



UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL

UNIDAD AJUSCO

“El papel del psicólogo educativo en la prevención del consumo de drogas”

Informe de intervención profesional

Tesis para obtener el título de:

Licenciada En Psicología Educativa

Presentan:

Medina Martínez Brenda

Mendoza Hernández Stephanie

Asesora:

Dra. Gabriela De La Cruz Flores

México, D.F.

Junio 2014

Índice

	Pág.
Resumen	1
Introducción	2
Capítulo 1. CONSUMO DE DROGAS EN MÉXICO	7
1.1 Antecedentes del consumo de drogas.	7
1.2 Conceptualización de droga	9
1.3 Tipos de drogas.	10
1.4 Diferencias entre consumo y dependencia de drogas.	11
1.5 Datos epidemiológicos del consumo de drogas a nivel nacional.	16
1.6 Drogas más consumidas en la Delegación Coyoacán.	17
1.7 Descripción de las drogas más consumidas en la Delegación Coyoacán	20
1.8 Adolescencia y consumo de drogas	23
1.8.1 Factores de riesgo y protección en el consumo de drogas	24
1.8.2 Factores de riesgo y protección abordados en los talleres	32
Capítulo 2. PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS	56
2.1 Características de la prevención	56
2.2 Modelos teóricos de la prevención.	57
2.3 Modalidades de prevención.	63
2.4 Programas preventivos.	67
Capítulo 3. LA INTERVENCIÓN PSICOPEDAGÓGICA EN LA PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS.	78
3.1 Conceptualización de la intervención psicopedagógica.	78
3.2 Modelos de intervención.	79
3.3 Etapas del proceso de intervención psicopedagógica	86

3.3.1 Aspectos psicopedagógicos a considerar en los procesos de intervención.	89
3.5 El papel del psicólogo educativo en el proceso de intervención.	90
Capítulo 4. Método.	98
4.1 Justificación.	98
4.2 Escenario y contexto de CIJ.	101
4.2.1 Escenario y contexto de las telesecundarias.	112
4.3 Participantes.	115
4.4 Procedimiento.	115
4.5 Taller Telesecundaria #75.	119
4.6 Taller Telesecundaria #27.	133
Conclusiones.. . . .	143
Referencias.	151
Anexos.	155

RESUMEN

El presente documento recepcional tienen el objetivo de evidenciar los alcances y limitaciones de la formación profesional del Psicólogo Educativo en la educación para la salud y habilidades para la vida enfocadas en la prevención del consumo de drogas. Para tal efecto se mencionan de manera general todas las actividades realizadas como parte de nuestras prácticas profesionales en Centro de Integración Juvenil (CIJ) Coyoacán, sin embargo, se abordan con mayor profundidad únicamente los talleres realizados en dos telesecundarias ubicadas en la misma delegación, tomando en cuenta las necesidades identificadas, las características de la población y los contextos se realizó la elección de los temas abordados enmarcados dentro de la modalidad de prevención selectiva y desde un enfoque de factores de riesgo/protección así como de habilidades generales. Como parte del desarrollo de la intervención, uno de los primeros aspectos a considerar fue la revisión bibliográfica sobre el consumo de drogas en cuanto a antecedentes de consumo, datos epidemiológicos actuales y los factores relacionados con el consumo en adolescentes. Además, se incluye un apartado sobre los modelos, modalidades y programas de prevención que se han implementado en México. Asimismo se indagó sobre lo relacionado a las fases y los modelos de intervención psicopedagógica, a partir de lo cual se diseñaron las intervenciones aquí reportadas.

INTRODUCCIÓN

El consumo de drogas, ya sean legales o ilegales, es una situación que pone en riesgo el desarrollo integral del adolescente. Detrás de esta situación es posible encontrar varias explicaciones que es importante analizar y comprender a fin de establecer rutas de acción tendientes a menguar el impacto que produce el consumo de drogas no sólo en la población drogodependiente sino en la sociedad.

Hay que considerar que el consumo de drogas es una realidad en la vida del adolescente, puesto que como se sabe el consumo de estas sustancias comenzó desde hace siglos, y en la actualidad esta actividad ha llegado a considerarse como “cotidiana”. De acuerdo a encuestas realizadas, se ha observado un incremento de los índices de consumo de drogas en población adolescente considerándose como un problema de salud pública.

Al respecto la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2011) menciona que los adolescentes entre 13 y 16 años son la población en donde la prevalencia de consumo de drogas ha aumentado significativamente. Por ejemplo, en 2008 el 49.1% de las personas que consumieron alcohol, lo hizo por primera vez a los 17 años o menos, mientras que en 2011 este porcentaje incrementó a 55.2% de las cuales 6% desarrolló dependencia, lo que equivale a 4.9 millones de personas. Asimismo se reporta que las tendencias de consumo de alcohol en población adolescente de 12 a 17 años aumentó especialmente en el consumo del último mes ya que se incrementó, en el caso de los hombres pasó de 11.5% a 17.4% y en las mujeres de 2.7% a 11.6%.

En cuanto al consumo de tabaco, los fumadores adolescentes activos que fuman diariamente inician su consumo en promedio a los 14.1 años. Los fumadores adolescentes diarios consumen en promedio 4.1 cigarrillos al día. La edad de inicio ha permanecido estable de 2002 a 2011.

Con referencia al consumo de drogas ilegales, se encontró que la edad promedio para el inicio en el consumo de drogas disminuyó entre 2002 y 2008, en las mujeres pasó de 23.6

años a 20.1 años; en tanto que en los hombres pasó de 19.8 años a 18.3 años. En cuanto a los resultados de la presente encuesta, la edad de inicio se mantiene estable, en 20 años para las mujeres y 18 años en los hombres. Del consumo de drogas ilegales, la mariguana es el más prevalente (1.3%), le sigue la cocaína (0.4%) y los inhalables (0.3%).

A partir de estos datos se ve la necesidad de explicar por qué el consumo de drogas inicia cada vez a edades más tempranas, una de las perspectivas desde las cuales se puede explicar surge del análisis de los factores de riesgo y protección que cada adolescente tiene. Los factores de riesgo son, como menciona Medina Mora (citada en González, Guerra, Díaz y Arrellanez, 1999), fenómenos que han sido identificados como precursores del uso o abuso de drogas. Por otro lado, los factores de protección de acuerdo con López y Rodríguez-Arias (2010) son los atributos, características o situaciones que van a atenuar o reducir las posibilidades de que los adolescentes consuman algún tipo de droga.

Para comprender con mayor claridad las áreas en que se pueden presentar dichos factores, éstos se han subdividido en categorías. En este trabajo se retoma la clasificación de Tavera y Martínez (2008) quienes identifican factores de riesgo y protección a nivel individual, familiar y social; dentro de éste último se ubican los comunitarios, escolares y del grupo de pares. Cabe resaltar que mientras para algunos adolescentes ciertos factores pueden fungir como protectores para otros, de acuerdo a sus circunstancias, pueden ser de riesgo.

Además de lo anterior, hay que considerar que la población objeto de la intervención son adolescentes, quienes por los múltiples cambios físicos, cognitivos y socioemocionales que experimentan y los ambientes poco favorables para su desarrollo en los que se pueden desenvolver les coloca en una posición vulnerable ante el consumo de drogas.

Cabe aclarar que aunque existen diferentes enfoques teóricos que definen el concepto de adolescente, en este trabajo se retoma el concepto desde un enfoque evolutivo centrado en el desarrollo postura que inició G. Stanley Hall y que han seguido posteriormente autores como Piaget. La razón por la que se considera este enfoque es porque el modelo de prevención de Centros de Integración Juvenil (CIJ) considera la adolescencia como la etapa del desarrollo humano de mayor vulnerabilidad ante el consumo y dependencia de drogas.

Sin embargo, además de las características propias de esta etapa evolutiva también se debe tener presente el tipo de institución educativa a la que dicha población accede, en el caso de las intervenciones que aquí se reportan, la población asiste a telesecundarias, de manera general hay que considerar que éstas son instituciones que se ubican en lugares marginados y su nivel académico es deficiente.

Cuando se habla de exámenes estandarizados, como es el caso del Examen de Calidad y Logro Académico (EXCALE), los indicadores más desfavorables del nivel son obtenidos por los estudiantes de Telesecundaria (Kalman y Carvajal, 2007), esto tiene como consecuencia que haya aumento de factores de riesgo escolares en estos adolescentes haciéndolos más vulnerables ante el consumo de drogas.

Ante todo este panorama queda evidenciado por qué el consumo de drogas representa una problemática en la población adolescente y específicamente en la población con la que se trabajó, ante tales circunstancias surge la necesidad de llevar a cabo procesos preventivos orientados a brindar a los adolescentes herramientas para adoptar estilos de vida saludable. En dicha tarea es necesaria la colaboración de diferentes profesionales que realicen intervenciones preventivas tendientes a educar a la población en el área de la salud y habilidades para la vida.

Dichos procesos preventivos pueden ser diseñados y desarrollados por los profesionales de la Psicología Educativa, por tal motivo, se considera importante en este trabajo, mostrar cuál es el papel del psicólogo educativo en estas tareas, puesto que su trabajo no sólo tiene cabida en ámbitos de educación formal, sino también en espacios de educación no formal, como lo son las áreas de educación para la salud. Al respecto se evidencian las habilidades de éste profesional en la planeación, diseño, desarrollo y evaluación de intervenciones psicopedagógicas.

En el presente trabajo se exponen las actividades realizadas como parte de nuestras prácticas profesionales en Centro de Integración Juvenil (CIJ) Coyoacán, una institución dedicada a la investigación, prevención, tratamiento y rehabilitación del consumo de drogas. Dichas actividades se engloban en pláticas informativas, talleres y módulos de

información, tanto en escenarios de educación formal, en todos los niveles, como en escenarios de educación no formal. Sin embargo, para fines de este trabajo sólo se describen ampliamente dos talleres desarrollados en dos telesecundarias ubicadas en la delegación Coyoacán

Para llevar a cabo este trabajo fue necesario realizar la revisión de bibliografía referente al consumo de drogas en México; se hizo un recorrido por la historia del consumo de drogas; así como por sus principales características y clasificaciones. Además se indagó sobre los modelos, modalidades y algunos programas de prevención puestos en marcha en México. De igual forma se hizo una revisión de los datos epidemiológicos aportados por la ENA 2011 para conocer el panorama del consumo de drogas a nivel nacional y posteriormente sólo en la zona donde se ubican las telesecundarias en donde se trabajó.

A partir de estos referentes conceptuales se identificó a la intervención psicopedagógica como una estrategia de prevención, se revisaron los aspectos más relevantes de éste partiendo de la definición, los modelos teóricos y las etapas de este proceso, puntualizando los aspectos psicopedagógicos que han de ser considerados por el psicólogo educativo. Así mismo se explican los factores de riesgo y protección que fueron retomados en las actividades de prevención aquí expuestas.

También se hace una aproximación al papel que tiene el psicólogo educativo en el proceso de intervención, haciendo énfasis en las habilidades con las que cuenta y que le permiten desarrollar esta labor en contextos de educación formal y no formal.

De igual forma se expone como tal el proceso de intervención que se llevó a cabo en dos telesecundaria de la delegación Coyoacán, se explican las características del escenario y contexto de intervención, partiendo de las características generales de la delegación, del CIJ Coyoacán y las características principales de las instituciones donde se llevó a cabo la intervención. Igualmente se exponen las características principales de esta modalidad educativa, haciendo un recorrido de su historia.

Se explica que las instituciones donde se llevaron a cabo las intervenciones son consideradas escuelas de alto riesgo, de acuerdo a los resultados obtenidos por los instrumentos de tamizaje aplicados por CIJ Coyoacán, y la delegación a la que pertenecen

se encuentra entre las primeras 5 delegaciones de mayor consumo de drogas. Además son instituciones en donde existe un alto índice de deserción escolar y es constante la presencia de violencia entre los alumnos, de igual forma se ha detectado por parte de las autoridades de la misma institución consumo experimental de drogas como alcohol, tabaco y marihuana.

