UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL
Unidad Ajusco
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA EDUCATIVA

Tesis

PAPEL DEL PSICÓLOGO EDUCATIVO EN LA PREVENCIÓN DE LA FÁRMACODEPENDENCIA

IRMA TALAVERA MORALES

ASESOR

MARíA EUGENIA DORANTES GUEVARA

Marzo del 2005

Í N D I C E

RESUMEN 1

INTRODUCCIÓN 2

PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA 6

OBJETIVOS 10

General 10

Específicos 10

CAPÍTULO I. CONSUMO DE DROGAS EN MÉXICO 11

1. BREVE HISTORIA DEL ORIGEN DE LAS DROGAS 11
2. HISTORIA DE LAS DROGAS EN MÉXICO 13

2.1. México Precolombino 14

- Planta serpiente: Ololliuhqui o Coaxihuitl 14
- Hongos embriagantes 15
- Peyote 16
- Pulque 17

2.2. México Colonial 18

2.3. México Contemporáneo 20

- Uso religioso de las drogas por los grupos indígenas 20
- Consumo de drogas por los grupos urbanos 21

CAPÍTULO II. PREVENCIÓN DE LA FÁRMACODEPENDENCIA 24

1. FÁRMACODEPENDENCIA 24

1.1. Introducción 24

1.2. Vías de administración 25

1.3. Efectos de las drogas 25

1.4. Clasificación 28

1.4.1. Excitadores o estimulantes 29
a. Aminas simpaticomiméticas 29
b. Derivados de la coca 30
c. Alucinógenos 32
- *Mariguana* 32
- *Ácido lisérgino de la dietilamida o LSD* 33
- *Mezcalina* 34
- *Psilocibina* 34
- *Estimulantes especiales* 34
1.4.2. Depresores 35
a. Sedantes 35
- *Barbitúricos* 35
- *Alcohol* 36
b. Tranquilizantes o analgésicos narcóticos 36
- *Heroína* 37
- *Morfina* 37
- *Codeína* 38
c. Ansiolíticos 38
d. Inhalables 39
2. PREVENCIÓN DE LA FÁRMACODEPENDENCIA 39
2.1. Antecedentes 39
2.2. Definición 41
2.3. Objetivos y funciones 42
2.4. Clasificación 43
2.5. Impacto 44
3. INSTITUCIONES QUE OFRECEN PREVENCIÓN DE LA FÁRMACODEPENDENCIA 45
CAPÍTULO III. PSICOLOGÍA EDUCATIVA Y PREVENCIÓN DE LA FÁRMACODEPENDENCIA 48
1. PSICOLOGÍA EDUCATIVA 48
1.1. Antecedentes 48
1.2. Definición y concepto 50

1.3. Objetivos 54
1.4. Actividades y funciones 55
1.5. La psicología educativa en México 58

2. PSICOLOGÍA EDUCATIVA Y PREVENCIÓN DE LA FÁRMACODEPENDENCIA 59
2.1. Aspectos social y económico 59
2.2. Medios de comunicación 61
2.3. Educación para la salud 62
2.4. La familia y la escuela 63
3. MODELOS Y PROGRAMAS PREVENTIVOS 67
- Construye tu vida sin adicciones 69
- Centros de Integración Juvenil 69
- Programa de educación preventivo contra las adicciones (PEPCA) 70
- Programa de prevención del abuso de sustancias par alumnos de 4º, 5º y 6º grados de primaria "Yo quiero, Yo puedo" 71
- Modelo comunitario de integración psicosocial 72
- Modelo de educación para la vida y el trabajo "Aguas con las adicciones" 72
- Modelo preventivo de riesgos psicosociales CHIMALLI 72
- Sector educativo y programa para el control de drogas 73
3.1. Papel del psicólogo educativo en los modelos y programas preventivos de la fármacodependencia 75

CAPÍTULO IV. METODOLOGÍA 78
1. Hipótesis de investigación 78
2. Tipo y diseño de estudio 79
3. Sujetos 79
4. Instituciones 79
5. Instrumento de investigación 80
6. Variable de estudio 82
7. Diseño muestral 83
8. Criterios de inclusión y exclusión 83

9. Equipo y material 84
10. Procedimiento 84
11. Consideraciones éticas 86

CAPÍTULO V. DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS 87
1. Estadística utilizada 87
2. Sujetos 87
3. Instituciones 88
4. El psicólogo en los programas de prevención de la fármacodependencia 88
5. Papel del psicólogo educativo en los programas de prevención de la fármacodependencia 89
5.1. Evaluación y diagnóstico 90
5.2. Asesoría y orientación 91
5.3. Intervención 93
5.4. Diseño y elaboración de programas y material de apoyo 93
5.5. Impartición de cursos, talleres, pláticas y conferencias: 95
5.6. Capacitación 96
5.7. Programación y organización de eventos 97
5.8. Investigación 99

CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS 101
1. Conclusiones 101
2. Alcances 107
3. Limitaciones 108
4. Sugerencias 110

BIBLIOGRAFÍA 111

ANEXO 116
- Cuestionario “Actividades del psicólogo educativo en la prevención de la fármacodependencia 117

R E S U M E N

En la actualidad, la drogadicción afecta no sólo a la población de adultos, sino también en gran medida a los jóvenes y niños. La participación del psicólogo educativo en esta problemática sería de gran ayuda. Por ello, esta investigación tuvo como propósito fundamental describir las funciones y actividades que podría realizar este profesionista en el área de prevención de la fármacodependencia.

En el presente trabajo participó el personal que laboraba en 8 instituciones (6 públicas y 2 privadas) realizando actividades relacionadas a la prevención de la fármacodependencia: 12 hombres y 22 mujeres (3 médicos, 15 psicólogos/as, 14 trabajadoras sociales y 2 enfermeras), cuyas edades se encontraban entre los 20 y 54 años con una media de 35. EL estudio fue de tipo no experimental exploratorio descriptivo transversal y el diseño muestral no probabilístico intencional. El instrumento de investigación se elaboró exprofeso para la recopilación de los datos y se utilizó el SPSS para la captura y el análisis estadístico de los mismos.

Las conclusiones planteadas a partir del análisis de la información recopilada fueron las siguientes: la mayoría de los sujetos de estudio desconocía las funciones que realizan los psicólogos educativos, pero conocía las actividades de los psicólogos generales porque son los profesionistas que principalmente laboran en el área de la fármacodependencia. Respecto a los psicólogos educativos, los participantes consideraron que podrían colaborar dando terapia y consejo educativo a las personas que consumen algún tipo de droga, detectar casos ilícitos y remitirlos a instituciones hospitalarias, así como trabajar en equipos multidisciplinarios en el campo de la salud.

Por otro lado, los sujetos de estudio contemplaron en menor medida la intervención del psicólogo educativo en el área de prevención de la fármacodependencia como alguien que pueda diseñar y elaborar programas de prevención o material de apoyo, capacitar y/o impartir conferencias y pláticas a padres de familia, maestros y personal que labora en las instituciones, escuelas, hospitales y otros lugares de trabajo, organizar diversas actividades y eventos sobre prevención como conferencias, cursos, talleres, etc.

Los resultados del presente trabajo indicaron un desconocimiento del valioso apoyo que podría prestar el psicólogo educativo en el campo de la salud combatiendo la drogadicción en las instituciones escolares y hospitalarias al lado de otros profesionistas como maestros, médicos, trabajadores sociales, enfermeras, psiquiatras, etc. Sin embargo, su colaboración en los programas de prevención de la fármacodependencia sería de mucha ayuda en beneficio de la sociedad, razón por la que deberían promoverse y darse a conocer las funciones y actividades que realizan los psicólogos educativos para que se considerara y valorara su participación en esta área de intervención de acuerdo a su perfil y formación profesional.

I N T R O D U C C I Ó N

En el Programa de Atención a la Fármacodependencia (Adefar, l985) se reporta, que los problemas relacionados a la drogadicción han aumentado y cobrado importancia de forma creciente en todo el mundo, en donde no se queda atrás México, pues a partir de los años 60 se ha visto invadido por un alto consumo de sustancias que alteran la conducta humana tales como la mariguana, la cocaína, la heroína y los solventes volátiles, entre otras. Asimismo, en dicho programa se expresa que por esta razón, la fármacodependencia progresivamente ha ido adquiriendo mayor relevancia en nuestro país, afectando no sólo de manera individual a las personas sino a la sociedad en general, por lo que en la actualidad se ha convertido en uno de los grandes retos del campo de la salud pública.

De igual modo, en el Manual de Capacitación de los Centros de Integración Juvenil (CIJ, 1988) se plantea, que la etiología de la fármacodependencia es multicausal y que sus repercusiones son eminentemente de tipo familiar y psiquiátrico porque afecta de manera directa la desintegración familiar y la personalidad de los sujetos, pero también repercute a nivel escolar, social, laboral y económico debido a que incide en todo lo que rodea a los individuos, involucrando principalmente a los jóvenes, lo que trae como consecuencia una pérdida de la población en edad productiva, afectando a su vez, el desarrollo del país.

Por lo anterior, la fármacodependencia en el ámbito escolar debería atenderse de manera prioritaria, porque la infancia y la adolescencia son las etapas de la vida en las que se adquieren y arraigan con más fuerza los hábitos y valores morales, tanto positivos como negativos. El psicólogo educativo gracias a su perfil y formación profesional, podría jugar un papel esencial en la drogadicción diseñando e implementando programas escolares orientados a la solución y prevención de esta problemática en los niños y jóvenes, dado que la psicología educativa se dedica al estudio de los procesos psicológicos y del comportamiento vinculados a los fenómenos educativos, por lo que tradicionalmente las funciones y actividades de esta área se han enmarcado dentro de los salones de clases o se han centrado tanto en la investigación como en

la prevención y solución de los problemas que se presentan en las instituciones escolares (Castañeda, 1986).

De igual modo, la psicología educativa también pretende a través de la investigación, evaluación y organización de los sistemas educativos, apoyar la prevención y solución de los problemas inherentes a la educación como sistema, los problemas individuales que afectan el rendimiento académico y los problemas escolares asociados a causas sociales de todos los niveles educativos como son el elemental, medio, superior, especial y marginal, tanto en la modalidad escolar como en la extraescolar, por lo tanto no sólo abarca el salón de clases sino también otras áreas como la comunidad, el trabajo y el hogar (Sorenson, 1971).

Debido a la escasa información que existe en México sobre la participación de la Psicología Educativa en los diferentes escenarios de trabajo, el principal propósito de la presente investigación se orientó a aportar datos sobre la realidad de nuestro país referentes a las funciones y actividades que los profesionistas que se dedican a esta área podrían realizar en el campo de la salud, específicamente en la prevención de la fármacodependencia. Dado que el psicólogo educativo está preparado tanto en el manejo de los aspectos psicológicos como en el manejo de los aspectos educativos, se considera que podría colaborar de forma importante en dicho campo realizando lo siguiente: diseño y evaluación de programas de capacitación dirigidos al personal que trata la fármacodependencia, valoración y diagnóstico de los efectos ocasionados por el consumo de drogas en niños, adolescentes y adultos e intervención de los problemas de aprendizaje y rendimiento escolar asociados a la drogadicción, entre otras acciones.

Contar con un panorama general de la situación del psicólogo educativo en la prevención de la fármacodependencia, permitirá establecer la diferencia entre el campo de trabajo y las funciones de éste y las de los psicólogos de las otras áreas, dado que todos tienen una preparación en psicología, pero su labor profesional se orienta a cubrir diferentes aspectos de la misma. Por ejemplo: el psicólogo clínico tiene como función abordar los aspectos emocionales y de personalidad de la problemática asociada a la drogadicción y el psicólogo educativo podría apoyar la solución de los problemas de aprendizaje y enseñanza vinculados a la fármacodependencia. Por tal motivo, se considera que éste último es el profesionista idóneo

para elaborar y valorar programas de capacitación, orientación e intervención dirigidos a maestros, padres y alumnos, referentes a los problemas que de una o otra manera están vinculados al consumo de drogas y sus efectos, principalmente en las instituciones educativas.

El deseo de contar con información sobre el psicólogo educativo obtenida directamente de las instituciones que realizan prevención de la fármacodependencia, impulsó la implementación de este trabajo. Se utilizó como instrumento de investigación un cuestionario elaborado exprofesamente para conocer la opinión sobre las funciones y actividades de este profesionista de la psicología, expresadas por las diferentes personas que laboran en dichas instituciones como psicólogos, médicos, enfermeras y trabajadores sociales.

Se indagó sobre el psicólogo general y lo que podría realizar el psicólogo educativo en los programas de prevención de la fármacodependencia, ya que no se cuenta con información acerca de éste último en las instituciones de salud, lo que permitió establecer su situación respecto a las funciones y actividades que podría desarrollar en las mismas. En el área de la fármacodependencia se desconoce lo que hace el psicólogo educativo, por lo que los empleadores confunden y traslapan sus actividades con las que realizan los otros tipos de psicólogos.

El presente trabajo se encuentra conformado por seis capítulos. Los tres primeros hacen referencia a los antecedentes y aspectos teóricos sobre el tema de la fármacodependencia, el resto corresponde a la metodología, resultados y conclusiones de la investigación realizada. A continuación se describe brevemente el contenido de cada uno de ellos:

En el primer capítulo se presenta un panorama general sobre la fármacodependencia incluyendo su condición en nuestro país. Se abordan brevemente tópicos tales como el origen de las drogas y su historia, sin dejar de lado lo acaecido en el México precolombino, colonial y contemporáneo.

El segundo capítulo contiene algunos aspectos relativos a la fármacodependencia como definición, efectos, vías de administración y clasificación de las drogas, así como conceptos sobre dependencia psíquica o habituación, dependencia física, tolerancia y síndrome de abstinencia, entre otros. También incluye un apartado sobre la prevención de la

fármacodependencia, el cual finaliza con una breve descripción de las instituciones que al momento de realizarse la presente investigación, contaban con programas o realizaban actividades de prevención en este rubro aun sin tener un programa formal.

El tercer capítulo trata de la psicología educativa, porque el tema principal de este trabajo se encuentra inmerso en este campo de estudio. Engloba entre otros tópicos: su definición y concepto, su origen y antecedentes, los objetivos que persigue, las actividades que se realizan en esta área, sus funciones y alcances, así como un breve panorama de la psicología educativa en México. Asimismo, se encuentra un apartado sobre su vinculación con los programas de prevención de la fármacodependencia, describiéndose algunos modelos y programas que se han implementado en nuestro país.

El cuarto capítulo integra la metodología que se usó para el desarrollo del presente trabajo abarcando las hipótesis, variables tipo y diseño de investigación, los sujetos e instituciones participantes, el diseño muestral, el equipo, material, instrumento y procedimiento empleados para la recolección de los datos, los criterios de inclusión y exclusión y las consideraciones éticas por participar seres humanos como sujetos de estudio.

En el quinto capítulo se plasma la descripción y análisis de los datos, así como los resultados obtenidos del mismo. Igualmente, incluye las gráficas y tablas que se consideró ilustran mejor éstos.

En el sexto capítulo se plantean las conclusiones a las que se llegó derivadas de los resultados obtenidos. De igual manera, integra la discusión de éstas a la luz de los antecedentes y las consideraciones teóricas relativas al tema investigado. En sus últimos apartados se presentan los alcances y limitaciones del estudio, así como algunas sugerencias dirigidas a los profesionistas que se dedican o laboran en las áreas de orientación y psicología educativa.

Finalmente, en las útlimas secciones se encuentran la bibliografía y el anexo en el que se incluye una copia del cuestionario utilizado como instrumento de investigación, el cual llevó por título “Funciones y actividades del psicólogo educativo en la prevención de la fármacodependencia”.

PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

En la actualidad, la fármacodependencia se ha convertido en uno de los problemas más relevantes en el campo de la salud pública cobrando creciente importancia en todo el mundo. México, aunque más lentamente que otras naciones, también se ha visto invadido por un alto consumo de sustancias que alteran la conducta humana a un grado tal, que logran afectar a familias y comunidades enteras. En esta gran problemática se cimenta el interés por realizar la presente investigación y, de esta manera, contribuir aunque sea con un granito de arena a su prevención.

En el Programa de Atención a la Fármacodependencia (ADEFAR, l985) se menciona, que el consumo de drogas causa un gran daño no sólo físico y psíquico a nivel individual, sino también en todas las esferas de la sociedad, independientemente del estrato socioeconómico en que se encuentren inmersos los consumidores de drogas. En este programa también se expresa que es muy lamentable que la vida de los adictos a las drogas o consumidores crónicos se consuma lenta o rápidamente en forma inevitable dependiendo de las condiciones, frecuencia y dosis de administración, pero que todavía es más lamentable que la drogadicción haya alcanzado y se esté extendiendo con demasiada rapidez a los niños y jóvenes de todas las edades y clases sociales, quienes están adquiriendo este tipo de experiencia desde muy temprana edad, lo que a la larga se convertirá en algo que difícilmente podrán erradicar de sus vidas.

El Manual de Capacitación de los Centros de Integración Juvenil (CIJ, 1988) enlista entre los problemas sociales que se presentan con mayor frecuencia asociados a la fármacodependencia los siguientes: episodios de violencia entre pandilleros, riñas familiares, lesiones físicas, robo, homicidio, estados de alcoholismo, intoxicación producida por diversos fármacos, suicidio (forma de autoviolencia provocada en forma precipitada y voluntaria) que se presenta con alta frecuencia entre la juventud que consume drogas, pandillerismo y formación de bandas juveniles (grupos informales con normas poco claras que constituyen una parte

central de la vida de sus miembros) que usualmente se reúnen para platicar y pasar el rato consumiendo drogas.

En el Programa contra las Adicciones del Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADE, 1992) se manifiesta, que el gobierno cada año destina grandes cantidades de dinero a la rehabilitación y prevención de la fármacodependencia pero el problema crece a mayor velocidad que la atención que se está brindando, dificultándose cada vez más combatirlo por las enormes proporciones que está tomando, situación ante la que es necesario buscar una solución. Asimismo, en este programa se menciona, que la prevención debe sugir como un medio de educar, buscando un cambio de valores y actitudes que incidan directamente en el estilo de vida individual y familiar, así como en la protección de la población expuesta a los riesgos asociados al uso de drogas.

En el campo de la salud, específicamente en el área de prevención de la fármacodependencia, participan diferentes profesionistas colaborando interdisciplinariamente tales como médicos, psiquiatras, trabajadores sociales, psicólogos, etc. La intervención de la psicología es muy importante dado que su objetivo es mantener la salud mental, sin embargo todas las áreas que integran esta disciplina deberían apoyar la prevención de la fármacodependencia. Por ejemplo, la psicología clínica se abocaría a los problemas de personalidad asociados al consumo de drogas, la psicología social a la evaluación y determinación de sus causas en las comunidades y los grupos que presentan esta problemática, la psicología del trabajo a la repercusión a nivel laboral del problema de la drogadicción, la psicología educativa al diseño y evaluación de los programas de prevención y a la capacitación del personal involucrado en los mismos, así como a la valoración de sus efectos en el desarrollo y el aprendizaje.

En nuestro país, existen diferentes instituciones que tratan de dar solución a este problema a través de programas de prevención y tratamiento físico, psicológico y/o terapéutico dirigidos a la población no adicta a través de personas capacitados para ello, en los que participan diferentes profesionistas de la salud entre los que se encuentran los psicólogos. En relación a la participación de los psicólogos educativos en los programas de prevención de la fármacodependencia, prácticamente no existe. Sin embargo, en muchas ocasiones éstos y otros

profesionistas de la psicología no desarrollan las funciones que les corresponden y para las que están preparados, porque quienes los contratan las desconocen y les asignan actividades clínicas, psicoterapéuticas o de otra naturaleza ajenas a su formación. En el caso de los psicólogos educativos, usualmente esto es lo que sucede pues los confunden con psicólogos clínicos asignándoles tareas y actividades propias de una disciplina para la que no se encuentran preparados. Por lo tanto, es fundamental clarificar las funciones del psicólogo educativo en el campo de prevención de la fármacodependencia.

En vista de que no se han explicitado las funciones y actividades del psicólogo educativo en la prevención de la fármacodependencia, el objetivo del presente trabajo se orientó a describir éstas y analizar como su intervención podría ayudar en gran medida a enfrentar este gran problema que afecta la salud, la familia y la sociedad en general. Asimismo, el psicólogo educativo podría ser competente en el campo de la salud al lado de otros profesionistas y demostrar que su trabajo es tan necesario como el de cualquiera de ellos. Su participación en la prevención de la fármacodependencia podría ser fundamental realizando una serie de actividades de tipo psicoeducativo.

La principal contribución de este trabajo se relaciona al papel que podría jugar el psicólogo educativo en dicha área, ya que con la investigación realizada se evidenció el desconocimiento que hay sobre las funciones y actividades de este profesionista en el campo de la salud, en donde se podrían abrir líneas de trabajo que le permitieran colaborar en el logro del bienestar de las personas que consumen drogas o en la prevención de su uso. El psicólogo educativo podría intervenir en cualquier clase de prevención desde la primaria hasta la terciaria, ya que en su formación profesional adquiere los conocimientos y habilidades necesarioa para poder hacerlo, pero desde la perspectiva psicoeducativa.

Algunas de las actividades en las que podría participar el psicólogo educativo, obviamente relacionadas a las funciones propias de su perfil y formación profesional, serían las siguientes: programación y evaluación de actividades para la prevención del consumo de drogas como conferencias, cursos, talleres, etc.; elaboración de material didáctico como carteles, trípticos y folletos, entre otros; valoración de los efectos de las drogas en los aspectos relacionados al desarrollo y al proceso de enseñanza-aprendizaje, incluyendo las diversas tareas que se

realizan en la escuela. También podría evaluar e intervenir en los procesos cognoscitivos alterados por la drogadicción tales como la memoria, atención, concentración, confusión y desubicación espacio-temporal.

Por lo anterior, el propósito principal del presente estudio se orientó a aportar información sobre las funciones y actividades que los psicólogos educativos acordes a su perfil y formación profesional podrían realizar en el campo de la salud, específicamente en el área de prevención de la fármacodependencia, que condujo no sólo a identificar las funciones y actividades propios de estos profesionistas, sino también a diferenciarlas de las que realizan los psicólogos de las áreas clínica, social, del trabajo, experimental, psicofisiología, etc.

O B J E T I V O S

General.

- Describir las funciones y actividades que el *psicólogo educativo* podría desempeñar en el área de prevención de la fármacodependencia.

O**bjetivos especificos.**

- Analizar los programas de prevención de la fármacodependencia para identificar las funciones y actividades que podrían llevar a cabo los psicólogos educativos en este campo de intervención.

- Elaborar un cuestionario para conocer las funciones y actividades que podrían realizar los psicólogos educativos en el área de prevención de la fármacodependencia.

- Conocer la opinión de los profesionistas que laboran en las instituciones de salud que cuentan con programas o realizan actividades de prevención de la fármacodependencia respecto a las funciones y tareas que podrían desempeñar los psicólogos educativos.

- Identificar los indicadores respecto a las funciones y actividades de los psicólogos educativos relacionados a la prevención de la fármacodependencia.

CAPÍTULO I

CONSUMO DE DROGAS EN MÉXICO

1. BREVE HISTORIA DEL ORIGEN DE LAS DROGAS.

El hombre de todos los tiempos y lugares de la tierra de alguna manera ha consumido drogas tomándolas del reino vegetal o de algunos minerales, debido principalmente a que sus efectos físicos o psíquicos proporcionan placer, bienestar o alivio del dolor y de las enfermedades (Manual de Capacitación de los Centros de Integración Juvenil, 1988).

Dusek y Girdano (l983) expresan que desde la antigüedad, los seres humanos han consumido diversas sustancias naturales o sintéticas con fines religiosos, bélicos y sobre todo curativos, ya que los hombres primitivos, quienes vivían en una estrecha relación con su medio ambiente conocían los efectos físicos y mentales de ciertas plantas, descubrimiento que sin lugar a dudas, fue hecho al buscar nuevas fuentes de alimentación o probablemente como resultado de la curiosidad y del impulso del hombre hacia la experimentación. Dichos autores también refieren que algunas de tales plantas fueron identificadas como venenosas y se evitó su uso como fuente de alimentación, restringiéndolo a la cacería y las guerras, de este modo, algunas sustancias con efectos paralizantes como el curare y los glucósidos cardíacos que se utilizaban en la punta de las flechas o dardos para cazar animales y herir o matar a sus enemigos, únicamente eran empleadas con estos fines.

Igualmente, Dusek y Girdano comentan que a lo largo de la historia las sociedades humanas han conocido y utilizado sustancias que al mismo tiempo que han aliviado el sufrimiento y las enfermedades también han alterado el estado psíquico o mental de quienes las consumen, por lo que su ambivalencia, dado que por un lado son indispensables para aliviar el dolor y el sufrimiento pero al mismo tiempo crean hábito y daño porque causan destrucción cuando se administran en forma inadecuada o indebida, indujo a las sociedades desde los tiempos más remotos a establecer normas para limitar su empleo a fines religiosos o curativos, confiando su uso solamente a los sacerdotes, curanderos y médicos.

De igual modo, estos autores reportan que la principal aplicación de estas sustancias ha sido a nivel curativo a tal grado, que su uso empírico constituye la base de la medicina moderna. Así, dicen Dusek y Girdano, se tiene referencia que la mariguana o cannabis era empleada como medicamento desde hace mas de 3,000 años y que los egipcios utilizaban el opio extraído de la adormidera o amapola, tanto para calmar el llanto de los niños como para evitar la diarrea.

Además, Dusek y Girdano mencionan que con el paso de los años, los avances científicos y tecnológicos en las áreas de la medicina y de la farmacología han convertido a esta última disciplina en un arma de dos filos, pues al mismo tiempo que diversas sustancias sintetizadas o mejoradas con las nuevas técnicas y el uso de equipo más sofisticado con el que se cuenta en la actualidad han retribuido en beneficio y bienestar de la raza humana, su consumo también ha traído en algunos casos serios inconvenientes o desventajas. Estos autores ponen como ejemplo de ello, que en el siglo IX sólo se contaba con bebidas alcohólicas cuya concentración máxima de etanol era de l5% a través del proceso de fermentación natural, pero que posteriormente con el avance tecnológico alcanzado a través del proceso de destilación, no sólo aumentó el número y tipo de bebidas alcohólicas disponibles sino también el nivel de concentración de etanol se hizo mayor, incrementando los riesgos que trae consigo el consumo de este tipo de bebidas.

Aguirre (1990) plantea que otro ejemplo de lo anterior lo constituye el exudado de la amapola u opio, cuya utilización con fines curativos data del año l500 a.C. Asimismo, este autor señala que el avance de la ciencia permitió que se sintetizara la morfina que es un tipo de analgésico también extraído de la amapola, desarrollándose a la par con este acontecimiento en 1834 la jeringa hipodérmica, hecho que ofreció la posibilidad de que diversas sustancias derivadas del opio incrementaran la rapidez de sus efectos al ser administrados directamente en el torrente sanguíneo, lo que llevó a que su consumo se hiciera mayor.

Aguirre continúa diciendo que la tecnología siguió su marcha y que en l890 se sintetizó un nuevo producto del opio, la heroína que produce entre sus efectos una gran euforia, fenómeno que no se había evidenciado y resultaba desconocido con la administración de la morfina y de los otros derivados del opio, lo que contribuyó a incrementar aún más el consumo de estas sustancias.

Dusek y Girdano (1983) relatan que al término del siglo XIX y principios del siglo XX tuvieron lugar grandes descubrimientos en el campo de la medicina, ya que durante esta época surgieron las vacunas, las sulfas, la penicilina y otros antibióticos, pero que sin lugar a dudas, uno de los descubrimiento más notables fue el relacionado con el uso de los tranquilizantes y ansiolíticos, medicamentos con los que se pudo iniciar el tratamiento de las alteraciones producidas por una gran ansiedad, angustia y estrés, lo que produjo a su vez, un avance significativo en la medicina psiquiátrica y en el alivio de este tipo de trastornos, pues sus síntomas al no ser físicos caían fuera del campo de la medicina y los medicamentos tradicionales no eran efectivos para curar los mismos. Estos autores describen que por esta razón, tales enfermedades eran y todavía continúan siendo tratadas con medios alternativos, principalmente de tipo psicoterapéutico que en muchas ocasiones producen una mejoría poco considerable o mínima cuando no son empatados simultáneamente con terapias farmacológicas, lo que finalmente lleva a los pacientes a desarrollar síntomas físicos principalmente alergias, trastornos gastrointestinales como úlceras y alteraciones cardiovasculares como hipertensión y paros cardíacos, entre otros.

En la época actual, el uso indebido de las drogas adictivas se ha incrementando en muchos países como consecuencia de diversos factores, principalmente con fines recreativos o curativos para disminuir el nerviosismo, el estrés o la ansiedad. Las causas que originan el fenómeno de la fármacodependencia son muchas y varían en características e intensidad. En el presente capítulo no se revisan éstas, ya que en el siguiente se presenta un panorama general sobre este tópico.

2. HISTORIA DE LAS DROGAS EN MÉXICO.

El Manual de Capacitación de los Centros de Integración Juvenil (CIJ, 1988) describe que México se caracteriza por contar con una gran variedad de plantas, razón por la que desde la antigüedad se han consumido drogas derivadas de las mismas con fines curativos, bélicos, religiosos y recreativos por las diferentes tribus que lo han habitado, dado que desde tiempos remotos ha existido un uso importante de yerbas con efectos psicotrópicos. De esta manera, el estudio de la historia del uso de este tipo de sustancias es de fundamental importancia para

conocer y comprender el fenómeno de la fármacodependencia que existe en la actualidad en nuestro país. Por ello, en los párrafos que siguen se presenta un breve panorama acerca del empleo que se ha dado a las drogas con fines mágicos, religiosos, curativos y recreativos en México, el cual se remonta al tiempo precolombino, continúa en la etapa colonial y termina en la época contemporánea, haciendo referencia a los principales acontecimientos acaecidos en cada una de ellas.

