiere de un gran trabajo por parte del investigador quién debe realizar un enorme esfuerzo aún en condiciones muy difíciles de trabajo, sea por inseguridad, por cuestiones de salud o incluso administrativas.

El trabajo de campo se llevó a cabo en la escuela primaria “José María Morelos Pavón” localizada en la colonia Unidad Rosario Ceylán, dentro del municipio de Tlalneantla de Baz, dicha zona es considerada de alto riesgo en materia de delincuencia y venta y distribución de drogas, de acuerdo con datos proporcionados por las autoridades del municipio mencionado. Uno de los criterios de selección del plantel para realizar el trabajo de campo, fue el alto riesgo que presenta la zona, en relación con la venta de sustancias psicoactivas y el riesgo que vive la población.

La siguiente relatoría o crónica, tiene como objetivo dar a conocer cómo se desarrolló el proceso del trabajo de campo de la investigación nominada: “Intervención preventiva de Trabajo Social en el ámbito familiar y escolar en el consumo de tabaco y alcohol en niñas y niños de nivel primaria.”

Dicha investigación corresponde a la Maestría en Trabajo Social en la Unidad de Posgrado de la Universidad Nacional Autónoma de México. Teniendo como responsable al maestrante Gilberto Jiménez Pimentel y como tutor de este al Maestro Roberto García Salgado.

Las actividades dieron inicio el día 12 de abril del presente, acudiendo a la escuela primaria José María Morelos y Pavón, ubicada en el municipio de Tlalnepantla de Baz, con la finalidad de explicar el propósito de la presente investigación.

Se entrevistó a la maestra María de Lourdes Mondragón López, directora del plantel educativo quien solicitó al que suscribe un oficio de petición por parte de las autoridades de la Coordinación de la Unidad de Posgrado de la Universidad Nacional Autónoma de México, dirigido a las autoridades de la Secretaría de Educación Pública del Estado de México y de dicho plantel.

El día 18 de junio se llevó la carta descriptiva de las actividades a realizar, con fechas, horarios y temas de los talleres socioeducativos a la directora María de Lourdes Mondragón López. (Misma que se anexa al presente documento).

Finalmente, el día 19 de junio se autorizó el trabajo de campo en el plantel educativo antes mencionado.

El viernes 21 de junio, a las 10:00 a.m. Se llevó a cabo la primera reunión con los maestros de los dos grupos de sexto año, La maestra Juana Bautista Parra y el maestro Alberto Iturbe Posadas. El motivo de esta fue comentar la carta descriptiva, las actividades a realizar y organizar cómo se llevará a cabo el trabajo de campo, en virtud de que se realizarían diferentes actividades con los grupos sexto año, con motivo del fin del ciclo escolar.

A continuación, se describen las actividades realizadas durante el trabajo decampo.

Evidencia: Aplicación de Cuestionario Percepción del riesgo pre-test y pos-test



Ilustración 1. Aplicación de pre-test



Ilustración 2. Aplicación de pos-test

Tabla 9. Carta describe 1 Aplicación del instrumento pre-test y taller de autoestima para prevenir consumo de sustancias psicoactivas

Tema: Pre- test y taller de Autoestima para prevenir consumo de sustancias psicoactivas.					
Objetivo: Aplicar pre-test a los grupos experimental y control a fin de conocer su percepción del riesgo a las adicciones.				Sesión: 1	
TEMAS Y ACTIVIDADES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES DE ENSEÑANZA Y APRENDIZAJE	MATERIAL DIDÁCTICO	EVALUACIÓN	TIEMPO
Inicio del taller	Dar la bienvenida y presentar el taller dando a conocer el curso de este	Bienvenida a los participantes. Mencionar la forma de trabajo que se empleara en el taller	Lap top/PC Proyector y pantalla	Ninguna	15 minutos
Técnica de presentación	Conocer rasgos característicos de las personas con las que se va a trabajar a lo largo del taller	Realizar la técnica presentada "Amor profundo"	Técnica "Amor profundo"	Desarrollo de la técnica	15 minutos
Aplicación del pre-test A grupo control s x to "A"	Aplicar de instrumento Pre-test "pre-test del riesgo"	Aplicar el pre-test al grupo control total 32 alumnos	Cuestionarios Lápices	Concluir cuestionarios	45 minutos
Aplicación del pre-test A grupo experimental s x to "C"	Aplicar de instrumento Pre-test "pre-test del riesgo"	Aplicar el pre-test al grupo experimental total 30 alumnos	Cuestionarios Lápices	Concluir cuestionarios	45 minutos
Taller de Autoestima	Desarrollar taller de Autoestima a grupo experimental	Que las alumnas y alumnos identifiquen sus emociones	Lap top/PC Proyector y pantalla	Aplicación de instrumento de Autoestima	2 horas