Asimismo, a partir de los comentarios de los jóvenes se percibe que viven en contextos familiares conflictivos puesto que algunos de ellos hacían alusión a vivir en familias disfuncionales, es decir, familias con dificultades para superar los problemas de una forma satisfactoria para sus integrantes, se presentaba consumo de drogas por parte de algún miembro de la familia, o bien, existía algún tipo de violencia.

Además de esto, se explica cómo se realizó el diseño, la planificación, la implementación y la evaluación de las actividades desarrolladas en cada uno de los talleres. Se concluye con una reflexión del trabajo realizado desde tres perspectivas; dentro del CIJ; en las instituciones educativas en donde se colaboró y por último a nivel personal y profesional. Igualmente se identifican los alcances y limitaciones de cada una de las fases de la intervención psicopedagógica aquí expuesta y se hace un análisis del papel del psicólogo educativo en la prevención del consumo de drogas.

CAPÍTULO 1. CONSUMO DE DROGAS EN MÉXICO

1.1. Antecedentes del consumo de drogas

El consumo de drogas en todo el mundo no es una práctica novedosa, se conoce que desde siglos atrás el ser humano ha consumido ciertas sustancias que alteran el funcionamiento del sistema nervioso central.

El hombre ha hecho uso de plantas y productos químicos con diversas finalidades, entre ellas mágico-religiosos; para huir de la realidad; para hacer frente a problemas; por placer o bien con fines médicos. Sin embargo, en la actualidad el consumo de dichas sustancias está prohibido por los cambios o alteraciones que producen en el organismo del ser humano.

Hay evidencia que demuestra que el alcohol y los opiáceos se encuentran entre las primeras sustancias psicoactivas en ser empleadas alrededor del año 5000 a. C., y que el cáñamo (*cannabis sativa*) se cultiva en China desde hace 4000 años (Corréa J., 2007).

En el caso de América, se conoce que el imperio incaico o andino cosechaba tres veces por año hoja de coca (*erythroxilum coca lam*) la cual era utilizada con fines curativos, es decir, como analgésicos y energizantes de uso diario. Por otro lado, la sociedad Azteca consumía un hongo llamado teonanacati y el peyote, el consumo de ambos era con fines religiosos (Corréa J. 2007).

Asimismo, se conoce que la fermentación de ciertos frutos es el origen del primer psicoactivo. Los descubrimientos arqueológicos señalan que para el 8000 a.C. ya existían las vasijas y que, por lo menos, en 5000 a.C. eran empleadas para almacenar miel y de ahí que se llegue a la deducción que la miel fermentada y diluida en agua (aguamiel o hidromiel) fuese el primer vino para consumo humano.

A partir de ahí el consumo de bebidas fermentadas fue convirtiéndose en una costumbre para el ser humano, y por ello era frecuente encontrar este tipo de bebidas en comunidades

y colonias para posteriormente pasar a ser parte del comercio y después ocupar un papel importante en el fenómeno de la globalización (Corréa J. 2007).

Por otro lado, se sabe que el opio, jugo de un tipo de amapola, es una de las drogas más versátiles conocidas. La planta de la amapola, generalmente conocida como adormidera, fue utilizada como alimento, forraje y aceite, sin embargo, se conoce que sus funciones psicotrópicas ya eran conocidas para el 3000 a. C. En el siglo XVI, en Europa, gracias a los viajes del médico y alquimista Paracelso, el opio adquirió una gran importancia terapéutica, llegando a ser conocida como la “piedra de la inmortalidad”.

Por su parte la morfina, llamada así en honor al dios del sueño Morfeo, fue aislado del opio a principios del siglo XIX por el alemán Fiedrich William Sertüner y pasó a sustituir (junto con la codeína) al opio en los tratamientos médicos, especialmente después que se introdujera la inyección hipodérmica como procedimiento terapéutico en 1855.

En 1874 fue creado el primer opiáceo semisintético, la diacetilmorfina, también conocida como heroína. Unos años más tarde fue comercializada como sustancia antitusígena y como sustituto del opio y de la morfina en los tratamientos de deshabituación. La heroína alcanzó gran éxito comercial en todos los continentes, por su alto efecto antiálgico y estimulante. Sólo muchos años después dejó de ser comercializada para este fin (Corréa J. 2007).

Actualmente el consumo de drogas tiene gran impacto en la sociedad debido a que su consumo, que en un principio tenía fines curativos ha quedado fuera, ahora principalmente se utiliza con fines festivos, lúdicos y recreativos, además se ha convertido en una moda entre la población, al mismo tiempo que se está consumiendo entre población cada vez más joven lo que ha originado consecuencias negativas, por ejemplo, accidentes automovilísticos, enfermedades provocadas por el consumo de ciertas drogas y en algunos casos bajo rendimiento escolar o deserción escolar (Corréa J. 2007).

La relación entre el consumo de drogas y el bajo rendimiento escolar ha sido estudiada por autores como Arillo-Santillán E, Fernández E, Hernández-Avila M, Tapia-Uribe M, Cruz-Valdés A, Lazcano-Ponce EC quienes en 2002 realizaron una investigación donde se evidencia que conforme se incrementa la prevalencia tanto en experimentación como en

consumo de tabaco, decrece el desempeño escolar. La asociación entre consumo de tabaco fue 5.1 veces mayor en mujeres (IC 95%:2.5-10.4), con promedio anual de calificaciones de seis respecto de quienes reportaron un promedio con valores de 10 y de nueve; en hombres se observó el mismo fenómeno ($RM=4.2$; IC 95%:2.7-6.7), con una tendencia lineal positiva y significativa en mujeres y hombres.

1.2. Conceptualización de las drogas

Como se ha revisado, el consumo de drogas no es una práctica nueva, sin embargo, se puede decir que sí ha cambiado su empleo, se puede distinguir entre empleos festivos, empleos lúdicos o recreativos y empleos curativos o terapéuticos. Pero a pesar de los usos que tenga es necesario tener claridad a qué tipo de sustancias se le puede considerar droga.

Existen diferentes variaciones sobre la definición de droga, por ello es importante hacer mención de algunas de ellas. Al respecto Yaría (2005) menciona que droga es:

“cualquier sustancia química que provoca cambios en el estado emocional, el funcionamiento del organismo y/ o el comportamiento de una persona”

Por su parte Husak (2001) menciona que droga es “cualquier sustancia distinta de los alimentos que por su naturaleza química afecta la estructura o la función de un organismo”, o bien “sustancia con intención de usarse para diagnóstico, cura, mitigación, tratamiento o prevención de enfermedades del hombre y los animales”

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), droga es toda sustancia que introducida en un organismo vivo por cualquier vía (inhalación, ingestión, intramuscular, endovenosa) es capaz de actuar sobre el sistema nervioso central provocando una alteración física y/o psicológica, la experimentación de nuevas sensaciones o la modificación de un estado psíquico, es decir, capaz de cambiar el comportamiento de la persona, y que posee la capacidad de generar dependencia y tolerancia en sus consumidores. Según esta definición, son drogas la marihuana, cocaína, éxtasis, heroína, tabaco, alcohol y algunos fármacos.

Asimismo, se menciona que dicha modificación puede ser perjudicial o beneficiosa y que depende del tiempo de administración y de la dosis, así como de las características de la persona que la consume.

La misma OMS menciona que para que una droga sea considerada como tal debe cumplir ciertas condiciones:

- Ser sustancias que introducidas en un organismo vivo son capaces de alterar o modificar una o varias funciones psíquicas de éste (carácter psicótropo o psicoactivo).
- Inducen a las personas que las toman a repetir su autoadministración por el placer que generan.
- El cese en su consumo puede dar lugar a un gran malestar somático o psíquico (dependencia física o psicológica).
- No tienen ninguna aplicación médica y si la tienen pueden utilizarse con fines no terapéuticos.

A partir de esta definición se puede considerar como droga cualquier sustancia que introducida al organismo produce alteraciones en su funcionamiento, sin embargo, se debe considerar el motivo de uso y la dosis ingerida para decir que produce daño.

1.3. Tipos de drogas

Diversos autores mencionan que son variadas las clasificaciones que existen en relación a las drogas, en la siguiente sección se expondrá la clasificación que hacen Rozo S. y Rozo V. (2006).

1. Drogas legales- drogas ilegales:

- **Drogas legales:** cualquier sustancia que se encuentra legalizada en nuestro país, que introducida en un ser vivo es capaz de modificar una o más funciones del organismo. Entre estas sustancias se encuentran: el tabaco, el alcohol, los medicamentos, la cafeína, la teobromina, la teína, entre otras.

- **Drogas ilegales:** cualquier sustancia que se encuentra en nuestro país de una forma ilegal, que su consumo, compra, venta y cultivo o fabricación no está legalizado, es decir, se establece una sanción por parte de la ley a quien lo lleva a cabo, que introducida en el ser vivo es capaz de modificar, una o más funciones del organismo. Entre estas sustancias se encuentran: el cannabis y sus derivados, la cocaína, las anfetaminas y sus derivados, las drogas de síntesis, la heroína, el éxtasis líquido (GHB), etc.

2. Según el efecto:

Otra clasificación se basa en el efecto que producen las sustancias en el cerebro de las personas que las consumen, así nos encontramos con tres tipos de drogas:

- **Drogas depresoras del Sistema Nervioso Central:** actúa sobre el cerebro entorpeciendo y adormeciendo, ralentizando el propio funcionamiento y el proceso cognitivo de la persona. Entre éstas se encuentran: el alcohol, los derivados opiáceos, como son la heroína, la metadona, la morfina, etc. Los tranquilizantes y los hipnóticos (pastillas o medicamentos para calmar la ansiedad, o para provocar el sueño).

- **Drogas estimulantes del Sistema Nervioso Central:** actúan sobre el cerebro acelerando su funcionamiento habitual, y provocando un estado de activación que va, desde una mayor dificultad para dormir hasta un estado de hiperactividad después de su consumo. Entre éstas se encuentran: las anfetaminas, cocaína, nicotina, cafeína, teobromina, teína, etc.

- **Drogas perturbadoras del Sistema Nervioso Central:** actúan sobre el cerebro trastocando su funcionamiento y provocando distorsiones perceptivas y alucinaciones visuales y acústicas. Entre éstas se encuentran: los alucinógenos (LSD, mezcalina, diversas clases de hongos, de cactus y algunas variedades de hierbas silvestres), los derivados del cannabis (hachís, marihuana, resina...), y las drogas de síntesis y sus derivados (MDMA).

1.4. Diferencia entre consumo y dependencia de drogas

Es importante diferenciar entre uso, abuso y dependencia hacia determinada droga, comprender las características de cada etapa permite definir con más claridad lo que es una

adicción y las conductas propias de este estado. Al respecto, Roldán (2001) identifica tres etapas:

- En la primera etapa, el joven recurre a la droga esporádicamente y puede abandonarla si lo desea. Es buen momento para una intervención adulta de protección. Habitualmente la presión del grupo y sus carencias personales hacen que el consumo continúe.
- En la segunda etapa, casi sin darse cuenta el consumidor se convierte en adicto. Abusa de la droga, la tolera y padece el síndrome de abstinencia. Puede participar en pequeños hurtos para hacerse de dinero. Puede también asociarse en la distribución de drogas con lo que consigue en pago cantidades para uso personal.
- En la tercera etapa, la dependencia es absoluta. No puede vivir sin drogas. Puede robar y participar en actos delictivos para conseguir la sustancia química.

Asimismo, Becoña (2010) define el *uso* de una droga como el consumo de una sustancia que no produce consecuencias negativas en el individuo o éste no las aprecia. Este tipo de consumo es el más habitual cuando se utiliza una droga de forma esporádica. El *abuso* se da cuando hay un uso continuado a pesar de las consecuencias negativas derivadas del mismo. La *dependencia* surge con el uso excesivo de una sustancia, que genera consecuencias negativas significativas a lo largo de un amplio período de tiempo. También puede ocurrir que se produzca un uso continuado intermitente o un alto consumo sólo los fines de semana.