2.1. México Precolombino.

En el México Precolombino se honraban a los dioses como el sol, la luna y la serpiente emplumada con sacrificios humanos, danzas, música de caracolas y consumiendo hongos, tabaco y pulque, por lo tanto, desde ese tiempo los indígenas usaban satisfactores sin darse cuenta que en sus manos tenían algo que más tarde se conocerían como fármacos o drogas adictivas (Manual de Capacitación de los Centros de Integración Juvenil, 1988), entre los que se encuentran la planta serpiente, los hongos embriagantes, el peyote y el pulque.

Planta serpiente: Ololliuhqui o Coaxihuitl.

Furst (1980) cuenta, que en la religión indígena existía una deidad que residía en las semillas de una planta llamada Coaxihuitl (planta serpiente) también conocida como Ololliuhqui, semillas que no sólo eran veneradas, sino además temidas por los indígenas del México prehispánico porque constituían mucho más que un medio para comunicarse con lo sobrenatural, ya que quien bebía una infusión hecha a base de esta planta podía incluso hasta llegar a ver a la deidad con forma humana. Furst asimismo comenta, que los indios consultaban a Ololliuhqui o Coaxihuitll para conocer lo venidero y solicitar su ayuda en la cura de las enfermedades, invocándola mediante conjuros especiales y dándole trato de deidad para que apareciera y evitar su enojo o que les fuera a hacer algún mal, motivo por el que la elevaban a sus altares, le ofrendaban incienso, le ofrecían sus mejores flores y también barrían y regaban cuidadosamente su casa, por la misma razón.

Hongos embriagantes.

Gordon (1983) manifiesta que los indígenas de la cultura mexica utilizaban el Teonanacatl que era la “carne o alimento de los dioses”, nombre que daban los aztecas a los hongos alucinógenos, los cuales eran considerados como plantas divinas que únicamente se destinaban a las grandes ceremonias y fiestas solemnes debido a su naturaleza sagrada. Por otro lado dice Furst (1980), los hongos alucinógenos también ocupaban un lugar preponderante en la poesía referiéndose a ellos como "florecillas", a través de la que describían su experiencia alucinógena como el suceso mas relevante de sus vidas, pues los transportaba a un mundo celestial maravilloso y sorprendente que los fascinaba y cubría de su encanto en donde lo extraordinario tenía lugar, un mundo al que sólo las flores embriagantes los llevaban por lo que su uso con un tinte religioso, divino y excelso, era buscar lo oculto con reverencia y temor pero siempre acordándose de sus orígenes y de su paraíso.

El Consejo Nacional contra las Adicciones de la Secretaría de Salud (1985) menciona en el documento denominado “La Drogadicción“, que debido a que se consideraba sagrado el uso de los hongos embriagantes, los indígenas los empleaban en fechas o celebraciones muy especiales y nunca tomaban bebidas fermentadas en tales ocasiones, ya que éstas no estaban a la altura de las circunstancias y hacerlo era ir en contra de los efectos puros y mágicos de los hongos, siendo consumidos solamente en las fiestas ceremoniales por los miembros de la alta aristocracia y hasta por los dioses mismos. Este documento también describe que en la historia de las Indias de la nueva España, el fraile dominico Diego Durán recopilando información entre los indígenas y consultando textos en náhuatl, refiere acerca del uso de los hongos alucinógenos en el México prehispánico respecto a la fiesta correspondiente a la coronación del emperador Tizoc celebrada en el año de l481 y en la cual al término del banquete se ofrecía a los invitados hongos embriagantes, describe lo siguiente:

> *"Y todos los Señores y Grandes de las Provincias se levantaron y, para más solemnizar la fiesta, comieron todos de unos hongos monteses, que dicen que hacen perder el sentido, y así salieron todos muy aderezados al baile".*

Asimismo, en dicho documento se relata que este tipo de flores eran protegidas por una deidad llamada Xochipilli, dios de las flores, las mariposas, el arte, la luz, la danza, la juventud y la música, quien se caracterizaba por tener un gesto de arrobamiento que sólo podían dar las

flores sagradas representadas en su propia imagen, era un dios en éxtasis eterno que gracias a su magnanimidad y mediante las florecillas compartía el paraíso que hechiza: Tlallocan.

De igual manera, se expresa en el citado documento que los hongos alucinógenos cumplían también fines adivinatorios o de clarividencia permitiendo ver a quienes los ingerían pasajes de su vida futura, de esta manera veían si tendrían esclavos, éxito en las batallas, si estaba próxima su muerte y la forma en que llegaría, si cometerían algún delito y la pena que les sería impuesta, en fin, vivían con anticipación su propia vida y la de su pueblo; además, este alimento celestial era plasmado por los sacerdotes y artistas en sus esculturas, grabados y códices que hacían bajo la inspiración divina y en donde se le otorgaba el lugar sagrado que le correspondía.

Peyote.

García (1990a) expresa que desde tiempos remotos ha existido una gran diversidad de plantas entre las que se encuentra el peyote, utilizadas en todos los continentes por sus propiedades alucinógenas, pero que es en América en donde han recibido mayor uso, su consumo se ha extendido en mayor grado y han sido objeto de adoración. Este autor comenta que a la llegada de los españoles, el peyote al que llamaban "raíz diabólica" fue una de las plantas que causó más controversia, por lo que castigaban severamente su uso considerándolo como brujería y llegando al extremo de igualar su consumo al canibalismo. García describe que el peyote es un cactus de color verde grisáceo que crece en regiones secas y pedregosas del norte de México y del sur de Estados Unidos, se puede ingerir crudo, seco, en pasta o en infusión y su componente activo, la mezcalina, ha logrado sintetizarse por lo que también es posible consumirlo en forma de cápsulas o pastillas.

Gordon (1983) relata que los huicholes aún siguen utilizando el peyote por lo que su uso ceremonial sobrevive al ser para ellos la reencarnación del venado divino al que llaman IKURI, sin embargo, dado que no crece en tierra huichol, los indígenas deben hacer un largo y penoso recorrido para recolectarlo hasta un lugar legendario de nombre Virikuta, enclavado al noreste en los altos desiertos de San Luis Potosí.

Igualmente, el citado autor menciona que a pesar de que el peyote contiene varios alcaloides, la mezcalina es el principal elemento que causa los efectos alucinógenos de quien lo consume, la cual se extrae de los cactus secos llamados botones de mezcal de donde toma su nombre. Gordon indica que al igual que otras plantas alucinógenas, la mezcalina contiene una estructura química similar a la noradrenalina o norepinefrina, sustancia muy importante en la fisiología del funcionamiento cerebral debido a que participa en la transmisión de los impulsos químicos de las neuronas o células nerviosas, dicha similitud permite al organismo del consumidor reaccionar, ya que la mezcalina actúa en los mismos lugares en donde se encuentra dicho neurotrasmisor cerebral funcionando probablemente gracias a su semejanza, como si fueran moldes que encajan adecuadamente uno con otro. Por lo tanto dice Gordon, los efectos de los alucinógenos como el peyote, no serían posibles si en el organismo no existieran sustancias parecidas a ellos.

García (1990a) enlista algunos de los efectos del peyote en el organismo que pueden variar dependiendo de las personas, entre los que se encuentran visiones de animales propios de la mitología del grupo indígena o formas geométricas de colores, sobre todo en el caso de los usuarios que no pertenecen a estos grupos. Él también refiere que el peyote no afecta significativamente la respiración aunque algunos autores sostienen que se hace más rápida y superficial notándose en algunos individuos suspiros prolongados y profundos, así como una leve sensación de asfixia y que sus alcaloides son expulsados principalmente a través de los riñones y la orina porque es una droga extremadamente diurética. Él dice que tampoco causa dependencia muy notable y no hay pruebas de que ocurran síntomas de abstinencia cuando se suspende su uso, que su consumo crónico origina tolerancia en cuanto a las alucinaciones por lo que con una misma dosis se obtienen efectos menores, lo que indica la presencia de un proceso de aprendizaje en el organismo de los usuarios.

Pulque.

De acuerdo a García, en la sociedad mexica el pulque era considerado como un brebaje sagrado que los indígenas ofrecían como ofrenda a sus dioses y cuya preparación para tal fin se hacía a través de un ritual sagrado. Este autor comenta que los mexicas creían que el pulque

era un regalo divino para que el hombre tuviera placer al vivir en la tierra alabando, cantando y danzando para sus dioses. Su consumo era fuertemente restringido y sólo permitido en ritos familiares, banquetes ceremoniales o fiestas religiosas como las de los dioses del pulque denominadas Pillauno, en donde podían beber libremente hombres y mujeres de más de 50 años, adultos, casados, guerreros, nobles, mercaderes y también se les permitía ingerirlo a los niños. Los que se embriagaban en estas ceremonias o fiestas eran poseídos por el dios del pulque, creando miedo y expectación a su alrededor, convirtiéndose temporalmente en un tabú. García describe tres tipos de embriaguez causada por el pulque, a saber:

- La Ritual o Tlahuamana.
- La Falta u Ometochui para quienes nacían bajo el signo de Ometchtli o de los "dos conejos".
- El Quinto Pulque que era una embriaguez severamente castigada, producida por el exceso y la transgresión (macuilloctli) o del desorden (tochyauh, tochitlia). Todo individuo sorprendido en este último tipo de embriaguez era humillado y rapado públicamente, se demolía su casa y se le excluía de la comunidad. Si alguien bebía pulque sin haber sido invitado se arriesgaba a ser ejecutado en público.

2.2. México Colonial.

Jacquetta (1968) manifiesta que a su llegada a la Nueva España, los españoles comentaban mucho sobre su riqueza asombrados por la belleza y magnificencia de sus tierras, pero sobre todo por la riqueza de su imperio como piedras preciosas, hermosas telas de vivos colores y grandes cantidades de oro y plata, tan grandes que parecían brotar de la tierra de la misma manera en que brotaban unas plantas malignas llamadas Ololliuhqui, las cuales eran uno de los principales alucinógenos en que se sustentaba la religión del México Precolombino, a través de las cuales se comunicaban los individuos con sus crueles dioses o mejor dicho con su demonios. Jacquetta continua expresando que para investigar y acabar con esta plaga fue enviado como emisario del Santo oficio, Don Hernando Ruiz de Alarcón, quien después de recopilar datos sobre estas semillas y su extraño uso entre los indígenas, advirtió que eran algo

más que un medio para hablar con sus dioses y vió con sorpresa que las semillas eran la deidad misma, las cuales según los indios podía tomar forma humana.

Asimismo, Jacquetta relata que el clero debía acabar con esa herejía, persiguiendo y reprendiendo cruelmente a quienes llevaban a cabo estos ritos demoniácos, por ello, Ololliuhqui fue mantenida en clandestinidad escondida en canastos o recipientes consagrados en las casas de los curanderos para ser venerada entre la gente común de la clase baja de la sociedad colonial y que cuando eran acusados de tenerla en su poder lo negaban hasta sus últimas consecuencias pues era su deber evitar que manos extrañas la profanaran, pero también la defendían porque temían más a sus represalias que a los castigos que pudiera darles la Santa Inquisición. Jacquetta señala que esta superstición amenazaba con esparcirse entre los estratos más bajos de la sociedad colonial, por lo que Ruiz de Alarcón se dió a la tarea de predicar contra Ololliuhqui y ordenó que las enredaderas y semillas fueran confiscadas y quemadas ante sus dueños.

Ese mismo autor expresa que de esta manera, el culto a Ololliuhqui fue motivo de enfrentamiento entre dos culturas: por una parte, el español que deseaba cubrir con su brazo protector a los irreverentes defendiéndolos de esa maligna superstición y, por otro lado, el indígena que a pesar de persecuciones y castigos se negaba a dejar en el olvido sus creencias, orígenes y dioses. A pesar de todo dice Furst (l980), parecía que los indios habían vencido, ya que Ololliuhqui por sus atributos curativos, adivinatorios y religiosos era utilizada a pesar de los castigos de los españoles por grupos indígenas del sur de México como chinantecos, mazatecos, mixtecos, zapotecos y otros grupos del estado de Oaxaca, lugar en donde se encontraba el principal centro de cultivo.

Por su parte, Gordon (1983) refiere que en el México Colonial los hongos también fueron motivo de estudio, debido a lo cual en l62l Francisco Hernández médico de la corona española, describió tres clases de ellos: unos que causaban locura en forma de risa incontrolable a la que los indios llamaban Teyhuintli, otra especie que causaba visiones demoniácas y una tercera clase que estaba reservada para las grandes fiestas y banquetes. Él comenta que la Inquisición trató de borrar todo vestigio del uso sagrado de los hongos, quedando tan sólo testificado en los juicios que llevaban a cabo generalmente a los indígenas, ya que cuando los españoles querían

beneficiarse de ellos debido a las propiedades adivinatorias que les concedían, sus esclavos eran quienes los ingerían.

2.3. México Contemporáneo.

El consumo de drogas constituye un fenómeno sumamente complejo en donde intervienen muchos factores sociales e individuales. Siempre se debe tener en mente que su consumo está determinado por 3 elementos: la droga y sus efectos, la persona con sus características físicas y psicológicas y el medio ambiente.

En el México Contemporáneo existen dos vertientes en lo que a consumo de drogas se refiere. Por un lado, se encuentran las prácticas religiosas de diversos grupos étnicos del país que tienen una base importante para la organización social y que fueron heredadas por sus antepasados como ya se describió en las épocas precolombina y colonial; por otro lado, el consumo de drogas que actualmente se vive en los centros urbanos.

Uso religioso de las drogas por los grupos indígenas.

García (1990a) relata que diversos grupos étnicos continúan realizando ritos y celebraciones cuyo origen es ancestral en donde el consumo de drogas juega un papel importante, las cuales han subsistido a pesar de los trascendentales cambios político-sociales sufridos a través del tiempo como son los movimientos de Independencia, Reforma y Revolución, ritos que forman parte de la identidad de dichos grupos y que son ejecutados con el mismo simbolismo del pasado atribuyendo a las drogas propiedades mágicas, religiosas y curativas.

El citado autor, expresa que debido a que la Inquisición prohibió el uso del peyote y de los hongos embriagantes durante la época colonial, la mariguana sirvió de sustituto de las plantas con las que los indígenas celebraban sus ritos ceremoniales; de esta manera, con el paso del tiempo la mariguana se integró a las ceremonias de los grupos indígenas y su uso a nivel ritual se extendió a los otomíes, tepecanos y tepehuas, quienes la identifican como "yerba" de Santa Rosa o Gaxa Santa Rosa, ceremonias o costumbres que realizan cuando el brujo se encontraba

frente a una enfermedad difícil y solicitaba consejo a esta sagrada planta, consejo que siempre llegaba.

Consumo de drogas por los grupos urbanos.

Furst (1980) considera que el desarrollo de las sociedades a medida que se va tornando más complejo impone a sus integrantes una dinámica constante de competencia, agresividad y angustia y que dependiendo de la clase social, cada persona busca sobrellevar la tensa dinámica que le toca vivir. Él también expresa que la droga por ser una mercancía codiciada y en muchos casos ilegal, escasa y monopolizada, se encuentra inmersa en un mercado paralelo al legal, lo que repercute directamente en el precio de su comercialización. Igualmente, Furst comenta que el proceso acelerado de cambio que ha vivido México en la industrialización, los medios de comunicación, el crecimiento desmesurado de la población, los movimientos migratorios, etc., ha provocado un rompimiento del equilibrio de las estructuras normativas sociales afectando sin duda la cultura y tradiciones, los valores, las actitudes, las normas sociales y la conducta de los miembros de la sociedad mexicana, generando un grave desconcierto y provocando presiones y tensiones en los individuos, ya que forman parte de los mecanismos sociales, económicos y culturales de la sociedad a la que pertenecen y de la que no se pueden sustraer.

En nuestro país, a la par con las actividades mágico-religiosas, el consumo de drogas se está extendiendo aceleradamente en el espacio urbano de manera predominante, cuya motivación en muchos de sus consumidores se orienta a suplir carencias de diferente índole por lo que la utilización de distintas sustancias tóxicas se está convirtiendo en algo cotidiano y una práctica común (Programa de Atención a la Fármacodependencia, ADEFAR, 1985). Así, existe un consumo y abuso de fármacos legales e ilegales principalmente en las áreas urbanas, que aun cuando no alcanza altos índices en comparación con otros países, si llega a representar un grave problema social.

Las principales drogas que se consumen con mayor frecuencia en nuestro país son los estimulantes que aceleran la actividad mental tales como las anfetaminas, la cocaína y los alucinógenos, de los cuales la mariguana es la sustancia más utilizada porque consumida en

grandes cantidades produce alucinaciones; de igual forma, otro tipo de sustancias que se consumen con mucha frecuencia son los depresores del sistema nervioso central como el alcohol, los barbitúricos, los tranquilizantes, la morfina y sus derivados, así como los inhalables (Manual de Capacitación de los Centros de Integración Juvenil, 1988).

En la Gaceta que publica la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM, l989) se reporta que la fármacodependencia debe considerarse también desde otra dimensión, esto es, como un proceso determinado socialmente al existir una serie de satisfactores o necesidades secundarias que se presentan y condicionan contigentemente, por lo que la satisfacción se revierte en contra de la libertad individual y en contra de la posibilidad de tener conciencia de las propias necesidades vitales para satisfacerlas conforme a opciones directas.

Dicha Gaceta también refiere que los individuos que se encuentran inmersos en un proceso de enormes cambios socioculturales enfrentan situaciones personales que desarrollan un complejo psicológico en el que el uso de los fármacos constituye un medio de escape a las responsabilidades que implican la definición social, siendo la fármacodependencia un síntoma de la crisis existencial por la que atraviesa el hombre que enfrenta una situación de desconocimiento de sí mismo, de su realidad, así como de las obligaciones y ajustes a los que vive sometido en un proceso social de continuos cambios. Por lo tanto, cita esta publicación, con el afán de superar este estrés han surgido manifestaciones sociales como los movimientos de liberación, por lo que en un intento reduccionista se podría decir que el uso de las drogas en los medios juveniles es la respuesta a la excesiva aglomeración humana manifiesta o encubierta de uno o más de sus miembros adictos y la disponibilidad de un mayor número de drogas ha originando un problema de salud publica que rápidamente esta adquiriendo enormes dimensiones.

El presente capítulo proporcionó un panorama general sobre los antecedentes de la fármacodependencia iniciando con una breve historia del origen de las drogas. Dado que el trabajo realizado se ubica en México, se consideró importante presentar también la historia de las drogas en nuestro país en diferentes épocas como son la precolombina, colonial y actual. Este paseo histórico mostró que nuestros ancestros consumían una serie de sustancias, las cuales en la actualidad se conocen como sustancias adictivas. Sin embargo, los pobladores del México antiguo únicamente las utilizaban con fines curativos, religiosos o mágicos sin abusar de

las mismas, a diferencia de lo que sucede en la actualidad. De este modo, las drogas siempre han existido y se han empleado desde tiempos remotos pero con restricciones y bajo ciertas condiciones sociales, económicas ideológicas y culturales de acuerdo a cada época. Desafortunadamente, ahora se administran con fines recreativos y lucrativos extendiéndose su uso indiscriminadamente inclusive a los niños y jóvenes, creando grandes problemas en las sociedades modernas al deteriorar el trabajo, la salud y la calidad de vida de las personas.

El uso y la dependencia a las sustancias adictivas se puede presentar en cualquier edad o estrato social, afectando lo mismo a hombres que a mujeres, a adultos que a ancianos, a pobres que a ricos, pero sin lugar a dudas es en la población infantil y juvenil en donde la fármacodependencia adquiere su carácter más dramático al cambiar un proyecto de vida por uno de muerte (Instituto Mexicano de Psiquiatría, l98l) y no permitir un futuro a largo plazo.

Dado que el propósito de este trabajo fue describir las funciones y actividades del psicólogo educativo en el área de prevención de la fármacodependencia, es fundamental que quien participa en este campo de trabajo tenga conocimiento del tema incluyendo su historia y antecedentes, lo que le permitirá contar con elementos de comprensión y análisis para realizar de una manera más eficaz el desarrollo de las tareas encaminadas a la prevención, intervención y solución de las necesidades o problemas que surgen como consecuencia del uso y abuso de las drogas.

Así, para colaborar con un equipo multidisciplinario de profesionistas, en este caso el de la salud, es imprescindible contar no sólo con los conocimientos propios de la disciplina en la que se es especialista, sino también se deben manejar los antecedentes y conocimientos del área en la que se está colaborando, lo que facilitará la comunicación y entendimiento entre los diferentes participantes y se realizarán con mayor eficiencia las tareas y actividades encaminadas a la prevención y solución de la problemática en cuestión.

CAPÍTULO II

PREVENCIÓN DE LA FÁRMACODEPENDENCIA

1. FÁRMACODEPENDENCIA.

1.1. Introducción.

En el Manual de Capacitación publicado por los Centros de Integración Juvenil (CIJ, 1988) se considera a la fármacodependencia como una enfermedad comunicable porque puede transmitirse de una persona a otra a través de la invitación, por el sentido de pertenencia a un grupo determinado o por los intereses que manifiestan los individuos en el momento de consumirla. Respecto a su definición, se retoma en dicho manual el concepto de fármacodependencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS), quien la refiere como el estado psíquico y a veces físico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco o droga, estado que se caracteriza por modificaciones de comportamiento y reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible de consumir dicho fármaco o droga en forma continua o periódica, ya sea para experimentar sus efectos (psíquicos y físicos) o para evitar la sensación de malestar que surge al dejar de consumirla.

Por ello, el Manual de Capacitación de los Centros de Integración Juvenil refiere que la fármacodependencia no debe considerarse como un problema personal o individual, sino como un problema sociocultural que repercute en gran medida en la comunidad generando altos índices de agresión y violencia, pero que desafortunadamente en los últimos años se ha extendido también a la población infantil, afectando por igual a los niños de todas las edades y clases sociales y con mayor contingencia a los jóvenes, por lo que no sólo afecta a los individuos y sus familias, sino también a los grupos sociales que los rodean.

Asimismo, en el mencionado manual se reporta que la fármacodependencia adquiere matices particulares dependiendo de cada grupo social, manifestándose en forma distinta en las sociedades ricas, industrializadas y altamente urbanizadas que en otras menos desarrolladas,

poniendo como ejemplo que en las clases bajas los niños y jóvenes utilizan las drogas para matar el hambre o por el hecho de sentirse bien y otras veces para pertenecer a un grupo de pares o amigos, a diferencia de las clases altas, cuyos miembros consumen sustancias adictivas por snobismo o para enfrentar con mayor facilidad problemas emocionales (primordialmente ansiedad o depresión) creados por la propia clase social o como consecuencia de relaciones de negocios, rivalidades o pérdidas. En dicho documento también se expresa que igualmente existe un alto consumo de drogas en personas que se dedican a realizar actividades deportivas, artísticas y de modelaje tales como bailarines, artistas de cine, cantantes, modelos, etc., en vista de que necesitan evitar el cansancio, estar siempre en forma y estimulados o inspirados para trabajar.

1.2. Vías de administración.

Referente al modo de administración, García (1990b) indica que las drogas vienen en diferentes presentaciones por lo que se pueden administrar por diversas vías; esto es, cuando son comprimidos, cápsulas o jarabes la vía de administración que se utiliza es la oral, cuando tienen que inhalarse o vienen en aerosol se utiliza la vía respiratoria y la vía parenteral permite su administración a través de inyecciones subcutáneas, intramusculares o intravenosas, vía que puede ocasionar serios problemas como embolias, irritaciones de la piel, abscesos, etc., además de que se agrega la posibilidad que se precipiten problemas cerebrovasculares provocados por crisis de hipertensión debido a dosis excesivas. Asimismo, García comenta que algunas drogas se pueden administrar por varias vías, a diferencias de otras que sólo se pueden administrar por una vía específica, dependiendo de las características físicas y químicas de las drogas, su mecanismo de destrucción o inactivación, la rapidez con la que se quiere obtener el efecto deseado y las características y condiciones de los usuarios.

1.3. Efectos de las drogas.

Fernández (1985) manifiesta que uno de los problemas más graves a los que se enfrenta nuestra especie son las drogas, ya que administradas al organismo producen modificaciones físicas o mentales provocando adicción. Este autor menciona que existen drogas de uso médico que se prescriben para remediar enfermedades o trastornos orgánicos y otras que no tienen un

uso médico pero cuyo consumo indebido causa fármacodependencia, aunque ambos tipos de fármacos pueden llegar a consumirse con abuso y tener como consecuencia efectos indeseables o ser prescritos médicamente y administrarse en dosis adecuadas para aliviar el dolor o mantener la salud.

Eddy, Heim y Serna (1965) consideran que hay abuso cuando una droga o fármaco se consume de forma excesiva sin relación ni coherencia con el uso médico de manera continua o esporádicamente. Estos autores consideran que en los efectos de las drogas es preciso distinguir entre las modificaciones que se producen cuando la sustancia es introducida en el organismo y las consecuencia del consumo regular durante periodos prolongados de tiempo, fenómeno que se denomina *uso crónico*, el cual puede producir algunos o varios efectos entre los que se encuentran: dependencia psíquica o habituación, dependencia física, tolerancia y síndrome de abstinencia. En los párrafos que siguen se describen cada uno de estos efectos tomando como referencia el Manual de Capacitación de los Centros de Integración Juvenil (CIJ, 1988).

Dependencia psíquica o habituación. Se manifiesta como un impulso incontrolable de consumir algún fármaco para obtener un estado de bienestar psicológico en el que se experimenta placer al proporcionar alivio a la tensión y a la incomodidad emocional. Esto es, constituye un estado en el que se experimenta tanto una sensación de satisfacción como una motivación psíquica que requiere la administración periódica o continua de la droga para producir placer o para evitar sensaciones desagradables.

Dependencia física. Se caracteriza por un impulso incontrolable de consumir alguna droga debido a que en el organismo se ha producido un estado de adaptación biológica, presentándose el fenómeno de tolerancia y el síndrome de abstinencia. Es decir, constituye un estado adaptativo del organismo en donde se manifiestan intensas alteraciones físicas cuando se suspende la administración de la droga.

Tolerancia. Se presenta una disminución de la sensibilidad a alguna droga como consecuencia de su uso continuo, por lo que para que sea efectiva deben tomarse dosis cada vez mas grandes. De esta forma, se presenta tolerancia cuando el organismo se ha adaptado a sus efectos y se genera la necesidad de aumentar la dosis para continuar obteniendo los

mismos resultados, debido a que el consume regular de alguna droga ocasiona que sus efectos sean cada vez menores con la misma cantidad.

Síndrome de abstinencia. Es el conjunto de síntomas caracterizado por trastornos fisiológicos que se originan al suspender bruscamente el consumo de un fármaco cuando existe dependencia física. Los síntomas varían dependiendo del tipo de droga que se consume y son los opuestos a los que produce su administración; por ejemplo, la heroína produce euforia, relajación y estreñimiento, mientras que su retirada produce los síntomas contrarios tales como disforia, agitación, náuseas y calambres. El síndrome de abstinencia se produce debido a que el organismo intenta compensar los efectos inusuales de la intoxicación, ya que la mayoría de los sistemas corporales incluidos los cerebrales, deben mantener un nivel óptimo de regulación. Cuando éstos sufren un cambio durante un tiempo prolongado producido por un medio artificial como lo es la administración de una droga, se altera su nivel óptimo de funcionamiento produciéndose la reacción contraria al tratar de compensar parcialmente la alteración del nivel óptimo.

Carlson (1994) expresa que tales mecanismos compensatorios pueden explicar por qué se necesita tomar cada vez más heroína para conseguir los efectos que se produjeron cuando las personas se iniciaron en el consumo de esta droga (tolerancia) y también explican el síndrome de abstinencia cuando dejan de administrársela, ya que los mecanismos compensatorios se presentan por sí mismos sin que la acción de la droga pueda contrarrestarlos.

Referente a los efectos negativos, Carlson se pregunta por qué los individuos consumen drogas aun conociendo los graves peligros que conllevan. Asimismo, él comenta que la psicofisiología ha tratado de dar respuesta a esta pregunta demostrando que las drogas de abuso estimulan la liberación de una sustancia llamada dopamina en cierta estructura del cerebro denominada núcleo acumbens, por lo que la dopamina es un neurotrasmisor que tiene que ver con los aspectos motivacionales y de reforzamiento del comportamiento y al parecer en los individuos que consumen drogas existe una deficiencia de las proteínas receptoras de este neurotrasmisor. Basado en lo anterior, Carlson plantea que de este modo, las drogas refuerzan las conductas de autoadministración de las mismas entre las que se encuentran su ingestión

oral, fumarlas, inhalarlas o inyectárselas, siendo sus efectos inmediatos físicos y psíquicos mucho más potentes que el hecho de darse cuenta de sus consecuencias negativas a largo plazo.

1.4. Clasificación.

Un gran número de drogas pueden causar adicción o fármacodependencia, razón por lo resulta importante conocerlas. Su clasificación permite conocer sus efectos con más facilidad y la labor de identificar cada una de ellas también se hace más simple.

Geary (1987) reporta que existen diferentes y numerosas clasificaciones de las drogas dependiendo de lo que se considere para incluirlas en un grupo u otro, pudiéndose clasificar por su origen, uso médico, legalidad, composición química, efectos físicos, riesgos, valor terapéutico, dependencia, tolerancia, efectos en el sistema nervioso central, etc. Geary considera que para posibilitar su comprensión y con fines didácticos, la clasificación que ha resultado más útil y funcional es la que agrupa a las drogas o fármacos de acuerdo a sus efectos en el sistema nervioso central, los cuales pueden ser de dos tipos: aceleración, excitación o estimulación y retraso, depresión o inhibición.

Asimismo, Geary menciona que algunas sustancias adictivas como los opiáceos y el alcohol producen tanto excitación como inhibición, pero que la mayoría producen un efecto excitatorio. Él también comenta que muchos investigadores creen que este efecto excitatorio es el más importantes para causar adicción, sin embargo, a largo plazo los sujetos que las consumen presentan deterioro mental porque producen lesiones cerebrales debido a que las células nerviosas se van destruyendo, lesiones que dependiendo del tiempo de consumo, el tipo de droga y la dosis administrada, pueden ir desde leves hasta muy severas e incluir la muerte.