Aplicación de instrumento Autoestima	Aplicar instrumento de autoestima a grupo experimental	Que los alumnos identifiquen los niveles de autoestima	Cuestionarios	El aporte de la disciplina de Trabajo Social fue: Intervenir con el grupo y fortalecer sus expectativas en torno a la prevención del consumo de sustancias como el tabaco y el alcohol	40 min
			Lápices		
Cierre del taller	El coordinador aclarará dudas acerca de los temas vistos en la sesión	Dudas y comentarios acerca del tema	Ninguno	Reflexión de los participantes, acerca del trabajo realizado en el taller	15 minutos
		Reflexión acerca de lo que vivieron durante el taller			

Evidencia Examen Pre-test y Taller Autoestima 24 /06/ 2019



Ilustración 3. Presentación



Ilustración 4. Taller autoestima parte 1



Ilustración 5. Taller autoestima parte 2



Ilustración 6. Taller autoestima parte 3

Tabla 10. Carta describe 2 Taller poder en los niños y niñas en cuanto a la toma de decisiones acertadas, con el grupo experimental

Tema: Poder de niños y niñas en relación con la toma de decisiones acertadas.					
Objetivo particular: Que las niñas y niños comprendan como utilizar el poder en la toma de decisiones acertadas, a fin de evitar el inicio de consumo de tabaco y/o alcohol. Sesión 2 duración 3 horas.					
TEMAS Y ACTIVIDADES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES DE ENSEÑANZA Y APRENDIZAJE	MATERIAL DIDÁCTICO	EVALUACIÓN	TIEMPO
Inicio de taller	Exponer tema de poder y desarrollar la técnica del Roll play	Los participantes presentaron su tarea acerca del tema de la autoestima y explicaron la importancia de tener una autoestima positiva y elevada que les ayude a prevenir posibles situaciones de riesgo en sus vidas.	Hojas de rota folio, recortes de periódico y revistas, para elaborar collage del tema Autoestima	Ninguna	20 min
¿Qué es poder? Juego de roles	Desarrollar el taller denominado Poder en los niños y niñas en cuanto a la toma de decisiones acertadas, con el grupo experimental	La técnica se desarrolló de la siguiente manera: Se llevó a cabo un juego de roles en donde se hicieron tres situaciones hipotéticas y en equipos trabajaron cada situación, discutieron en el grupo sobre las estrategias que conocen para enfrentar las presiones y decir NO ante una situación de riesgo.	Pizarrón plumones hojas de rota folio	La participación de los tres equipos de sus actuaciones	2hrs

Técnica “No quiero”	Analizar con el grupo situaciones en las que deben de contestar NO	Se les pregunto a los participantes: ¿Quién se ha sentido presionado para hacer algo que no quiere?	Ninguno	Evaluar respuestas	30 min
		¿Qué paso después de decir no?			
		¿Cómo se sintieron al decir no?			
		Lluvia de ideas por parte de los participantes acerca del concepto de poder y cuál es su importancia en el tema del consumo			
Cierre del taller	El coordinador aclarará dudas acerca de los temas vistos en la sesión	Dudas y comentarios acerca del tema	Ninguno	Reflexión de los participantes, acerca del trabajo realizado en el taller	15 min