De acuerdo con la CIE-10 la dependencia o el síndrome de dependencia se entiende como: un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto. La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo, a menudo fuerte y a veces insuperable, de ingerir sustancias psicoactivas ilegales o legales, aún cuando hayan sido prescritas por un médico.

Se ha diferenciado entre la dependencia física y la psíquica. La primera es el estado de adaptación que se manifiesta por la aparición de intensos trastornos físicos cuando se interrumpe la administración de la droga o se influye en su acción por la administración de un antagonista específico. Esos trastornos, los síndromes de abstinencia, están constituidos por series específicas de síntomas y signos de carácter psíquico y físico peculiares de cada tipo de droga. Por *dependencia psíquica o psicológica* se entiende la situación en la que existe un sentimiento de satisfacción y un impulso psíquico que exigen la administración regular o continua de la droga para producir placer o evitar el malestar.

Por otro lado, el DSM-IV TR (2000) menciona que la dependencia a una sustancia se caracteriza por un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres o más de los síntomas y durante un período continuado de 12 meses (ver tabla 1).

Criterios para la dependencia de drogas

A. Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un periodo continuado de 12 meses:

1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

- a) Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
- b) El efecto de las mismas cantidades de sustancias disminuye claramente con su consumo continuado.

2. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

- a) El síndrome de abstinencia característico para la sustancia (criterio a y b de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas indicado en este mismo Manual)
- b) Se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de la abstinencia.

3. La sustancia se toma con frecuencia en cantidades mayores o durante un periodo más largo de lo que inicialmente se pretendía.

4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.

5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (por ejemplo, visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (por ejemplo, una dosis tras otra) o en la recuperación de los efectos de la sustancia.

6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.

7. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos persistentes que parecen causados por el consumo de la sustancia (por ejemplo, consumo de cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera).

Codificación del curso de la dependencia en el quinto dígito: 0 Remisión total temprana; 0 Remisión parcial temprana; 0 Remisión total sostenida; 0 Remisión parcial sostenida; 2 En terapéutica con agonistas; 1 En entorno controlado; 4 Leve/ moderado/grave o especificar si:

- Con dependencia fisiológica: signos de tolerancia o abstinencia (por ejemplo, si se cumplen cualquiera de los puntos 1 ó 2)
- Sin dependencia fisiológica: no hay signos de tolerancia o abstinencia (por ejemplo, si no se cumplen los puntos 1 y 2).

De acuerdo con el National Institute on Drug Abuse por sus siglas en inglés (NIDA) la adicción se define como una enfermedad crónica del cerebro con recaídas, caracterizada por la búsqueda y el uso compulsivo de drogas, a pesar de las consecuencias nocivas. Se considera una enfermedad del cerebro porque las drogas modifican su estructura y

funcionamiento. Estos cambios pueden durar largo tiempo y llevar a comportamientos peligrosos en las personas que abusan de las drogas.

Existen ciertas características que permiten definir conductas adictivas, al respecto Becoña (2010) menciona como primer aspecto a la compulsión o pérdida de control. El segundo aspecto son los síntomas de abstinencia que produce la no realización de la conducta adictiva voluntariamente o porque le impiden hacerla al individuo. Por síndrome de abstinencia se entiende el estado clínico (conjunto de signos y síntomas) que se manifiesta por la aparición de trastornos físicos y psicológicos de intensidad diversa (según diferentes modos y niveles de gravedad), cuando se interrumpe la administración de la droga o se influye en su acción a través de la administración de un antagonista específico, denominándose en este caso al síndrome de abstinencia con el apelativo de síndrome de abstinencia precipitado (Becoña, 2008).

El tercer aspecto es el de tolerancia. Consiste en el proceso por el que la persona que consume una sustancia tiene la necesidad de incrementar la ingestión de la sustancia para conseguir el mismo efecto que tenía al principio. En las conductas adictivas se aprecia que, conforme la persona lleva a cabo esa conducta, precisa incrementar la cantidad de tiempo y esfuerzo dedicado a la misma para poder conseguir el mismo efecto.

El cuarto aspecto es el de intoxicación, que se produce en todas las sustancias químicas, o la cuasi-disociación, estado este último que se encuentra tanto en las sustancias químicas como en las conductas que producen adicción.

El quinto aspecto que se considera significativo, se refiere a que el individuo con una adicción padece graves problemas en la esfera física y/o sanitaria, en la esfera personal, familiar, laboral y social. Estos problemas, en mayor o menor grado, están presentes en todas las conductas adictivas.

A partir de las características que diferencian el consumo de drogas y la adicción a éstas, es posible reconocer la importancia de realizar un trabajo preventivo para evitar que las personas lleguen a una adicción. Es necesario identificar la etapa de uso de droga en la que se encuentra la persona pues de esto depende el tipo de prevención que se desarrollará, ya

que como se ha evidenciado cada etapa presenta características físicas y psicológicas que se deberán considerar.

1.5. Datos epidemiológicos del consumo de drogas a nivel nacional

La Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2011), permite ver la alarmante situación de los adolescentes en cuanto al consumo de drogas puesto que señala que el consumo de drogas tanto legales como ilegales por parte de los adolescentes ha incrementado significativamente, por ello sigue siendo un problema de salud pública en el cual hay que actuar de manera inmediata.

En las tendencias sobre el consumo de alcohol en población adolescente de 12 a 17 años se encontró que el consumo de alcohol aumentó significativamente en las tres prevalencias. De tal manera que el consumo *alguna vez* pasó de 35.6% a 42.9%, en el *último año* de 25.7% a 30.0% y en el *último mes* de 7.1% a 14.5%. Esta misma tendencia se observó en los hombres y en las mujeres, especialmente en el consumo del *último mes* ya que se incrementó en el caso de ellos de 11.5% a 17.4% y en ellas de 2.7% a 11.6%.

También se observó que de 2002 a 2011 el índice de adolescentes que consumen diario alcohol se mantuvo estable, el consumo consuetudinario disminuyó y el índice de dependientes registró un incremento significativo, que pasó de 2.1% a 4.1%, mientras que el consumo alto de 2008 a 2011 se mantuvo igual y el consuetudinario disminuyó de 2.2% a 1%.

Por sexo, se observaron las mismas tendencias en los hombres y en las mujeres. De tal forma que el consumo diario se mantuvo con prevalencias muy bajas en ambos sexos, el consumo consuetudinario bajó y la dependencia en los hombres se duplicó (3.5% a 6.2%) y en las mujeres se triplicó (.6% a 2%). En tanto que el consumo alto de 2008 a 2011 no tuvo crecimientos significativos en ambos sexos.

En cuanto a los resultados sobre el consumo de tabaco se encontró que dentro de la población de 12 a 65 años hay una prevalencia de consumo activo de tabaco de 21.7%, lo que corresponde a 17.3 millones de mexicanos fumadores. El 31.4% de los hombres y el 12.6% de las mujeres son fumadores activos (12 millones de hombres y 5.2 millones de

mujeres). El 8.9% de la población en este grupo de edad reportó ser fumador diario (7.1 millones); al desagregar por sexo, el 13.2% de los hombres y 4.8% de las mujeres fuman diariamente. El 26.4% (21 millones) reportaron ser ex fumadores, 20.1% ser ex fumadores ocasionales y el 51.9% (41.3 millones de mexicanos) de la población reportó nunca haber fumado.

Por su parte en cuanto al consumo de drogas ilícitas en los adolescentes se observa que el consumo de marihuana es el más prevalente (1.3%), le sigue la cocaína (0.4%) y los inhalables (0.3%).

Para una diferenciación entre sexos se observa que los hombres, se encuentran en una situación similar, el mayor consumo es de marihuana (2%); le siguen los inhalables (0.6%) y finalmente la cocaína (0.4%); no obstante, ninguno de los incrementos es estadísticamente significativo. Lo mismo ocurre con las mujeres, aunque sus prevalencias son menores a las mostradas por los hombres.

1.6. Drogas más consumidas en la delegación Coyoacán

Como ya se mencionó el consumo de drogas se ha convertido en una práctica cotidiana y muy conocida, y aunque actualmente tiende a ser consumida con fines recreativos, su consumo se ha transformado en un problema. La clasificación entre drogas legales e ilegales no significa que el consumo de drogas legales no cause problemas, también hay que señalar que no todas las drogas son un problema puesto que, por ejemplo, los medicamentos son drogas, sin embargo, éstas tienen un fin terapéutico y son controladas por un especialista.

No obstante, para fines de este trabajo se hará alusión a las drogas tanto legales como ilegales más consumidas en la delegación Coyoacán, para ello se mencionarán los resultados de la investigación realizada por el Instituto Nacional de Psiquiatría (INP) en colaboración con la Secretaría de Educación Pública (SEP) en 2006 sobre el consumo de drogas específicamente de la delegación ya mencionada (escenario donde se desarrolló la presente intervención psicopedagógica vía la realización de las prácticas profesionales) y en

adolescentes. De acuerdo con esta investigación éstas son las tendencias de consumo de drogas legales e ilegales de esta delegación:

Cuadro 1: Tendencias del consumo de drogas médicas (13 – 19 años)

	Alguna vez			
	1997 %	2000 %	2003 %	2006 %
Hombres				
Anfetaminas	.9	3.5	3.1	3.5
Tranquilizantes	3.3	4.1	4.1	4.4
Sedantes	.3	1.3	.2	2.0
Mujeres				
Anfetaminas	.8	2.4	4.6	3.3
Tranquilizantes	2.4	5.1	2.7	4.2
Sedantes	.5	1.4	--	.3
	Último año			
Hombres				
Anfetaminas	.6	1.4	1.7	1.6
Tranquilizantes	1.8	1.4	2.4	2.0
Sedantes	.3	.3	.2	--
Mujeres				
Anfetaminas	.3	1.1	2.2	2.3
Tranquilizantes	1.6	3.0	1.1	2.2
Sedantes	--	.8	--	--
	Último mes			
Hombres				
Anfetaminas	--	.8	--	--
Tranquilizantes	.6	1.6	--	.4
Sedantes	.3	--	.4	--
Mujeres				
Anfetaminas	--	.3	.5	.8
Tranquilizantes	.5	1.1	.8	.6
Sedantes	--	.8	--	--

Cuadro 2: Tendencias del Consumo de Drogas Ilegales (13 – 19 años)

	Alguna vez				
	1993 %	1997 %	2000 %	2003 %	2006 %
Hombres					
Mariguana	8.7	11.2	12.4	13.9	16.9
Cocaína	4.3	8.8	10.5	4.5	4.8
Alucinógenos	3.4	2.7	2.4	3.3	6.0
Inhalables	5.9	5.8	3.5	4.5	4.9
Heroína	2.5	1.8	.8	.5	1.5
Mujeres					
Mariguana	2.7	2.6	4.9	5.4	10.9
Cocaína	1.4	2.1	1.9	1.9	3.5
Alucinógenos	.5	.5	1.6	1.9	2.7
Inhalables	2.4	1.0	1.1	3.5	3.6
Heroína	.8	.3	.8	--	.3
	Último año				
Hombres					
Mariguana	4.0	7.3	7.6	7.7	11.0
Cocaína	1.2	5.2	6.8	1.9	2.8
Alucinógenos	.9	1.2	1.9	1.9	4.3
Inhalables	.9	3.0	1.1	1.7	2.7
Heroína	1.2	.9	.3	.2	.9
Mujeres					
Mariguana	.8	2.1	2.4	3.5	7.1
Cocaína	.5	1.6	.5	.8	1.8
Alucinógenos	.5	.5	.5	.5	1.8
Inhalables	.3	.3	.5	1.6	2.0
Heroína	.5	.3	.5	--	.3
	Último mes				
Hombres					
Mariguana	3.4	3.0	5.7	5.0	4.5
Cocaína	1.2	1.8	2.7	1.2	1.6
Alucinógenos	.6	1.2	.5	.5	1.4
Inhalables	.6	.3	1.4	1.4	1.1
Heroína	1.2	.3	--	.2	1.1
Mujeres					
Mariguana	.5	.8	1.1	1.4	2.6
Cocaína	.5	.5	.3	--	.5
Alucinógenos	.5	.3	.3	.3	1.4
Inhalables	.3	--	--	1.4	1.4
Heroína	.5	.3	--	--	--

Como se puede observar en los cuadros anteriores, en los últimos años ha incrementado el consumo de drogas tanto legales como ilegales en la población adolescente. Ante esta situación resulta importante identificar las principales características de las drogas consumidas en la delegación Coyoacán para comprender los daños, efectos y consecuencias asociadas y que repercuten en el desarrollo de los individuos que las consumen.