Miroli (1984) plantea que las drogas que producen un estado de excitación o estimulación reciben el nombre de *estimulantes*, a diferencia de aquellas que deprimen o retardan la actividad del sistema nervioso central conocidas como *depresores*. Miroli incluye en el grupo de los excitadores o estimulantes cuatro subgrupos: las aminas simpaticomiméticas, los derivados de la coca, los alucinógenos y los estimulantes especiales y en el grupo de los depresores: los sedantes, los tranquilizantes o analgésicos, los ansiolíticos y los inhalables. Todas las drogas de

estos grupos producen dependencia psíquica y algunas dependencia física. En los apartados siguientes se describen algunas de sus características y efectos (ver cuadro 1).

1.4.1. Excitadores o estimulantes.

a. Aminas simpaticomiméticas.

Las aminas simpaticomiméticas incluyen los diferentes tipos de anfetaminas como la dextroanfetamina y la metilanfetamina, así como otros estimulantes. Para la descripción de este grupo de fármacos se tomó como referencia a Geary (1987).

Descripción. Las anfetaminas se asemejan en estructura a cierto grupo de neurotransmisores cerebrales llamados catecolaminas (noradrenalina, adrenalina y dopamina), produciendo su liberación en las terminales presinápticas y potenciando su actividad en dos formas: bloqueando la recaptura de las catecolaminas o compitiendo con estas sustancias por la enzima cerebral que las inactiva: la monoaminoxidasa. Por lo tanto, este tipo de drogas prolongan la presencia de las catecolaminas en la hendidura sináptica aumentando su actividad.

Las anfetaminas aceleran la actividad mental y producen estados de excitación e incluso euforia. Se utilizan para disminuir el apetito por lo que son prescritas por los médicos para tratar la obesidad y en algunos casos para estados depresivos menores. Muchos jóvenes que desean estimularse en fiestas o que necesitan estudiar toda la noche durante los períodos de exámenes, se inician en la fármacodependencia a través del uso de anfetaminas para mantenerse despiertos y vencer la fatiga. Las personas obesas empiezan tomando esta droga como parte de un tratamiento médico, pero después se toman dosis cada vez mayores y sin control. Otras personas inician el consumo y caen en el abuso por su trabajo, ya que necesitan permanecer despiertos durante toda la noche o trabajar muchas horas seguidas como los médicos o los artistas. También pueden volverse adictos los deportistas que consumen anfetaminas para obtener un rendimiento mayor en las competencias que participan.

Efectos físicos. A grandes dosis las anfetaminas aumentan la presión arterial o pueden causar irregularidades en el ritmo del corazón, por lo que algunas veces la frecuencia cardiaca puede disminuir en lugar de aumentar. Además, se observa un efecto de contracción del esfínter

de la vejiga urinaria y actúan como relajadores del intestino cuando éste se encuentra en tensión, provocando también demora del movimiento de su contenido y como consecuencia constipación. Su uso continuo conduce a efectos colaterales producidos por su acción en las sinapsis del sistema nervioso autónomo produciendo presión arterial elevada, temblor, vértigo, sudoración, elevación de la tasa respiratoria y náuseas.

Efectos psíquicos. Se presentan con gran rapidez después de haber sido administradas las anfetaminas, aunque dependen del estado mental y de la personalidad de los sujetos que las consumen. En general se observa una disminución de la sensación de fatiga y una elevación o aumento del estado de ánimo, la confianza en sí mismo, la iniciativa, la concentración y la capacidad perceptual. A corto plazo permiten un esfuerzo continuo sin descanso o sin sueño sintiéndose escasa fatiga; esto es, las anfetaminas incrementan la motivación, más no la capacidad cognoscitiva. Sus efectos a largo plazo pueden provocar conducta psicótica caracterizada por alucinaciones, manías persecutorias, alteraciones del humor y conductas repetitivas. Su uso en forma prolongada ocasiona tolerancia dando lugar a que se aumente la dosis para mantener el efecto deseado, lo que a su vez provoca insomnio, considerable pérdida de peso y deterioro general de las condiciones mentales y físicas. En los casos severos se producen síntomas idénticos a los de la esquizofrenia paranoide como conducta agitada y compulsiva, así como sospechas irracionales.

b. Derivados de la coca.

Este subgrupo comprende la cocaína pura, la cocaína común, la pasta de coca, la base libre, el basuco, el crack, etc. Respecto a la cocaína, su descripción se retoma de Fernández (1985) y efectos físicos y psíquicos de Geary (1987).

Descripción. La cocaína es una droga estimulante que proviene de una planta cultivada en algunos países de América del Sur. Se obtiene de las hojas de la coca cuyas propiedades son muy poderosas. Para extraerla, las hojas se someten a un tratamiento de cal con el que se obtiene un polvo cristalino que después es tratado con un ácido. La cocaína tiene el aspecto de un polvo esponjoso, blanco y sin olor. Se puede administrar por vía respiratoria inhalándola por la nariz como polvo o por vía parenteral utilizando un vehículo para su disolución.

La cocaína es un agonista de la dopamina (una de las catecolaminas mencionadas), dado que bloquea la recaptura de este neurotrasmisor después de ser liberado por los botones terminales alargando sus efectos conductuales tales como euforia, actividad e hipervigilancia. Su uso médico es muy reducido, sin embargo, dado que posee propiedades estimulantes muy poderosas, su consumo se ha generalizado a personas que presentan algún tipo de problemática o que requieren de un alto rendimiento por periodos prolongados de tiempo. De igual manera, la cocaína es utilizada por los jóvenes que desean experimentar sensaciones nuevas o que tienen problemas personales.

Conseguir cocaína puede convertirse en una obsesión por lo que las personas que se hacen adictas a esta droga dedican cada vez más tiempo y dinero a obtenerla. Los animales de laboratorio que aprenden rápidamente a autoadministrándosela en forma endovenosa, también actúan de forma excitada y muestran una intensa actividad exploratoria, por lo que si tienen acceso continuo a una palanca que les permita su autoadministración constante, se inyectan tanta que incluso pueden llegar a la muerte.

Efectos físicos. La cocaína produce tolerancia lo que puede dar lugar a la administración de una sobredosis y como consecuencia de ello a una intoxicación aguda caracterizada por inquietud, excitabilidad, euforia, alucinaciones, resequedad bucal, palidez, dilatación pupilar, fiebre, vómito, convulsiones, trastornos de la circulación, desórdenes digestivos, semblante demacrado, insomnio y alucinaciones sensoriales. A largo plazo, las membranas mucosas de la nariz pueden dañarse por su continua inhalación.

Efectos psíquicos. La cocaína crea dependencia psicológica por lo que al dejar de usarla se puede sentir depresión y alucinaciones. Sus efectos inmediatos provocan humor óptimo, carencia de apetito y ausencia de fatiga. La aplicación intravenosa puede causar una sensación agradable muy grande. Asimismo, también puede producir alucinaciones sensoriales tales como insectos imaginarios caminando bajo la piel, etc.

c. Alucinógenos.

En general, los alucinógenos provocan ilusiones y alucinaciones como luces de colores, formas psicodélicas, dibujos geométricos, música, voces, sensación de calor, etc., aumento de la percepción del color o de los objetos de colores, una aparente conciencia de los órganos internos y del funcionamiento del cuerpo, despersonalización, cambios abruptos y frecuentes de conducta y a veces pánico e intensa ansiedad. Su uso crónico puede precipitar psicosis, suicidio y depresión, entre otras alteraciones.

Este tipo de drogas producen cierta excitación que puede dar lugar a alteraciones perceptuales o distorsión de la percepción, así como alucinaciones que conducen a ver, oír, sentir y oler cosas sin la presencia de un aparente estímulo externo. En este subgrupo se encuentra el cannabis y sus derivados como la mariguana que es el alucinógeno más comúnmente utilizado, describiéndose de acuerdo a Mata (1987), también se encuentran el ácido lisérgico de la dietilamida o LSD, la mezcalina y la psilocibina, cuya descripción se tomó de García (1990a) y finalmente se incluyen los estimulantes especiales como la nicotina y la cafeína descritos por Aguirre (1990).

Mariguana.

La mariguana es una de las drogas más comúnmente utilizadas en nuestro país. Sus efectos varían de persona a persona dependiendo de sus características físicas y psicológicas. En algunos individuos tiene un efecto relajante, en otros puede producir alucinaciones si se consume en grandes dosis. Se obtiene de una planta llamada cannabis y de la resina de ésta se produce el hashish, un estimulante mucho más potente que la mariguana. Suele fumarse en cigarrillos hechos por las personas que las consumen llamados carrujos, toques y chicharras, entre otros nombres.

Efectos físicos. La mariguana produce dependencia física, cuyos efectos más frecuentes son: enrojecimiento de los ojos, aceleración del ritmo cardiaco, tos, hambre, insomnio, coordinación motora lenta, torpeza, náuseas, vómito, aumento de la orina y algunas veces diarrea. Pueden presentarse trastornos pulmonares, ya que su administración fumada o ingerida produce broncodilatación lo que puede ocasionar tos crónica, bronquitis y obstrucción pulmonar. Se reportan hallazgos preliminares acerca de la disminución de la respuesta inmunológica dado

que los consumidores se vuelven más vulnerables a las enfermedades infecciosas. También se ha encontrado una reducción de la testosterona y del número de espermatozoides.

Efectos psíquicos. Los efectos psicológicos de la mariguana son muy diversos, entre otros cabe citar: alteraciones de la visión, de la audición y del sentido del tiempo, el pensamiento se vuelve fantasioso y se presentan ilusiones aunque rara vez alucinaciones, los consumidores se sienten eufóricos y manifiestan risas y gritos incontrolados y disminuye la capacidad de fijar la atención provocando errores tanto de juicio como de ejecución.

Por lo general, el estímulo inicial culmina en relajamiento acompañado de euforia, locuacidad, risa, sensación de flotamiento, aumento de la apreciación estética y del deseo de comunicarse con los demás. Asimismo, pueden presentarse ilusiones y alucinaciones intensas como disminución del paso del tiempo. Su uso constante puede producir fatiga general, periodos prolongados de sueño y descuido completo. Entre las complicaciones que ocasiona su consumo crónico se encuentran las siguientes: psicosis tóxica, confusión mental, pérdida del contacto con la realidad y alteración de la memoria.

Ácido lisérgico de la dietilamida o LSD.

El LSD se deriva de un hongo llamado cornezuelo o ergot que se produce en ciertos pastos, sobre todo en el centeno. Esta droga se cotiza a un elevado costo y aunque su uso no es frecuente está aumentando en los estados del norte de la República Mexicana y entre los fármacodependientes de clase económica alta que pueden pagarla. Su producción en general es ilegal, usándose de forma legal solamente con fines de investigación. En relación a su administración, usualmente se emplea la vía oral aunque también puede inyectarse.

Efectos físicos. Las reacciones físicas del LSD incluyen dilatación pupilar, disminución de la temperatura corporal, náuseas, transpiración profusa, sudor, frío, temblor de las manos y palpitación acelerada del corazón, así como un aumento del azúcar en la sangre.

Efectos psíquicos. EL LSD produce dependencia psíquica. Entre sus efectos se encuentran las alucinaciones acompañadas de una pérdida del tiempo y del espacio, distorsión

del tamaño y del color de los objetos, alteraciones de los sonidos, del tacto y de la imagen corporal. Se presentan también cambios en el estado de ánimo y en las funciones mentales.

Mezcalina.

La mezcalina se obtiene de los botones o capullos de un cacto llamado peyote y puede ingerirse o inyectarse. Es consumida por los indígenas mexicanos principalmente por los huicholes en ciertos ritos mágico-religiosos. También se ha utilizado en algunas enfermedades psiquiátricas y en el alcoholismo. En la actualidad no tiene uso médico aunque algunas personas la emplean para aliviar el reumatismo.

Efectos físicos. Algunos de los efectos de la mezcalina son la sudoración de las palmas de las manos y la dilatación pupilar que da lugar a una gran sensibilidad de los ojos a la luz.

Efectos psíquicos. La mezcalina conduce a una pérdida de la realidad provocando fantasías y alucinaciones de todo tipo: visual, auditivo y táctil.

Psilocibina.

La psilocibina también es una droga alucinógena que se obtiene de algunos hongos que crecen en México y América Central. Al igual que el peyote es utilizada en ciertos ritos indígenas. Es una droga menos potente que el LSD pero más potente que la mezcalina y en grandes dosis produce los mismos efectos que el primero.

Estimulantes especiales.

Los estimulantes especiales se consumen a nivel mundial porque su uso está legalizado. Son sustancias socialmente aceptadas al ser aparentemente inofensivas, sin embargo, son potencialmente adictivas. Entre ellas se encuentran: la nicotina (tabaco), la cafeína y la teína. Las dos últimas son relativamente inocuas y la mayoría de las personas no las toman en grandes cantidades, incluso son toleradas casi siempre cuando se ingieren en forma moderada. Generalmente incrementan la agudeza y combaten la fatiga, pueden causar insomnio, acelerar

el pulso y aumentar la micción, efectos que se relacionan a la actividad del sistema nervioso central.

Nicotina. El abuso prolongado de la nicotina puede provocar cáncer pulmonar, bronquitis crónica y otras dolencias respiratorias, así como presión alta y enfermedades cardiovasculares a través de estimular los receptores colinérgicos que aumentan el nivel de la actividad de las neuronas dopaminérgicas que contienen esos receptores, lo que explicaría su efecto adictivo.

Cafeína. Es un inhibidor de la fosfodiesterasa, es decir, suprime la actividad de un enzima que destruye los nucleótidos cíclicos que son los segundos mensajeros que transmiten la información desde un receptor postsináptico a los canales iónicos de la membrana que controlan, activando de esta manera las neuronas dopaminérgicas. A largo plazo puede ser nociva para los individuos que sufren del corazón.

1.4.2. Depresores.

En el grupo de los depresores se encuentran los sedantes que incluyen a los barbitúricos, cuya descripción se retoma de Miroli (1984), el alcohol y los tranquilizantes referidos de acuerdo al Manual de Capacitación publicado por los Centros de Integración Juvenil (CIJ, 1988), los tranquilizantes o analgésicos narcóticos derivados del opio (morfina, heroína y codeína), así como los ansiolíticos y el grupo de los inhalables que se describen según Fernández (1985).

a. Sedantes.

Barbitúricos.

Al grupo de los barbitúricos pertenecen los medicamentos comúnmente conocidos como pastillas para dormir, las cuales son drogas sintéticas de uso médico. Pueden ocasionar dependencia física cuando se abusa de ellas sin ningún control. Desarrollan tolerancia y administrados en sobredosis producen intoxicación. El síndrome de abstinencia producido por este tipo de fármacos puede causar la muerte.

Alcohol.

El alcohol es la droga de mayor consumo y que más problemas sociales ocasiona. Tiene un efecto que retarda la actividad del sistema nervioso central. En grandes dosis puede causar intoxicación, coma y muerte por depresión respiratoria. Produce dependencia física y una marcada tolerancia. El síndrome de abstinencia puede ir acompañado de alucinaciones, terror, risas, delirios, convulsiones, náuseas, vómito, sudoración, insuficiencia cardiaca y muerte. Su uso en forma crónica provoca daños irreversibles en el cerebro, hígado, páncreas, estómago y riñón. Tiene pocos usos médicos entre los que se encuentran secar, inducir sueño y en muy limitadas ocasiones aportar calorías a las personas desnutridas. También se utiliza en el tratamiento de numeroso males como catarro, ansiedad, depresión, etc.

Efectos físicos. El alcohol produce dependencia física y tolerancia. Entre sus efectos se encuentran: temblor, náusea, vómito, sudoración profusa, calambres, incoordinación motora, dificultad para hablar e insuficiencia cardiaca, entre otros. Asimismo, provoca un daño irreversible a varios órganos como el cerebro, el hígado, el páncreas, el estómago, el riñón, así como cirrosis hepática, gastritis y pancreatitis.

Efectos psíquicos. El alcohol también produce dependencia psicológica. Administrado en dosis bajas ocasiona euforia moderada y un efecto ansiolítico, reduciendo la desagradable sensación de ansiedad que experimentan algunas personas. Administrado en dosis altas causa incoordinación, sedación, ansiedad, alucinaciones terroríficas, convulsiones y delirio.

b. Tranquilizantes o analgésicos narcóticos.

Los tranquilizantes son usados a nivel médico para reducir estados transitorios de ansiedad sin provocar sueño al paciente. También se emplean como relajantes y anticonvulsivantes, por lo que en muchas ocasiones a partir de la prescripción médica se origina un abuso de este tipo de drogas. Sus efectos son parecidos a los barbitúricos y en grandes dosis pueden producir la muerte.

Efectos físicos. Los tranquilizantes producen coma, insuficiencia respiratoria y muerte, al igual que somnolencia, movimiento rápido e involuntario de los ojos, visión doble, visión borrosa, pupilas muy pequeñas o miosis, debilidad y relajación muscular, falta de coordinación y tensión arterial.

Efectos psíquicos. Los tranquilizantes a nivel psicológico causan confusión mental, alucinaciones y provocan dependencia psíquica.

Dentro del grupo de los analgésicos narcóticos se encuentra el opio y sus derivados como son la morfina, heroína y codeína, los cuales son poderosos depresores del sistema nervioso central. El opio se obtiene de una planta llamada adormidera o amapola. Tanto la heroína como la codeína causan una gran dependencia física, una marcada tolerancia y el síndrome de abstinencia que se produce es uno de los más severos que se conocen.

Heroína.

La heroína no tiene utilidad médica. Su uso está prohibido y sus efectos son de cuatro a diez veces mas poderosos que la morfina. Además de los riesgos a los que está expuesto el usuario de heroína pura, se suman los relacionados a su venta y forma de aplicación, ya que se adultera con otras sustancias lo que hace que su uso sea aún más peligroso, además de que en su administración generalmente no se tiene cuidado con los instrumentos, utilizándose jeringas sucias, agujas oxidadas y otro tipo de artefactos hechos en casa para inyectarse como goteros a los que se les adapta una aguja, una cuchara con el mango doblado y una liga como torniquete.

Morfina.

La morfina es una de las drogas más dañinas cuando se abusa de ella, sin embargo en el área médica es una sustancia muy útil, ya que es el analgésico más poderoso que se conoce. No obstante, produce dependencia física por lo que se emplea únicamente bajo prescripción y control médico para reducir dolores extremos resultantes de fracturas, quemaduras, intervenciones quirúrgicas y en las últimas fases de las enfermedades terminales como el cáncer.

Codeína.

Los efectos de la codeína son menores que las drogas anteriores por lo que es necesario consumirla en grandes dosis. Es un producto farmacéutico legalizado que tiene uso médico como analgésico para el dolor. También se usa como antitusígeno formando parte de muchos jarabes para la tos. Su presentación viene en forma de polvo blanco, tabletas o jarabe.

Efectos físicos. Produce síndrome de abstinencia caracterizado por bostezos, ojos llorosos, flujo nasal, nerviosismo, ansiedad, comezón y dilatación pupilar. Cuando los síntomas son mas graves se presenta insomnio, sudoración profusa, diarrea, naúseas y contracciones musculares. Se corre un grave riesgo con sobredosis.

Efectos psíquicos. Produce una sensación de bienestar. Algunos usuarios se vuelven sociables y se sienten valientes. Dosis mayores conducen a los individuos a volverse solitarios y desconectarse de la realidad. Produce dependencia psicológica.

c. Ansiolíticos.

Muchos ansiolíticos son miembros de una familia de fármacos conocidos como benzodiazepinas, los cuales incluyen al muy conocido tranquilizante diazepan (valium). Este tipo de sustancias provocan sedación al fijarse en diversos sitios de unión del receptor GABA. Son muy eficaces para reducir la ansiedad y se utilizan para tratar a personas con éste tipo de trastorno. Igualmente, algunas benzodiazepinas son eficaces para ayudar a conciliar el sueño, aunque éste no es tan refrescante ni reparador como el sueño natural. Usualmente son prescritas en grandes cantidades para tratar el insomnio, la ansiedad y algunos tipos de crisis convulsivas. Entre los ansiolíticos también se encuentran el clordiazapóxico, el metrobamato y la metacualona.

d. Inhalables.

Los inhalables son las sustancias industriales volátiles con efectos psicotrópicos de uso más común. Entre ellos se encuentran el éter, el óxido nitroso, el xileno, el tolueno y las

acetonas que vienen en ciertos pegamentos o cementos de contacto, la gasolina, el thiner y el éter. Su abuso origina uno de los problemas mas importantes de la fármacodependencia en México, ya que los consumen principalmente los niños y jóvenes entre 6 y l4 años de edad. Producen tolerancia, lo que ocasiona que los consumidores después de algunos meses aumenten dos veces o más la cantidad inicial a fin de alcanzar el efecto logrado durante las primeras experiencias. Las principales complicaciones ocasionadas por el uso crónico de los volátiles inhalables o solventes industriales son: depresión de la médula ósea, degeneración cerebelosa, daño hepático y renal, neuritis periférica, degeneración de los nervios ópticos, congestión pulmonar, hemorragia, trastornos del ritmo cardiaco y muerte por sofocación, provocando además graves daños orgánicos irreversibles en el sistema nervioso central.

2. PREVENCIÓN DE LA FÁRMACODEPENDENCIA.

2.1. Antecedentes.

Nateras Domínguez (2002) describe que la prevención de la fármacodependencia ha estado presente en nuestra historia desde la época precolombina, por ejemplo, en las culturas prehispánicas no se permitía el consumo de pulque antes de los 52 años estando restringido a las ceremonias religiosas, pero en festividades especiales toda la población podía beber y embriagarse. Este autor cita que a partir de la conquista, el consumo de alcohol se amplió debido a la adopción de las múltiples festividades del calendario cristiano en las que se consumía esta sustancia y se incluía a todos los grupos de la población en el mercado de consumo y la comercialización del pulque, lo que dio lugar a un incremento de su ingesta profana que a su vez vino acompañado de una serie de problemas debido a la pérdida del poder y el control social que las autoridades indígenas ejercían en la época precolombina, en donde la violación a la normas era severamente castigada y el infractor era rechazado por la sociedad.

	Aminas simpático-miméticas	Anfetaminas Dextroanfetamina Metilanfetamina

TIPOS DE DROGAS O FÁRMACOS DE ABUSO	Estimulantes	Derivados de la coca	Cocaína
		Alucinógenos	Mariguana LSD Mezcalina Psilocibina
		Estimulantes especiales	Nicotina Cafeína Teína
	Depresores	Sedantes	Barbitúricos No barbitúricos Etanol
		Tranquilizantes o analgésicos naracóticos	Heroína Morfina Codeína Pentazocina
		Ansioliticos	Clordiazepóxico Diazepan Metrobamato Metacualona
		Inahalables	Éter Oxido nitroso Xileno Tolueno Acetonas

CUADRO 1. Clasificación de las drogas o fármacos psicotrópicos de acuerdo a sus efectos en el sistema nervioso central (Miroli, 1984).

Asimismo, Nateras Domínguez comenta que la cultura católica europea tenía un discurso normativo que regulaba el uso ritual y profano del alcohol pero sin mecanismos efectivos de limitación y que la primera evidencia de preocupación pública sobre el consumo excesivo y de los problemas que esta práctica conlleva, aparece poco después de la conquista hacia

mediados del siglo XVI, de igual forma la constitución de 1917 incluyó la obligación de un programa contra el tabaquismo que establecía que la vagancia y la embriaguez eran motivo de pérdida de los derechos ciudadanos. Nateras Domínguez dice que desde entonces se han formulado una serie de regulaciones y desarrollado iniciativas de prevención, pero que fue hasta los años ochenta cuando a partir de la Ley de Salud de 1986 se estableció la obligación de desarrollar un programa contra el abuso del alcohol, integrándose los esfuerzos de varias instituciones en un programa nacional. Desde entonces, la agenda de múltiples instituciones de salud y asistencia social ha contemplado la prevención de las adicciones.

2.2. Definición.

Diferentes autores y organismos han acuñado definiciones acerca de la prevención de la fármacodependencia. Medina Mora (1979) considera que es el periodo que debe anteceder a la enfermedad constituyendo cualquier actividad encaminada a reducir o retrasar el inicio del uso de drogas e incluye en su concepción áreas como el medio ambiente en donde la intervención y el control son de muy difícil manejo, pudiendo ser tales acciones: la reducción de la oferta, la orientación de la prevención del sector de procuración de justicia que establece que a menor disponibilidad de drogas menor riesgo de consumo, la reducción de la demanda que es lo más común entre los profesionistas de la salud, la reducción en el deseo de usar drogas, el control del consumo y la abstinencia en personas con problemas. Esta autora además propone un programa de prevención en donde se generen las siguientes acciones: propiciar la salud, propiciar el mejoramiento de las condiciones ambientales individuales y la resolución inmediata del problema en particular.

La Secretaria de Educación Pública (SEP, l98l) refiere que la prevención de la fármacodependencia no debe aplicarse al problema establecido, sino al periodo preparatorio abarcando dos niveles en un intento por prevenir todas las enfermedades mediante la búsqueda de la salud y el bienestar de la vida de los sujetos: el mejoramiento de las condiciones ambientales y el mejoramiento de las condiciones individuales. Por su parte, el Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP, 1981) en el documento “La fármacodependencia y su prevención”, la ven como una acción acuñada en aras no sólo de evitar la expansión del uso y

abuso de las drogas, sino también en la planificación de estrategias que modifiquen las condiciones de vida de los sujetos y junto con ello, la salud mental.

El "Programa de Prevención de la Fármacodependencia" (ADEFAR, l985) señala que es la puesta en acción de los medios apropiados para impedir la aparición de una dependencia en los individuos o en la sociedad en general. De esta manera, la concepción del programa de ADEFAR constituye una visión muy concreta de los medios para combatir las drogas y no hace alusión a la promoción de la salud o a un cambio de actitudes.

Finalmente, Berruecos Villalobos (2004) conceptualiza a la prevención como un medio dirigido a la protección y promoción de la salud de la población, la protección y mejoramiento del ambiente ecológico y social, la prevención de la enfermedad y sus consecuencias, la eliminación de los riesgos identificables y la protección de los grupos de alto riesgo.

2.3. Objetivos y funciones.

En 1987 el Instituto Mexicano de Psiquiatría señaló que la prevención de la fármacodependencia debía orientarse a la realización de una serie de actividades educativas para evitar que ésta se manifieste, planteando como algo importante diferente a otros autores, los medios para combatir la fármacodependencia. Así, esta concepción hace hincapié en la educación por lo que está de acuerdo con Vega (1983) al señalar que la prevención tiene como actividad principal a la educación.

En el "Programa contra las adicciones" se plantea que la prevención de la fármacodependencia debe de buscar disminuir la aparición de nuevos casos mediante la reeducación para evitar el consumo de drogas a través de la promoción de la salud, de modo que se restrinja al máximo la posibilidad de que los jóvenes consuman drogas y se promueva su integración al ambiente adecuado (Consejo Nacional contra las Adicciones, l992). Este concepto es muy concreto, habla a diferencia de los otros autores de una reeducación para evitar el consumo y coincide con Medina Mora, la SEP y el IMP en cuanto a la promoción de la salud.

2.4. Clasificación.

La prevención de la fármacodependencia usualmente se clasifica en tres tipos: primaria, secundaria y terciaria. A continuación se definen brevemente éstos según Vega (1983) y Berruecos Villalobos (2004):

Prevención primaria. Vega considera que este tipo de prevención debe dirigirse a los no consumidores y a los usuarios ocasionales de las drogas, así como también a los padres de familia y profesores, siendo su objetivo evitar la aparición del problema a través de la educación. Por su parte, Berruecos Villalobos considera la prevención primaria como una etapa prepatogénica o de génesis que abarca acciones de promoción, fomento, educación y protección.

Prevención secundaria. Para Vega este tipo de prevención tiene por objetivo descubrir y acabar con un trastorno o problema lo antes posible o remediarlo temporalmente y Berruecos Villalobos dice que la prevención secundaria es una etapa patogénica o de evolución que implica la detección, diagnóstico y tratamiento del problema de la fármacodependencia.

Prevención terciaria. Vega expresa que este tipo de prevención pretende detener o retardar la evolución de un trastorno o problema y de sus consecuencias. En cambio, para Berruecos Villalobos la prevención terciaria debe orientarse a evitar las consecuencias o eliminar los daños y riesgos de la fármacodependencia mediante la rehabilitación.

Al respecto, Berruecos Villalobos ha sugerido que una de las rutas más promisorias en la implementación de estrategias preventivas y efectivas es por medio del enfoque en los factores de riesgo y su asociación con los problemas relacionados al consumo de sustancias y su dependencia, lo que tiene implicaciones diversas para las estrategias que deben adoptarse en la prevención.

2.5. Impacto.

En nuestro país, el Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC, 1987) le está dando gran importancia a todo lo relacionado al fenómeno de las adicciones, dado que los problemas relacionados al abuso de estas sustancias constituyen un motivo creciente de

preocupación pública debido a su alto costo social y a las dificultades que el estado y las comunidades encuentran para enfrentarse exitosamente a ellos. Esta instancia expresa que el consumo de sustancias que modifican la conciencia, el humor y la conducta es una práctica muy antigua, pero que en las últimas décadas se ha extendido a grandes sectores de la población del mundo convirtiéndose en la mayoría de los países en un grave problema social porque afecta particularmente a los jóvenes, causa daño a la salud, la familia, la escuela y el trabajo, además de jugar un papal muy importante en las acciones delictivas.

Igualmente, el Consejo Nacional contra las Adicciones plantea que el tratamiento y la rehabilitación de los usuarios resultan indispensables como parte de una estrategia de acción contra las adicciones, empero la prevención debe constituir sin duda el elemento central de dicha estrategia, en este sentido las medidas más importantes deberían orientarse hacia esta acción, es decir, evitar que el consumo de drogas se produzca.

En el “Programa de prevención y control de adicciones” del Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP, 1987) menciona que se justifica hablar de prevención cuando se parte de que la fármacodependencia es una enfermedad y refiere que la Organización Mundial de la Salud define a la salud no sólo como la ausencia de enfermedad sino como el estado de completo bienestar físico, psicológico y social. Dicho programa plantea que en consecuencia, la salud no es estática sino que implica una adaptación integral al medio ambiente al que el hombre se adecua transformándolo, de aquí la importancia y la necesidad de un cambio de actitudes y la formación de buenos hábitos.