Evidencia Taller El poder 26 /06/2019



Ilustración 7. Taller El Poder parte 1



Ilustración 8. Taller El Poder parte 2



Ilustración 9. Taller El Poder parte 3



Ilustración 10. Taller El Poder parte 4

Tabla 11. Carta describe 3. Taller denominado Habilidades para la vida: Habilidades sociales y habilidades del pensamiento “Mejor comunicación” “Aprender NO” “Diálogo responsable” Pensamiento crítico en la toma de decisiones con el grupo experimental

Tema: Habilidades para la vida					
Objetivo particular: Desarrollar el taller denominado habilidades para la vida, habilidades sociales y habilidades del pensamiento. Sesión 3. Duración 3hrs.					
ACTIVIDAD	OBJETIVO	ACTIVIDADES DE ENSEÑANZA Y APRENDIZAJE	MATERIAL DIDÁCTICO	EVALUACIÓN	TIEMPO
Inicio	Relajar el ambiente antes de iniciar la sesión para una mejor percepción de esta.	Realizar la técnica de relajación: Respiración.	Celular	Ninguna	30 min
Presentación del taller habilidades para la vida	Analizar la técnica: “Aprender NO”	Estimulación del pensamiento crítico y asertividad en la toma de decisiones con el grupo experimental.	Lap top/PC Proyector y pantalla	Ninguna	40 min
Técnica “Mejor comunicación”	Analizar la técnica: “Mejor comunicación”	Participación por parte de los alumnos y alumnas, identificaron los tipos de comunicación: verbal, no verbal, asertivo (a), agresivo (a) y pasivo (a). Así mismo aprendieron estrategias para comunicarse asertivamente y saber escuchar, es decir tener una escucha activa.	Lap top/PC Proyector y pantalla	Ninguna	40min

Técnica Decido y actuó con responsabilidad	Análisis del tema: "Decido con responsabilidad"	Los participantes trabajaron para identificar el problema, pensar en soluciones, analizar alternativas, elegir las opciones más convenientes, ponerlas en práctica y verificar los resultados, a través del tema "Decido con responsabilidad". Además desarrollaron la habilidad de cooperación y trabajo en equipo.	Lap top/PC	Ninguna	40 min
			Proyector y pantalla		
Cierre del taller	Realizar el cierre del taller	Con una reflexión de los niños, acerca de lo que para ellos representan las habilidades sociales para la vida del pensamiento y la importancia de desarrollar un pensamiento crítico y asertivo en la toma de decisiones, como una habilidad en su vida.	ninguno	Evaluar cómo se sintieron los participantes	15 min

Evidencia Taller Habilidades sociales y habilidades del pensamiento 27/06/2019



Ilustración 11. Taller Habilidades sociales parte 1



Ilustración 12. Taller Habilidades sociales parte 2



Tabla 12. Carta descriptiva de 4 Talleres denominados Habilidades para la vida: Habilidades para el manejo de emociones “un montón de emociones” “me voy a morir pronto” con el grupo experimental final que desarrolló mejores habilidades.