1.7. Descripción de las principales drogas consumidas en Coyoacán

Cada una de las drogas existentes produce daños específicos en el organismo de las personas, hay que considerar que dichos daños dependen de los estilos de vida que cada persona mantiene. Sin embargo, es conveniente conocer los principales daños, efectos y consecuencias del consumo de ciertas drogas. A continuación se presenta una breve descripción de las mismas, cabe aclarar que aunque existe una amplia gama de drogas no es la intención en este trabajo ahondar a profundidad en ellas, así que únicamente se describen aquellas drogas de mayor consumo en la delegación Coyoacán dado que fue éste el escenario donde se desarrollaron las prácticas profesionales y las que se abordaron en el proceso de intervención.

Cuadro 3. Descripción de las principales drogas consumidas en Coyoacán

Droga	¿Qué es?	Efectos físicos	Efectos psicológicos	Modo de consumo
Alcohol (Etanol)	Sustancia psicoactiva legal, se produce por la fermentación o destilación de varias sustancias para obtener el tipo de alcohol llamado etanol, el cual se consume con fines embriagantes.	A corto plazo se altera el comportamiento emocional, hay problemas de la coordinación motora y falta de equilibrio. A largo plazo, el individuo puede presentar alteraciones del sueño, se torna agresivo y depresivo, se deteriora su conducta social, al tiempo que puede sufrir enfermedades como hipertensión arterial, alteraciones del ritmo cardiaco, cirrosis hepática, gastritis, úlceras y disminución de la capacidad sexual.	Produce baja autoestima, pesimismo, baja tolerancia a la frustración, sentimiento de culpa, degradación moral y disminución de la capacidad de juicio, razonamiento, atención y concentración.	Se consume por vía oral en forma de bebida, en casos crónicos se inyecta por vía intravenosa.

Nicotina	<p>Se extrae de la hoja de tabaco. Es una sustancia muy adictiva puesto que contiene más de tres mil sustancias químicas diferentes entre ellas: acetona, clonamida, metanol, butano, arsénico, amoníaco, etc.</p>	<p>Al instante de su consumo produce mareo y/o vértigo. Asimismo, actúa directamente sobre la vitamina E que contribuye a la maduración de los testículos, a la estimulación de las funciones de los ovarios, y en el caso de las mujeres embarazadas, a la formación de la placenta, además afecta el desarrollo de la capacidad sexual y el crecimiento del feto. De igual forma produce envejecimiento prematuro. En las vías bucal y respiratoria causa irritación, infecciones, bronquitis, disminuye la capacidad de las cuerdas vocales y produce tumores en la laringe.</p>	<p>Produce consecuencias funestas en la memoria, disminuye la capacidad del aprendizaje y el buen desarrollo cognitivo. Produce dependencia psicológica.</p>	<p>Generalmente es fumada en forma de cigarrillo o puro.</p>
Mariguana	<p>Se extrae de la planta llamada cannabis sativa, solamente se recoge la hoja directamente de la planta y se pone a secar para su posterior consumo.</p>	<p>Produce altos niveles de frecuencia cardíaca, baja reacción a estímulos, irritación de ojos, poca salivación, bronquitis y aumento del apetito.</p>	<p>Entre los efectos inmediatos están: relajación, sensibilidad a nivel auditivo, euforia, cambios de humor, distorsión temporo-espacial. A largo plazo puede causar trastornos mentales debido a la alteración en las sinapsis neuronales.</p>	<p>La forma más común de consumo es fumada. Otra forma de consumo es por vía intravenosa.</p>

Cocaína	Se extrae de las hojas de la planta llamada eritroxylon coca o planta de coca.	En el momento de consumirse la persona experimenta disminución de la fatiga, hambre y sed; así como dilatación pupilar, aumento del ritmo cardíaco, de la respiración y de la temperatura corporal, congestiones severas, sangrado de la mucosa nasal, y en muchos casos, perforación del tabique. En consumidores por mucho tiempo puede ocasionar pérdida de peso, y en muchos casos provocar paro cardíaco y respiratorio.	A mediano y largo plazo puede haber presencia de delirios (psicosis cocaínica). También puede haber autoagresiones, euforia pasajera, baja autoestima, depresiones constantes e ideas suicidas, que lo llevan a ser una persona mentalmente desequilibrada, que adopta conductas delictivas.	Por su presentación en polvo, su uso generalmente es de tipo nasal, en algunos casos se disuelve en agua, en varias ocasiones está contaminada, para su posterior inyección por vía intravenosa. En algunas ocasiones se combina y se fuma con mariguana y bazuco, o bien se quema e inhala el humo por la boca.
Narcóticos(Opio, morfina y heroína)	Los narcóticos son conocidos por su efectividad analgésica y por su capacidad para inducir el sueño. El opio es un narcótico extraído de una planta de la familia de las amapolas, cuyo nombre científico es "papaversomniferun". Los alcaloides de esta sustancia son la morfina y la codeína. A partir de la morfina se elabora la heroína.	Los opioides pueden producir náuseas y vómito. Al igual que pueden disminuir la actividad del sistema nervioso central. Causan palidez en el rostro de sus consumidores. Se ha demostrado su alta incidencia en los trastornos pulmonares, como la neumonía.	Actúan sobre la corteza cerebral, lo que provoca una disminución en las emociones, al tiempo que pueden generar mitomanías, insomnio nocturno, inestabilidad del humor y estados coléricos. Generalmente los consumidores de estas sustancias desarrollan tolerancia, dependencia y síndrome de abstinencia.	Suele administrarse por vía oral en forma de gotas o comprimidos, o por vía intravenosa. Asimismo, se puede fumar, aunque esta forma de consumo es menos utilizada.
Inhalables	Son sustancias que incluyen compuestos volátiles. Dentro de éstos encontramos: solventes derivados del petróleo, como la gasolina, gases contenidas en pegantes, entre otros.	Entre los efectos físicos que causan los inhalables esta un estado de embriaguez, disminuyen aparentemente las sensaciones de hambre y frío. En dosis alta puede producir arritmias graves, que pueden llevar a la muerte por asfixia, pero a nivel cerebral, estos psicoactivos pueden ocasionar daños neurológicos graves como: insuficiencia auditiva, incapacidad de caminar en forma coordinada.	Entre los daños ocasionados por el consumo de esta droga están, estado de intoxicación relacionada con alucinaciones. A nivel intelectual puede provocar pérdida de funciones cerebrales como el lenguaje, pensamiento, memoria, juicio y raciocinio.	Esta sustancia puede ser inhalada vía oral y olfativa, que posteriormente se absorbe por los pulmones, que en ocasiones puede provocar la muerte por asfixia.

Fuente: Eseverri, C. y Cools. (1999)

1.8. Adolescencia y consumo de drogas

Los seres humanos siguen un proceso evolutivo perneado por cambios físicos y psicológicos que conforman etapas específicas, una de las etapas considerada como crítica es la adolescencia. G. Stanley Hall es considerado por algunos historiadores como el padre del estudio científico de la adolescencia. Él aplicó las dimensiones científicas y biológicas de la teoría de Darwin al estudio del desarrollo adolescente. Creía que el desarrollo estaba controlado por factores fisiológicos genéticamente determinados y que el ambiente desempeñaba un papel mínimo en el desarrollo sobre todo en los primeros años de vida.

Sin embargo, admitió que el ambiente permite explicar más cambios en el desarrollo durante la adolescencia que en periodos evolutivos previos. Así que por lo menos en lo que se refiere a la adolescencia Hall creía, como pensamos en la actualidad, que la herencia interactúa con las influencias ambientales para determinar el desarrollo del individuo.

Es así como desde este enfoque evolutivo centrado en el desarrollo se puede definir la adolescencia como el período evolutivo de transición entre la infancia y la etapa adulta que implica cambios biológicos, cognitivos y socioemocionales. A pesar de que las circunstancias culturales e históricas limitan la capacidad de establecer intervalos de edad con exactitud, la mayoría de las culturas actuales define que la adolescencia se inicia aproximadamente entre los 10 y 13 años y finaliza entre los 18 y 22 en la mayoría de los individuos. Los cambios biológicos, cognitivos y socioemocionales en la adolescencia van desde el desarrollo en las funciones sexuales hasta el pensamiento abstracto y la independencia (Santrock, 2003).

En este trabajo se conceptualiza al adolescente desde este enfoque dado que el modelo de CIJ contempla entre sus programas preventivos a la adolescencia como etapa del desarrollo importante para trabajar procesos de intervención de acuerdo a los cambios psicológicos y los procesos de transición que experimenta. Sin embargo, al considerar que las características de cada fase de la adolescencia no son generales para todos, se contempló incluir en el proceso preventivo el enfoque de factores de riesgo y protección a partir del

cual se amplía el concepto de adolescente quien no sólo sigue una secuencia de crecimiento única y lineal sino que esto depende de sus circunstancias individuales, familiares y sociales.

En el siguiente epígrafe se describen los factores de riesgo y protección asociados al consumo de drogas, asimismo se desarrollan con mayor profundidad aquellos factores trabajados en cada uno de los talleres que conforman la intervención reportada en este trabajo.

1.8.1. Factores de riesgo y protección para el consumo de drogas

Factores de riesgo

Todos los individuos estamos expuestos al consumo de drogas debido a que en la actualidad están al alcance de todos pero existen características que pueden hacer más vulnerables a las personas ante el consumo, López y Rodríguez-Arias (2010) definen a dichas características como factores de riesgo; por su parte Medina Mora (citada en González, Guerra, Díaz y Arrellanez, 1999) los define como fenómenos que han sido identificados como precursores del uso o abuso de drogas, menciona que ocurren antes de que aparezca el uso y están asociados al incremento en la probabilidad de su ocurrencia. Estos factores pueden ser individuales, familiares y sociales, tal como se refieren en el cuadro 8.

Cuadro 8. Factores de riesgo.

Individuales	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Actitudes favorables al consumo de drogas ➤ Comportamiento antisocial ➤ Comienzo temprano de comportamientos problemáticos ➤ Interacción con amigos que consumen drogas ➤ Escasa percepción de riesgo de consumir ➤ Búsqueda de sensaciones
Familiares	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Historia familiar de comportamiento antisocial ➤ Conflicto familiar ➤ Actitud de los padres que incite a comportamientos antisociales ➤ Actitud favorable hacia el consumo de drogas ➤ Escaso apego familiar
Sociales	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Escuela: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Fracaso escolar ➤ Escaso compromiso escolar ➤ Comunicación nula de alumno-profesor ➤ Escaso apego escolar ❖ Comunidad: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Desorganización comunitaria ➤ Escaso apego a la comunidad ➤ Leyes y normas que favorecen el consumo de drogas ➤ Disponibilidad de las drogas

Fuente: López y Rodríguez-Arias (2010)

Factores de protección

Para contrarrestar los factores de riesgo antes mencionados, existen los llamados factores de protección, siguiendo a López y Rodríguez-Arias (2010) éstos se definen como los atributos, características o situaciones que van a atenuar o reducir las posibilidades de que los adolescentes consuman algún tipo de droga. Asimismo González, Guerra, Díaz y Arrellanez (1999), los define como situaciones o fenómenos que reducen la probabilidad de que un individuo abuse de las drogas aún estando expuesto a situaciones de riesgo así como a la disponibilidad de las sustancias, de igual forma éstos pueden ser individuales, familiares y sociales, como se muestra en el cuadro 9.