Asimismo, en dicho programa se expresa que la prevención de la fármacodependencia se presenta hoy como una labor de primordial importancia, debiendo inscribirse como parte de un proceso global de desarrollo individual y social; por lo tanto, prevenirla implicaría desarrollar a la sociedad puesto que la diversidad de las sustancias involucradas, las modalidades de su abuso y la complejidad de sus causas y consecuencias, hacen necesario abordar el fenómeno desde una perspectiva amplia que permita considerar las múltiples interacciones que surgen entre cada tipo de droga, los individuos que las consumen y el medio ambiente.

3. INSTITUCIONES QUE OFRECEN PREVENCIÓN DE LA FÁRMACODEPENDENCIA.

Al momento de realizarse éste trabajo, el Distrito Federal únicamente contaba con tres instituciones que tenían programas formales de prevención de la fármacodependencia, Afortunadamente otras 5 instituciones también realizaban algún tipo de prevención pero sin contar con un programa formal, lo que suma un total de ocho instituciones ofreciendo este servicio, las cuales formaron la muestra de esta investigación. En los párrafos que siguen se describe brevemente cada una de ellas, cuya información fue tomada de los folletos y trípticos elaborados para su difusión.

Programa de Atención a la Fármacodependencia (ADEFAR). Actualmente no se encuentra en funciones. Fue creado por el gobierno federal como una acción en materia de prevención, tratamiento y rehabilitación de la fármacodependencia, por lo tanto, era una institución del sector público que en su estructura fundamentaba la atención a esta problemática. Estaba integrado por comités municipales, excepto en el caso del Distrito Federal en donde participaban comités delegacionales conformados a su vez por asociaciones de padres de familia, maestros y organismos vecinales. Contaba con un programa de prevención de la fármacodependencia que se orientaba principalmente a dar servicio al sector escolar.

Centros de Integración Juvenil (CIJ). Son centros de asistencia pública dedicados a la prevención, investigación y tratamiento de la fármacodependencia. Tienen como principal actividad la prevención en las comunidades y en las escuelas En cada delegación del Distrito Federal hay uno y también existen en el interior de la República. Cada CIJ cuenta con un programa de prevención que se orienta a dar servicio al sector escolar, primordialmente a las escuelas primarias y también cuenta con un centro de información documental conformado por libros, revistas, publicaciones periódicas, folletos, etc., a los cuales puede tener acceso cualquier persona, además se realiza la edición de este tipo de material.

Comisión Nacional para el Deporte (CONADE). Era una institución del sector público dedicada principalmente a la prevención de la fármacodependencia. El Programa Nacional Juvenil de Prevención de las Adicciones (PREVEA) se ubicaba como el interlocutor de los jóvenes ante las instancias responsables que investigan sobre las conductas adictivas, dan tratamiento a los adictos, combaten el cultivo de enervantes y el narcotráfico, brindan orientación y prevención tanto a nivel federal como en los estados y municipios (CONADE, 1985). Dicho

programa propiciaba la participación de jóvenes de todas los niveles socioeconómicos y educativos, proporcionándoles información, orientación y capacitación. Esta institución también organizaba concursos diversos, foros, eventos recreativos, artísticos, y deportivos entre otras actividades. Tenía como meta primordial propiciar un cambio de actitud en los individuos. Actualmente ha desaparecido, pasando a ser el responsable de realizar actividades culturales de prevención: el Instituto de la Juventud.

Centro contra las adicciones (CENCA). Es una institución de asistencia pública que brinda atención a las personas fármacodependientes y sus familias, así como a la población de alto riesgo mediante el sistema de hospital parcial para pacientes ambulatorios. Este centro está apoyado por la fundación "Ama a la Vida" con la participación de promotoras voluntarias de la Honorable Junta de Vecinos y diversos empresarios del lugar. También cuenta con grupos de autoayuda, club de exfumadores y rehabilitación educativa, laboral y social.

Centro Comunitario de la Clínica San Rafael (CCSR). Es un centro privado que brinda atención a alcohólicos y fármacodependientes con servicio de psicoterapia grupal e individual, así como internamiento y consulta externa. Las cuotas del servicio de internamiento y de las consultas internas son fijas, en cambio las cuotas de la consulta externa son variables dependiendo de los resultados del estudio socioeconómico.

Centro de Atención Toxicológica Xochimilco (CAT-X). Es un centro del sector público que cuenta con servicio de internamiento y desintoxicación por 72 horas y seguimiento psicoterapéutico. También realiza prevención de la fármacodependencia, sin embargo no cuenta con un programa formal.

Centros de Atención Toxicológica Venustiano Carranza (CAT-VC). Son centros del sector público que cuentan con servicio de internamiento y desintoxicación por 72 horas y seguimiento psicoterapéutico. Realizan prevención de la fármacodependencia en un menor grado.

Clínica Monte Fénix (CMF). Es una institución privada que ofrece servicio de consulta externa y hospitalización, así como psicoterapia grupal y familiar. Sus cuotas son variables dependiendo del servicio proporcionado.

Este capítulo proporcionó un panorama general sobre la fármacodependencia, tocándose sus causas, efectos, vías de administración y clasificación. En este último rubro, en cada grupo de los fármacos o drogas revisadas se describió brevemente su origen, composición, mecanismo de acción, usos y efectos tanto a nivel físico como psicológico. Finalmente, se incluyó un apartado correspondiente a la prevención de la fármacodependencia incluyendo sus antecedentes, definición y concepto, clasificación e impacto por ser una de las variables de este trabajo. El siguiente capítulo tratará sobre la psicología educativa y su relación con la fármacodependencia, aportando elementos sobre como el psicólogo educativo podría intervenir en esta área que presenta grandes problemas de salud, no sólo físicos sino también mentales. Asimismo, trata sobre la repercusión de este fenómeno en la vida académica, emocional y social de las personas dado que en fechas recientes se ha extendido el ámbito escolar impactando desde los niveles y grados educativos iniciales.

CAPÍTULO III

PSICOLOGÍA EDUCATIVA Y PREVENCIÓN DE LA FÀRMACODEPENDENCIA

1. PSICOLOGÍA EDUCATIVA.

1.1. Antecedentes.

Para el apartado de antecedentes se tomó como referencia a Valderrama (1983) hasta el año de 1900 y a Radifort y Dávila (l980) después de esta fecha.

La historia de la Psicología Educativa se remonta a la época de Platón, quien además de realizar el análisis de los sentidos y del intelecto propuso una psicología de la educación. Los sofistas del siglo V. a.C., también planteaban teorías relativas a esta disciplina, sin embargo, ninguna de tales teorías tuvieron un impacto importante.

Posteriormente hacia el siglo XIII, se comenzó a establecer una relación entre la teoría educativa de naturaleza filosófica y la de corte psicológico, la cual perduraría hasta los primeros años del siglo XX. Por ejemplo, la psicología de Herbart (l776-l84l) fue una psicología filosófica, fruto del análisis reflexivo de la filosofía basada en las leyes asociativas de Locke y en la vieja doctrina de las facultades.

A través de la historia, la psicología siempre estuvo ligada a la filosofía. El estudio de esta ciencia usualmente se encaminó a determinar la naturaleza de los sentidos, la conciencia, la percepción, los motivos y otros determinantes de la conducta humana. Sin embargo, es hasta finales del siglo XIX que nace la psicología como disciplina científica, cuando Wilhem Wundt fundó en 1879 el primer laboratorio dedicado a esta disciplina.

Diferentes países como Inglaterra, Francia, Suiza, Estados Unidos, Alemania, etc., empezaron a interesarse por la enseñanza, debido a lo cual los psicólogos dirigieron su atención a la evolución y adaptación escolar y social de los niños. Este movimiento de interés por los

pequeños fue consolidado sobre todo por un entusiasmo común que existía por la ciencia y el progreso científico, lo que permitió sentar las primeras bases de la psicología escolar.

Hacia l903, Thorndike hizo importantes aportaciones a la teoría del aprendizaje con su famosa teoría del efecto, pero históricamente el punto de partida de la psicología escolar se ubica en Inglaterra con autores como Galton, Sully, Burt y Mc Dougall. Otros países industrializados también contribuyeron con aportaciones análogas: Alemania con los trabajos de Meunmann, Stern y Bobertag, Italia con Montessori y Sacre de Sancti, Bélgica con Decroly y Buyse, Estados Unidos de América con Stanley, Hall y Witmer y Suiza con los trabajos de Claparede, Piaget y Bovet.

Por lo anterior, en el siglo XX se tenía la convicción de que para entender la conducta del hombre era necesario estudiar la del niño, convirtiéndose éste en el centro de atención de los psicólogos lo que da como resultado una influencia significativa en la educación. Así, la psicología educativa es específica del siglo XX, iniciándose con tres modelos básicos:

- Las teorías del aprendizaje que organizan en forma sistemática y coherente los resultados de las investigaciones psicológicas.
- La psicología del niño que tuvo un gran progreso.
- Los trabajos sobre la medicina de la inteligencia que tuvieron fuertes repercusiones en la educación, lo cuales se incluyeron a la evaluación del rendimiento y la detección de los problemas en las instituciones escolares, la orientación vocacional, la valoración de habilidades, etc.

En los planes de estudio para la enseñanza de la psicología de l9l0 a l930 se empezaron a tocar temas como los instintos, la herencia, los intereses, las actitudes y las diferencias individuales de las características físicas, mentales y emocionales de los educandos. A mediados de los años 30 se incorporaron aspectos como el desarrollo físico, mental y social, el crecimiento, la naturaleza del maestro, la enseñanza y el medio ambiente dentro y fuera del aula.

Antes de la segunda guerra mundial, los psicólogos dedicados a diferentes áreas estaban estrechamente identificados con la psicometría. Durante y después de la segunda guerra mundial la investigación se abocó a la psicología del aprendizaje. En los años de la posguerra se pasó de lo intelectual a lo afectivo con temas como la motivación, la personalidad y las actitudes.

En la década de los años 60, se inició la reforma de los sistemas educativos. La política educativa de los gobiernos referente a la educación se dirigió a asegurar la escolarización de la población infantil. Se realizaron campañas de alfabetización, educación permanente y educación de adultos. Se respiraba optimismo en los ambientes educativos, siendo los años de euforia de la planeación educativa a nivel nacional e internacional. Igualmente, en esta década la psicología educativa fue favorecida porque imperaba la idea de la psicología del aprendizaje, del desarrollo y de la medida de las diferencias individuales, lo que proporcionaría la clave para plantear métodos de enseñanza más adecuados y eficientes.

Hacia l975, el optimismo de los años sesenta fue sustituido progresivamente por cierto pesimismo y las elevadas expectativas de la psicología fueron puestas en duda. Al respecto César Coll (l988) comentó "…unos, los más optimistas continúan insistiendo en que la psicología es una ciencia joven, otros sugieren que el error reside en que el nivel de expectativas es excesivamente elevado, otros, todavía sin negar totalmente los argumentos anteriores, señalan que las relaciones entre la psicología y la educación han adoptado muy a menudo un carácter unidireccional que no ha tenido en cuenta los elementos propios de los procesos educativos". La polémica continuó abierta hasta los primeros años de la década de los años ochenta, época en la que coexistieron opiniones muy divergentes y la psicología educativa se caracterizó por la aplicación de los principios psicológicos a la educación sin considerar el estudio de los principios de ésta como parte de esta disciplina.

1.2. Definición y concepto.

La psicología educativa es una ciencia joven que se encuentra inmersa en problemas de conceptualización. En la actualidad todavía existen discrepancias en cuanto a lo que es debido a que no se ha logrado definir específicamente el papel del psicólogo educativo ni su perfil profesional y de la misma manera, no ha quedado claro cual es su campo de acción, funciones,

actividades, etc. (Anderson, 1979). Por esta razón, en la literatura tampoco se le encuentra con una sola denominación adoptando diferentes nombres o sinónimos además de psicología educativa. Por ejemplo, se le suele llamar psicología educacional, psicología de la educación, psicología escolar, psicología pedagógica, psicopedagogía, etc. A lo largo de este trabajo se le considerará como psicología educativa respetando el nombre dado por los autores citados en los casos correspondientes.

Seague (l960) menciona que la psicología de la educación se ocupa del factor humano en relación al aprendizaje. Para este autor es la aplicación de los conocimientos derivados del trabajo experimental en los laboratorios de psicología al área educativa, pero también un terreno en el que se pone a prueba lo experimentado para determinar la posible aplicación de tales conceptos a la educación. La definición de Seague es muy general al considerar sólo al aprendizaje y la educación como el campo de aplicación de los conocimientos generados en el laboratorio. Este autor concuerda con Anderson y Faust al referir que el aprendizaje es una práctica educativa.

Green (l966) expresa que la psicología de la educación solamente difiere de las otras áreas de la psicología en que centra su estudio en las condiciones, variables y conductas asociadas comúnmente a la educación. Este concepto al igual que el de Seague también es muy general, dado que concibe a esta disciplina como un área de investigación de lo educativo sin mencionar su campo de aplicación.

Para Ausabel (l978) la psicología educativa se ocupa ante todo de la naturaleza, condiciones, resultados y evaluación del aprendizaje que tiene lugar en el salón de clases. De esta manera, Ausubel pone mayor énfasis en la psicología educativa como una ciencia aplicada a la escuela y no trata las leyes generales del aprendizaje en sí mismas, sino sólo aquellas propiedades de este proceso que pueden relacionarse con las maneras eficaces de efectuar cambios cognoscitivos estables que tengan valor social en las aulas escolares.

Las concepciones de Green y Ausubel difieren debido a que enfocan a la psicología educativa desde diferentes perspectivas. Esto es, mientras que Green la orienta al estudio de las condiciones, variables y conductas relacionadas a la educación, Ausubel la centra en la aplicación de los principios del aprendizaje derivados de la psicología al salón de clases.

Por otro lado, Cronbach (l970) maneja un concepto tradicional al considerar que la psicología educativa se encuentra al servicio de los profesores, por lo que su principal interés se centra en darles a conocer cómo aprenden los alumnos. Cronbach considera que para su aplicación se deben tomar en cuenta cuatro características principales:

- Ser congruente con los problemas escolares.
- Estar basada en la investigación.
- Ser suficientemente compleja para hacer justicia al comportamiento humano.
- Ser clara y exigente evitando los tecnicismos que no funcionan.

En l97l Sorenson plantea que el aula sólo es una parte de la esfera de la psicología educativa, ya que el hombre es un ser social y su conducta se ve afectada en diversos ámbitos tales como el hogar, el trabajo, la comunidad, etc., por lo que debe incluir todos los problemas que implica el hecho de educar a los individuos. De esta manera, Sorenson, presenta una visión más amplia del campo en el que deben incidir los psicólogos educativos, dado que va más allá del salón de clases.

Sánchez (l972) señala que la psicología educativa no es exactamente como la química o la física, sin embargo, cuenta con métodos e instrumentos que le permiten observar con relativa validez muchos de los fenómenos que progresivamente estudia, por lo que este autor solamente se centra en los fenómenos que estudia sin referirse a la aplicación de esta disciplina.

Gibson (l979) dice que la psicología educativa combina dos campos de intervención: el de la educación y el de la psicología; por lo tanto, este autor plantea su definición de psicología educativa como el estudio científico de la conducta humana y de los principios de acuerdo a los cuales puede regirse mediante la educación.

Este autor no menciona nada acerca de la aplicación de la psicología educativa. Lo mismo sucede con la definición que propone Feldhusen (l976), quien dice que la psicología de la educación trata básicamente del estudio del comportamiento humano a medida que cambia bajo la influencia de los procesos sociales que subsidiariamente ocurren gracias a la educación que los hace posibles. Según lo anterior, pareciera que la psicología educativa fuera exclusivamente

un área de investigación y de estudio del comportamiento y de los procesos humanos entre los que se encuentra el aprendizaje, ya que la mayoría de los autores no mencionan cual sería la utilidad de los estudios que se realizan o si el objetivo de la psicología educativa sólo se limita a esta función.

Para Anderson (1979) y Faust (l997) la finalidad de la psicología educativa es la aplicación de los conceptos y principios psicológicos a fin de mejorar la práctica educativa, en donde la psicología proporciona no sólo un modesto poder de predecir los procedimientos y ordenamientos de los materiales propios de la institución, sino que podría aumentar al máximo el aprendizaje. Estos autores a diferencia de los anteriores, consideran como punto de interés no sólo el aprendizaje y sus variables sino también a la instrucción y lo que ésta puede implicar en toda la práctica educativa.

Craing, Menhren y Harrey (l979) consideran que si la psicología es la ciencia del comportamiento, la psicología educativa es una rama especial de ésta, orientada al maestro y al que aprende (alumnoso educandos), así como a la relación entre ambos. Menciona que la temática de la psicología educativa se puede inferir de las preguntas y problemas a las que se enfrenta, tales como las siguientes:

¿A qué edad deben aprender a leer y escribir los niños?

¿Cómo se puede motivar a los alumnos?

¿Por qué algunos niños son tan dependientes o agresivos?

¿Qué técnicas son las más eficaces para educar a los niños con problemas de desadaptación?

¿Cuáles son los factores que influyen en la efectividad del grupo?

A diferencia de otros autores, Clitfor (1984) concibe a la psicología educativa como una disciplina propia, aislada y que sólo se concreta a los procesos de aprendizaje, planteando que es una aproximación distinta a la psicología con sus propias teorías, métodos de investigación, problemas y técnicas, cuya función es entender los procesos de enseñanza y aprendizaje y desarrollar formas para mejorar dichos procesos.

Resumiendo las definiciones y conceptos de los diferentes autores revisados se puede concluir lo siguiente: Seague considera que la psicología educativa se ocupa del factor humano relacionado al aprendizaje y de la aplicación del trabajo experimental al área educativa. Green la percibe como un campo de investigación que estudia las condiciones, variables y conductas asociadas a la educación. Ausubel se centra en el aprendizaje pero restringe su campo de acción al salón de clases. Cronbach orienta sus funciones y actividades al servicio de los profesores enfatizando su principal interés en indicarles como aprenden los alumnos. Sorenson presenta una visión más amplia abarcando no sólo el salón de clases sino también otras áreas como la comunidad, el trabajo y el hogar. Sánchez expresa que no es una ciencia exacta pero que tiene sus propios métodos de estudio. Gilbson la define como el estudio científico de la conducta humana y hace énfasis en la combinación de la psicología y la educación. Anderson y Faust en la aplicación de los conceptos y principios psicológicos para mejorar la práctica educativa. Craing y colaboradores la conciben como una rama especial de la ciencia del comportamiento. Finalmente, Clitfor la ve como una disciplina aislada de la psicología con métodos, técnica y problemas propios.

La revisión de las diferentes definiciones y conceptos de la psicología educativa propuestas por los teóricos revisados, conduce al planteamiento de que no existe un acuerdo o consenso sobre lo que es la psicología educativa, su campo de acción, funciones y actividades, sin embargo, la mayoría presentan dos cosas en común: el proceso de enseñanza-aprendizaje y la aplicación de los principios de la psicología y la educación a la investigación de todo lo relacionado a este fenómeno y/o la intervención de los problemas educativos.

1.3. Objetivos.

Sánchez (1972) menciona que la psicología educativa tiene como objetivo estudiar la conducta humana de una forma analítica y la corrección de la misma a través de aprendizajes positivos, sin olvidar su función preventiva y de orientación para evitar la aparición de la conducta negativa. Por su parte Anderson (1979) menciona que la finalidad de la psicología educativa es aplicar conceptos y principios psicológicos a fin de mejorar la práctica educativa, considerando su aplicación a la práctica educativa.

Castañeda (1986) expresa que la psicología educativa tiene como propósito el estudio de los procesos psicológicos del comportamientos en relación con el fenómeno educativo, rubro en el que concuerda con Sánchez. También señala que la psicología educativa tiene como propósito determinante contribuir a través de la evaluación, organización, implementación e investigación de los sistemas educativos a la resolución de los problemas inherentes a la educación como sistema, la resolución de los problemas individuales que afectan el rendimiento y la resolución de los problemas determinados por causas sociales en la educación elemental, media, superior, especial y marginal bajo sus dos modalidades: escolar y extraescolar.

La revisión de los objetivos de la psicología educativa propuestos por diferentes teóricos lleva a plantear que no existe consenso en cuanto a su finalidad, porque para Sánchez sus objetivos se centran en la conducta de los individuos implicando un aprendizaje para su logro, para Anderson los principios psicológicos son determinantes en la práctica educativa sin los cuales no se podría mejorar la calidad de la educación, mientras que Castañeda y Sánchez concuerdan en que su propósito es el estudio del comportamiento humano en relación con el fenómeno educativo, sin olvidar su participación o contribución al sistema educativo.

1.4. Actividades y funciones.

La educación es una característica del hombre por lo que la aplicación de los servicios y las posibilidades de desarrollo de los psicólogos educativos son ilimitadas, ya que puede abarcar no sólo toda la vida de los individuos sino también todos los contextos en donde se desenvuelven, así como incluir a todos ellos y los grupos a los que pertenecen. Por ello, resulta difícil delimitar el campo de acción y las posibilidades de intervención de la psicología educativa, así como las funciones y actividades que podrían desempeñar los psicólogos educativos como profesionista del área psicoeducativa. Diferentes autores han tratado de indagar sobre el perfil del psicólogo educativo. A continuación se describen algunas de las funciones y actividades que Gibson, Rueda, Díaz-Barriga, Genovard y colaboradores, Mata y Castañeda consideran sobre este profesionista de la educación.

Gibson (1979) expresa que el psicólogo educativo es un profesional que tiene a su cargo funciones y actividades tales como:

- La evaluación de programas.
- La planeación de actividades.
- La modificación de conductas.
- EL cambio de actitudes.
- La prevención de las enfermedades mentales.
- La investigación educativa.

RUEDA (l978) considera que los profesionistas que se dedican a la Psicología Educativa desarrollan las siguientes funciones y actividades:

- La detección de problemas.
- El desarrollo de programas instruccionales.
- La rehabilitación.
- La planeación y prevención.
- Investigación.

Díaz-Barriga (l982) refiere que las funciones y actividades de los psicólogos educativos impactan en las instituciones escolares debido a que se dedica al estudio e intervención de lo siguiente:

- La deserción, reprobación y ausentismo escolares.
- La dificultad para determinar el nivel real de aprovechamiento.
- La ausencia de modelos adecuados de evaluación.
- Los requerimientos del diseño curricular.
- Las diferencias en los sistemas de educación abierta.
- La disminución de la calidad de la enseñanza.
- El diseño, planeación y evaluación de cursos de capacitación y adiestramiento.

Por su parte, Genovard, Gotzens y Montané (l987) mencionan que los psicólogos educativos tienen como función lo que sigue:

- El estudio del crecimiento y desarrollo.

- El estudio de las diferencias individuales y la influencia de las mismas en el aprendizaje de las personas.
- El estudio de los procesos de aprendizaje en el aula con el objeto de aumentar la eficacia de la enseñanza.
- El diseño, desarrollo y evaluación de los procedimientos para la instrucción en la escuela.
- La organiza de los servicios de las instituciones tanto públicas como privadas, teniendo como objetivo la investigación.

Mata (l989) señala que el psicólogo educativo lleva a cabo funciones y actividades tales como las que se enlistan a continuación:

- Trabajar con población infantil.
- Trabajar con población carente de educación.
- Trabajar con padres de familia.
- Realizar medidas preventivas antes que terapéuticas en grupos de alto riesgo.
- Realizar el estudio de los niños con dificultades de adaptación a la escuela.
- Identificar las variables de la situación del proceso de enseñanza-aprendizaje.
- Planear e innovar lo curricular.
- Atender a los individuos con necesidades de educación especial.
- Evaluar los programas, individuos y sistemas educativos.
- Estudiar las diferencias individuales.
- Dar orientación vocacional.
- Producir, diseñar y evaluar las técnicas de motivación y de cambio de actitudes.
- Dar consejo y capacitación al personal que labora en las escuelas.
- Prevenir y promover la salud mental.

Castañeda (l989) considera que el psicólogo educativo puede desempeñar las siguientes funciones y actividades:

- Describir las características psicológicas de los alumnos que se desprenden de las teorías del desarrollo psicológico.

- Diseñar planes y programas.
- Diseñar módulos y prototipos de material y paquetes didácticos.
- Planear, seleccionar y utilizar medios y métodos de comunicación técnica y didáctica psico-pedagógica adecuados: expositivos y explicativos, instructivos y analíticos.
- Participar en la evaluación del sistema educativo y en la eficacia de todos los elementos del sistema.
- Organizar a los educandos, educadores, planes, programas y libros de texto.
- Diseñar textos didácticos y científicos, así como otro material didáctico.

1.5. La psicología educativa en México.

Álvarez (l979) relata que en nuestro país se estableció la primera Institución mental en el siglo XVI con Fray Bernardino Álvarez (l576), pero que fue hasta el siglo XX cuando aparecieron los primeros estudios incipientes de psicología. Este autor considera que en México, la psicología nace a raíz de una serie de necesidades sociales con el establecimiento del capitalismo en el último tercio del siglo XIX al crearse las condiciones para el desarrollo de las ciencias, pensando que podrían aportar los elementos necesarios para cubrir dichas necesidades sociales, lo que permitiría seguir el camino hacia el progreso y la libertad basados en una política científica. Álvarez refiere que se encomendó a intelectuales como Ezequiel A. Chávez, Enrique O. Aragón y Manuel Flores entre otros, la generación de conocimientos psicológicos que pudieran ser utilizados e incorporados a los procesos de control social.

Díaz Guerrero (l980) describe que la psicología aparece en México en l896 con Ezequiel A. Chávez, quién comenzó a impartirla a nivel de preparatoria en un curso de dos semestres, por lo que a él se le considera y acredita el primer esfuerzo para desarrollar una psicología del mexicano. Asimismo, Díaz Guerrero refiere que en ese mismo año, la psicología quedó incluida en la Universidad Nacional como una disciplina del área de humanidades, Enrique O. Aragón fundó en l9l6 el primer laboratorio de psicología en la Universidad Nacional de México, en l924 se imparte la cátedra de psicopatología y en l93l se dan los cursos de habilidades y aptitudes

específicas, educación vocacional y psicología pedagógica como parte de la maestría en Ciencias de la Educación. Igualmente, este autor, relata que Ezequiel A. Chávez inició el programa de psicología en la facultad de filosofía y letras de la Universidad Nacional Autónoma de México, desarrollando el currículo inicial de psicología en l937 e impartiendo cursos de psicología educativa durante la segunda y tercera décadas de este siglo.

Curiel (l962) señala que en la década de los años 40, el énfasis recae sobre la psicología clínica, educacional y fenomenológica y que entre los maestros destacados se encuentran Guillermo Dávila, Santiago Ramírez, Abraham Fortes y Matías López Chaparro, entre otros.

Finalmente, Harsh (l988) comenta que en l973 el Colegio de Psicología pasa a ser Facultad y para l976 son 20 universidades las que ofrecen programas de psicología, de las cuales l0 son las que imparten la especialización de psicología educativa. De acuerdo a Castañeda (1988) hasta los años 80 seis instituciones eran las que otorgaban el título de licenciado en psicología educativa, a saber: la Escuela Normal Superior de Aguascalientes, la Escuela Normal Superior de Jalisco, la Escuela Normal Superior de Nueva Galicia de Jalisco, la Universidad Autónoma de Tlaxcala, la Universidad Autónoma Metropolitana y la Universidad Pedagógica Nacional.

2. PSICOLOGÍA EDUCATIVA Y PREVENCIÓN DE LA FÁRMACODEPENDENCIA.

2.1. Aspectos social y económico.

Nateras Domínguez (2002) menciona que la prevención de las adicciones, al igual que sus secuelas sociales y las relacionadas a la salud, es un reto universal que ha acompañado al consumo de sustancias desde que se tiene memoria y que la forma de ver el problema también ha influido en los grupos, siendo los jóvenes el foco principal a quien se han dirigido la mayor parte de los esfuerzos de prevención por ser el sector más vulnerable a las drogas y más maleable a los programas de intervención, así como a las mujeres en su papel de madres y por lo tanto, en la respuesta social y en las políticas de salud.

Medina Mora, Natera, Borges, Cravioto y Tleiz (2001) reportan que las encuestas realizadas en la población de adolescentes, el 32.2% de los estudiantes de nivel bachillerato o equivalente del Distrito Federal dicen haber cometido actos antisociales que van desde robar pequeñas cantidades de dinero (16.2%) hasta usar armas para asaltar (5.6%) y que solamente el 8% había usado alguna vez sustancias psicoactivas (sin incluir tabaco y alcohol). Estos autores comentan que el riesgo de usar sustancias fue mayor en los individuos que habían cometido actos antisociales, asociación que se encontraba mediada por el tipo de sustancia, por lo que era más frecuente entre los individuos que consumían drogas como cocaína o inhalables.

Por su parte, Berruecos Villalobos (2004) cita que los datos de la Encuesta Nacional realizada en estudiantes de enseñanza media superior indicaron que el 25% de aquellos que habían sufrido abuso sexual usaba drogas en comparación con solamente el 8% de los que no habían sufrido esta experiencia y que de los adolescentes entrevistados urbanos entre 12 y 17 años, 1,345 reportó haber intentado suicidarse. Este autor retomando a Medina Mora y colaboradores (2001), a señala que en el Distrito Federal, el riesgo de ingresar a un servicio de urgencia por violencia se incrementó casi 30 veces en los varones y el de ingresar a un servicio de urgencia por intento de suicidio aumentó casi 58 veces por el consumo excesivo de alcohol (más de 100 gramos), por lo que probablemente los que merezcan más atención sean los accidentes y las distintas formas de violencia.