Tema: Habilidades para la vida.					
Objetivo Particular: Desarrollar las habilidades para la vida: habilidades para el manejo de emociones “un montón de emociones” “me voy a morir pronto” con el grupo experimental final que desarrolló mejores habilidades en 4 sesiones de 45 minutos.					
TEMAS Y ACTIVIDADES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES DE ENSEÑANZA Y APRENDIZAJE	MATERIAL DIDÁCTICO	EVALUACIÓN	TIEMPO
Inicio	Explicar el desarrollo del taller del presente día	Las actividades dieron inicio con un recordatorio del taller anterior, algunos niños explicaron el tema que se revisó la semana anterior “habilidades para la vida: habilidades sociales y del pensamiento.”	Ninguno	Ninguna	15 min
Presentación a los participantes del tema Habilidades sociales en el manejo de las emociones	Analizar el tema de las habilidades sociales para la vida y en el manejo de las emociones	Se les explicó que estas habilidades consisten en el aprendizaje del autocontrol del estrés, porque enseñan a los individuos a calmarse.	Lap top/PC Proyector y pantalla	Ninguna	40 min
Técnica “no te lo guardes”	Identificar las diferentes emociones	Se leyeron 3 casos que denotan diferentes emociones y respondieron a las preguntas: ¿Qué emoción sientes?, ¿Cómo reaccionas? y ¿Qué pasa en tu cuerpo?, durante la presentación se les explicó acerca de las principales emociones como la alegría, el enojo, el miedo y la tristeza	Lap top/PC Proyector y pantalla	Ninguna	40 min
Cierre del taller	Cierre del taller	Reflexión de los participantes, de la importancia que tienen las emociones en la vida de las personas, y como éstas pueden afectar o favorecer a los individuos, ante las situaciones de riesgo.	Ninguno	Cómo se sintieron	15 min

Evidencia taller denominado Habilidades para la vida: Habilidades para el manejo de emociones 01/07/2019



Ilustración 13. Habilidades para la vida parte 1



Ilustración 14. Habilidades para la vida parte 2



Ilustración 15. Taller Habilidades para el manejo de emociones parte 1



Ilustración 16. Taller Habilidades para el manejo de emociones parte 2

Tabla 13. Carta describe 5 La importancia de la familia y la comunicación, en la prevención de las adicciones

Tema: La importancia de la familia y la comunicación, en la prevención de las adicciones.					
Objetivo particular: La importancia de la familia y la comunicación, en la prevención de las adicciones con el grupo experimental. A fin de entender la importancia de la familia en la comunidad. Sesión 5 Duración. 2 horas.					
TEMAS Y ACTIVIDADES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES DE ENSEÑANZA Y APRENDIZAJE	MATERIAL DIDÁCTICO	EVALUACIÓN	TIEMPO
Inicio	Detectar las habilidades para el manejo de las emociones	Algunos alumnos explicaron el tema que se revisó, el cual fue “H ili s p r l vi : h ili s p r l m n j o l s emociones, hablaron de las principales emociones del ser humano y su importancia en la vida, como juegan un papel importante de manera positiva o negativa y cómo afecta en sus decisiones.	Pizarrón, plumones	Ninguna	30 min
Técnica: Teléfono descompuesto	La importancia de la familia y la comunicación en la p r v n i n l s i o n s”	La importancia de la familia como contexto socializador primario del individuo y es el elemento central más importante tanto a nivel de intervención, como preventivo, en relación con el consumo de drogas.	Pizarrón y marcadores	Evaluar la comunicación	40 min
		. Cómo participa la familia como contexto socializador primario del individuo y es el elemento central más importante tanto a nivel de intervención, como preventivo, con relación al consumo de drogas.			
Cierre del taller	Analizar la información a través de la observación de su distorsión desde su fuente original hasta su destino final.	Reflexión de los participantes, acerca de lo que para ellos representa la familia y una adecuada comunicación, principalmente como agente de prevención de conductas de riesgo	Ninguno	Ninguno	15 min

Evidencia La importancia de la familia y la comunicación, en la prevención de las adicciones 02 /07/2019



Ilustración 17. Taller Comunicación para prevención de adicciones parte 1



Ilustración 18. Taller Comunicación para prevención de adicciones parte 2



Ilustración 19. Taller Comunicación para prevención de adicciones parte 3



Ilustración 20. Taller Comunicación para prevención de adicciones parte 4

Tabla 14. Carta describe 6 Taller Mitos y realidades asociados al tabaco y al alcohol