Cuadro 9: Factores de protección.

Individuales	<ul style="list-style-type: none">➤ Autoestima➤ Habilidades sociales➤ Creencia moral➤ Actitud positiva➤ Autocontrol
Familiares	<ul style="list-style-type: none">➤ Comunicación familiar➤ Establecimiento de reglas➤ Supervisión por parte de los padres
Sociales	<ul style="list-style-type: none">➤ Recompensa por la implicación prosocial➤ Rendimiento académico regular➤ Perseverancia en los estudios➤ Comunicación alumno-profesor➤ Compromiso escolar

Fuente: López y Rodríguez-Arias (2010)

Otra definición sobre los factores de riesgo y protección es la que hace Capo (2007):

- **Factores de riesgo:** se caracterizan por que pueden aumentar/incrementar la posibilidad de una persona para iniciarse en el uso y/o abuso de sustancias psicoactivas.
- **Factores de protección:** se caracterizan por que pueden disminuir el riesgo o probabilidad del uso y/o abuso de drogas.

Además Capo (2007) menciona que es necesario considerar que un factor de riesgo para una persona puede no serlo para otra, es decir, hay que considerar las características de cada persona para determinar cuáles son sus factores de riesgo y de protección.

Por su parte, Tavera y Martínez (2008) clasifican los factores de riesgo y protección en tres subgrupos: individuales, familiares y sociales, dentro de éstos últimos se encuentran los escolares, del grupo de compañeros y de la comunidad (ver cuadro 10).

Cuadro 10. Factores de riesgo y protección para el consumo de drogas

Individuales	
Factores de riesgo	Factores de protección
Características temporales	
<ul style="list-style-type: none"> • Aislamiento. • Enfado y actitud apática. • Excesiva sensación de control. • Falta de orientación y metas en la vida. • Confusión de valores. • Evasión de la realidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Adecuado desarrollo o madurez. • Tendencia al acercamiento. • Actitud positiva. • Autocontrol. • Ideales y proyecto de vida/sentido de la existencia.
Características cognitivas y afectivas	
<ul style="list-style-type: none"> • Atrasos en las habilidades del desarrollo: baja inteligencia, incompetencia social, trastorno por déficit de la atención, problemas en la lectura y malos hábitos de trabajo. • Baja resistencia a la frustración. • Apatía. • Excesiva o baja autoestima. • Dependencia emocional. • Inseguridad. • Necesidad de autoafirmación. • Desesperanza. • Baja satisfacción o capacidad de divertirse. • Expectativas positivas en cuanto al consumo de drogas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Habilidades cognitivas: coeficiente intelectual verbal y matemático promedio, por lo menos. • Aptitudes sociales. • Habilidades de resolución de conflictos y toma de decisiones. • Empatía. • Conciencia/reconocimiento del valor personal. • Capacidad de frustración y de postergar la satisfacción. • Adecuada autoestima. • Planificación del tiempo libre. • Motivación al logro. • Sentimiento de autosuficiencia. • Tendencia a sentimientos de esperanza. • Autonomía e independencia. • Habilidades de afrontamiento caracterizadas por orientación hacia las tareas, actividad dirigida a la resolución de problemas y mayor tendencia a afrontar situaciones difíciles con sentido del humor.
Familiares	
Factores de riesgo	Factores de protección
<ul style="list-style-type: none"> • Deseo de salir de la casa. • Reconocimiento del fracaso familiar. • Aislamiento y marginalidad en la casa. • Relaciones tensas o violentas en el hogar. • Mala relación con los padres o entre los hermanos. • Familia disfuncional. • Frustración familiar, ambivalencia (sentimientos de rechazo y aceptación) hacia la familia, no adquisición de la independencia. • Falta de cariño y respaldo por parte de los padres o de los cuidadores. • Disciplina autoritaria e inflexible, falta de diálogo y ausencia de límites. • Ausencia de límites. • Desinterés por la educación de los hijos. • Crianza poco efectiva. • Ausencia constante de los padres en la vida cotidiana de sus hijos. • Ausencia de responsabilidades dentro del hogar y entre sus miembros. • Mala comunicación entre padres e hijos. • Vínculos débiles entre padres e hijos. • Padre o cuidador que consume drogas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ambiente cálido. • Existencia de madres y/o padres sustitutos que apoyen o estimulen. • Comunicación abierta y asertiva. • Estructura familiar con capacidad para superar las dificultades. • Buena relación con padres y hermanos. • Cohesión o unión familiar. • Aprecio y reconocimiento del padre hacia el hijo. • Límites claros y una disciplina aplicada consistentemente. • Apoyo y seguimiento de la educación de los hijos (educación democrática). • Manejo eficaz del estrés de los integrantes de la familia. • Tiempo de calidad en familia. • Relación fundamentada en el cariño/amor que permite disentir y criticar conductas, corregirlas sin afectar el reconocimiento al valor de la persona. • Expectativas claras. • Responsabilidades establecidas. • Lazos seguros con los padres. • Altas expectativas de parte de los padres, que

<ul style="list-style-type: none"> • Eventos estresantes en la vida familiar. • Desorganización familiar. • Sobreprotección. 	<p>tengan un proyecto educativo para orientar su vida y la de sus hijos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Compartir intereses y tiempo libre. • Promoción de hábitos sanos.
Sociales	
Factores de riesgo	Factores de protección
Escuela	
<ul style="list-style-type: none"> • Comportamiento negativo en la escuela o una conducta social deficiente. • Barreras comunicacionales y de cordialidad entre los profesores y estudiantes. • Fracaso académico. • Asociación con compañeros que consumen drogas. • Ausencia de compromiso por la escuela. • Falta de comunicación con los padres de familia. • Énfasis en lo académico y no en el desarrollo integral del estudiante. • Problemas interpersonales: rechazo a otras personas, aislamiento del grupo. • Prácticas duras o autoritarias en el manejo de estudiantes. • Disponibilidad de alcohol, tabaco, drogas ilícitas y armas de fuego en la escuela. • Promoción del individualismo y la competitividad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rendimiento académico normal. • Perseverancia en los estudios. • Apoyo social. • Buena comunicación profesor-estudiante. • La actuación del profesor como un modelo de vida válido. • Establecimiento de lazos cordiales entre profesores y estudiantes. • Buenas relaciones con los compañeros. • Conexión entre la casa y la escuela. • Cuidado y apoyo, sentido de “comunidad” en el aula y en la escuela (solidaridad, integración y logros personales). • Grandes expectativas del personal de la escuela. • Fomento de actividades extracurriculares y deportivas. • Promoción de actividades de servicio social y comunitario. • Compromiso y responsabilidad en las tareas y decisiones de la escuela. • Fomento de una vida saludable dentro y fuera de la escuela. • Utilización máxima de las instalaciones. • Fomento de trabajo en equipo y de la creatividad.
Compañeros	
<ul style="list-style-type: none"> • Asociación con amigos o conocidos que consumen drogas. • Rechazo del círculo inmediato de compañeros. • Búsqueda de la identidad a través del grupo. • Presión hacia el consumo de drogas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lazos seguros con los compañeros y otros adultos que modelan conductas positivas de salud y sociales. • Apoyo social de los compañeros. • Relación con diversos grupos. • Buscar la independencia personal en relación con el grupo.
Comunidad	
<ul style="list-style-type: none"> • Leyes y normas favorables al uso de sustancias ilegales, armas de fuego y perpetración de crímenes. • Circunstancias de la comunidad: desorganización en el barrio, pobreza extrema, injusticia racial, alto grado de desempleo. • Disponibilidad de alcohol, tabaco, drogas ilícitas y armas de fuego en la comunidad. • Problemas interpersonales: aislamiento y rechazo de los demás. • Actitudes tolerantes hacia el consumo de drogas. • Falta de información sobre los efectos de las drogas. • Publicidad de drogas legales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Buena relación con la comunidad. • Participación activa dentro de la comunidad. • Leyes y normas desfavorables al uso de sustancias ilegales, armas de fuego y perpetración de crímenes. • Apoyo social. • Instrumentación de acciones a favor de la prevención de adicciones. • Promoción de actividades de ocio y tiempo libre. • Áreas que favorezcan la convivencia.

Fuente: Tavera y Martínez (2008)

Factores individuales

Entre los factores individuales relacionados con el consumo de drogas se han señalado la edad, factores físicos, factores cognitivos y de personalidad así como la presencia o no de determinados valores, actitudes y habilidades personales. La adolescencia como etapa crítica del desarrollo, puede ser considerada como un factor de riesgo frente al consumo de drogas y otras conductas problemáticas, no porque suponga en sí misma una alteración o patología sino por las características que la acompañan y que colocan al adolescente en una situación transitoria de mayor vulnerabilidad.

Por el contrario, parecen actuar como factores de protección individuales, un temperamento o disposición positiva, la creencia en la propia auto-eficacia, las expectativas personales positivas frente a los estudios o frente al futuro, la religiosidad, el sentimiento de aceptación y pertenencia a grupos normalizados o la actitud positiva frente a las normas sociales. (Herrero, 2003).

Factores familiares

El grupo familiar es uno de los temas más estudiados en las adicciones, al ser el ámbito en el que la persona crece y va desarrollando su personalidad y valores, a través de las experiencias vividas en el seno de este primer agente socializador (Becoña, 2002).

Al respecto, en un estudio realizado por Muñoz-Rivas y Graña (2001) sobre factores familiares de riesgo y protección se encontró que entre las variables que influyen dentro de este ámbito son: estructura y composición familiar, disciplina familiar, relaciones afectivas y comunicación así como las actitudes y conductas familiares hacia el consumo de drogas.

De igual forma se observó que dentro de los principales factores familiares para explicar el consumo de drogas legales era la ausencia de normas familiares sobre el uso de las mismas; los conflictos entre los padres y el adolescente; así como el consumo de alcohol por parte del padre, pues al demostrar éste una actitud más favorable y una conducta de mayor consumo se presenta un mayor consumo de drogas por parte de los hijos.

En contraparte los factores que pueden fungir como protectores en el área familiar son: las normas sobre la hora de dormir (acostarse a una hora fija por la noche), y tener una buena relación de vínculo con los padres, entre otros.

Factores sociales

-Factores escolares

Los centros educativos representan, después de la familia, uno de los principales agentes de socialización, éstos pueden fungir como un factor de riesgo cuando se presenta, por ejemplo, una falta de apego o no se cubren las necesidades de los alumnos.

Sin embargo, la escuela también puede ser un factor de protección, puesto que ella llega a favorecer el desarrollo de los individuos para que puedan lidiar con los posibles riesgos de la vida actual. Asimismo, se hace presente la figura del profesor como un modelo positivo, debido a que llegan a ser figuras relevantes para los niños y jóvenes.

En un estudio realizado por González y Yedra (2006) para ver como la escuela podría ser un factor de protección ante el consumo de drogas, se encontró que dentro del factor influencia de la escuela hay diversas variables que conllevan a que se vislumbre a esta institución como protectora del consumo de drogas, entre las cuales están: información proporcionada por la escuela; interés de la escuela por el bienestar de sus alumnos; convivencia en la escuela; reglas de la escuela; comunicación con los maestros; información y consejos proporcionados por los maestros; estímulo de los maestros; interacción humana, apoyo, consejo y relaciones positivas con los amigos.

-Factores de los compañeros e iguales

El grupo de iguales supone un importante apoyo en el proceso de construcción de la identidad en la adolescencia. Dicho grupo les brinda el sentimiento de pertenencia, la seguridad y la estima personal que precisan en esta etapa de transición hacia el mundo adulto.

Sin embargo, a pesar de los apoyos que brinda el grupo de iguales también puede suponer un riesgo en la medida en que una tendencia grupal excesiva o un deseo violento de ruptura con la etapa infantil o los modelos de autoridad empujen a ello. Así, el grupo puede inhibir la responsabilidad individual, favorecer la excesiva dependencia y conformismo, inhibir la toma de decisiones libre y personal o facilitar conductas inadecuadas, entre las que se incluye el consumo de drogas.