Berruecos Villalobos también indica que uno de los factores que más consistentemente se ha asociado al consumo de drogas es la disponibilidad, ya que cada vez más jóvenes experimentan con drogas al tenerlas al alcance en su medio, dato que se corrobora en la Encuesta Nacional, en donde se encontró que al 35% de los adolescentes urbanos de entre 12 y 17 años les era fácil obtenerla, al 64% de los menores que habían usado drogas por primera vez un amigo se las había proporcionado y sólo el 4% las habían obtenido de un vendedor.

Asimismo, el citado autor menciona que el nivel socioeconómico es uno de los determinantes para el uso de drogas, pues el índice de consumo se asocia con el poder adquisitivo, por lo que el consumo de tabaco y alcohol entre estudiantes se correlaciona positivamente con la escolaridad y el ingreso del jefe de familia, pues el 53% de la producción del alcohol es consumido por el 30% de la población con más ingresos, como ejemplo de esto

se tiene que los estudiantes que trabajan consumen cocaína, mientras que los que no lo hacen consumen inhalables.

Por lo anterior, en el aspecto social es importante señalar que un profesionista que podría ayudar en los actos antisociales, la violencia y el intento suicida, es el psicólogo educativo a través de implementar en los centros escolares programas orientados a la detección, prevención y rehabilitación (Rueda, 1978) de tales problemas, así como a la modificación de conductas y cambio de actitudes (Gibson, 1979) que conduzcan a los jóvenes a adaptarse, motivarse y promover la salud mental (Mata, 1989).

De este modo, el psicólogo educativo podría realizar actividades de asesoría y orientación a los adolescentes, jóvenes y mujeres organizando conferencias, pláticas, talleres, actividades recreativas deportivas y dando consejo, acciones encaminadas a contribuir con los esfuerzos que se están realizando para disminuir el problema de la fármacodependencia, colaborando asimismo en la elaboración y evaluación de los programas (Mata, 1989) que se ponen en marcha con este fin. También es importante señalar que el psicólogo educativo podría intervenir reportando los casos ílicitos de drogas que se detecten en las instituciones escolares.

2.2. Medios de comunicación.

Berruecos Villalobos (2004) considera que los medios de comunicación desempeñan un papel fundamental al promover imágenes y estereotipos que no corresponden en la mayoría de los casos a la realidad de los sujetos creando falsas expectativas, como sucede con los adolescentes, terreno fértil entre otras cosas para iniciarse en el consumo de sustancias, principalmente cuando tienen problemas familiares, económicos o de otro tipo, constituyéndose así en factores de riesgo. Dicho autor también refiere que otro factor importante es la oferta, tarea que compete al aparato represivo del estado y que se refiere a la producción, distribución, circulación, venta y consumo de enervantes y sustancias que provocan adicción.

El psicólogo educativo podría participar de una manera eficaz utilizando métodos de comunicación, diseñando material y paquetes didácticos (Castañeda, 1989), así como folletos, trípticos, carteles, etc., a través de los cuales se informaría a los jóvenes sobre el doble mensaje

que proporcionan los medios de comunicación respecto al consumo de drogas como el alcohol y el tabaco.

2.3. Educación para la salud.

Medina Mora, Díaz Leal y Berruecos Villalobos (2002) consideran que la cultura o el comportamiento individual ante la salud tiene grandes efectos en la sociedad en donde vivimos por lo que el campo de la educación para la salud debe ocuparse del estudio del comportamiento y de las actitudes de la población, es decir, de la cultura del grupo en torno a estos aspectos. De esta manera dicen ellos, la educación para la salud debe interesarse por la elaboración de programas que modifiquen las prácticas y hábitos que la afectan, creando actitudes positivas en los individuos, las familias, las comunidades y la sociedad en general, con la finalidad de elevar su nivel de vida.

Los investigadores citados consideran que el propósito de la educación para la salud en este contexto es el de diseñar, aplicar y evaluar programas que modifiquen las conductas y comportamiento de los individuos que conforman una sociedad y que su enfoque básico debe consistir en explicitarle a la población de manera clara y precisa los principios elementales que generan la aparición de las enfermedades, para que puedan dirigir sus actitudes y conductas de tal forma que eviten que el problema se presente.

Asimismo, dichos autores expresan que para lograr un cambio en el comportamiento hacia la salud, es importante diseñar, aplicar y evaluar programas educativos para su promoción a nivel individual, familiar y social acordes con la realidad sociocultural. Igualmente para ellos, la relación entre el estilo de vida y el nivel de salud, implica necesariamente la formación de equipos interdisciplinarios provenientes de campos tales como la educación, la psicología social y la antropología, entre otros. Medina Mora y colaboradores (2002) mencionan que la educación para la salud debe apoyarse en cuatro componentes, a saber:

- Las teorías y los principios de la aparición de las enfermedades deben ser entendidos y analizados.

- Las estrategias apropiadas para cada caso deben ser factibles de aplicarse y evaluarse.
- El cambio en las actitudes y conductas, así como en los estilos de vida de los individuos pueden mejorar el nivel de salud.
- Los individuos, las familias, los grupos y la sociedad en general, pueden ser educandos para asumir una conducta responsable ante este problema.

2.4. La familia y la escuela.

Berruecos Villalobos (2004) indica que las grandes organizaciones sociales, la familia y la escuela siguen ejerciendo una influencia considerable en la práctica del consumo de drogas y que recientemente se ha visto que en general, la familia provee ciertos mecanismos que los autores especializados llaman factores de protección, los cuales propician que los individuos a pesar de confrontaciones y situaciones difíciles, conocen la manera de resolverlas.

Asimismo, Medina Mora y colaboradores (2001) comentan que se ha demostrado que al asistir a la escuela es en sí un factor protector del consumo de drogas, al igual que el desempeño en la escuela, citando que los datos de la Encuesta Nacional de Adolescentes documentaron que mientras que el 5.7% de los menores que no asistían a la escuela habían consumido una o más drogas esto ocurría en tan sólo el 2.1% de quienes asistían a ella. Este estudio demostró además que la familia y la asistencia a la escuela eran los dos protectores más importantes para los menores cuyas condiciones los pone a trabajar en la calle, también otro estudio demostró como la supervisión paterna y las normas familiares protegen a los menores del abuso del alcohol, conduciendo a los adolescente a que lo hagan en menor medida (Medina Mora y colaboradores, 2001).

Llanes y Castro (2004) mencionan que en materia de prevención la escuela juega un papel esencial, pues es opinión generalizada que la prevención es educación en el sentido de adquirir las competencias de protección necesarias, es decir, desarrollar las actitudes y habilidades requeridas para enfrentar con éxito los riesgos y salir fortalecidos de las experiencias críticas frente a los eventos que pueden iniciar una conducta adictiva, un trastorno

emocional o una conducta antisocial. Para este autor, los interesados en el desarrollo de la prevención vieron con entusiasmo que el Plan Nacional de Educación 2001-2006 señalara la necesidad de fomentar en las escuelas consejos de vinculación formados con representantes de los diferentes grupos sociales que proporcionaran a los estudiantes elmentos que les permiitieran enfrentar exitosamente los riesgos psicosociales, promoviendo la mejora personal continua, pues a partir de ese mandato se promovería la formación de redes comunitarias que podrían encargarse de cumplir los objetivos de prevención.

Así, dicen Llanes y Castro que el quehacer educativo debe propiciar la corresponsabilidad en el desarrollo de los jóvenes, en la protección de los entornos escolares y en el fomento de un ambiente adecuado para impulsar una educación de buena calidad, entendiéndose ésta como un responsabilidad de todos, por lo que es primordial fomentarla en tales ambientes, destacando el carácter contribuyente de la prevención y la calidad que tienen que disponer los elementos propiciadores para la adquisición de habilidades protectoras contra los riesgos psicosociales.

Tales autores también expresan que los nexos entre la escuela y la comunidad con un propósito preventivo de los riesgos psicosociales pueden establecerse en una gran diversidad de formas dado que la existencia misma de la escuela fortalece el mejor desenvolvimiento de la comunidad pues es generadora del desarrollo y la mejoría de la integración social, en un sentido general, pero como agente de transformación y cambio social tiene vínculos comunitarios directos en donde sus miembros realizan acciones que propician beneficios en su entorno inmediato. Llanes y Castro consideran que a lo largo y ancho del país existe la percepción de que los problemas psicosociales de los jóvenes son crecientes y que sexo, violencia y drogas se repite como un estribillo por doquier, indicando que los jóvenes se exponen a prácticas sexuales inadecuadas y riesgosas en donde cada vez es más frecuente el consumo de drogas. Ellos continuan diciendo que el Colegio de Bachilleres incluyó en sus programas institucionales de orientación educativa el Modelo de CHIMALLI para la prevención de riesgos psicosociales desde 2002, avanzándose desde entonces en la investigación epidemiológica, la formación de recursos humanos y la integración de redes comunitarias en los 20 planteles de la zona metropolitana de la ciudad de México.

Vega (1997) considera que las drogas afectan claramente a la escuela por las siguientes razones:

- El niño y el maestro viven en una sociedad de drogas.
- Las drogas están ya adentro de la escuela.
- Los alumnos están familiarizados con las drogas legales sobre todo el alcohol y el tabaco.
- En algunos centros educativos existe distribución y venta de drogas ilegales como los inhalantes y la mariguana en México.
- La edad de inicio en el consumo de drogas disminuye y una porción considerable de sujetos lo hace entre los 10 y los 15 años, precisamente en la edad escolar.
- Las drogas interfieren con el aprendizaje y con el desarrollo educativo de los alumnos. Por lo anterior, si la escuela hace caso omiso de la problemática vinculada a las drogas, renunciaría a su objetivo básico: el desarrollo integral de las personas.

De igual modo, Vega (1997) expresa que en México la incidencia del abuso de inhalanbles en las escuelas primarias ubicadas en los barrios marginados es un hecho reiteradamente demostrado y que las ventajas que tiene la escuela para la prevención del abuso de las drogas serían entre otras:

- Los niños asisten a la escuela precisamente en la edad en que resultan más educables pero también más vulnerables a las drogas.
- Los niños pasan la mayor parte de su vida y de su tiempo en la escuela ocupados en actividades escolares.
- Los niños están confinados a personas preparadas para educarlos con los medios adecuados.
- Los maestros tienen la posibilidad de organizar los programas adecuados a cada nivel.
- La escuela puede obtener fácilmente la colaboración de las instituciones sociales, sanitarias y educativas de la comunidad.
- La escuela puede hacer la detección precoz de los individuos o grupos de altos riesgo relacionados al abuso de las drogas, dado su conocimiento y contacto con los niños.

- La escuela puede orientar, coordinar e implementar alternativas para combatir el abuso de las drogas.

Vega (1997) comenta que es necesario hacer conscientes a los profesores de la importancia de su tarea a através de proporcionarles información objetiva sobre el problema de las drogas para la educación de los niños, puesto que ellos quieren la mejor formación de sus alumnos y si tienen a la mano los recursos adecuados no dudarán en utilizarlos. Vega piensa que dicha responsabilidad debe cultivarse durante la formación para el ejercicio del magisterio, por lo que en este sentido resulta imprescindible la asignatura de Educación Sanitaria en su formación, así como su actualización constante.

En el abandono o suspensión de los estudios producido por una baja adherencia escolar, la tolerancia social y la disponibilidad de sustancias, la pertenencia a redes sociales disfuncionales, el uso inadecuado del tiempo libre, el consumo de drogas en la familia, el débil apoyo y control familiar (Arellanez Hernández y Díaz Negrete, 2004), el psicólogo educativo podría actuar dando orientación y consejo de los estudiantes (Mata, 1989). También, sería conveniente que se tomaran medidas preventivas antes que terapéuticas en grupos de alto riesgo, capacitando al personal que labora en las escuelas, así como identificando las dificultades de adaptación y motivación (Mata, 1989) que manifiestan los estudiantes que no asisten a la escuela, organizando talleres, actividades recreativas y deportivas, pláticas, etc., que podrían implementar los psicólogos educativos, así como el desarrollo de actividades educativas dirigidas a los adolescentes que viven en las calles.

La participación del psicólogo educativo en las escuelas es importante para actualizar y apoyar a los maestros, orientar a los alumnos, dar consejo a los padres de familiay organizar actividades como cuentos, dramatizaciones, juegos, concursos, conferencias, pláticas, actividades recreativas y deportivas, así como trabajar con la comunidad que se encuentra en su entorno.

La participación del psicólogo educativo es fundamental en el campo de la educación, ya que podría ayudar a los escolares a prevenir las adicciones desarrollando programas instruccionales (Rueda, 1978 y Genovard y colaboradores, 1987), organizando talleres, pláticas, conferencias, dramatizaciones, cuentos, juegos, actividades recreativas, etc., que prevengan el

contacto con las drogas, así como dando orientación y consejo (Mata, 1989) a los estudiantes. El psicólogo educativo en las escuelas podría fungir como orientador, capacitador o consejero, además de diseñar y evaluar los programas escolares encaminados a la prevención (Mata, 1989; Castañeda, 1989). Este profesionista de la psicología también podría intervenir diseñando e implementando programas orientados a la prevención de la fármacodependencia (Rueda, 1978) a través de fomentar modelos adecuados y el adisetramiento y capacitación (Díaz-Barriga, 1982) de los maestros y padres de familia, para combatir la deserción, reprobación y ausentismo en la escuela y aumentar la calidad de la enseñanza, convirtiendo a estos elementos en factores de protección contra las drogas.

En el nivel familiar, el psicólogo educativo podría realizar actividades como dar consejo y orientación con el objeto de prevenir la fármacodependencia en el hogar, así como impartir cursos, talleres y pláticas, promover la organización de actividades educativas y recreativas, etc. También este profesionista podría participar realizando trabajo con los padres de familia (Mata, 1989) organizando talleres con temas de interés, dando consejo y orientación relacionados a la prevención y consumo de drogas. Por lo tanto, la participación del piscólogo educativo en las áreas de orientación e integración familiar sería fundamental realizando principalmente actividades de prevención.

3. MODELOS Y PROGRAMAS PREVENTIVOS.

Respecto a la prevención de la fármacodependencia, Arellanez Hernández y Díaz Negrete (2004) comentan que los intentos por prevenir esta problemática han sido muchos, por lo que diversas instituciones han elaborados programas con el fin de disminuir las adicciones, pero que en tiempos recientes la disponibilidad y bajo costo de las drogas ha favorecido su uso; por ello, en las últimas décadas se han implementado programas más eficaces de prevención del abuso de sustancias centrados en factores específicos de riesgo.

El “Programa de prevención y control de adicciones” del Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP, 1987) hace alusión a que en los dos últimos decenios, algunos países han dedicado considerables recursos de personal y medios financieros a la lucha contra el uso indebido de las drogas, implementando ambiciosos programas contra la fármacodependencia que engloban

simultáneamente actividades de prevención, tratamiento y represión. Sin embargo, también se plantea en este programa que lamentablemente en la prevención de la fármacodependencia se ha presentado como factor común en los numerosos proyectos que los diferentes países han implementado, la falta de una fase de evaluación, motivo por el que resulta difícil determinar objetivamente los resultados arrojados por éstos o comparar entre sí los modelos y programas de prevención establecidos, grave carencia que han tratado de subsanar múltiples organismos nacionales e internacionales tomando en cuenta que la evaluación de la prevención plantea problemas metodológicos sumamente complejos.

En dicho programa se dice que es necesario desarrollar una serie de técnicas para atacar el problema de la adicción a las drogas, ya que en los últimos años los gobiernos de diferentes países han destinado grandes cantidades de dinero para implementar programas de prevención y tratamiento de la fármacodependencia, entre los que se encuentra México. En nuestro país diversas instituciones han elaborado programas de prevención del consumo de drogas que desafortunadamente no han arrojado resultados que permitan concluir que han operado en forma satisfactoria, puesto que en el tratamiento y la rehabilitación de la fármacodependencia, los pacientes asisten en múltiples ocasiones sólo a la primera entrevista o únicamente se presentan a la revisión médica para evitar el síndrome de abstinencia, sin mostrar mayor interés por dar una verdadera solución al problema que llevan a cuestas.

Castro Sariñana (1992) plantea que las investigaciones epideomiológicas realizadas en la población escolar de enseñanza media y media superior, tanto a nivel nacional como en 55 zonas metropolitanas de la Ciudad de México, han permitido detectar 42 indicadores de riesgo que presenta el medio ambiente de los jóvenes antes de iniciar el proceso de abuso de drogas y durante el proceso mismo. Según esta autora, la naturaleza de tales factores es contextual (social y cultural), de estilo de vida (disponibilidad, organización vecinal y familiar, organización socioeconómica y escolar) o individual (historia de vida, factores familiares, psicológicos y biológicos). Como contraste de estos factores de riesgo, los programas preventivos más eficaces se han centrado en promover factores protectores que inciden en el estilo de vida de las familias y de las organizaciones vecinales y escolares.

Asimismo, Castro Sariñana considera que los programas de educación preventiva más eficaces son los llamados integrales, es decir, aquellos que no se restringen exclusivamente a

prevenir el uso de drogas, sino también otros riesgos psicosociales tales como el estado de salud, el manejo de la sexualidad, la conducta agresiva y antisocial, así como el manejo de los eventos negativos de la vida. Ella también dice que en la escuela, la elaboración del material didáctico apropiado para cada grado sería una herramienta indispensable para el éxito de los programas escolares y extraescolares.

En los siguientes párrafos se describen algunos de los modelos y programas preventivos que se han implementado en nuestro país, especificando los autores de quienes fueron tomados, los cuales en su mayoría aparecen en la Serie Planeación publicada en el 2003 por el Consejo Nacional contra la Adicciones (CONADIC) titulada: Modelos Preventivos.

Construye tu vida sin adicciones. Vélez Barajas, Prado y Sánchez Fragoso (2003) describen este modelo, el cual es una propuesta preventiva basada en los aportes de la medicina mente-cuerpo elaborado desde el sector salud. Constituye un modelo de tipo universal que aborda la prevención como un conjunto de acciones para promover el desarrollo humano y crear un ambiente proactivo. Pretende fortalecer la responsabilidad individual y social en relación con la salud integral y en especial prevenir las adicciones facilitando la conformación de estilos de vida que permitan desarrollar al máximo el potencial de cada persona propiciando condiciones que eleven la calidad de vida individual y la de las comunidades.

Centros de Integración Juvenil. El modelo de prevención de los Centros de Integración Juvenil se retoma de Solís, Gómez y Ponce B. (2003). Éste tiene actualmente presencia en 83 municipios en el país que requieren atención prioritaria por ser zonas de alto riesgo en materia de adicciones. Es una iniciativa internacional que ofrece una propuesta a los centros de trabajo para enfrentar el problema del uso y abuso de sustancias como el alcohol, tabaco y otras drogas. Fue diseñado por el Dr. Swerre Fauske y está dirigido a empresas pequeñas, medianas y grandes. Fue adaptado a las condiciones culturales de los mexicanos a partir de un amplio programa de investigación llevado a cabo por el Instituto Mexicano de Psiquiatría, extendiéndose a la familia y la comunidad. Por ello, su objetivo es diseñar, poner en marcha y evaluar un programa de prevención y ayuda respecto al uso del alcohol, tabaco y otras drogas dirigido a los trabajadores, la familia y la comunidad.

Programa de Educación Preventiva Contra las Adicciones (PEPCA). El PEPCA se describe según Leonardo y Ramírez, Bermudez Lozano y Amador Buenabad (2003). Fue creado en 1994 como una propuesta educativa organizada para desarrollarse en la escuela y la familia, favoreciendo la formación de redes protectoras que se traduzcan en estilos de vida saludables con la finalidad de trascender a la comunidad. Surge como una alternativa encaminada a prevenir el desarrollo de las adicciones en la comunidad educativa. Se ubica en el proceso de desarrollo constituyendo una estrategia que atiende los diversos niveles que integran la educación básica. Se vincula con los planes y programas de estudio vigentes y promueve la construcción de valores humanos entre los educandos a través de una serie de actividades que se incorporan al proceso educativo en un esquema preventivo integral que aborda diversos problemas sociales en la comunidad escolar, a fin de desarrollar en los educandos la capacidad de tomar decisiones de forma consciente y reflexiva, que les permita resistir la presión de iniciarse en un proceso adictivo.

El PEPCA integra su propuesta de prevención a partir del desarrollo de un autoestima sana, de la formación de valores y habilidades sociales que generen un pensamiento crítico en los escolares. El reto de la Secretaría de Educación Pública sigue siendo identificar y fortalecer todos los aspectos que permitan que los estudiantes se mantengan alejados del consumo de drogas. Diversas encuestas nacionales y locales revelan la importancia de generar actividades preventivas al interior de los planteles educativos, ya que se ha demostrado que la escuela y los docentes son los principales factores de protección para los alumnos.

El programa se fundamenta en la Constitución de los Estados Unidos Mexicano, la Ley General de Salud y Educación, la Norma Oficial Mexicana para la Prevención Tratamiento y Control de las Adicciones, así como en le Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006, el Plan Nacional contra las drogas 2002-2006 y diversos programas sectoriales. Tiene como principal objetivo incorporar al proceso educativo estrategias de educación preventiva integral sustentadas en la promoción y fomento de valores, que fortalezcan en los educandos la capacidad de discernimiento para hacer frente a problemas sociales que pudieran limitar su desarrollo armónico. En líneas de acción, los planes y programas de estudios de los diferentes niveles y modalidades educativas incluyen temas sobre el desarrollo biopsicosocial y sobre las condiciones ambientales El programa de educación Preventiva contra las Adicciones integrando

por siete proyectos de prevención, sustenta sus intervenciones en los valores humanos y en la incorporación de la estrategia de educación preventiva integral en el proceso educativo (Cardiel, 1997).

Programa de prevención del abuso de sustancias para alumnos de 4°, 5° Y 6° grados de primaria. "Yo Quiero, Yo Puedo". El Instituto Mexicano de Investigación de la Familia y la Población (IMIFAP, 2003) desde su fundación en 1986, ha desarrollado, instrumentado y diseminado investigaciones en el campo de la educación para la vida y la sexualidad en México. A partir de estas investigaciones se han diseñado programas e intervenciones específicos para diversos grupos (docentes, padres y madres de familia, personal de salud, adolescentes, niños y niñas), los cuales tienen como objetivo mejorar la calidad de vida de las personas, familias y comunidades y se han desarrollado de acuerdo con el conocimiento derivado de los programas más efectivos relacionados con las conductas tendientes a preservar la salud física. Los programas del IMIFAP han sido instrumentados en la mayoría de los estados de la República Mexicana. Más de 24,000 docentes y promotores de salud se han capacitado como replicadores. El programa "Yo quiero, yo puedo" favorece el desarrollo de habilidades para la vida en los estudiantes con el fin de prevenir problemas de educación y salud pública. En 1998 IMIFAP llevó a cabo un proyecto para fortalecer su contenido desde preescolar hasta tercero de secundaria.

Modelo comunitario de integración psicosocial. Araujo, Cantú y Luna (2003) describen este modelo. La Fundación Ama la Vida inicia su labor de servicio especializado en el tratamiento de la farmacodependencia en 1991 en la delegación Iztacalco con el Centro Contra las Adicciones (CENCA), como un proyecto novedoso que pretendía integrar un modelo de intervención terapéutica. En 1997 establece contacto con el modelo de prevención primaria orientado a la reducción del daño, la rehabilitación y cura, la reinserción social y profesional relacionados la fármacodependencia y situaciones asociadas que coordina Caritas Arquidiócesis de México. La intervención estratégica de este trabajo se planea en diferentes escalas de incidencia: prevención primaria, reducción del daño, rehabilitación y cura, reinserción social e investigación del fenómeno y la fármacodependencia en las personas, los sistemas familiares y las comunidades.

Modelo educación para la vida y el trabajo aguas con las adicciones. Este modelo del Instituto Nacional para la Educación de los Adultos (INEA), tiene como finalidad ofrecer tanto a jóvenes como a adultos un proceso educativo congruente con sus ámbitos, necesidades e intereses particulares. Aborda una serie de aspectos vinculados a los jóvenes, en particular cuestiones de adicciones, género y sexualidad que también son de gran interés para los adultos y sus familias (Mendoza Ortega, 2003).

La inclusión de la diversidad como un concepto y característica fundamental de este modelo, constituyó el punto a partir del cual se diseñaron y llevaron a la práctica dos proyectos educativos de particular importancia: familia y género, atención a jóvenes, en los cuales se introducen enfoques, contenidos y materiales que culminan con la elaboración de siete módulos que permiten aprender al mismo tiempo que resuelven inquietudes y problemas que se enfrentan en la vida que pueden ser seleccionados en forma diversificada, siendo uno de ellos "Aguas con las Adicciones".

Modelos preventivo de riesgos psicosociales CHIMALLI. Castro Sariñana y Llanes (2003) describen el Modelo CHIMALLI. Éste tiene como fin producir resiliencia con un enfoque práctico y ecológico. Se aplica en planes de acción por ciclos de actividades con una duración aproximada de quince semanas en comunidades, escuelas, centros comunitarios y de desarrollo, barrios, unidades habitacionales, colonias, etc. Se han hecho investigaciones en escuelas primarias, secundarias y educación media superior, entre otras.

Actualmente se considera que CHIMALLI tiene tres componentes primordiales, a saber: a) una red voluntaria vecinal, escolar y/o de grupos específicos, como pueden ser menores trabajadores; b) trabajo grupal para el desarrollo de actitudes y habilidades de protección y c) autoevaluación con instrumentos sistematizados de resultados, proceso e impacto que permiten observar la disminución del consumo experimental, evitar del primer contacto y reducir el abuso. CHIMALLI interviene en las áreas de uso de drogas y conducta antisocial, eventos negativos de la vida y el estilo de vida. Propone el desarrollo de 26 acciones para contrarrestar las conductas de riesgo con habilidades y actitudes de protección por diversas intervenciones que abarcan: técnicas psicocorporales, respiración, relación, trabajo con imágenes, técnicas psicosociales, empleando viñetas en tercera persona construidas por el propio grupo intervenido, técnicas

psicoeducativas, juegos de educación preventiva y acción social educativa, a nivel de prácticas comunitarias solidarias.

El INEPAP como institución líder del Modelo CHIMALLI ha procurado su diseminación y promueve activamente la investigación y evaluación. Ello permite registrar incrementos estadísticamente significativos de actitudes protectoras en grupos escolares frente a los grupos que recibieron conferencias y grupos que no fueron objeto de ninguna intervención, así como el incremento de las habilidades de protección después de las intervenciones preventivas. Estos datos se complementan con el impacto en la reducción del consumo de drogas, el incremento neto de los no consumidores y de los consumidores medios antes y después de la intervención. Debe señalarse que cuando no se aplica alguno de los componentes del modelo, los resultados tienden a ser menos consistentes, por ejemplo, cuando las comunidades no trabajaron con el soporte de una red, no se logra una reducción significativa del consumo de drogas.

El sector Educativo y el Programa para el control de drogas. Este programa es referido según Olmedo (1992). En el caso de la Secretaría de Educación Pública se establecieron diez compromisos sectoriales y estatales en los cuales se está trabajando para llevarlos a cabo con éxito . El objetivo de la Secretaria de Educación Pública (SEP) es abatir con cifras absolutas la iniciación al consumo de drogas en los niños y los adolescentes. Para llevar a cabo este objetivo en el sector educativo, la prevención constituye una estrategia de gran valor por su impacto social, la economía de sus recursos y su mayor eficacia. La Secretaria de Educación Pública ha diseñado un programa tendiente a formar una conciencia de prevención y rechazo al uso de drogas, en el cual las acciones están basadas en un enfoque educativo que induzca a los educandos a la adopción de valores culturales, sociales y morales que les permita desarrollarse en el marco de una educación de calidad. La preocupación de esta instancia radica básicamente en el incremento de una tendencia al consumo de drogas entre estudiantes.

El programa de trabajo del sector educativo dentro del marco del programa nacional para el control de drogas se divide en cuatro áreas fundamentales: capacitación a agentes educativos, comunicación social, apoyos didácticos y vinculación de la educación preventiva con la educación informal. La Secretaría de Educación Pública asume la responsabilidad que le confiere el programa nacional para el control de drogas, en junio de 1991. El programa constituye la respuesta del sector educativo a la lucha integral del estado ante el uso ilícito de

drogas en la población general y escolar. El Programa Educativo de Prevención contra las Adicciones fue presentado el 10 de octubre de 1991 a los directores de planeación de las coordinaciones de la SEP en los 31 estados de la República Mexicana.

Micher (1997) refiere que los programas de prevención y promoción de la salud de los estudiantes universitarios, tienen como objetivo contribuir a mejorar su calidad de vida, capacidad personal, aprovechamiento escolar y su formación integral, utilizando como estrategia la promoción de estilos de vida sanos tomando en cuenta que los adolescentes exploran los límites del mundo en el que se desarrollan. Con el fin de lograr estos cambios la Dirección General de Servicios Médicos ha diseñado un modelo de Salud Integral del estudiante Universitario basado en el desarrollo humano, la salud sexual y la prevención de las adicciones, con prácticas que fortalezcan los factores de protección y concienticen las implicaciones de los riesgos. Con el propósito de implementar dicho modelo en toda la Universidad, se ha diseñado un programa que pretende implantar la formación de redes en cada uno de los planteles, la realización de talleres, foros, exposiciones, cine-debates, información científica y actualizada en los temas de interés. Actualmente la Dirección General de Servicios Médicos cuenta con redes al exterior de los planteles, de enseñanza media superior. La prevención primaria de adicciones conlleva a la detección de casos. Se han encontrado grupos focales de jóvenes que ya se han iniciado en el consumo problemático de alcohol o drogas, a los escolares se les ha dado la oportunidad de asistir a talleres y terapias grupales con el fin de procurarles una mayor conciencia de su realidad.

3.1. Papel del psicólogo educativo en los modelos y programas preventivos de la fármacodependencia.

La participación del psicólogo educativo en los modelos y programas de prevención de las adicciones podría dirigirse a fomentar las acciones que promuevan el desarrollo humano (Genovard y Col. (1987) y la creación de un ambiente proactivo, al igual que fortalecer la responsabilidad individual y social en relación con la salud integral. De la misma manera, este profesionista podría prevenir las adicciones facilitando la conformación de estilos y condiciones adecuados que permitan desarrollar al máximo el potencial de cada persona y eleven su calidad de vida a nivel individual y comunitario, dado que dentro de sus funciones se encuentran la

modificación de la conducta y la prevención de las enfermedades mentales (Gibson, 1979), la motivación y el cambio de actitudes (Rueda, 1978 y Mata, 1989), la detección de los problemas educativos y el desarrollo de programas, así como la planeación y prevención educativas (Rueda, 1978), las cuales podría desempeñar en esta área de intervención.