Tema: Mitos y realidades asociados al tabaco y al alcohol.					
Objetivo: Aplicación del instrumento cuestionario percepción del riesgo post-test que las alumnas y alumnos identifiquen los mitos asociados al tabaco y al alcohol, y reconozcan los daños que provocan a la salud. Sesión 6 duración 4 horas.					
TEMAS Y ACTIVIDADES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES DE ENSEÑANZA Y APRENDIZAJE	MATERIA L DIDÁCTICO	EVALUACIÓN	TIEMPO
Inicio	Explicar el taller que se llevó a cabo.	Recordatorio del taller anterior, algunos niños exploraron los mitos que sirven para la importancia de la familia y la comunicación en la prevención de las adicciones. Se observó participación por parte de la mayoría de los alumnos.	Ninguno	Ninguna	15min
Aplicación del instrumento “percepción del riesgo” post-test al grupo experimental sexto “C”	Aplicación de instrumento Post-test “Cuestionario de percepción del riesgo”	Los participantes realizaron el post-test después del taller mitos y realidades sobre el tabaco y alcohol.	Cuestionarios y lápices	Evaluación de la aplicación del instrumento	40min
Las drogas y los mitos	Orientar a los participantes sobre el tema de conceptos básicos de tabaco y alcohol.	Explicar ¿Qué es un mito? Conceptos básicos sobre tabaco - alcohol y el proceso adictivo.	Lap top/PC Proyector y pantalla	Ninguna	30 min
Mitos asociados al tabaco	Orientar acerca de los mitos asociados al tabaco en nuestra sociedad.	Explicar la adicción a la nicotina, daños a la salud y el tema de mujer y tabaco. Humo ambiental del tabaco.	Lap top/PC Proyector y pantalla	Ninguna	30 min
Mitos asociados al	Orientar acerca de los mitos asociados	Explicar a los adolescentes sobre el consumo del	Lap top/PC	Ninguna	30 min

alcohol	al alcohol en nuestra sociedad.	alcohol, los daños a la salud, y el tema de alcohol y accidentes.	Proyector y pantalla		
Prevención y cierre del taller	Promover la prevención en la adolescencia.	Explicar las estrategias de prevención, así como los factores de protección.	Lap top/PC Proyector y pantalla	Conclusiones	15 min
Aplicación del instrumento “Cuestionario percepción del riesgo” post-test al grupo control sexto “A”	Aplicación de instrumento Post-test “Cuestionario percepción de riesgo”	Los participantes realizaron el post-test, del “Cuestionario percepción de riesgo”	Cuestionario y lápices	Evaluación de la aplicación del instrumento	40 min

Evidencia Taller Mitos y realidades sobre tabaco y alcohol 03/07/2019



Ilustración 21. Taller Mitos y realidades sobre tabaco y alcohol parte 1



Ilustración 22. Taller Mitos y realidades sobre tabaco y alcohol parte 2



Ilustración 23. Mitos y realidades sobre tabaco y alcohol parte 3



Ilustración 24. Mitos y realidades sobre tabaco y alcohol parte 4

Tabla 15. Carta describe 7 Mitos y realidades sobre el tabaco y el alcohol con padres de familia

Tema: La importancia de la familia y la comunicación, en la prevención de las adicciones.					
Objetivo: Desarrollar el taller denominado: Mitos y realidades sobre el tabaco y el alcohol, y hablemos sobre tabaco y alcohol. Con el grupo de padres de familia y posteriormente a docentes de la escuela primaria y aplicar instrumento denominado entrevista a padres de familia Sesión 7 duración 4 horas.					
TEMAS Y ACTIVIDADES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES DE ENSEÑANZA Y APRENDIZAJE	MATERIAL DIDÁCTICO	EVALUACIÓN	TIEMPO
Inicio	Presentar	Presentación de los participantes Detectar las expectativas sobre el curso y establecer el encuadre de trabajo	Lap top/PC Proyector y pantalla	Ninguna	15 min
Aplicar instrumento denominado entrevista a padres de familia	Conocer como es la relación entre los integrantes de la familia	Que los participantes contesten el instrumento de entrevista a padres de familia	Lap top/PC Proyector y pantalla	Que el trabajador social pueda intervenir, en caso de detectar alguna situación de riesgo proponer posibles alternativas de solución a las mismas, en conjunto con la familia	30 min
Las drogas y los mitos	Orientar a los participantes sobre el tema de conceptos básicos de tabaco y alcohol	Explicar ¿Qué es un mito? Conceptos básicos sobre tabaco - alcohol y el proceso adictivo	Lap top/PC Proyector y pantalla	Ninguna	
Mitos asociados al tabaco	Orientar acerca de los mitos asociados al tabaco en nuestra sociedad	Explicar la adicción a la nicotina, daños a la salud y el tema de mujer y tabaco. Humo ambiental del tabaco	Lap top/PC Proyector y pantalla	Ninguna	30 min
Mitos asociados al	Orientar acerca de los	Explicar a los adolescentes sobre el consumo	Lap top/PC	Ninguna	30 min