Generalmente los primeros consumos se presentan dentro del grupo como una actividad de socialización que proporciona la posibilidad de compartir nuevas experiencias con sus iguales, experimentando la sensación de acceder a algo prohibido, que escapa de la tutela de los padres o de otras figuras de autoridad (Herrero,2003).

-Factores comunitarios

La percepción hacia el consumo de drogas que tiene una comunidad impacta en el uso que sus miembros hagan de dichas sustancias. Está ampliamente demostrada la existencia de una relación inversa entre el riesgo percibido de una droga en particular y el consumo de la misma. Así, a mayor riesgo percibido, menor consumo y viceversa. Por otra parte, la percepción social de una sustancia y el riesgo asociado, se plasma en las normas legales, que contribuirán a reforzar dicha imagen o a promover la transformación social. La despenalización del consumo privado o el hecho de que las leyes sean más duras con los delitos asociados a la heroína o a la cocaína respecto al cannabis, son sólo dos ejemplos de esta relación (Becoña, 2002).

Asimismo, siguiendo con Becoña (2002) se evidencia que la deprivación social y la desorganización comunitaria, que pueden estar especialmente presentes en los barrios marginales de las grandes ciudades, son variables que, aun siendo insuficientes para explicar el consumo de sustancias, se constituyen en facilitadores del mismo en presencia de otros factores de riesgo.

1.8.2. Factores de riesgo y protección abordados en los talleres

De acuerdo con Navarro (2004), la adolescencia se caracteriza por ser un periodo de transición hacia la vida adulta, y es en donde se presentan una serie de cambios tanto de índole psicológica, como físicos, sociales y económicos. Generalmente hay expectativas sobre la persona, por ejemplo, que gane una mayor independencia a fin de consolidar una vida propia que lo lleve fuera de su núcleo familiar. De igual forma se considera a esta etapa como un periodo de madurez y evolución en el que ha de haber un aumento de las habilidades y experiencias hacia la vida adulta.

Asimismo, se considera de gran preocupación social el consumo de drogas por parte de los adolescentes puesto que se observan una serie de factores que contribuyen a este fenómeno, los cuales, según Escámez (1990) son: a) la aparición de nuevas drogas y nuevas formas de consumo; b) la disponibilidad, cada vez mayor, de las diferentes sustancias; c) la existencia de una cultura favorecedora del consumo de todo tipo de drogas; d) la cantidad inmensa de dinero que se mueve en el campo de las drogas y e) la crisis de valores que vive actualmente la sociedad.

Se han encontrado en los adolescentes algunos efectos negativos derivados del consumo de drogas, que de acuerdo a Espada, Griffin, Botvin, y Méndez (2003) son:

- Intoxicación etílica aguda o embriaguez: dicha intoxicación puede desembocar en un coma o incluso la muerte.
- Problemas escolares: investigaciones han demostrado que existe relación entre el consumo de alcohol y otras sustancias y el fracaso escolar principalmente.
- Sexo no planificado: generalmente se lleva a cabo después de haber ingerido alcohol u otras drogas.
- Accidentes de tráfico: este riesgo aumenta debido a los efectos de ingerir alcohol, puesto que hay una pérdida de reflejos, sensación de control, entre otras.

- Problemas legales: después del consumo de alcohol, principalmente se presenta un comportamiento delictivo que lleva a las personas a desarrollar conductas antisociales.
- Problemas afectivos: principalmente el suicidio.

Además, Rochín (2003) menciona que la cruda realidad en la que los jóvenes están inmersos cada vez les ofrece menos posibilidades de ascenso social a través de la formación educativa; en contraparte la problemática juvenil va en aumento, muy ligada a la falta de oportunidades de estudio, la recreación y el empleo.

Por lo anterior se considera importante el fortalecimiento de factores de protección como una medida de prevención de dichas situaciones. A continuación se presentan los factores de riesgo y protección trabajados en las intervenciones psicopedagógicas que aquí se reportan.

Autoestima

Uno de los temas que se trabajaron en ambos talleres fue el de autoestima, debido a que para que la persona establezca un proyecto de vida o aprecie la importancia del cuidado de su salud es importante que reconozca su identidad y se valore a sí mismo.

Los adolescentes se encuentran en un proceso de construcción de su identidad, cierto es que como mencionan Vidal, García y Pérez (2010) todos tenemos una noción más o menos clara, estructurada y coherente de quiénes somos y cómo vamos convirtiéndonos en nosotros mismos. Tenemos un sentido de nuestro yo que comienza a formarse en la niñez y no deja de evolucionar durante toda la vida. Sin embargo, es en la adolescencia cuando las preguntas: ¿Quién soy?, ¿Qué me gusta y qué no?, ¿Qué se me da bien hacer y qué no?, ¿Cómo me ven los otros? son cuestiones que están en la base de la búsqueda de la identidad. Muchas veces este proceso se ve distorsionado por los falsos estereotipos que los medios de comunicación masiva presentan, la inestable comunicación y apego con adultos significativos o la ausencia de modelos de comportamiento apropiados. Todas estas

circunstancias impactan en lo que se conoce como autoestima que de acuerdo con André (2007) es:

- Lo que pensamos de nosotros
- Cómo nos sentimos con esos pensamientos
- Cómo aplicamos todo ello a nuestra vida
- Es la mezcla de opiniones y juicios que realizamos respecto a nosotros mismos.

Por otro lado, CIJ (2006) menciona que la autoestima está influida en principio por las relaciones que establecemos con otras personas, como los integrantes de la familia, los vecinos, los profesores, los amigos y los conocidos con quienes interactuamos frecuentemente.

El concepto de ser uno mismo tiene dos dimensiones de acuerdo con distintos planteamientos psicológicos:

- La dimensión cognitiva (conocimiento de uno mismo, autoconcepto): se refiere a las distintas concepciones o ideas que tenemos de nosotros mismos; este tipo de ideas se refieren generalmente a nuestras habilidades, capacidades y valores.
- La dimensión evaluativa: es el valor que nos atribuimos a nosotros mismos.

Dependiendo de la calidad de autoestima que tenga el individuo es como será su forma de actuar y enfrentar las diversas situaciones de riesgo que haya a su alrededor, evitando así conductas antisociales tales como la violencia, prácticas sexuales riesgosas o consumo de sustancias psicoactivas.

Siguiendo con André (2007) son seis las dimensiones que definen una buena autoestima:

- **Altura:** se puede identificar una alta autoestima cuando la persona tiene tendencia a apreciarse, estar seguro de sí mismo para actuar y ocupar el lugar que le corresponde entre los demás, no derrumbarse ante los fracasos o dificultades. Cuando presenta baja autoestima muestra tendencia a infravalorarse, está poco seguro de sí mismo hasta el punto de evitar actuar u ocupar el lugar entre los demás, se derrumba fácilmente o renuncia ante los fracasos o dificultades.

- Estabilidad: un buen indicio de las características de la autoestima tiene que ver con las reacciones ante los acontecimientos de la vida. La intensidad y la amplitud de las reacciones emocionales frente a los reveses, pero también ante los éxitos dice mucho de la solidez íntima de la autoestima.
- Armonía: se refiere a mantener una autoestima alta en todas las esferas de la vida, lo que le permite a la persona recuperarse en un ámbito si ha fracasado en otro, en lugar de denigrarlo todo en caso de dificultades en el ámbito en que esté centrado su interés.
- Autonomía: está relacionada con el hecho de que la autoestima no dependa de factores externos que pudieran ser cosas que los demás indican como deseables. Aplicar la autoestima a objetivos internos le confiere mayor resistencia y solidez.
- Coste: la autoestima necesita estrategias de sostenimiento, desarrollo y protección. El coste hace referencia a la “energía psicológica” que se desgasta por el impacto emocional de los acontecimientos de la vida cotidiana, el nivel de estrés, la reacción ante las críticas o las justificaciones ofrecidas en caso de que el sujeto sea cuestionado.
- Lugar e importancia de las cuestiones relacionadas con la autoestima en la vida de la persona: está relacionado justamente con la importancia que tiene la autoestima en la vida de las personas, es decir, hasta que punto existe un equilibrio y no un exceso tendiente al narcisismo.

Una vez identificadas las principales características de la autoestima es importante mencionar que son varias las investigaciones que se han realizado en torno a mostrar cómo la autoestima guarda relación con el consumo de drogas. A continuación se presentan algunas de dichas investigaciones (ver Cuadro 11).

Cuadro 11. Investigaciones sobre la relación entre autoestima y consumo de drogas

<i>Título</i>	<i>Marco teórico</i>	<i>Metodología</i>	<i>Resultados</i>
Musitu, G. y Herrero, J. (2003). El rol de la autoestima en el consumo moderado de drogas en la adolescencia. <i>Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades</i> , XIII (1), 258-306.	La autoestima expresa la forma en que cada persona evalúa el concepto que tiene de sí misma y que representa las consecuencias del diálogo interno que mantiene al valorar el mundo que le rodea y su posición ante la sociedad. Varias investigaciones han establecido la postura de que la baja autoestima está relacionada con el consumo de drogas, sin embargo, no es un común denominador debido a que han adoptado un modelo unidimensional de la autoestima.	Se seleccionaron dos muestras: la primera conformada por 762 adolescentes entre 11 y 16 años y de ambos sexos; la segunda, por 736 adolescentes con el mismo intervalo de edad y de ambos sexos. Se utilizaron medidas de autoestima, depresión, eventos vitales estresantes y consumo de sustancias, así como el horario de llegada a casa durante el fin de semana y el dinero disponible durante la semana.	Se observa que la autoestima familiar y académica inhibe el consumo de estas sustancias, mientras que la autoestima social está asociada con un mayor consumo. Estas relaciones son independientes del sexo, la edad, el nivel de ajuste psicosocial y las relaciones familiares.
Armendariz, N.; Rodríguez, L. y Guzmán, F. (2008). Efecto de la autoestima sobre el consumo de tabaco y alcohol en adolescentes del área rural de Nuevo León, México. <i>Revista Electrónica de Salud Mental, Alcohol y Drogas</i> , 4(1), 1-17.	Según Rosenberg (1965) la autoestima es una actitud positiva de la persona hacia sí mismo. La autoestima alta, expresa el sentimiento de ser suficientemente bueno. Además favorece el sentimiento de seguridad y evita las conductas de evasión, tal como el consumo de alcohol. La autoestima es considerada un factor protector que aleja al sujeto de las influencias no saludables.	Se trabajó con una muestra de 134 adolescentes estudiantes de secundaria de localidades del área rural del estado de Nuevo León. Se utilizaron dos cuestionarios, el primero fue el Cuestionario de Evaluación de la Autoestima para alumnos de Enseñanza Secundaria (CEAAES), y el segundo fue la Encuesta para Población Estudiantil (EPE)	Los adolescentes consumen en mayor proporción alcohol que tabaco, se observó diferencias de consumo de alcohol de acuerdo al sexo, se destaca que los hombres consumen más que las mujeres, finalmente la autoestima mostró un efecto sobre el consumo de alcohol, los que no consumen alcohol y tabaco mostraron autoestima más alta que los que han consumido estas sustancias.
Soriano, C.; Moreno, M.; Gutiérrez, M.; Villatoro, J. y Bretón, M. (2006). Autoestima y su relación con el consumo de drogas en estudiantes de bachillerato	Según Rosenberg (1973) la autoestima se refiere a los pensamientos y sentimientos de la persona en referencia a sí misma como un objeto. En un estudio realizado por Armendáriz, Rodríguez, Guzmán y Francisco (2008), se encontró que existe una relación entre el consumo de tabaco, alcohol y la autoestima, se presentó una autoestima más alta en los adolescentes que reportaron no consumir alcohol en el último año y mes.	El diseño de muestra fue estratificado por plantel o escuela, en dos sistemas educativos distintos: bachillerato tipo A, en el que el plan de estudios es tradicional y bachillerato tipo B, que es autónomo. En total se trabajó con 19600 sujetos de nivel medio superior. Se utilizó un cuestionario estandarizado donde sus escalas han sido previamente aplicadas y validadas en investigaciones anteriores.	La autoestima alta es un factor que disminuye la probabilidad de consumir drogas. Esto se da porque el estudiante que no consume drogas se valora más como persona y trata de evitar riesgos para su salud.