El psicólogo educativo podría participar al lado de otros profesionistas realizando la evaluación (Gibson, 1979), desarrollo, planeación (Rueda, 1978) de los programas de prevención de la fármacodependencia dirigidos a los padres de familia y a los grupos de alto riesgo promoviendo la salud mental (Mata, 1989) en los mismos.

Asismismo, este profesionista podría diseñar y elaborar programas de intervención, capacitación y adiestramiento (Díaz Barriga, 1982) dirigidos a los docentes, padres de familia, adolescentes y población infantil (Mata, 1989), así como al personal de salud para mejorar el autoestima, la calidad de vida y las conductas tendientes a preservar la salud física de las personas, familias y comunidades. También podría apoyar el programa “Yo quiero, yo puedo” a través de favorecer el desarrollo de habilidades para la vida en los estudiantes con el fin de prevenir problemas de educación y salud mental (Mata, 1989), así como el programa del IMIFAP dado que está dirigido a los escolares desde el nivel preescolar hasta tercero de secundaria para fortalecer el contenido de las materias orientadas hacia la salud atacando las dificultades de adpatación en la escuela (Mata, 1989), el bajo aprovechamiento (Díaz Barriga, 1982) y evaluando este programa (Gibson, 1979).

Así, el psicólogo educativo podría participar en la prevención de la fármacodependencia realizando actividades como pláticas con temas de interés (Genovard y Col. 1987), orientación, consejo, talleres y conferencias dirigidas a los estudiantes, así como diseñaando y evaluando los programas encaminados a la prevención en los centros escolares (Mata, 1989, Gibson 1979, Rueda 1978 y Díaz Guerrero 1982).

El psicólogo educativo podría unirse a los programas de prevención de la fármacodpendencia, ya que tiene el perfil para hacerlo y de esta manera integrarse a la prevención de las adicciones (Mata, 1989). Tambien podría inducir a los educandos a la adopción de valores culturales, sociales y morales que le permitan desarrollarse en el marco de

una educación de calidad, contrarrestar las conductas de riesgo con habilidades y actitudes de protección por diversos programas de intervención

El programa de trabajo del sector educativo dentro del marco del Programa Nacional para el Control de Drogas se divide en cuatro áreas fundamentales: capacitación a agentes educativos, comunicación social, apoyos didácticos y vinculación de la educación preventiva con la educación informal, áreas en las que podría participar el psicólogo educativo dado que la capacitación, el apoyo didáctico y la prevención también se relacionan a su perfil profesional (Mata, 1989 y Castañeda 1989).

En los programas de prevención y promoción de la salud de los estudiantes universitarios mencioanados anteriormente, el psicólogo educativo podría contribuir a mejorar su calidad de vida, su capacidad personal, su aprovechamiento escolar y por lo tanto su formación integral. Su estrategia sería la promoción de estilos de vida sanos En relación al modelo de Salud Integral del estudiante Universitario basado en el desarrollo humano, la salud sexual y la prevención de las adicciones. Este profesionista podría apoyar las prácticas que fortalezcan los factores de protección y los concienticen sobre lo que implican los riesgos, al igual que la formación de redes en cada uno de los planteles, realizando talleres foros, exposiciones, cine-debates, dando información científica y actualizada en temas de interés relacionados a la drogadicción.

Así, el psicólogo educativo es un profesionista que podría participar en el campo de la salud realizando una serie de actividades en el área de prevención de la fármacodependencia, contribuyendo aunque sea con un granito de arena en esta aproblemática que está causando graves problemas en nuestra sociedad, de ahí el interés por desarrollar la presente investigación que será de mucha utilidad, ya que este profesionista podría extender su campo de acción al área de la salud.

De esta manera el psicólogo educativo podría actuar de acuerdo a su perfil y formación académica previniendo las adicciones desde una perspectiva educativa, apoyando, orientado y resolviendo dudas a los maestros, así como también desarrollando una serie de actividades encaminadas a la prevención (Mata, 1989).

En la primera parte de este capítulo se presentó un panorama general sobre la psicología educativa que incluyó sus antecedentes históricos, definición, objetivos, actividades y funciones, así como el desarrollo de esta disciplina en México. Posteriormente, en la segunda parte se incluyó un apartado sobre la vinculación de las funciones y actividades del psicólogo educativo relacionado a los problemas que ocasionan las drogas y su prevención en los aspectos sociales, escolares, familiares y educativos, finalizando con algunos modelos de prevención de las adicciones que se han implementado en nuestro país.

CAPÍTULO IV

M E T O D O L O G Í A

1. HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN.

- Los profesionistas que laboran en las instituciones que realizan prevención de la fármacodependencia desconocen las actividades de los psicólogos educativos.

- Los médicos, psicólogos/as, trabajadores/as sociales y enfermeras que laboran en las instituciones que realizan prevención de la fármacodependencia no difieren en su opinión respecto a las funciones y actividades que podrían realizar los psicólogos educativos.

- Entre las principales funciones y actividades que los psicólogos educativos podrían realizar en las instituciones de prevención de la fármacodependencia se encontrarían las siguientes:

  - Evaluación, diagnóstico e intervención de los efectos del consumo de drogas en la conducta, aprendizaje y desarrollo humano.

  - Asesoría y orientación educativas, consejo psicológico, información y capacitación a los padres de familia, maestros, comunidad escolar y personal que labora en hospitales, instituciones y otros centros de trabajo.

  - Diseño y elaboración de material de apoyo: didáctico, audiovisual y educativo.

  - Diseño, implementación y evaluación de programas educativos.

  - Programación, organización e impartición de cursos, talleres, pláticas, conferencias y otras actividades.

  - Investigación en el área de la prevención de la fármacodependencia de acuerdo a su perfil y formación profesional.

2. TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO.

El presente trabajo fue de tipo no experimental porque no hubo una manipulación de la variable de estudio (funciones y actividades del psicólogo educativo) sólo se observó, registró y describió tal y como se presentó en la realidad.

El diseño de la investigación fue de tipo exploratorio descriptivo transversal. Fue exploratorio porque no se contaba con información sobre las actividades del psicólogo educativo en relación a la prevención de la fármacodependencia, fue descriptivo porque se orientó a describir las características de la variable de estudio y fue transversal debido a que la variable de interés se describió solamente en una ocasión en un tiempo determinado y no se realizó un seguimiento de la misma.

3. SUJETOS.

Los profesionistas que estaban en contacto con el área de prevención de la fármacodependencia y que laboraban en algún centro de información y tratamiento para el alcoholismo, tabaquismo y fármacodependencia constituyeron los sujetos de estudio.

En total participaron 34 profesionistas: 23 mujeres y 11 hombres, con edades entre los 20 y 54 años y una media de 35 años: 3 médicos/as (2 hombres y 1 mujer), 15 psicólogos/as (8 hombres y 7 mujeres, 14 trabajadores/as sociales (3 hombres y 11 mujeres) y 2 enfermeras.

4. INSTITUCIONES.

Colaboraron ocho centros de información y tratamiento para el alcoholismo, tabaquismo y fármacodependencia ubicados en el Distrito Federal: 6 públicos y 2 privados. Al momento de realizarse éste trabajo en 1997, el Distrito Federal únicamente contaba con tres instituciones que tenían programas formales de prevención de la fármacodependencia, sin embargo, también había otras 5 instituciones que realizaban algún tipo de prevención de ésta, pero sin contar con un programa formal, las cuales también se incluyeron en la muestra. A continuación se enlistan éstas especificando el tipo y número de profesionistas que participaron en cada una:

Instituciones con programa formal:

- Programa de Atención a la Fármacodependencia (ADEFAR): 8 trabajadoras sociales.
- Centros de Integración Juvenil (CIJ): 1 psicólogo, 4 psicólogas y 1 trabajadora social.
- Comisión Nacional para el Deporte (CONADE): 4 psicólogos y 1 trabajadora social.

Instituciones sin programa formal:

- Centro Contra las Adicciones (CENCA): 1 psicóloga, 1 enfermera y 1 trabajador social.
- Centro Comunitario de la Clínica San Rafael (CCSR): 1 psicólogo.
- Centro de Atención Toxicológica Xochimilco (CAT-X): 1 enfermera 1 doctora, 1 trabajadora social y 2 psicólogas.
- Centro de Atención Toxicológica Venustiano Carranza (CAT-VC): 2 médicos, 2 trabajadores sociales y 1 psicólogo.
- Clínica Monte Fénix (CMF): 1 psicólogo.

5. INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN.

Como instrumento de investigación se utilizó un cuestionario elaborado exprofesamente para recabar los datos referentes a la variable de estudio con el propósito de identificar el tipo de profesionista de la psicología que realizaba esta actividad en las instituciones participantes y principalmente para conocer las actividades que deberían realizar los psicólogos educativos en esta área de intervención.

Para la elaboración del instrumento se revisó la literatura y se realizó una búsqueda documental vinculada al tema para identificar las funciones y actividades del psicólogo educativo, para lo cual se consultaron revistas, libros y tesis. También se solicitó y analizó el programa de prevención de la fármacodependencia de las instituciones que contaban con éste. Una vez que se tuvo esta información se elaboró el instrumento de investigación en forma de cuestionario, el cual se sometió a la revisión de personas expertas en el tema (jueces). Se realizaron las correcciones sugeridas por los jueces y se conformó la versión final del mismo.

El cuestionario llevó por nombre "Funciones y actividades del psicólogo educativo en la prevención de la fármacodependencia". Los reactivos que lo conformaron fueron de opción múltiple para facilitar su resolución y calificación. Para contestarlo, los sujetos tenían que escribir una cruz (**x**) adentro del paréntesis de la opción o de las opciones que consideraban como la/s respuesta/s más pertinente/s.

El instrumento de investigación se conformó de lo siguiente: presentación, instrucciones, agradecimiento, datos de identificación (fecha, profesión, edad e institución) y 49 reactivos divididos en 9 apartados que constituyeron los indicadores y exploraban los siguientes rubros:

El psicólogo en la prevención de la fármacodependencia:

- Situación del psicólogo en los programas de prevención de la fármacodependencia (reactivos 2 a 8).

El Psicólogo educativo en la prevención de la fármacodependencia:

- ***Evaluación y diagnóstico*** de los efectos, causas y problemas de conducta, desarrollo aprendizaje, rendimiento escolar y otros, ocasionados por el consumo de drogas en niños, adolescentes y jóvenes, a través de la aplicación de pruebas psicológicas y psicopedagógicas, así como de los p rogramas de prevención de la fármacodependencia (reactivos 9 a 17).
- ***Asesoría y orientación*** a niños, adolescentes, jóvenes, adultos, padres de familia y maestros, personal que labora en las escuelas, hospitales, centros de trabajo y en las propias instituciones que tratan la fármacodependencia y su prevención (reactivos 18 a 22).
- ***Intervención*** a través de dar terapia y consejo educativo, detectar casos ilícitos y canalizarlos o remitirlos a las instituciones correspondientes (reactivos 23 a 26).
- ***Diseño y elaboración de programas y material de apoyo*** sobre prevención de la fármacodependencia: didáctico, audiovisual y educativo como folletos, carteles,

láminas, textos, películas, videos, etc., así como programas de intervención, seguimiento y prevención (reactivos 27 a 31).

- ***Impartición de cursos, talleres, pláticas y conferencias*** a padres de familia, maestros, comunidad escolar y personal de instituciones, hospitales y otros centros de trabajo (reactivos 32 a 36).
- ***Capacitación*** de padres de familia, maestros, comunidad escolar y personal de instituciones, hospitales y otros centros de trabajo (reactivos 37 a 39).
- ***Programación y organización de actividades y eventos*** como cursos, talleres, pláticas, conferencias, etc. sobre fármacodependencia y su prevención dirigidas a los padres de familia, maestros, comunidad escolar y personal de las instituciones, hospitales y otros centros de trabajo (reactivos 40 a 45).
- ***Investigación*** sobre problemas de conducta y aprendizaje ocasionados por el consumo de drogas, las causas que subyacen a la fármacodependencia, así como los instrumentos técnicas y programas más adecuados para evaluar e intervenir los problemas detectados (reactivos 46 a 49).

6. VARIABLE DE ESTUDIO.

La variable de estudio del presente trabajo, *funciones y actividades del psicólogo educativo,* fue de tipo categórico policotómico debido a que se encontró conformada por diferentes categorías y los sujetos participantes podían seleccionar una o varias de éstas. Su nivel de medición fue de tipo nominal porque no existió un orden o jerarquía de las categorías planteadas, las cuales sólo indicaron las diferencias respecto a una o más de las características investigadas.

A nivel conceptual, se consideró como *funciones y actividades del psicólogo educativo*, las tareas y actividades que podría realizar este profesionista de la psicología en cualquier escenario o institución escolar o de cualquier otra índole siempre y cuando se relacionaran al proceso de enseñanza-aprendizaje tales como evaluación y diseño de programas, elaboración

de material, organización e impartición de cursos, talleres, conferencias, pláticas, etc., capacitación de personal, diagnóstico e intervención de problemas de conducta, aprendizaje y desarrollo, asesoría, orientación, consejo e investigación educativa, entre otras. Operacionalmente, se definió la variable de estudio como el porcentaje de respuestas obtenido en el instrumento de investigación.

7. DISEÑO MUESTRAL.

La unidad de análisis la conformaron los profesionistas que tenían contacto con la prevención de la fármacodependencia y que laboraban en algún centro de información y tratamiento del alcoholismo, tabaquismo y fármacodependencia.

El límite de la población lo constituyó el criterio de inclusión referente a que solo podían participar aquellas instituciones tanto públicas como privadas que realizaran prevención de la fármacodependencia sin considerar si tenían un programa formal o no. Por lo anterior, la muestra fue de tipo intencional y su tamaño lo conformó el personal que laboraba únicamente en las 8 instituciones que cubrieron el criterio de inclusión especificado.

8 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.

Instituciones participantes. Se incluyeron en la investigación las instituciones del Distrito Federal que contaran con programa de prevención de la fármacodependencia formal o que realizaran algún tipo de prevención de la fármacodependencia aunque no contaran con éste. No se incluyeron en la muestra las instituciones que no cubrieron este requisito.

Sujetos de estudio. Se consideraron como criterios de inclusión que los sujetos de estudio laboraran en instituciones que tuvieran programas o se realizaran actividades de prevención de la fármacodependencia y aceptaran participar en el estudio expresado su consentimiento para colaborar en forma voluntaria. No se incluyeron en la muestra los sujetos que no cubrieron estos requisitos o que no contestaron en su totalidad el cuestionario utilizado como instrumento de investigación.

9. EQUIPO Y MATERIAL.

Para la realización de la presente investigación se utilizó el equipo y material que a continuación se enlista:

Directorio de los centros de información y tratamiento del alcoholimo, tabaquismo y fármacodependencia. Éste permitió elaborar un listado de las instituciones que se dedican a la drogadicción para ubicarlas, visitarlas y conocer si contaban con un programa de prevención de la fármacodependencia, así como identificar las actividades que se realizaban en las mismas y quienes las realizaban.

Equipo y paquetes de cómputo. Se utilizó una computadora, una impresora laser y los programas de Word y Excel para Windows de Microsoft para la organización y captura de los datos e información recopilada, así como para la elaboración e impresión de los cuestionarios, tablas, gráficas y documentos necesarios. El paquete de estadística para las ciencias sociales (SPSS versión 8) se empleó para la captura y el análisis cuantitativo de los datos e información recopilada.

Papelería. Se emplearon hojas blancas, clips, engrapadora, lápices, gomas y lo necesario para la impresión y aplicación del instrumento de investigación, así como de los documentos necesarios.

10. PROCEDIMIENTO.

Se consultó y fotocopió el directorio de los centros de información y tratamiento para el alcoholismo, tabaquismo y fármacodependencia públicos y privados proporcionado por el Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP), para identificar las instituciones que tenían entre sus objetivos la prevención de la fármacodependencia. Del directorio proporcionado por el IMP, se seleccionaron las que realizaban este tipo de actividad y se elaboró el listado de las mismas.

Se ubicó y visitó las instituciones seleccionadas para conocer si contaban con programas de prevención de la fármacodependencia. Se encontró que algunas de ellas ya no se

localizaban en la dirección especificada en el directorio y que otras habían cambiado de lugar y no se encontraba registrado su nuevo domicilio.

De las que fueron localizadas se entrevistó al responsable del área de fármacodependencia con el propósito de saber si tenían programa de prevención de ésta. Cuando las instituciones contaban con programa, se solicitó una copia del mismo. En el caso de las que no lo tenían, los datos se obtuvieron a nivel verbal. Con base en esto, se elaboró la lista definitiva de las instituciones que se consideró debían conformar la muestra de estudio porque cubrían el criterio de inclusión especificado: realizar prevención de la fármacodependencia, contaran o no, con un programa formal.

Se analizaron los programas de prevención de la fármacodependencia de las instituciones que los proporcionaron (ADEFAR, CIJ Y CONADE) considerando los objetivos, actividades y el personal que realiza la prevención de este fenómeno.

A partir del análisis de los programas proporcionados por las instituciones participantes, se elaboró un resumen de las actividades que se realizaban en las mismas respecto a la prevención de la fármacodependencia. Con base en esta información y en las funciones y actividades de los psicólogos educativos identificadas a nivel teórico a través de realizar la revisión documental y bibliográfica de la literatura correspondiente al tema, se elaboró el cuestionario “Funciones y actividades del psicólogo educativo en la prevención de la fármacodependencia” que se utilizó como instrumento de investigación.

Se visitó a las instituciones por segunda vez y se solicitó al responsable del área de fármacodependencia el permiso para la aplicación de los cuestionarios al personal relacionado con ésta. El instrumento de investigación se aplicó a los profesionistas que se encontraban en contacto con la prevención de la fármacodependencia y que laboraba en las instituciones participantes. La recolección de los datos tomó de cuatro a ocho semanas, realizándose varias visitas a cada una de las instituciones de la muestra debido a que los sujetos de estudio no siempre estuvieron disponibles el día de la aplicación del cuestionario.

Una vez que se aplicó el cuestionario a los profesionistas que manifestaron su interés de colaborar en la investigación, se procedió a realizar el análisis cuantitativo de los datos

obtenidos, para lo cual se organizó y capturó la información recopilada a través de medios computarizados. El análisis estadístico de los mismos se hizo a través del *Paquete de estadística para las ciencias sociales* (SPSS versión 8).

Con los datos obtenidos se elaboraron las gráficas y los tablas correspondientes. Igualmente, a partir de éstos se planteron las conclusiones y la discusión de los resultados con base en los fundamentos teóricos revisados.

11. CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Se planteó lo siguiente a nivel ético en vista de que los sujetos de investigación fueron seres humanos:

- Se obtuvo el permiso informado de los responsables de las instituciones participantes.
- No se obligó o condicionó la participación de los sujetos en la investigación, dado que fue completamente voluntaria y se encontraron en plena libertad de decidir si deseaban participar en el estudio o no querían hacerlo.
- En ningún momento se atentó contra la integridad física o emocional de los sujetos participantes debido que no recibieron ningún tratamiento médico o psicológico, sólo se recabó su opinión sobre la variable de estudio.
- Se mantuvo el anonimato de los profesionistas que participaron en la investigación, manejado la información obtenida únicamente a nivel estadístico y con fines descriptivos, sin mencionar o dar a conocer la identidad de los mismos.

CAPÍTULO V

DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

1. ESTADÍSTICA UTILIZADA.

La estadística utilizada para el análisis de los datos recolectados fue principalmente de tipo descriptivo, ya que su objetivo se orientó a describir la variable de interés en un sólo momento y en un tiempo determinado. Por ello, se obtuvieron las frecuencias y porcentajes de los datos recolectados, a partir de los cuales se elaboraron las tablas y gráficas que ilustraron los resultados y facilitaron el análisis cuantitativo, así como el planteamiento de las conclusiones. También se realizó la comparación de los diferentes grupos de profesionistas que participaron en la investigación a través de la chi cuadrada (χ^2) porque la variable de estudio fue de tipo nominal, arrojando una probabilidad mayor a 0.05 debido principalmente a que la cantidad de sujetos en algunos de los grupos fue menor a 5. Por ello, para el análisis estadístico de los resultados, los diferentes profesionistas participantes se integraron en un grupo único de estudio.

2. SUJETOS.

De los 34 sujetos que colaboraron en la investigación, 12 pertenecieron (35%) al sexo masculino y 22 (65%) al sexo femenino. El rango de edad osciló entre los 20 y 54 años con una media de 35. En relación a la profesión de los participantes, colaboraron: 3 médicos/as (8.8%), 15 psicólogos/as (44.1%), 14 trabajadores/as sociales (41.2%) y 2 enfermeras (5.9%), quienes laboraban en las diferentes instituciones públicas y privadas estudiadas. Las actividades que desempeñaban se relacionaron de una u otra forma con la fármacodependencia, ya que cada uno tenía contacto directo con los usuarios de las drogas desde su formación profesional: los médicos y enfermeras prestando atención a nivel físico y de salud, los psicólogos dando orientación y atención psicoterapeútica y los trabajadores sociales estableciendo contacto con

las familias, haciendo los estudios socioecónomicos y describiendo el perfil y contexto de los usuarios de drogas, entre otras cosas.

3. INSTITUCIONES.

Respecto a los centros de información y tratamiento para el alcoholismo, tabaquismo y fármacodependencia, todos se encontraban ubicados en el Distrito Federal, participanado 6 instituciones públicas (75%) y 2 intituciones privadas (25%). No todas contaban con programas de prevención de la fármacodependencia, sin embargo, aun aquellas que no tenían esta actividad formalmente establecida realizaban actividades de prevención como parte de los servicios que ofrecían, razón por la que también se incluyeron en la presente investigación. Por otro lado, todas las instituciones participantes tenían en común que prestaban servicio a personas con problemas de drogadicción.

4. EL PSICÓLOGO EN LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DE LA FÁRMACODEPENDENCIA.

Los rubros que se evaluaron en las instituciones estudiadas en relación a la participación de los psicólogos fueron los siguientes (reactivos 2 a 8):

- Conocer si laboraban psicólogos en dichas instituciones.
- Conocer que tipo de psicólogos laboraban en las mismas.
- Conocer si el trabajo que realizaban los psicólogos cubría las necesidades de éstas y había ayudado a mejorar los servicios que ofrecían.
- Conocer si las actividades que desarrollaban los psicólogos se relacionaban con los programas de prevención de la fármacodependencia.
- Conocer si el trabajo que realizaban los psicólogos cubría las necesidades y había ayudado a mejorar los servicios que ofrecían los programas de prevención de la fármacodependencia.

Los datos recabados en este rubro arrojaron los siguientes resultados: el 88.2% de los participantes reportaron que si laboraban psicólogos en las instituciones estudiadas y con igual porcentaje que sus actividades se relacionaban con la prevención de la fármacodependencia, el 17.6% indicó que laboraban psicólogos clínicos, el 73.0% dijo que el trabajo que realizaban si cubría las necesidades de las instituciones en que laboraban y el 76.4% que habían ayudado a mejorar los servicios de éstas (ver figura 1).

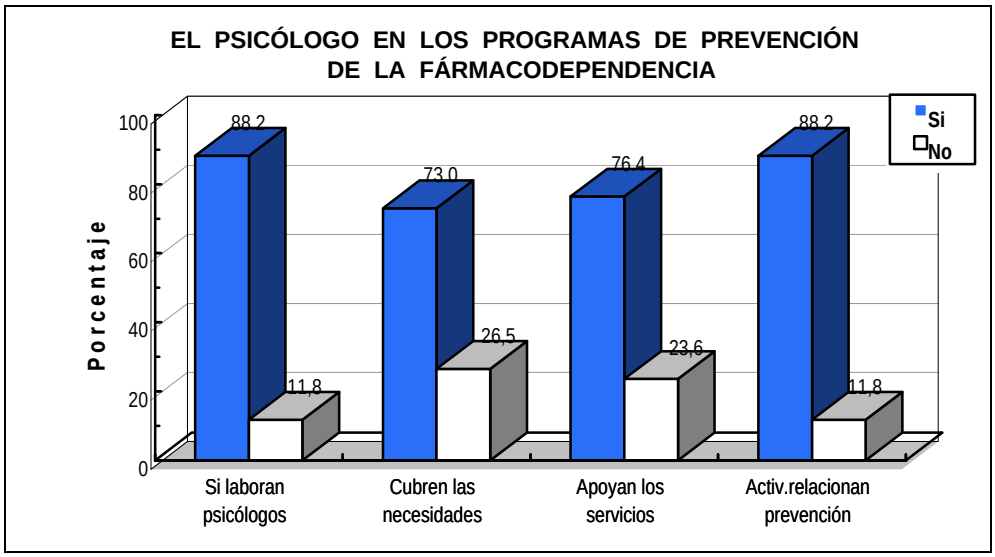

FIGURA 1. Se muestra que la opinión de los participantes fue farovable respecto a la situación de los psicólogos y las actividades que realizan en las instituciones estudiadas. El 88.2% mencionó que si laboran psicólogos en donde ellos trabajan y que las actividades que realizan se relacionan con la prevención de la fármacodependencia, el 73.0% opinó que su trabajo cubre las necesidades de las mismas y el 76.4% expresó que han ayudado a mejorar los servicios que éstas prestan.

5. PAPEL DEL PSICÓLOGO EDUCATIVO EN LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DE LA FÁRMACODEPENDENCIA.

Los rubros que evaluaron los participantes respecto a las actividades que deberían realizar los psicólogos educativos en los programas de prevención de la fármacodependencia fueron los siguientes: evaluación y diagnóstico, orientación, intervención, diseño y elaboración

de programas y material de apoyo, impartición de cursos, talleres, pláticas y conferencias, capacitación, programación y organización de eventos e investigación.

5.1 Evaluación y diagnóstico.

En el rubro de evaluación y diagnóstico de los programas, así como de las causas, problemas y efectos del consumo de drogas se indagaron los siguientes aspectos en relación a las actividadaes de los piscólogos educativos en las insituciones que realizan prevención de la fármacodependencia:

- Los problemas y conducta de los niños nacidos de madres que consumen drogas durante el embarazo.
- Las causas, problemas y efectos del consumo de drogas en el desarrollo infantil.
- Las causas, problemas y efectos del consumo de drogas en los adolescentes, jóvenes y adultos
- Los problemas de aprendizaje y sus efectos en el rendimiento escolar ocasionados por el consumo de drogas.
- La aplicación de pruebas psicológicas y psicopedagógicas para valorar las causas, problemas y efectos del consumo de drogas en la población mencionada.
- Los problemas y programas relacionados a la prevención de la fármacodependencia.

Los resultados obtenidos respecto a las actividades de evaluación y diagnóstico que podrían realiza los psicólogos educativos en los programas de prevención de la fármacodependencia fueron los siguientes: el 73.5% de los participantes dijo que evaluar y diganosticar los problemas y conducta de los hijos nacidos de madres que consumen drogas, el 91.2% los problemas y efectos del consumo de drogas en el desarrollo infantil, el 61.8% los problemas y efectos del consumo de drogas en los adolescentes, jóvenes y adultos, el 53.0% los problemas de aprendizaje y sus efectos en el rendimiento escolar ocasionados por el consumo de drogas, con el mismo porcentaje las causas de los problemas que presentan los niños, adolescentes, jóvenes y adultos que consumen drogas, así como los problemas y efectos

ocasionados por el consumo de drogas a través del uso de pruebas psicológicas, el 38.2% los efectos del consumo de drogas en el rendimiento escolar y el aprendizaje a través del uso de pruebas psicopedagógicas y el 20.5% los problemas y programas relacionados a la prevención de la fármacodependencia (ver figura 2).

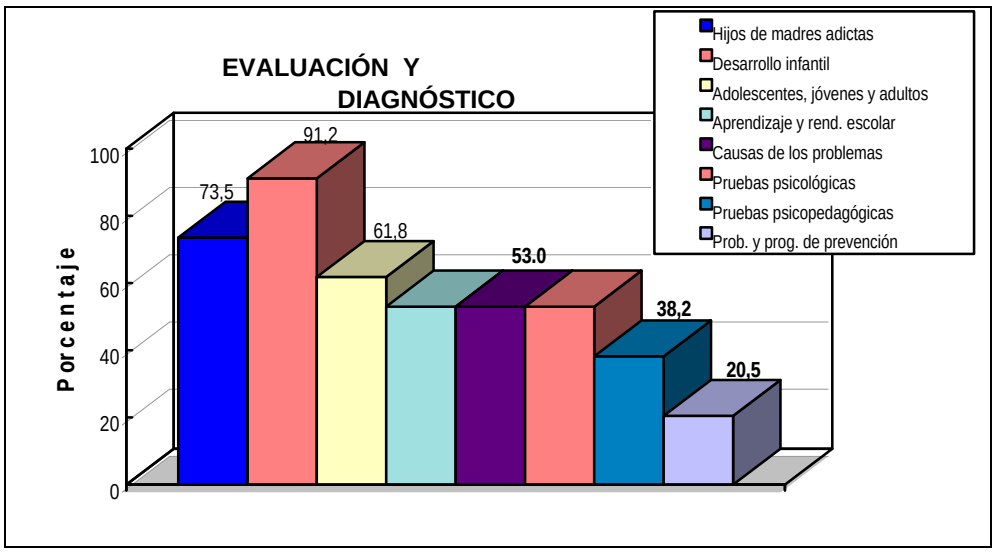

FIGURA 2. Se muestran las actividades de evaluación y diagnóstico de los psicólogos educativos según la opinión de los participantes, sobresaliendo las que se relacionan a los efectos que tiene el consumo de drogas en el desarrollo infantil (91.2%), los adolescentes, Jòvenes y adultos (61.8%) y los niños nacidos de madres que consumen drogas durante el embarazo (73.5%).