alcohol	mitos asociados al alcohol en nuestra sociedad	del alcohol, los daños a la salud, y el tema de alcohol y accidentes	Proyector y pantalla		
Estrategias de prevención para padres 10 recomendaciones para prevenir el consumo de tabaco y alcohol	Importancia de la prevención en la adolescencia	Explicar las estrategias de prevención, así como los factores de protección	Lap top/PC Proyector y pantalla	Ninguna	30 min

A manera de conclusión en relación con los talleres socio educativos, y la intervención de Trabajo Social se destaca la colaboración permanente por parte de las autoridades de la institución educativa, ya que fue muy importante el trabajo en conjunto y la disposición de los maestros, ya que por tratarse de fin del ciclo escolar y por ser el último grado escolar, tenían muchas otras actividades, sin embargo el apoyo para llevar a cabo la investigación fue permanente.

Por otro lado la disposición y participación de la población objetivo (niñas y niños de ambos grupos de sexto grado) también fue significativa para poder desarrollar adecuadamente el trabajo de campo, pese a sus inquietudes por concluir esta etapa de su vida, el trabajo que llevaron a cabo fue de forma ordenada y de respeto hacia el que suscribe, además de mostrar un profundo agradecimiento al final de los talleres, ya que muchos manifestaron que la problemática de las adicciones es un tema actual y latente dentro de sus comunidades, el coadyuvar en una mejor dinámica familiar, además de detectar alguna situación de riesgo y proponer posibles alternativas de solución a las mismas, en conjunto con la familia de cada uno de ellos.

Finalmente el trabajo que se realizó con los padres de familia, fue muy enriquecedor y permitió tener otra visión de la situación como lo es la problemática del consumo de sustancias psicoactivas, el bulín, embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual entre otros, mostrando su interés y participación activa en todo momento.

Bibliografía

- ACERO, C. (1981). La investigación en Trabajo Social. Madrid: Universidad Complutense.
- Acero, Sáez (1988). La investigación en trabajo social. Cuadernos de Trabajo Social.
- Alayón. (1987). Definiendo al Trabajo Social. Buenos Aires: Humanitas.
- Alcántara, R. C. (1999). Cómo proteger a tus hijos contra las drogas: Guía práctica para padres de familia. México D.F.: Disigraf, S.A. de C.V.
- Bandura. (1986). Teoría del aprendizaje social. Ontario: Riviére.
- Bandura. (1990). Aprendizaje Social y Desarrollo de la Personalidad. Vancouver Canadá: Alianza Editorial.
- Becerra, R., & Kennel, B. (2008). Manual práctico de procedimientos frente a la emergencia psiquiátrica-social. Buenos Aires: Espacio.
- Becoña. (1999). Bases Teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Ministerio del interior.
- BERICAT. (2014). La Integración de los Métodos Cuantitativos y Cualitativos. Barcelona: Ariel, S. A.
- Bolívar, C. R. (2008). El enfoque multi método en la investigación social y educativa. Una mirada desde el paradigma de la complejidad. Revista de filosofía y sociopolítica de la educación, 13-28.
- Camacho, J. (2003). El ABC de la terapia cognitiva. Buenos Aires: Kaplan.
- CANDIDA, A. (1988). La investigación en Trabajo Social. Madrid: Universidad Complutense.