Como se puede apreciar en las investigaciones anteriores existe una relación entre la autoestima y el consumo de drogas, una autoestima alta representa un factor de protección que disminuye el consumo de drogas, las personas que tienen una baja autoestima es más probable que muestren conductas poco sanas y que impacten negativamente en sus relaciones interpersonales. De ahí que resultó importante y necesario tratar este tema como parte del proceso de prevención.

Violencia

La violencia juvenil, en los medios, en las representaciones de la cultura popular y en la voz y letra de no pocos académicos, suele ser considerada un indicador de la crisis social o moral devastadora de esta época en general y de América Latina en particular (Informe sobre tendencias sociales y educativas en América Latina, 2008). Muchas prácticas de violencia se han naturalizado pasando desapercibidas, dichos comportamientos son aprendidos desde el primer grupo de socialización: la familia. La violencia como menciona Castro (2009) es una desviación social familiar. Un grupo familiar cuyo modo de resolución de conflictos es violento, será un modelo para los hijos de esa violencia, que repetirá las mismas conductas cuando formen sus propias parejas. Cada familia tiene su propia organización interna pero determinadas características de la organización posibilitan la aparición de fenómenos violentos, por ejemplo:

- Una organización jerárquica fija e inamovible basada en desigualdades naturales.
- La distribución desigual del poder.
- Interacción rígida.
- Fuerte adhesión a los modelos dominantes de género.
- Consenso social con respecto al abuso ejercido dentro del ámbito privado familiar, lo que legitima al agresor y deja indefensa a la víctima.

La violencia puede manifestarse de diversas formas, pero antes de mencionar cada tipo de violencia es necesario definir este concepto. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2002) ésta se refiere al uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado

de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.

De acuerdo con la Ley General de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, la violencia puede ser:

Psicológica. “Es cualquier acto u omisión que dañe la estabilidad psicológica, que puede consistir en negligencia, abandono, descuido reiterado, celotipia (celos excesivos), insultos, humillaciones, devaluación, marginación, indiferencia, infidelidad, críticas, burlas, comparaciones destructivas, sobrenombres despectivos, rechazo, restricción a la autodeterminación y amenazas, las cuales conllevan a la víctima a la depresión, el aislamiento, la devaluación de su autoestima e incluso el suicidio”.

Física. “Es cualquier acto que inflige daño no accidental, usando la fuerza física o algún tipo de arma u objeto que pueda provocar o no lesiones ya sean internas, externas o ambas”. Ejemplos: empujones, bofetadas, puñetazos, pellizcos, tirar de los cabellos, arrojar objetos, puntapiés, golpes, etcétera.

Patrimonial. “Es cualquier acto u omisión que afecta la supervivencia de la víctima. Se manifiesta en la transformación, sustracción, destrucción, retención de objetos, documentos personales, bienes y valores, derechos patrimoniales o recursos económicos destinados a satisfacer sus necesidades y puede abarcar los daños a los bienes comunes o propios de la víctima”.

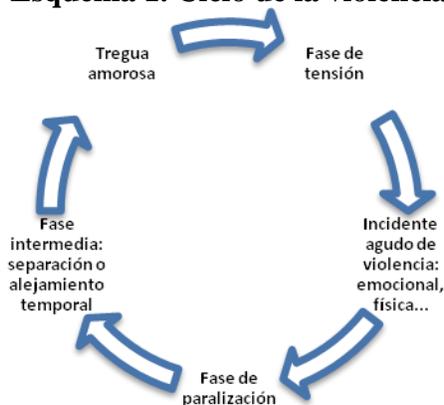
Económica. “Es toda acción u omisión del agresor que afecta la supervivencia económica de la víctima. Se manifiesta a través de limitaciones encaminadas a controlar el ingreso de sus percepciones económicas, así como la percepción de un salario menor por igual trabajo, dentro de un mismo centro laboral”; por ejemplo; excluir en la toma de decisiones financieras, controlar los gastos o compras de la otra persona, amenazar con limitaciones económicas, ocultar información acerca de ingresos, “castigar” a la persona no dándole suficiente dinero, entre otros.

Sexual. “Es cualquier acto que degrada o daña el cuerpo y/o la sexualidad de la víctima y que, por tanto, atenta contra su libertad, dignidad e integridad física. Es una expresión de abuso de poder que implica generalmente la supremacía masculina sobre la mujer al denigrarla y concebirla como objeto, pero de la que también pueden ser víctimas los hombres”, por ejemplo: prácticas sexuales sin consentimiento como pueden ser, tocamientos, roces, exhibición de órganos sexuales, penetración oral, vaginal o anal, hostigamiento sexual, comparación sexual con otras personas en forma degradante, etcétera.

Estas formas de violencia pueden darse en diferentes relaciones, por ejemplo, las de noviazgo. Castro y Casique (2010) definen la violencia en el noviazgo como “todo acto, omisión, actitud o expresión que genere, o tenga el potencial de generar, daño emocional, físico o sexual a la pareja afectiva con la que se comparte una relación íntima sin convivencia ni vínculo marital.”

La violencia en el noviazgo también adopta ciertas pautas o patrones repetitivos que se dan en cierto orden o fases, Leonor Walter (citada en Castro y Casique, 2010) define tales fases como “ciclo de la violencia en la pareja” el cual se muestra en el esquema 1 y posteriormente se describe.

Esquema 1. Ciclo de la violencia



- Fase de tensión: el hombre joven inicia un proceso de manifestación de violencia, generalmente mediante insultos, amenazas, intento de violencia física (rompe objetos, jaloneos).
- Fase de paralización o sumisión: el inicio de un proceso de manifestación de ciertas violencias genera que la mujer joven que sufre la violencia se sienta culpable, entre en desequilibrio emocional, se paralicen sus reflejos y no pueda responder o actuar para detener la manifestación o ejercicio de la violencia.
- Fase intermedia de alejamiento o separación temporal: la mujer joven busca ayuda en distintas instancias. Esta fase es considerada como muy importante ya que en ella la persona agredida accede a información y realiza actividades que pueden ayudarle a enfrentar el problema y además, generalmente evalúa diferentes alternativas, como las legales y la atención psicológica.
- Tregua amorosa: también se le refiere como fase de arrepentimiento, de reconciliación o “luna de miel”; cuando el proceso del ejercicio de la violencia ha pasado, el varón joven que ejerció la violencia pide perdón y promete que no volverá a suceder. La mujer joven puede comenzar a verle como alguien que quiere cambiar y le cree porque está vinculada emocionalmente y por eso se le llama a esta fase “luna de miel”. En cualquier otro momento, generalmente pasado cierto tiempo, vuelve el estado de tensión y el ciclo se repite.

De manera general se han identificado una serie de consecuencias o efectos originadas a partir de la presencia de violencia en el noviazgo (Casique, 2010):

- Daño físico entre las y los jóvenes.
- Afectación de su autoestima.
- Problemas cognitivos.
- Dificultades para realizar sus tareas y actividades.
- Depresión, enojo.
- Adicciones.
- Deserción escolar.
- Embarazos no deseados.

Como se puede apreciar la violencia puede tener muchas repercusiones en el desarrollo pleno de las personas y como vía para menguar los efectos de sentirse violentada, una persona puede refugiarse en el consumo de drogas, asimismo alguien que consume determinada droga puede emitir comportamientos violentos al presentar alteraciones y no tener percepción de riesgo sobre las decisiones que toma.

Generalmente se asocia a la violencia con la presencia de conflictos, sin comprender la dimensión del concepto, es por ello, que como parte de la intervención que realizamos incluimos la resolución de conflictos no violenta como un tema importante de ser trabajado para menguar las manifestaciones de violencia que las autoridades educativas de la institución reportaron.

El conflicto no siempre se comprende como debiera, generalmente se relaciona con la forma en que habitualmente se ha visto que se suelen enfrentar o “resolver”, es decir, con violencia, la anulación o destrucción de una de las partes y no, una solución justa y mutuamente satisfactoria. Sin embargo, existen varias perspectivas positivas del conflicto como menciona Cascón (2000).

Es importante considerar la diversidad y la diferencia como un valor. Vivimos en un solo mundo, plural y en el que la diversidad desde la cooperación y la solidaridad, es una fuente de crecimiento y enriquecimiento mutuo. Sólo a través de entrar en conflicto con las estructuras injustas y/o aquellas personas que las mantienen, la sociedad puede avanzar hacia modelos mejores. El conflicto es una oportunidad para aprender.

Ante esto el gran reto es cómo aprender a enfrentar y resolver los conflictos de una manera constructiva “no violenta”. Esto conlleva a comprender qué es el conflicto y conocer sus componentes, así como desarrollar actitudes y estrategias para resolverlo.

Existe la tendencia a confundir y considerar como sinónimos conflicto y violencia. Así, como menciona Cascón (2000) toda expresión de violencia se considera un conflicto, mientras que la ausencia de violencia se considera una situación sin conflicto incluso de paz. Se puede hablar de conflicto en aquellas situaciones de disputa o divergencia en las

que hay contraposición de intereses, necesidades y/o valores en pugna, a dicha contraposición se le denomina problema.

Si se entiende que el conflicto es un proceso, se ubicaría como primera fase las necesidades de cada una de las partes que al ser antagónicas entre sí, originarían un problema (segunda fase) y el no enfrentarlo o resolverlo, nos llevará a que comience la dinámica del conflicto, llegando a la tercera fase que es la crisis y donde se hace aún más difícil resolverlo sin violencia.

A fin de evitar llegar a la tercera fase es que resulta importante educar en y para el conflicto, desde un enfoque socioafectivo se propone usar técnicas de visualización (juegos de roles, juegos de simulación, teatro, marionetas), que como su nombre indica, son técnicas que nos permiten visualizar el/los conflictos con unas características propias:

- Tener en cuenta no sólo el aspecto racional sino también el emocional.
- Ponernos en el lugar de las otras personas y de las otras percepciones del conflicto, para comprenderlas y tener una idea más completa de éste.
- Ayudar a analizar los conflictos, más allá de su apariencia exterior. Analizar sus causas y raíces más profundas, descubriendo las necesidades/intereses insatisfechas que están en su origen.

A partir de las características revisadas sobre la violencia se muestran las siguientes investigaciones que enfatizan sobre la relación existente entre la violencia y el consumo de drogas. A continuación se presentan algunas de dichas investigaciones (ver Cuadro 12).