5.2 Asesoría y orientación.

En el rubro de asesoría y orientación, las actividades que los psicólogos educativos podrían desempeñar en las instituciones que realizan programas de prevención de la fármacodependencia, se dirigieron a explorar las personas a quienes deberían atender, a saber:

- Niños, adolescentes y jóvenes con problemas de fármacodependencia.
- Padres de familia que consumen drogas o que tienen hijos que lo hacen.

- Maestros sobre la fármacodependencia y su prevención.
- Personal que labora en las escuelas como trabajadores sociales, autoridades, personal de apoyo, administrativo y de intendencia, etc.
- Personal de las instituciones que abordan la drogadicción, hospitales y otro centros de trabajo para prevenir y remediar el consumo de drogas de su personal y trabajadores.

Los resultados encontrados en el aspecto de asesoría y orientación respecto a la opinión de los participantes fueron los siguientes: el 23.5% dijo que debería orientarse a los niños, adolescentes y jóvenes con problemas de fármcodependencia, así como a los padres de familia que consumen drogas o tienen hijos que lo hacen, el 40.90% que al personal que labora en las escuelas como maestros, trabajadores sociales, autoridades, personal de apoyo, administrativo y de intendencia, etc., y el 20.5% al personal de hospitales y otros centros y de trabajo para prevenir y remediar el consumo de drogas de su personal y trabajadores (ver figura 3).

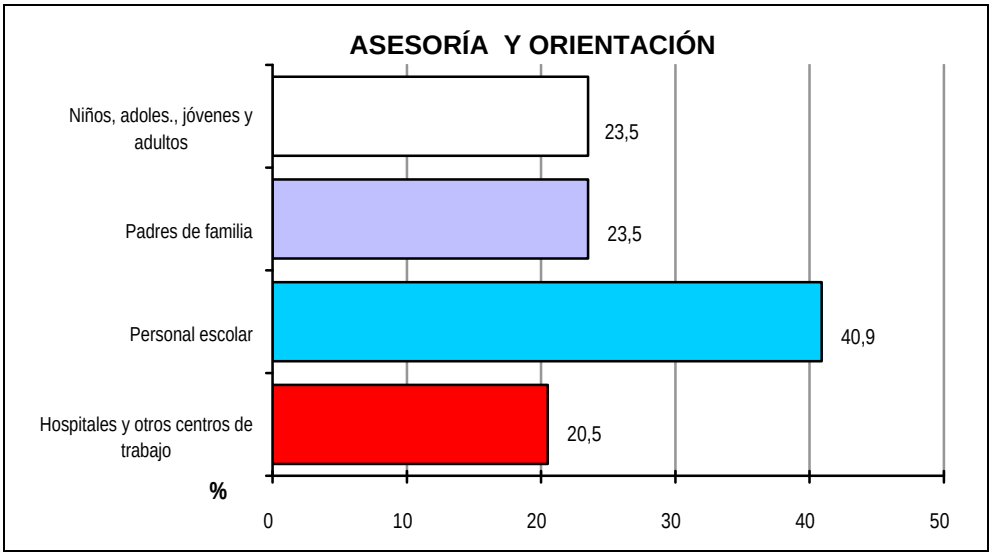

FIGURA 3. Se muestran las actividades de asesoría y orientación que de acuerdo a los participantes podría realizar el psicólogo educativo en la prevención de la fármacodependencia. Se observa que el mayor porcentaje (40.9%) se concentró en el personal escolar y el resto (20.5% y 23.5%) en los niños, adolescentes, jóvenes y adultos, así como en las instituciones, hospitales y otras centros de trabajo.

5.3. Intervención.

En cuanto a las funciones y actividades de intervención de los psicólogos educativos en los programas de prevención de la fármacodependencia, se consideraron las siguientes para su valoración:

- Terapia educativa a los sujetos que consumen drogas.
- Consejo psicológico a los sujetos que consumen drogas.
- Detección de los casos ilícitos relacionados a las drogas como consumo, venta y distribución.
- Canalización y remisión de los casos de fármacodepenencia a las instituciones correspondientes de acuerdo a su situación y características.

Los resultados encontrados en el aspecto de intervención basados en la opinión de los participantes fueron los siguientes: el 44.0% dijo que los psicólogos educativos podrían dar terapia y el 62.0% consejo psicológico a los sujetos que consumen drogas, el 73.5% detectar casos ilícitos de drogas como consumo, venta y distribución y el 44.0% canalizar o remitir los casos de fármacodepenencia a las instituciones correspondientes de acuerdo a su situación y características (ver figura 4).

5.4. Diseño y elaboración de programas y material de apoyo.

Respecto al punto de diseño y elaboración de programas y material de apoyo para la prevención de la fármacodependencia, los participantes contestaron sobre las actividades que los psicólogos educativos podrían desempeñar en los programas de prevención de la fármacodependencia, lo siguiente (ver figura 5):

- Material didáctico como folletos, trípticos, láminas, carteles, etc.
- Material audiovisual como diapositivas, acetatos, videos, películas, etc.
- Textos, guías, antologías y otro tipo de material educativo.

- Programas para intervenir y dar solución a los problemas de aprendizaje y conducta ocasionados por el consumo de drogas.
- Programas de seguimiento y prevención de la fármacodependencia.

Los resultados encontrados en el aspecto de elaboración de programas y material de apoyo sobre prevención de la fármacodependencia respecto a la opinión de los participantes fueron los siguientes: el 26.5% dijo que material didáctico como folletos, trípticos, láminas, carteles, etc., el 17.6% material audiovisual como diapositivas, acetatos, videos, películas, etc., el 11.8% textos, guías, antologías y otro tipo de material educaivo, el 20.5% programas para intervenir y dar solución a los problemas de aprendizaje y conducta ocasionados por el consumo de drogas, el 38.2% programas para la solución de los problemas de aprendizaje y conducta ocasionados por el consumo de drogas, el 44.0% programas de seguimiento y el 35.0% programas sobre la prevención de la fármacodependencia (ver figura 5).

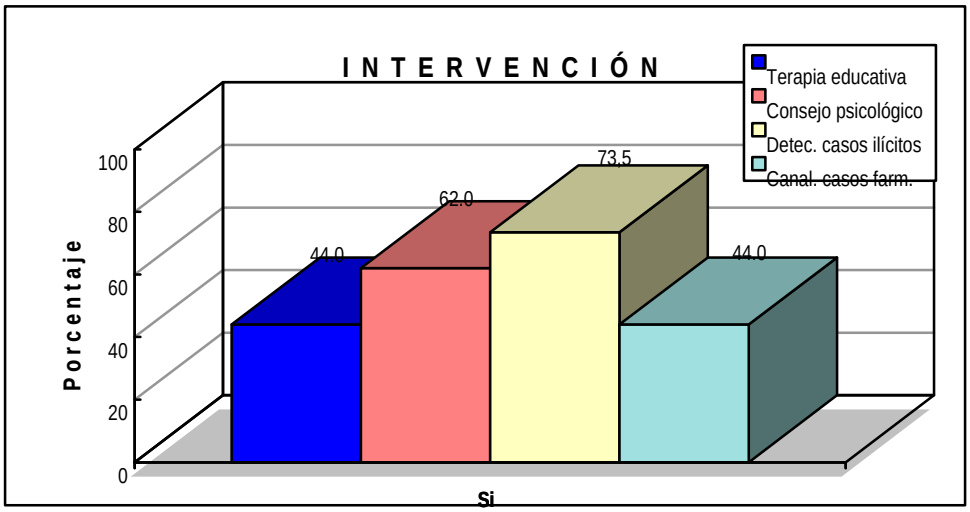

FIGURA 4. Muestra que el psicólogo educativo podría realizar en los programas de prevención de fármacodependencia las siguientes actividades de intervención: detectar casos ilícitos (73.5%) y en menor medida dar consejo psicológico a sujetos que consumen algún tipo de droga (62.0%).

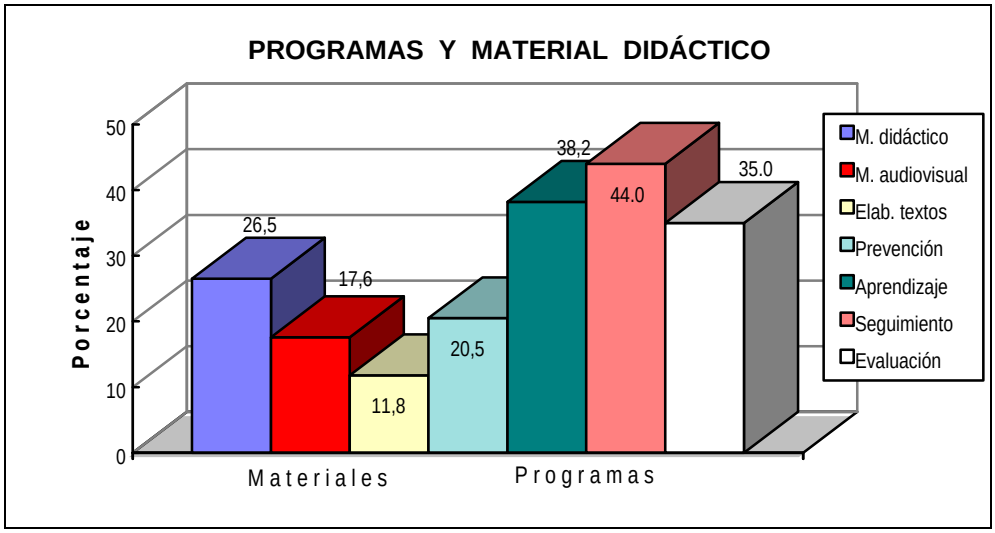

FIGURA 5. En el rubro de diseño y elaboración de programas y material de apoyo, pocos participantes consideran al psicólogo educativo como un profesionista que realice estas actividades relacionadas a la prevención de la fármacodependencia. Los porcentajes más altos se presentaron en elaboración de programas de seguimiento (44.0%), para la solución de problemas de aprendizaje y conducta producidos por el consumo de drogas (38.2%) y la prevención de la fármacodependencia (35.0%).

5.5 Impartición de cursos, talleres, pláticas y conferencias.

En el apartado de impartición de cursos, talleres, pláticas y conferencias las funciones y actividades del psicólogo educativo según los encuestados deberían ser y dirigirse a: (ver figura 6):

- Sobre prevención de la fármacodependencia (20.5%).
- A los padres de familia (17.6%), maestros y personal escolar (17.6%).
- Personal de las instituciones, hospitales y otros centros de trabajo (38.2%).
- Organización de otras actividades (44.0%).

Relacionado a la impartición de cursos, talleres, pláticas y conferencias el psicólogo educativo: el 20.5% de los participantes consideraron que sobre prevención de la

fármacodependencia, el 17.6% a los padres de familia, maestros y personal escolar, el 38.2% al personal de las instituciones, hospitales y otros centros de trabajo y el 44.0% organizar otras actividades (ver figura 6).

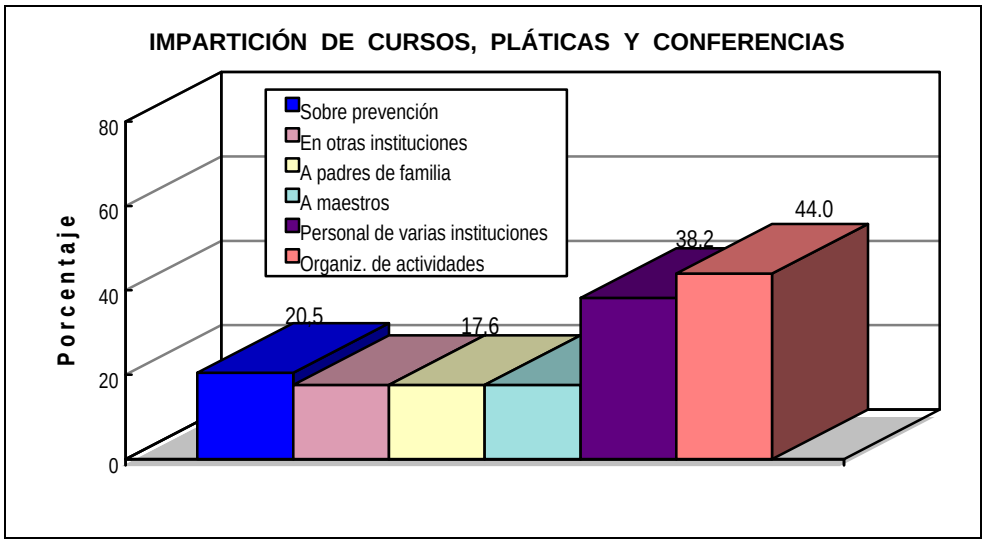

FIGURA 6. Se muestra que paradójicamente al psicólogo educativo se le considera poco como un profesionista que imparta cursos, pláticas y conferencias sobre prevención de la fármacodependencia a los maestros, padres de familia, personal de los centros de trabajo u organice actividades de prevención.

5.6. Capacitación.

Referente al aspecto de capacitación se consideraron para su valoración los siguientes puntos:

- Informar y capacitar a los maestros y comunidad escolar en el manejo de los problemas de fármacodependencia y su prevención.
- Informar y capacitar al personal que labora en las instituciones que tratan los problemas de fármacodependencia.

- Informar y capacitar al personal que labora en otras instituciones y centros de trabajo sobre el manejo de los problemas de la fármacodependencia y su prevención.

En el aspecto de capacitación al psicólogo educativo los participantes lo observan de la siguiente forma: el 44.0% informar y capacitar a los maestros y comunidad escolar en el manejo de los problemas de fármacodependencia y su prevención y con el mismo porcentaje al personal que labora en las instituciones que tratan los problemas de fármacodependencia y el 29.4% al personal que labora en otras instituciones y centros de trabajo (ver figura 7).

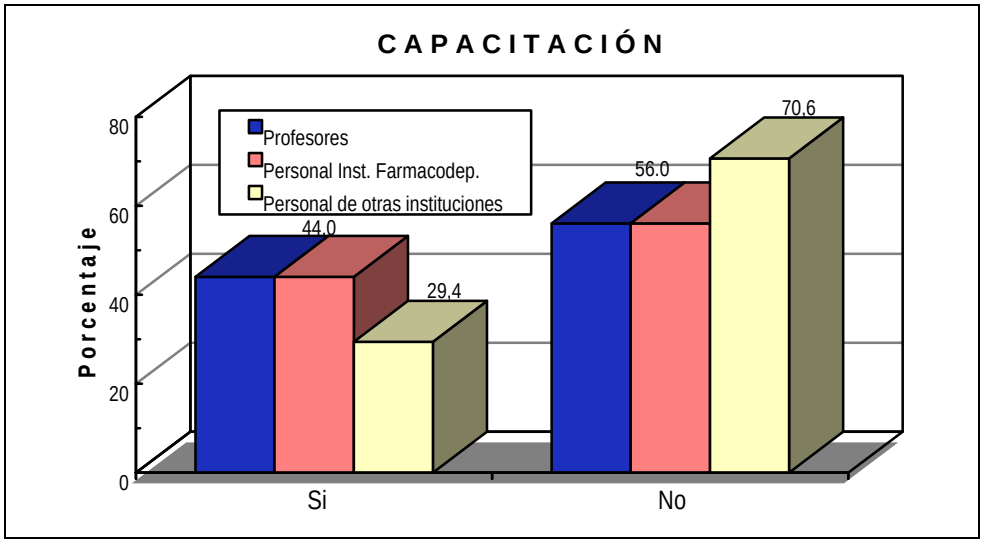

FIGURA 7. Al psicólogo educativo prácticamente no se le considera como un capacitador de los profesores, el personal que labora en las instituciones problemas de farmacodependencia y al personal de otras instituciones.

5.7. Programación y organización de eventos.

- Programar y organizar cursos, talleres, pláticas y conferencias sobre fármacodependencia y su prevención.

- Programar y organizar cursos, talleres, pláticas y conferencias para los padres de familia, maestros y el personal que labora en la institución sobre temas relacionados a la fármacodependencia.
- Programa y organizar actividades sobre prevención de la fármacodepdencia y su prevención.

Los resultados encontrados en el rubro de programación y organización de eventos respecto a la opinión de los participantes fueron los siguientes: el 29.4% contestó que cursos, talleres, pláticas y conferencias sobre fármacodependencia y su prevención, el 20.5% programar y organizar esto para los padres de familia, el 44.0% para los maestros y el 47.0% para el personal que labora en la institución sobre temas relacionados a la fármacodependencia, finalmente el 17.6% actividades sobre prevención de la fármacodepdencia y su prevención (ver figura 8).

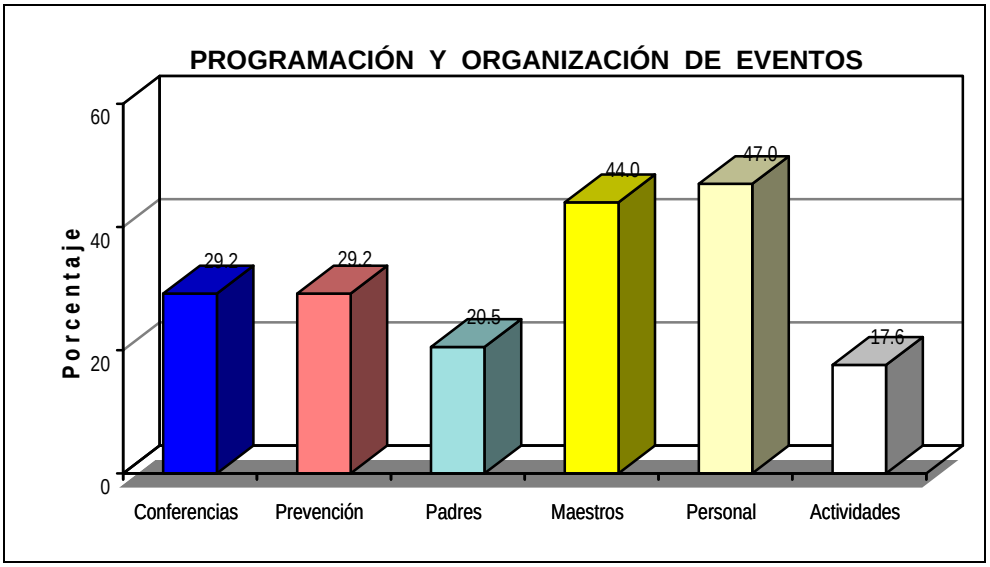

FIGURA 8. Menos de la mitad de los participaron opinaron que el psicólogo educativo puede colaborar en la organización de actividades sobre prevención de la fármacodependencia dirigidas al personal de las instituciones (47%) y maestros (44%). En el resto los porcentajes se encontraron entre el 17.6% y el 29.9%.

5.8. Investigación.

Por último en el aspecto de la investigación las funciones y actividades del psicólogo educativo que se exploraron fueron las siguientes:

- Los problemas de conducta ocasionados por el consumo de drogas en niños, adolescentes, jóvenes y adultos.
- Las dificultades o problemas de aprendizaje y sus efectos en el rendimiento escolar ocasionados por el consumo de drogas en niños, adolescentes, jóvenes y adultos.
- las causas que subayacen al problema de la fármacodependencia y su prevención.
- Los instrumentos, técnicas u programas más adecuadas para evaluar diagnosticar e intervenir problemas de fármacodependencia y su prevención.

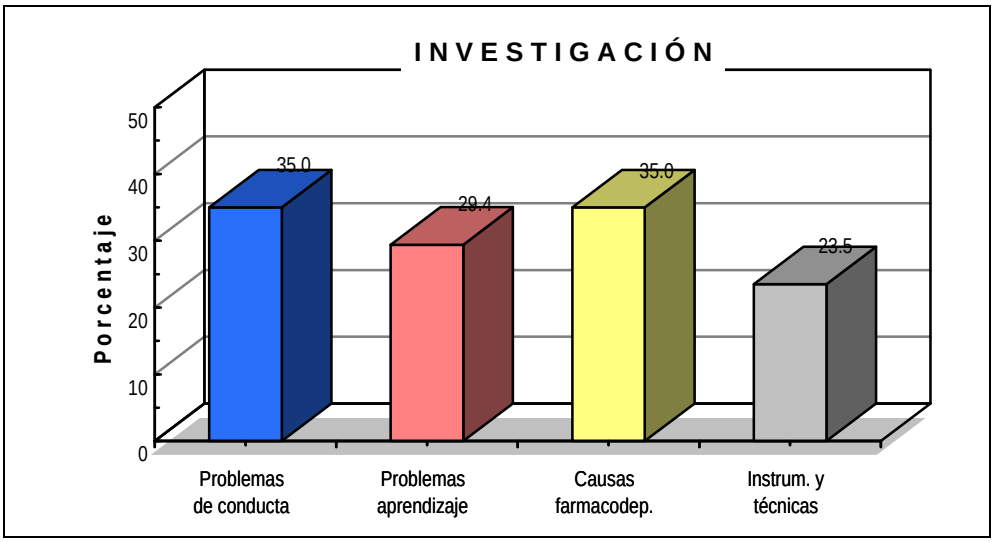

FIGURA 9. Se puede observar que al psicólogo educativo se le considera poco como un profesionista que realiza investigación en el campo de la fármacodependencia, dado el rango de respuestas se ubicó entre 23.5% y 35.0%.

Los resultados encontrados en el rubro de investigación respecto a la opinión de los participantes fueron los siguientes: el 35.0% respondió que los problemas de conducta ocasionados por el consumo de drogas en niños, adolescentes, jóvenes y adultos, el 29.4% que las dificultades o problemas de aprendizaje y sus efectos en el rendimiento escolar ocasionados por el consumo de drogas en dicha población, también el 35.0% dijo que las causas que subayacen al problema de la fármacodependencia y su prevención y el 23.5% que los instrumentos, técnicas u programas más adecuadas para evaluar diagnosticar, tratar y prevenir los problemas ocasionados por este fenómeno (ver figura 9).

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

En este capítulo se presentan las conclusiones derivadas de los resultado obtenidos en el presente estudio sobre el papel que juega el psicólogo educativo en los programas de prevención de la fármacodependencia, así como la discusión de los mismos con base en el marco teórico revisado. De igual forma, se presentan los alcances y limitaciones del estudio, así como algunas sugerencias.

1. CONCLUSIONES.

Referente a las hipótesis planteadas, se corroboró que los profesionistas que laboran en las instituciones que realizan prevención de la fármacodependencia desconocen las actividades de los psicólogos educativos pero conocen las que realizan los psicólogos generales.

Asimismo, también se corroboró que los profesionistas encuestados como médicos, psicólogos, trabajadores sociales y enfermeras que laboran en las instituciones que realizan prevención de la fármacodependencia, no difirieron respecto a las funciones y actividades que podrían realizar los psicólogos educativos en esta área de intervención, opinando de manera similar todos ellos.

1.1. El psicólogo en la prevención de la fármacodependencia.

Respecto a la situación del psicólogo general, se puede concluir que en el gran problema de salud que constituyen las adicciones, los participantes opinaron que si trabajan psicólogos en la institución en donde ellos laboran, que sus funciones se relacionan a la fármacodependencia, que estos profesionistas desempeñan un papel importante en las instituciones que tratan el problema de la drogadicción desarrollando actividades de prevención e intervención y que su

labor ha contribuido a mejorar los programas de prevención de la fármacodependencia. Por lo tanto, el psicólogo general que labora en este tipo de instituciones es reconocido y aceptado en el campo de la salud.

1.2. El psicólogo educativo en la prevención de la fármacodependencia.

Evaluación y diagnóstico.

En cuanto a la participación del psicólogo educativo en los programas de prevención de la fármacodependencia, los participantes lo consideraron como un profesionista que podría realizar la evaluación y el diagnóstico de los efectos en los niños nacidos de madres que consumen drogas durante el embarazo, las causas, efectos y problemas asociados al consumo de drogas en los niños, adolescentes, jóvenes y adultos y también podría aplicar pruebas psicológicas y psicopedagógicas para evaluar las causas, efectos y problemas ocasionados por el consumo de drogas en el desarrollo, el rendimiento escolar y el aprendizaje.

Referente a esto, Gibson (1979) comenta que entre sus funciones, el psicólogo educativo realiza la evaluación de programas, Castañeda (1992) expresa que hace la evaluación cuantitativa y cualitativa de los sistemas y sus elementos, así como los proyectos, acciones y productos educativos a la vez que toma decisiones sobre la mejora que puede realizarse, Rueda (1978) refiere que realiza la detección de los problemas educativoss entre los que podrían incluirse aquellos ocasionados por el consumo de drogas, Gross (1994) señala que aplica pruebas psicológicas en particular de inteligencia como parte de la evaluación de los problemas de aprendizaje, Campos (1995) considera que dentro de sus actividades se encuentra la evaluación de programas, Díaz Barriga (1982) refiere que realiza la evaluación de cursos de capacitación y adiestramiento, Mata (1989) plantea que evalúa programas, individuos y sistemas educativos, así como técnicas de motivación y de cambio de actitudes.

En vista de que los psicólogos educativos realizan las funciones y actividades descritas por los autores mencionados, se plantea la posibilidad de abrir una línea de trabajo en el campo de la prevención de la fármacodependencia en donde podría contribuir en los aspectos de evaluación y diagnóstico relacionados al problema de las adicciones desde la perspectiva

psicoeducativa. De este modo, aun cuando los sujetos participantes desconocían las funciones y actividades de los psicólogos educativos, se les podría contemplar como profesionistas del área de prevención de la fármacodependencia aplicando en el campo de la salud los conocimientos y habilidades propios de su perfil y formación profesional relacionadas a la evaluación y diagnóstico de las causas, efectos y problemas en el desarrollo, aprendizaje y rendimiento escolar ocasionados por el consumo de drogas.

Asesoría y orientación.

En los aspectos de asesoría y orientación, los sujetos participantes no consideraron que los psicólogos educativos sean profesionistas que tengan a su cargo esta función, porque generalmente se les asocia a los problemas y actividades escolares, principalmente a los que se presentan dentro de los salones de clases. Referente a esto, Sorenson (1971) aporta una visión más amplia mencionando que la psicología educativa no sólo abarca el salón de clases, sino también otras áreas como son la comunidad, el trabajo y el hogar. Por su parte, Mata (1989) también refiere que una de las actividades y funciones de los psicólogos educativos es la orientación.

Por lo anterior, en la asesoría y orientación a niños, adolescentes, jóvenes, adultos, padres de familia, maestros y personal que lo solicita en relación a los problemas de fármacodependencia, el psicólogo educativo podría colaborar poniendo en práctica los conocimientos y habilidades propios de la psicología educativa. Dado que Gross (1994) señala que estos profesionistas pueden trabajar en clínicas de orientación infantil, entonces también podrían dar orientación en el campo de la prevención de la fármacodependencia a la población infantil manejando las temáticas propias de esta edad.

Campos (1995) considera que una de las actividades del psicólogo educativo es tanto la asesoría familiar como la orientación vocacional, a través de proporcionar información sobre las posibilidades educativas y la implementación de métodos de ayuda para la elección vocacional, así como para la formación y asesoramiento familiar. Por lo anterior, el psicólogo educativo podría organizar como parte de los programas de orientación educativa y vocacional, actividades y dinámicas relativas a la prevención de la drogadicción y de esta manera apoyar a los niños,

adolescentes y jóvenes en el gran problema de las adicciones, sensibilizándolos y concientizándolos de los efectos y consecuencias del consumo de drogas en su vida, familia y sociedad a corto, mediano y largo plazo.

Intervención.

Mata (1989) menciona que el psicólogo educativo realiza el estudio de niños que presentan dificultades de adaptación en la escuela, trabaja con padres de familia, atiende a individuos con necesidades de educación especial, estudia las diferencias individuales y describe las características de los alumnos que se desprenden de las teorías del desarrollo psicológico. Por su parte Good (1996) indica que se dedica al desarrollo, personalidad y aptitudes de los estudiantes.

De igual forma, Gibson (1979) señala que entre las funciones de intervención de los psicólogos educativos se encuentran la modificación de conductas, el cambio de actitudes y la prevención de las enfermedades mentales, Mata (1989) considera que implementan medidas preventivas antes que terapéuticass en grupos de alto riesgo y Campos (1995) asimismo menciona las funciones preventivas como parte de sus actividades. Por ello, estos profesionistas podrían realizar la prevención y promoción de la salud mental asociadas a la drogadicción o fármacodependencia en grupos de riesgo como son las poblaciones infantil, adolescente y juvenil que consumen drogas, principalmente en las instituciones escolares.

Por ello, al psicólogo educativo se le podría considerar como un profesionista que participe en la reeducación y terapia educativa de los sujetos que consumen algún tipo de droga, así como dando consejo psicoeducativo en esta misma área. En el campo de la salud podría colaborar en la detección de casos ilícitos y remitirlos a las instituciones hospitalarias trabajando con el equipo multidisciplinario que labora en el área de la prevención de la fármacodependencia. Referente a esto, Mata (1989) considera que el psicólogo educativo puede fungir como consejero y Rueda (1978) va más allá, diciendo que también puede realizar rehabilitación educativa.

Diseño y elaboración de programas y material de apoyo.

Por su parte, Díaz Barriga (1982) refiere que el psicólogo educativo realiza el diseño y la planeación de cursos de capacitación y adiestramiento, Mata (1989) menciona que planea y realiza innovación curricular, además del diseño de técnicas de motivación y de cambio de actitudes, Díaz Barriga (1982) considera que interviene en los requirimientos del diseño curricular, Castañeda (1989) comenta que diseña textos científicos y otro material didáctico, y Campos (1995) considera que entre sus actividades se encuentra la organización y desarrollo de programas educativos. Habilidades que podría adaptar y aplicar a la prevención y problemas vinculados a la drogadicción.

Gross (1994), manifiesta que psicólogo educativo planifica y supervisa la enseñanza y su regularización y Castañeda (1989) expresa que este profesionista diseña planes y programas, módulos y prototipos de material didáctico, paquetes didácticos y libros de texto, planea, selecciona y utiliza medios técnicas y métodos de comunicación didáctica y psicopedagógica adecuados como los métodos expositivos, instructivos y análiticos. De este modo, el psicológo educativo podría trabajar al lado de los maestros y padres de familia planificando, implementando y evaluando programas dirigidos a la prevención de las adicciones en las escuelas, y comunidad, así como elaborando y diseñando protipos, textos y material didáctico como apoyo a las campañas y actividades encaminadas a la prevención y solución de la fármacodependencia.