Capo. (2011). Mis hijos y las drogas: la prevención a través del clima familiar. Bogotá: Ediciones de la U.

Clayton. (2009). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas y la conducta antisocial. Fundación Aldama proyecto, 25-33.

Clayton. (2009). Factores de riesgo y protección en grupos de adolescentes policonsumidores. psicopatología Clínica Legal y Forense, 63.

Comisión nacional contra las adicciones, Hablemos sobre el alcohol, tabaco y otras drogas, Secretaría de Salud.

De Convives (2018). Recuperado de <http://www.convives.net> 2018el-trabajo-social-en-la-atencion-a-la-salud.

De EPS Educación para la Salud (2020). Recuperado de <http://www.epsnutricion.com.mx>

De Secretaría de Salud (2018). Recuperado de <http://www.conadic.salud.gob.mx>

De la UNESCO, Construir la paz en la mente de los hombres y de las mujeres. Recuperado de <http://www.es.unesco.org>

Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016 – 2017 Reporte de Alcohol y Tabaco. Secretaría de Salud. Comisión Nacional Contra las Adicciones.

Encueta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes 2014. Alcohol.

Estudio Básico de Comunidad Objetivo 2018 recuperado de www.cij.gob.mx-ebco2018

Ética y Trabajo Social. Recuperado de www.adasu.org/prod/1/46/codigodoetica.

Ezequiel Ander Egg. Introducción al Trabajo Social. Edit. Siglo XXI.

- Fernández. (14 de mayo de 2017). Salud ideal. Obtenido de Salud ideal: saludideal.es
- Fernández, S. y. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. Oviedo, p.54.
- García del Castillo (2012). Concepto de percepción de riesgo y su repercusión en las adicciones. Salud y drogas INID volumen 12, p.p.136-137 recuperado de <http://www.redalyc.org-artículo>
- García del Castillo, J. (2006). Consumo de alcohol, actitudes y valores en una muestra de estudiantes universitarios de la provincia de Alicante. Alicante: Universidad Pontificia.
- Gil, F. J. (2008). Consumo de alcohol entre estudiantes de enseñanza secundarias. Factores de protección y factores de riesgo. Revista de Educación, Ministerio de Educación, Política social y deportes, 291-313.
- Giraldo A. C. Salamanca. Modelos cognitivos y cognitivos sociales en la prevención y promoción de la salud. (2012). Bogotá Colombia p.p. 191-194
- Guía práctica para el promotor el/la promotor (a), Mitos y realidades de las drogas de Joven a Joven 2013. CONADIC
- Grajeda. (1994). Una visión de las adicciones. Rompan filas, 25.
- Gran Diccionario de psicología. Madrid ediciones del Prado. 1996 p. 20
- Velazco Fernández, Rafael. La familia ante las drogas. México. Editorial Trillas 2000. P. 15
- Grassi, E. (1986). Coyuntura histórica y Trabajo Social. Buenos Aires: Humanitas.
- Grassi Estela, La producción en investigación social y la actitud investigativa en el trabajo social. Rev. Debate público.
- Hawin, J.D. R.F. Catalano y J. Y. Miller (1992) "Risk n p r o u t i v f t o r f o r l o h o l n o t h e r d r u g p r o b l e m s P s i c h o l o g i c a l b o l l e t i n 1 2 (1) 6 4 - 1 0 .

Ituarte. (2018). Los desafíos de trabajar con las fortalezas en el trabajo social sanitario. Una reflexión desde la clínica. Trabajo social y salud, 7-22.

Jacob, T. J. (2001). Alcoholismo una visión familiar. Salud y drogas, 113.

Kisnerman, N. (1981). Introducción al Trabajo Social. Buenos Aires: Humanitas.

Larousse, Diccionario Práctico Escolar. México, Larousse, 1997, p.7

Lima, B. (1975). Contribución a la epistemología de Trabajo Social. Caracas Venezuela: Humanitas.

Lima, B. (1975). Contribución a la epistemología de Trabajo Social. Caracas Venezuela: Humanitas.

Machín, M. (2015). metamodelo ECO2 Apuntes sobre prevención y reducción de riesgos y daños asociados al consumo de sustancias psicoactivas. México, D. F.: Ministerio federal de cooperación económica y desarrollo.

Mangrulkar, V. y. (2001). Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud.

Mangrulkar, L. Ch. Vince y M. Posner, Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes, Organización Panamericana de la Salud, Washington DC, 2001.

Martín. (2009). Las drogas entre nosotros. Una mirada desde la educación social. Málaga: Aljibe, S.L.

Méndez. (2003). La terapia Cognitiva Conductual. Murcia España: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia.

Métodos de investigación de enfoque experimental. Recuperado de www.postgradoune.edu.pe

Modelos preventivos Serie Planeación, Secretariado Técnico del Consejo Nacional contra las Adicciones p. 30.

MORADILLO, F. (2001). Adolescentes, drogas y valores. Madrid: CCS.

Moradillo, M. (2002). Adolescentes, drogas y valores Materiales educativos para la escuela y el tiempo libre. Madrid: CCS.

MORENO Kena (Coord.) Cómo proteger a tus hijos contra las drogas. Centros de Integración Juvenil, A.C. México, 1999. P. 104

Musito, G. (2003). El rol del apoyo social en el ajuste de los adolescentes. *Intervención Psicosocial*, 179-192.

Natera, M. T. (2009). Apoyando a familias que enfrentan problemas por el consumo de alcohol y drogas. México D.F: Paz México.

Nateras, P. H. (2003). Las políticas públicas de juventud en drogas, o lo que las instituciones dejaron. *Revista Trimestral de Trabajo Social*, 24-33.

NIDA. (2004). Cómo prevenir el uso de drogas en los niños y los adolescentes. Pennsylvania State: Advancing Addiction Science.

Organización de los Estados Americanos: Democracia Recuperado de <http://www.oas.org>

Organización Mundial de la Salud Recuperado de <http://www.who.int/news/mediacentre/new/releases/2014/alcohol-related-deaths./es/>

Pastor, G. (2000). *Conducta interpersonal: ensayo de Psicología Social sistemática*. Salamanca: Universidad pontificia.

Pozo. (2006). *Teorías cognitivas del aprendizaje*. Madrid: Morata.

Ramírez, J. (2015). *Decidiendo Juntos contra las drogas*. México, D. F.: Paperback.

Ruiz Carlos. (12/06/08). El enfoque Multi método en la investigación social y educativa: Una mirada desde el paradigma de la complejidad. Revista de filosofía y sociología de la educación, Pág. 8, 24

Secretaría de Salud, SS. Actualidades en adicciones 2012 avances en la comprensión del fenómeno de las adicciones libro 1. Primera edición México 2012.

Secretaria de Salud Actualidades en adicciones 2012. Avances en la comprensión del fenómeno de las adicciones.

Solís, S. C. (2003). Drogas: las 100 preguntas más frecuentes. México D.F.: Gráficas la Prensa, S.A. de C.V.

Tapia. (2016). Factores de riesgo en enfermedad cerebrovascular isquémica en jóvenes. USMP, 18.

Thines, Georges y Lempereur Agnes. Diccionario General de Ciencias Humanas. Madrid. Editorial Catedra, 1978.

Thoumi. (2015). Debates y paradigmas de las políticas de drogas en el mundo y los desafíos para Colombia. Bogotá: Academia colombiana de ciencias económicas.

Vega. (1993). La acción social ante las drogas: propuesta de intervención socioeducativa. Madrid: Narcea, S.A.

Velazco Fernández, Rafael Op. Cit. P. 80

Villatoro-Velázquez. (2012). Encuesta Nacional de Adicciones 2011. México D.F.: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz/ Secretaría de Salud.