Impartición de cursos, talleres, pláticas y conferencias.

También en el aspecto de impartición de cursos, talleres, pláticas y conferencias sobre prevención de la fármacodependencia a padres de familia, maestros y personal que labora en las Instituciones, escuelas y otros lugares de trabajo, los participantes consideraron que el psicólogo educativo es un profesionista que no realiza estas actividades en el área de la salud. No obstante, Díaz Barriga (1982) refiere que el psicólogo educativo interviene en el diseño y planeación de cursos de capacitación y adiestramiento y Mata (1989) menciona que trabaja con padres de familia. Entonces, este profesionista de la educación podría organizar e impartir cursos, talleres, pláticas y conferencias, como apoyo a la drogadicción y su prevención.

Capacitación.

En cuanto a la capacitación de los profesores y personal que labora en escuelas, instituciones y otros centros de trabajo de acuerdo a los resultados de la investigación, se concluye que los participantes no consideraron que éstas sean funciones y actividades de los piscólogos educativos. Sin embargo, Mata (1989) refiere que estos profesionistas capacitan al personal que labora en las escuelas, instituciones que no difieren mucho de las instituciones encargadas de la prevención de la fármacodependencia, por ello podrían realizar la capacitación de médicos, enfermeras, trabajadores sociales, maestros, asesores, padres de familia, etc., en temas relacionados a la fármacodependencia y su prevención.

Programación y organización de actividades y eventos.

En cuanto a que el psicólogo educativo participe en la programación de eventos como cursos, talleres, pláticas y conferencias sobre prevención de la fármacodependencia dirigidos a padres de familia, maestros, personal que labora en las instituciones hospitalarias y otros centros de trabajo, así como en la organización de éstos y diversas actividades para prevenir la fármacodependencia, se concluye de acuerdo a los resultados de la investigación que los sujetos participantes opinaron que esto no forma parte de sus funciones. No obstante, Gibson (1979) plantea que entre las actividades del psicólogo educativo se encuentra la planeación de actividades, por lo que se considera que podría colaborar realizando estas funciones siempre y cuando las temáticas se relacionen a la prevención de la fármacodependencia y se realicen desde la perspectiva psicoeducativa.

Investigación.

En el último rubro que se refiere a investigación, se concluye que en actividades de este tipo los profesionistas participantes opinaron que al psicólogo educativo no le corresponde investigar sobre problemas de conducta, dificultades o problemas de aprendizaje ocasionados por el consumo de drogas, las causas que subyacen al problema de fármacodependencia y sobre los instrumentos y técnicas para evaluar, diagnosticar e intervenir la problemática que se suscita en esta área. En relación a este, punto, Gibson (1979) comenta que el psicólogo

educativo hace investigación, al igual que Gross (1994), quien menciona que investiga en cuanto a los métodos de enseñanza, currículo, entrevista y técnicas de orientación y Campos (1995) alude que hace investigación de los problemas escolares. Así, se considera que la participación del psicólogo educativo en la investigación de la fármacodependencia trabajando al lado de otros profesionistas en un equipo multidisciplinario, podría conducir a una mejor solución del problema de las adicciones, impactando no sólo la salud de las personas, sino también su educación en forma muy importante.

En términos generales se concluye que el psicólogo educativo podría formar parte del equipo multidisciplinario que participa en los programas de prevención de la fármacodependencia que se han implementado en algunas instituciones dedicadas a trabajar esta problemática, realizando actividades tales como: dando asesoría, orientación, terapia y consejo educativos; haciendo evaluación y diagnóstico en niños, adolescentes, jóvenes y adultos que consumen drogas; diseñando y elaborando programas y material de apoyo dirigidos a la drogadicción; impartiendo cursos, talleres, pláticas y conferencias a alumno, profesores, padres de familia, personal escolar e institucional; capacitando a la población que lo requiere; programando y organizando actividades académicas y recreativas, así como colaborando en la investigación de las causas, efectos y problemas asociados a la fármacodependencia y su prevención. Por tal motivo, el psicólogo educativo podría intervenir en el campo de la salud, pudiendo trabajar al lado de otros profesionistas como trabajadores sociales, enfermeras, psiquiatras, médicos, psicólogos etc. en instituciones escolares, hospitales y otros centros de trabajo, dado que su participación en los programas de prevención de la fármacodependencia sería de mucha ayuda para beneficio de la humanidad.

2. ALCANCES.

Esta investigación aporta información que corrobora que en el campo de la salud, específicamente en el área de prevención de la fármacodependencia, se desconocen las funciones y actividades del psicólogo educativo, reconociénodose más la labor del psicólogo general, el cual es ampliamante aceptado en este campo de trabajo. Sin embargo, aun cuando no se conocen las funciones del psicólogo educativo, algunos de los profesionistas encuestados

mencionaron que también podría participar en un equipo multidisciplinario colaborando con los profesionistas que laboran e integran el campo de la salud.

El principal alcance o aportación del presente trabajo se centra en dar a conocer algunas de las funciones y actividades que podría realizar el psicólogo educativo en el área de prevención de la fármacodependencia en particular, y en el campo de la salud en general, las cuales deberán sumarse a las que realiza cotidianamente en los centros e instituciones académicas. Esta información podría ser de utilidad a los psicólogos educativos que se inserten como trabajadores en instituciones diferentes a las escolares, pero adaptando las funciones y actividades propias del área psicoeducativa al campo de la salud.

3. LIMITACIONES.

Las limitaciones encontradas se relacionaron principalmente a dos cosas: la instrumentación de la investigación y la metodología empleada.

Referente al punto de instrumentación, la limitación principal se relacionó a la ubicación o localización de las instituciones, dado que cuando se llegaba a las mismas, ya no se encontraban en la dirección reportada o ya no existían algunas de las enlistadas en el directorio proporcionado por el Instituo Mexicano de Psiquiatría.

Otra limitante en este aspecto se centró en la dificultad para la recolección de los datos, debido a que en las instituciones que se localizaron y visitaron para entrevistarse con los responsables de las mismas, algunos de ellos no permitieron que se aplicara el instrumento de investigación, por lo que se tuvieron que dejar para que se proporcionaran a los profesionistas que laboraban en dichas instituciones argumentando que estaban ocupados realizando su trabajo y perderían mucho tiempo en resolverlos. En otras instituciones, el encargado del área de psicología, a quien se le informaba sobre el objetivo de la investigación, respondía que en ese momento no era posible que los profesionistas contestaran el cuestionario pues tenían trabajo, indicando que se dejaran y que en 15 días se regresara por ellos. Cuando se volvía por ellos, los cuestionarios no estaban contestados, razón por la que se tenía que esperar mucho tiempo o regresar una y otra vez, hasta que finalmente eran resueltos y entregados.

Respecto a las limitaciones metodológicas, una de ellas se centró en el tamaño de la muestra o número de instituciones participantes, el cual fue pequeño (8 instituciones), debido principalmente a que no en todas ellas se realizaba prevención de la fármacodependencia lo que dificultó contar con una muestra mayor. De igual modo, el número de las instituciones públicas y privadas no fue igual, pues participó un número mayor de instituciones públicas (6) que privadas (2), por la misma razón.

Respecto a la participación de hombres y mujeres, la muestra tampoco fue homogénea, colaborando más mujeres que hombres, debido al tipo de profesionistas encuestados, pues en las áreas de psicología, trabajo social y enfermería, labora un porcentaje más alto de mujeres que de hombres.

En relación al tipo de profesionistas, contestaron el cuestionario más psicólogos y trabajadores sociales que médicos y enfermeras, debido a que los últimos tenían menos contacto con la prevención de la fármacodependencia que los primeros, pues se dedican más a la revisión e intervención de los efectos en el aspecto físico de los usuarios de drogas. Por lo tanto, debido a la desigualdad de la muestra al participar más psicólogos y trabajadores sociales y pocos médicos y enfermeras, no se pudo realizar un análisis estadístico más robusto.

Finalmente, no se realizó una entrevista individual a profundidad con los profesionistas que contestaron el instrumento de investigación, lo que hubiera permitido corroborar sus respuestas, así como contar con más información. Del mismo modo, debió haberse realizado una entrevista a algunos directivos de las instituciones participantes para conocer su opinión sobre el servicio que prestaban éstas y las actividades que realizaban los profesionistas que laboraban en ellas, al igual que conocer también la opinión de los usuarios de los servicios prestados por estas instituciones.

4. SUGERENCIAS.

Dado que las principales limitaciones del estudio se relacionaron a la metodología, las sugerencias se centran principalmente en este aspecto, a saber:

- En réplicas o estudios posteriores deberá igualarse el número de instituciones privadas con las públicas para que de esta manera que se pueda realizar una comparación más equitativa.

- Respecto a la población de estudio, deberá buscarse que participe igual número de profesionistas de cada área para homogenizar la muestra de investigación respecto a los médicos, psicólogos, enfermeras, trabajadores sociales, etc., cuidando también en cuanto al sexo que el número de hombres y mujeres en cada profesión sea el mismo.

- Se recomienda que se realice una entrevista a una muestra seleccionada al azar de los profesionistas participantes en la investigación para profundizar sus respuestas. Asimismo, sería importante conocer la opinión de los usuarios para contrastar sus respuestas con las del personal que los atienden, por lo que también se sugiere realizar una entrevista a las personas que acuden a solicitar servicio a este tipo de instituciones, así como a los directores de las mismas.

- Finalmente, también se sugiere que se sigan realizando investigaciones sobre las funciones y actividades que los psicológos educativos podrían realizar en diferentes áreas, para que de esta manera se amplie su campo de acción laboral, dado que los conocimientos y habilidades que adquieren durante su formación profesional pueden ser aplicados en diferentes escenarios de trabajo además de las instituciones escolares.

B I B L I O G R A F Í A

1. Aguirre, R. (1990). Características psicosociales de los tabaquistas que solicitan tratamiento, según su sexo y su patrón de consumo. México: Salud Mental, Vol. 8, No. 24, pp. 12-18.

2. Álvarez, A. J. (1979). El desarrollo de la primera infancia. Manual para el seguimiento del desarrollo infantil desde el nacimiento hasta los 6 años (primera edición). México: El Caballito, pp. 34-46.

3. Anderson, R. C. (1979). Psicología Educativa (segunda edición). México: Trillas, pp. 15-32.

4. Araujo, R., Cantú de Ainslie, M. & Luna, V. (2003). Modelo comunitario de integración psicosocial. Serie Planeación. Modelos Preventivos. México: CONADIC, 36-40.

5. Arellanez Hernández, J. L. & Díaz Negrete, B. (2004). Factores psicosociales asociados con el abuso y la dependencia de drogas entre adolescentes: análisis bivariados de un estudio de casos y controles. Salud Mental, Vol. 27, No. 3, pp. 55, México: IMP.

6. Ausubel, D. P. (1978). Psicología Educativa (tercera edición). México: Trillas, pp. 19-23.

7. Berruecos Villalobos, L. (2004). Aspectos culturales que inciden en la prevención de las adicciones. Libeaddictus No. 79, pp. 16-18, México: IMP.

8. Campos, F. (1995). El papel del psicólogo de la educación (segunda edición). México: Trillas, pp. 19-23.

9. Cardiel, R. H. (1997). Educación preventiva contra las adicciones. México: SSA, pp. 19-20.

10. Carlson, N. R. (1994). Fundamentos de Psicología Fisiológica (segunda edición). México: Prentice Hispanoamericana, pp. 132-45.

11. Castañeda, Y. M. (1986). Psicología Educativa (primera edición). México: Trillas, pp. 43-51.

12. Castañeda, Y. M. (1989a). Análisis del aprendizaje de conceptos (segunda edición). México: Trillas, pp. 88-97.

13. Castañeda, Y. M. (1989b). El psicólogo ante los problemas de la educación básica (sexta edición). México: UNAM, pp. 2-21.

14. Castañeda, Y. M. (1992). El perfil de egreso deseable en la psicología educativa (segunda edición). México: UNAM, pp. 42-51.

15. Castro Sariñana, M. E. (1992). Una reflexión sobre la educación preventiva No. 1, México: Dirección General de Educación Extraescolar, SEP, pp. 8-9.

16. Castro Sariñana, M. Llanes, J. (2003). Modelo preventivo de riesgos psicosociales CHIMALLI. Serie Planeación. Modelos Preventivos. México: CONADIC, pp. 45-50.

17. Centros de Integración Juvenil (1988). Manual de capacitación (primera edición). México: CIJ, pp.19-45.

18. Clitfor, C. (1984). Psicología educativa (segunda edición). México: Trillas, pp. 25-48.

19. Coll, C. (1988). Las aportaciones de la psicología a la educación (segunda edición). México: UNAM, pp. 42-50.

20. Comisión Nacional del Deporte (1985). Programa Prevea. México: CONADE, pp. 2-134.

21. Consejo Nacional Contra las Adicciones (1985). La drogadicción (primera edición). México: CONADIC, SSA, pp. 12-45.

22. Consejo Nacional Contra las Adicciones (1987). El fenómeno de la fármacodependencia (primera edición). México: CONADIC, SSA, pp. 39-74.

23. Consejo Nacional Contra las Adicciones (1992). Programa contra las adicciones (primera edición). México: CONADIC, SSA, pp. 19-34.

24. Craing, R., Mehrem, W & Harrey, C. (1979) Psicología educativa contemporánea, conceptos, temática y aplicaciones (primera edición). México: Limusa, pp. 10-45.

25. Cronbach, L. J. (1970). Essentials of psychological testing (primera edición). New York: Harper, p. 78.

26. Curiel, J. L. (1962). El psicólogo: Vocación y formación universitaria (primera edición). México: Porrúa, pp. 43-52.

27. Delegación Xochimilco (1985). Programa de Atención a la Fármacodependencia. México: ADEFAR, pp. 26-56.

28. Díaz Barriga, A. (1982). Propuesta del perfil profesional para la licenciatura en psicología educativa (segunda edición). México: Facultad de Psicología, UNAM, pp. 96-130.

29. Díaz Guerrero, R. (1980). Psicología Educativa (primera edición). México: Trillas, pp. 49-66.

30. Dusek, D. & Girdano, D. (1983). Drogas. Un estudio basado en hechos (segunda edición). México: Fondo Educativo Interamericano, pp. 2-67.

31. Eddy, S., Heim, R. & Serna, M. (1965). Supervisión en trabajo social (primera edición). Buenos Aires: Ecro, pp. 24-46.

32. Faust, G. W. (1997). Psicología educativa. La ciencia de la enseñanza y el aprendizaje (segunda edición). México: Trillas, pp. 34-45.

33. Feldhusen, P. A. (1976). Psicología de la educación (primera edición). México: Trillas, pp. 30-41.

34. Férnandez, C. P. (1985). Características generales de la fármacodependencia (primera edición). CIJ: México, pp. 12-40.

35. Furst, P. (1980). Alucinógenos y cultura (segunda edición). México: Fondo de Cultura Económica, pp. 36-45.

36. Gaceta de la UNAM (1989). Las aportaciones de la psicología a la educación. México: Facultad de Psicología, UNAM, No. 20, pp. 25-58.

37. García Liñán, C. (1990a). ¿Qué son las drogas alucinógenas? (primera edición). México: Árbol, Vol. 7, pp. 28-36.

38. García Liñán, C. (1990b). ¿Qué son las drogas estimulantes? (primera edición). México: Árbol, pp. 34-53.

39. Geary, L. (1987). Fármacodependencia (primera edición). México: Limusa. pp. 35-45.

40. Genovard, C., Gotzens, C. & Montané, J. (1987). Psicología de la educación. Una buena perspectiva interdisciplinaria (segunda edición). Barcelona, España: Ediciones CEAC, pp. 5-45.

41. Gibson, J. T. (1974). Psicología educativa (primera edición). México: Trillas, pp. 11-20.

42. Gibson, J. T. (1979). Psicología educativa texto programado (primera edición). México: Trillas, pp. 12-21.

43. Good, J. B. (1996). Psicología educativa contemporánea (segunda edición). México: McGraw Hill, pp. 48-56.

44. Gordon, R, W. (1983). El hongo maravilloso, Teonanácatl, Micolatría en Mesoamérica (primera edición). México: Fondo de Cultura Económica, pp. 12-74.

45. Green, D. R. (1966). Psicología de la enseñanza (primera edición). México: Uteha, pp. 48-56.

46. Gross, R. D. (1994). Psicología la ciencia de la mente y la conducta (quinta edición). México: El Manual Moderno, pp. 10-34.

47. Harsh, C. (1988). Psicología (segunda edición). México: ANUIES, pp. 23-56.

48. Instituto Mexicano de Investigaciones de la Familia y Población (2003). Programa de prevención del abuso de sustancias para alumnos de 4°, 5° y 6° grados de primaria. Yo quiero, yo puedo. Serie Planeación: Modelos Preventivos. México: CONADIC, pp. 30-35.

49. Instituto Mexicano de Psiquiatría (1981). La fármacodependencia y su prevención. México: IMP, pp. 12-34.

50. Instituto Mexicano de Psiquiatría (1987). Modelo de prevención para la salud. En: prevención de la fármacodependencia (tercera edición). México: IMP, pp. 2-45.

51. Instituto Mexicano de Psiquiatría (1987). Programa de prevención y control de las adicciones en el D. F. Vol. 4 (febrero), México.

52. Jaquetta, H. (1968). El origen de los dioses, las maravillas de Creta y Micenas (primera edición). Madrid España: Nogue, pp. 12-66.

53. Leonardo, P., Bermúdez, P. & Amador, N. (2003). Programa de educación preventiva contra las adicciones. Serie Planeación. Modelos Preventivos. México: CONADIC, pp. 27-29.

54. Llanes, J. & Castro, M. E. (2004). Cuadernos de prevención No. 79, 33-34-, México: IMP.

55. Mata, F. (1989). La psicología preventiva en la formación del psicólogo educativo México: Facultad de Psicología, UNAM, pp. 2-21.

56. Mata, Q. H. (1987). El modelo de tratamiento “La familia enseñante” aplicado al programa de fármacodependencia en México. Salud Mental Vol. 11, No. 36, pp. 2-16.

57. Medina Mora, M. E. (1979). Prevalencia del consumo de mariguana en diferentes ciudades de la Republica Mexicana. Cuadernillos Científica. México: CEMESAM, No. 12.

58. Medina Mora, M. E., Díaz Leal, A. L. & Berruecos Villalobos, L. (2002). Prevención de las adicciones. México: IMP, pp. 50-53.

59. Medina Mora, M. E., Natera, G., Borges, G., Cravioto, P. & Tleiz, C. (2001). Del siglo xx al tercer milenio las adicciones y la salud pública, drogas, alcohol y sociedad. Salud Mental, Vol. 24, No. 4, pp.11-16, México: IMP.

60. Mendoza Ortega, S. E. (2003). Modelo de educación para la vida y el trabajo aguas con las adicciones. Serie Planeación. Modelos Preventivos. México: CONADIC, pp. 41-44.

61. Micher, C. J. (1997). Prevención de adicciones en la comunidad universitaria. México: SSA, pp. 15-16.

62. Miroli, A. B. (1984). Drogas, drogadictos (primera edición). Buenos Aires, Argentina: Lidium, pp. 24-46.

63. Nateras Domínguez, A. (2002). Jóvenes, culturas e identidades urbanas. México: UAX, pp. 303-307.

64. Olmedo, R. (1992). El sector educativo y el programa para el control de drogas No. 1, pp. 3-4, México: SEP.

65. Padilla, A. (1997). Juventud y adicciones en la Ciudad de México. México: SSA, pp. 11.

66. Radifort, J. K. & Dávila, F. R. (1980). Enseñanza de la psicología, métodos, áreas y aplicaciones (primera edición). España: Limusa, pp. 23-81.

67. Rueda, M. (1978). Enseñanza, ejercicio e integración de la psicología. Un modelo integral (primera edición). México: Trillas, pp. 24-35.

68. Sánchez, H. E. (1972). Psicología educativa (séptima edición). México: Universitaria, pp. 30-41.

69. Seague, F. (1960). Introducción a la psicología educativa (primera edición). México: Limusa, pp. 5-15.

70. Secretaría de Educación Pública (1981). El maestro ante el problema de drogas (primera edición). México: SEP, pp. 25-77.

71. Solis, L., Gómez, P. & Ponce, B. M. (2003). Modelos de prevención de los Centros de Integración Juvenil. Serie Planeación. Modelos Preventivos. México: CONADIC, pp. 6-13.

72. Sorenson, H. (1971). La psicología en la educación (primera edición). México: El Ateneo, pp. 45-54.

73. Valderrama, F. (1983). Evolución de la psicología en México (tercera edición). México: El Manual Moderno, pp. 14-46.

74. Vega, A. (1983). ¿Las drogas un problema educativo? (segunda edición). Madrid, España: Kapelusz, pp. 21-53.

75. Vega, A. (1997). La juventud y las drogas (cuarta edición). México: Trillas, pp. 161-170.

76. Vélez Barajas, A., Prado, A. & Sánchez Fragoso, T. (2003). Modelo preventivo construye tu vida sin adicciones. Serie Planeación. Modelos Preventivos. México: CONADIC, pp. 2-5.

A N E X O

UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL
Licenciatura en Psicología Educativa

C u e s t i o n a r i o

FUNCIONES Y ACTIVIDADES DEL PSICÓLOGO EDUCATIVO EN LA PREVENCIÓN DE LA FÁRMACODEPENDENCIA

Presentación.

Con el propósito de identificar el tipo de psicólogo que participa en los programas de prevención de la fármacodependencia y principalmente para conocer las funciones y actividades que podrían realizar los psicólogos educativos en este campo de intervención, se elaboró en la Academia de Psicología Educativa de la Universidad Pedagógica Nacional el presente cuestionario para recoger información sobre la situación de estos profesonistas en la institución en donde usted trabaja.

Los datos que proporcione serán estrictamente confidenciales, por lo que le suplicamos conteste con toda sinceridad este cuestionario a fin de obtener información confiable que contribuya a identificar las funciones y actividades que el ***PSICÓLOGO EDUCATIVO*** podría realizar en el campo de la salud, específicamente en el área de prevención de la fármacodependencia.

Instrucciones.

1. Lea cuidadosamente cada pregunta o enunciado antes de contestar. Si tiene alguna duda consulte al aplicador.

2. Si desea hacer alguna observación o sugerencia, anótela al final del cuestionario en el apartado asignado para ello.

3. Al terminar de contestar el cuestionario, entréguelo al aplicador.

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN.

Fecha: _____ Profesión: _____ Edad: _____

Institución: _____

II. EL PSICÓLOGO EN LA PREVENCIÓN DE LA FÁRMACODEPENDENCIA.

Coloque una X en el paréntesis del enunciado que considere correcto en relación a la institución en donde trabaja.

1. ¿Las actividades que usted desarrolla se relacionan con la prevención de la fármacodependencia?

   Si ( ) No ( )

Especifique ¿por qué? _____

_____

2. ¿Laboran psicólogos en la institución en donde usted trabaja?

   Si ( ) No ( )

Especifique ¿por qué? _____

_____

3. Indique que tipo de psicólogos laboran en la institución en donde usted trabaja.

   ( ) Psicólogo educativo
   ( ) Psicólogo del trabajo o industrial
   ( ) Psicólogo clínico
   ( ) Psicólogo experimental
   ( ) Psicofisiólogo
   ( ) Psicólogo social
   ( ) Otro_____

4. ¿Considera que el trabajo que realizan los psicólogos cubre las necesidades de la institución en donde usted trabaja?

Si ( ) No ( )

Especifique ¿por qué? _____

_____

5. ¿Considera que el trabajo que realizan los psicólogos ha ayudado a mejorar los servicios que brinda la institución en donde usted trabaja?

Si ( ) No ( )

Especifique ¿por qué? _____

_____

6. ¿Las actividades que desarrollan los psicólogos en la institución en donde usted trabaja se relacionan con la prevención de la fármacodependencia?

( ) Todas ( ) Algunas ( ) Ninguna

Especifique ¿por qué? _____

_____

7. ¿Considera que el trabajo de los psicólogos cubre las necesidades de los programas de prevención de la fármacodependencia?

Si ( ) No ( )

Especifique ¿por qué? _____

_____

8. ¿Considera que el trabajo de los psicólogos ha ayudado a mejorar los programas de prevención de la fármacodependencia en la institución en donde usted trabaja?

Si ( ) No ( )

Especifique ¿por qué? _____

III. EL PSICÓLOGO EDUCATIVO EN LA PREVENCIÓN DE LA FÁRMACODEPENDENCIA.

Señale las funciones y actividades que usted considere que el **PSICÓLOGO EDUCATIVO** podría de realizar en los programas de prevención de la fármacodependencia en cada uno de los aspectos especificados.

EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO.

9. ( ) Evalúa y diagnostica la conducta de niños nacidos de madres que consumen drogas durante el embarazo.
10. ( ) Evalúa y diagnostica los efectos del consumo de drogas en el desarrollo infantil.
11. ( ) Evalúa y diagnostica los efectos del consumo de drogas en los adolescentes.
12. ( ) Evalúa y diagnostica los problemas de aprendizaje ocasionados por el consumo de drogas
13. ( ) Evalúa e identifica las causas de los problemas que presentan los niños y los adolescentes que consumen drogas
14. ( ) Aplica pruebas psicológicas para evaluar y diagnosticar los efectos y los problemas ocasionados por el consumo de drogas.
15. ( ) Aplica pruebas psicopedagógicas para evaluar y diagnosticar los efectos del consumo de drogas en el aprendizaje y el rendimiento escolar.
16. ( ) Evalúa y diagnostica los problemas ocasionados por la fármacodependencia.
17. ( ) Evalúa y reestructura los programas de prevención de la fármacodependencia.

ASESORÍA Y ORIENTACIÓN.

18. ( ) Da orientación a niños y jóvenes con problemas de fármacodependencia.
19. ( ) Da orientación a los padres de familia que consumen drogas o que tienen hijos que lo hacen.

20. ( ) Da orientación a los maestros sobre prevención de la fármacodependencia.
21. ( ) Da orientación al personal que labora en las escuelas como trabajadores sociales, autoridades, personal de apoyo, administrativo, de intendencia, etc.
22. ( ) Da orientación al personal de la institución, hospitales y centros de trabajo para prevenir y remedir el consumo de drogas de su personal y trabajadores.

INTERVENCIÓN.

23. ( ) Da terapia educativa a los sujetos que consumen drogas.
24. ( ) Da consejo psicológico a los sujetos que consumen drogas.
25. ( ) Detecta los casos ilícitos relacionados a las drogas.
26. ( ) Remite casos de fármacodependencia a instituciones hospitalarias.

DISEÑO Y ELABORACIÓN DE PROGRAMAS Y MATERIAL DE APOYO.

27. ( ) Diseña y elabora materal didáctico sobre prevención de la fármacodependencia como folletos, trípticos, posters, láminas, carteles, etc.
28. ( ) Diseña y elabora material audiovisual sobre prevención de la fármacodependencia como diapositivas, acetatos, videos, películas, etc.
29. ( ) Diseña y elabora textos y material educativo sobre prevención de la fármacodependencia.
30. ( ) Diseña y elabora programas para dar solución a los problemas de aprendizaje y conducta ocasionados por el consumo de drogas.
31. ( ) Diseña y elabora programas de seguimiento y prevención de la fármacodependencia.

IMPARTICIÓN DE CURSOS, TALLERES, PLÁTICAS Y CONFERENCIAS.

32. ( ) Imparte cursos, talleres, pláticas y conferencias sobre prevención de la fármacodependencia.

33. ( ) Imparte cursos, talleres, pláticas y conferencias sobre prevención de la fármacodependencia a otras instituciones.

34. ( ) Imparte cursos, talleres, pláticas y conferencias a padres de familia sobre temas relacionados a la fármacodependencia.

35. ( ) Imparte cursos, talleres, pláticas y conferencias a los maestros sobre temas relacionados a la fármacodependencia.

36. ( ) Imparte cursos, talleres, pláticas y conferencias al personal que labora en la institución, escuelas, hospitales y otros centros de trabajo.

CAPACITACIÓN.

37. ( ) Capacita a los profesores en problemas de fármacodependencia.

38. ( ) Capacita al personal que labora en la institución en problemas de fármacodependencia.

39. ( ) Capacita al personal de otras instituciones sobre problemas de fármacodependencia.

PROGRAMACIÓN Y ORGANIZACIÓN DE ACTIVIDADES Y EVENTOS.

40. ( ) Programa y organiza cursos, talleres, pláticas y conferencias sobre fármacodoependencia.

41. ( ) Programa y organiza cursos, talleres, pláticas y conferencias sobre prevención de la fármacodependencia para niños, adolescentes, jóvenes y adultos.

42. ( ) Programa y organiza cursos, talleres, pláticas y conferencias para los padres de familia sobre temas relacionados a la fármacodependencia y su prevención.

43. ( ) Programa y organiza cursos, talleres, pláticas y conferencias para los maestros sobre temas relacionados a la fármacodependencia y su prevención.

44. ( ) Programa y organiza cursos, talleres, pláticas y conferencias para el personal que labora en la institución, escuelas, hospitales y otros centros de trabajo.

45. ( ) Programa y organiza otras actividades sobre fármacodependencia y su prevención.

INVESTIGACIÓN.

46. ( ) Investiga problemas de conducta ocasionados por el consumo de drogas en niños, adolescentes, jóvenes y adultos.
47. ( ) Investiga las dificultades o problemas de aprendizaje ocasionados por el consumo de drogas en niños, adolescentes, jóvenes y adultos.
48. ( ) Investiga las causas que subyacen al problema de la fármacodependencia y su prevención.
49. ( ) Investiga sobre los instrumentos, técnicas y programas más adecuados para evaluar, diagnosticar e intervenir los problemas de fármacodependencia y su prevención.

Otras actividades (especificar) _____

_____

OBSERVACIONES, SUGERENCIAS Y/O COMENTARIOS.

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____