Cuadro 12. Investigaciones sobre la relación entre violencia y consumo de drogas

<i>Título</i>	<i>Marco Teórico</i>	<i>Metodología</i>	<i>Resultados</i>
<p>Jiménez, K.; García, R.; y Balanzario, M. (2006). Consumo de estimulantes y su relación con la violencia. México: CIJ.</p>	<p>La violencia es definida como una acción intencional del uso de la fuerza o del poder, por la cual una o más personas producen daño físico, mental, emocional, sexual, en la libertad de movimiento, muerte a terceros o a sí mismo, con un fin que puede ser predeterminado o no.</p> <p>En 2001, hubo 249,000 víctimas de violación, intento de violación o ataque sexual en Estados Unidos; al cometer el delito, por lo menos el 45% de los violadores se encontraba bajo la influencia de drogas o alcohol.</p>	<p>El objetivo general del estudio fue explorar la asociación de la conducta violenta y el consumo de estimulantes.</p> <p>Fue un estudio transversal con dos muestras independientes de usuarios que solicitaron atención en CIJ (Centros de Integración Juvenil) y que reportaron como droga de mayor impacto el consumo de <i>cocaína/crack</i> ó en su caso <i>crystal/ice</i>.</p> <p>La muestra (n=306), comprendió dos grupos de consumidores de estimulantes: consumidores de <i>cocaína ó crack</i> (n=158) y consumidores de <i>crystal ó ice</i> (n=148).</p> <p>El rango de edad fue de 15 a 46 años, en el caso de los usuarios de <i>crystal/ice</i>, y de 13 a 47 años en los usuarios de <i>cocaína/crack</i>.</p>	<p>-Existe la probabilidad de que los usuarios de estimulantes que tuvieron antecedentes de haber vivido violencia física y verbal por parte de un familiar estando éste bajo los efectos de las drogas, lleven a cabo algún tipo de conducta violenta como lesiones o daños a terceros y participación en riñas.</p> <p>-De igual forma hay probabilidad de que los usuarios de estimulantes que tuvieron antecedentes de familiares consumidores de drogas que ejercían violencia sobre ellos, realizarán algún tipo de delincuencia menor, como hurtos o extorsiones principalmente a familiares.</p> <p>-Asimismo, se puede decir que existe la probabilidad de que los usuarios de estimulantes que tuvieron antecedentes familiares de violencia emocional, como amenazas de daño, lleven a cabo conductas de violencia autoinflingida, las cuales tienen relación con la auto agresión y el intento suicida. También hay probabilidad de que tengan conflictos con familiares, pareja o amigos por el consumo de drogas.</p>
<p>Alonso. M.; et al. (2009). Violencia contra la mujer y su relación con el consumo de drogas en el</p>	<p>Estudios mexicanos reportan una prevalencia de violencia que oscila entre el 28% y el 72% (8-10). Algunos de los factores que se han asociado con el riesgo de que un hombre agrede físicamente a su pareja son los antecedentes de</p>	<p>Este es un estudio cuantitativo, descriptivo y correlacional. El muestreo fue probabilístico, estratificado por asignación proporcional al tamaño de cada localidad o área.</p> <p>Estuvo conformada por 272 mujeres de dos comunidades que</p>	<p>-Las mujeres presentaron una mayor prevalencia de violencia psicológica (32%).</p> <p>-Se encontró un nexo entre la violencia psicológica y la física con el consumo de drogas ilícitas. -En cuanto a las violencias física y sexual</p>

<p>área metropolitana de Monterrey, Nuevo León y México. Colombia: Investigación en enfermería: Imagen y Desarrollo.</p>	<p>violencia en la familia, la pobreza y el abuso de alcohol y otras drogas por parte del ofensor; también se ha encontrado en mujeres mexicanas usuarias de un centro de salud que la depresión y la baja autoestima se asocia con la violencia sexual.</p>	<p>residen en el área metropolitana de Monterrey, Nuevo León, México. El objetivo fue conocer la relación entre las violencias física, psicológica y sexual y el consumo de drogas en la mujer. Se realizó una entrevista cara a cara, además de siete instrumentos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La Escala de Autoestima 2. La Escala CES-D para Depresión 3. El TWEAK 4. El Cuestionario de Historia de Drogas Psicoactivas 5. El cuestionario Valoración de Violencia 6. El instrumento de Violencia contra la Mujer 7. La versión corta del Inventario de Maltrato Psicológico Femenino (PMWI-F, por su sigla en inglés) 	<p>se encontró una relación con el consumo de drogas médicas; asimismo, el consumo de alcohol se relacionó con la violencia física.</p> <p>-El 83.3% de las mujeres maltratadas por su pareja reportaron que éste había consumido alcohol, y el 33.3% de las mujeres señalan que sus parejas habían consumido alguna droga ilícita antes de ejercer la violencia en su contra.</p> <p>-Estos porcentajes se explican porque cuando la mujer consume alcohol, se incrementan su vulnerabilidad y las oportunidades de ser maltratada; además, es probable que bajo los efectos del alcohol la mujer ponga en discusión su relación de pareja, lo que incrementa su victimización.</p> <p>-La depresión y el consumo de alcohol, de drogas ilícitas y drogas médicas tienen un efecto en algún tipo de violencia, ya sea de tipo físico, psicológico o sexual.</p>
--	--	--	--

A partir de estas investigaciones, se puede observar que existe una relación entre el consumo de drogas y la violencia, teniendo que hay mayor probabilidad de que presenten conductas agresivas las personas que han consumido drogas; asimismo se aprecia mayor probabilidad de consumo de drogas en personas que tienen antecedentes de haber vivido algún tipo de violencia. Es decir, que el consumo de drogas puede ser a causa de la violencia vivida con anterioridad o bien una consecuencia de ella.

Sexualidad

La sexualidad es un tema que se considera importante trabajar con los adolescentes debido a las situaciones de riesgo a los que están expuestos cuando no reciben una educación sexual apropiada y oportuna. El interés de incluir en los talleres preventivos este tema, surge porque una de las consecuencias de estar bajo los efectos de una droga es como se mostró en apartados anteriores, alteraciones en la percepción lo que a su vez trae como consecuencia la falta de conciencia en la toma de determinadas decisiones.

Esto se puede ver claramente reflejado en el área de la sexualidad, ya que es posible que los adolescentes lleguen a tener relaciones sexuales coitales sin responsabilidad y sin ser conscientes de las implicaciones que ello tiene, muchas veces no por falta de información sino por las distorsiones que les genera estar bajo efectos de alguna droga, poniendo en riesgo su vida o modificando radicalmente sus proyectos de vida. Al respecto se han realizado investigaciones que evidencian los efectos del consumo de drogas en las prácticas sexuales, a continuación se muestran algunas de ellas (ver cuadro 13).

Cuadro 13. Investigaciones sobre la relación entre prácticas sexuales riesgosas y consumo de drogas

<i>Título</i>	<i>Marco teórico</i>	<i>Metodología</i>	<i>Resultados</i>
Filiberto, G.; Gutiérrez, M.; Moreno, M.; Bretón, M. y Villatoro, J. (2006) Conducta sexual, alcohol y drogas en estudiantes de nivel medio superior	La adolescencia es una etapa de cambios en la cual el sujeto se encuentra en constante experimentación consigo mismo y con lo que le rodea, las probabilidades de entrar en el terreno de las adicciones o de ejercer su sexualidad en forma riesgosa aumentan.	Los datos del presente proyecto se derivan de una encuesta probabilística en población escolar representativa de dos tipos de bachillerato: tipo A, donde el sistema es tradicional y bachillerato tipo B donde el sistema es autónomo. Se aplicó un cuestionario estandarizado utilizado y validado en otras investigaciones, las secciones tomadas fueron la escala de sexualidad y las secciones de consumo de alcohol y drogas.	Se observó que son los/as usuarios/as tanto de drogas como de alcohol de ambos sexos quienes reportaron valores más altos en todas las variables de tipo conducta sexual de riesgo medidas. Asimismo, los resultados obtenidos parecen indicar que quienes consumen drogas o alcohol, tienen más probabilidades de practicar sexo en situaciones de riesgo y, por ese motivo, de contraer enfermedades de transmisión sexual, así como de verse involucrados en embarazos no deseados.
Antón, F. y Espada, J. (2009). Consumo de sustancias y conductas sexuales de riesgo para la transmisión del VIH en una muestra de estudiantes universitarios. <i>Anales de psicología</i> , 25(2), 344-350.	Las conductas sexuales bajo los efectos de sustancias como alcohol, cannabis, cocaína, etc., se consideran de mayor riesgo dado que se ve afectada la valoración del riesgo de contraer una ETS o embarazo no deseado, aumenta la sensación de invulnerabilidad y disminuye el autocontrol. Ciertas sustancias se han incorporado a las relaciones sexuales como es el caso del cannabis que se suele consumir con frecuencia antes y después del sexo dadas sus propiedades para potenciar el placer (Poullin y Graham, 2001)	La muestra estuvo compuesta por 339 estudiantes universitarios, con un rango de edad entre 18 y 29 años. Se utilizó el Cuestionario de Evaluación de Conductas de Riesgo.	El 50 % de la muestra afirmó haber tenido relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol alguna vez, mientras que el 16.2 % ha mantenido relaciones sexuales bajo los efectos del cannabis alguna vez. Los resultados no permiten corroborar la hipótesis de que el consumo de alcohol o cannabis disminuya el uso del preservativo.
Castano, G.; Arango, E.; Morales, S.; Rodríguez, A. y	En la literatura científica hay evidencia empírica que apoya la idea de una relación significativa entre el consumo de sustancias psicoactivas y conductas sexuales	Se trabajó con una muestra de 955 adolescentes entre 14 y 17 años de edad pertenecientes a colegios públicos y privados de la	Este estudio prueba lo ya constatado por otras investigaciones donde se muestra la alta asociación estadística

<p>Montoya, C. (2012) Consumo de drogas y prácticas sexuales de los adolescentes de la ciudad de Medellín (Colombia). <i>Revista de Adicciones</i>, 24(4), 347-354.</p>	<p>de alto riesgo durante la adolescencia y la adultez (Breen et al., 2006; Brook, 2002; Calafat, Fernández y Juan, 2001; Elliot et al., 1998 y Ford y Norris, 1994); sin embargo, otros autores como Liao et al. (2002) dudan de esta asociación argumentando que muchos estudios basan la validez de sus resultados, teniendo en cuenta sólo los autorreportes de los adolescentes.</p>	<p>ciudad de Medellín de los grados 9°, 10° y 11°. Se aplicó un formulario construido por los investigadores a partir de la revisión de la literatura. Éste incluía puntos que abordaban los aspectos socio-demográficos, tipo de colegio, antecedentes familiares, actitudes cognitivas y emocionales en relación al consumo de alcohol y otras drogas y prácticas sexuales, variables relacionadas con los grupos, consumo de drogas, prácticas sexuales, métodos de protección usados, razones para tener prácticas sexuales bajo el efecto de alcohol o drogas.</p>	<p>que hay entre el consumo de drogas y las prácticas sexuales, pero da cuenta que no existe asociación estadística significativa entre tener prácticas sexuales bajo efectos de alcohol o drogas y el uso o no uso de métodos de protección, lo que constituye su hallazgo más importante.</p>
---	---	---	---

Como se observa en las investigaciones anteriores, aunque en algunos casos no hay evidencias significativas entre consumo de drogas y prácticas sexuales riesgosas, en otras sí las hay y confirman diferentes situaciones a las cuales los adolescentes podrían enfrentarse si deciden llevar a cabo alguna práctica sexual bajo los efectos de ciertas drogas. A partir de esto se muestra la pertinencia de incluir el tema de sexualidad como parte de la prevención del consumo de drogas a fin de enfatizar en las consecuencias de no ejercer una sexualidad responsable.

Como parte de una educación sexual, hay que considerar múltiples elementos tendientes al cuidado y respeto del cuerpo y de lo que uno representa para sí mismo y para los demás. La sexualidad como mencionan Alegret, Comellas, Font y Funes (2005) se construye, a diferencia del sexo que nos viene dado, por tal razón tiene sentido hablar de educación afectiva y sexual la cual tendría que tener las siguientes características:

- Debe ser un proceso que comience en los primeros años de existencia y continúa a lo largo de la vida, implicándose tanto la familia, la escuela y la sociedad.

- Tiene que ver con un conjunto de aprendizajes que incidirá tanto en el nivel de información, como en las actitudes y los comportamientos.
- Debe facilitar una adecuada información en cuanto a que corresponda a las características del momento evolutivo y capacidades del receptor; variada en cuanto a que contemple no sólo los aspectos relativos a la anatomía y la fisiología de la sexualidad, sino también los aspectos afectivos, de relación personal, de placer; y correcta en cuanto a que sea veraz y libre de prejuicios.
- La información debiera facilitar la adquisición de actitudes positivas hacia la sexualidad y hacia el propio cuerpo, fomentando la propia autoestima y el respeto y el afecto hacia los demás.
- Esta información debe tener también como finalidad el desmitificar y desculpabilizar la sexualidad, liberando los sentimientos de culpa y vergüenza, favoreciendo la espontaneidad y la comprensión de la variedad y riqueza de la conducta sexual humana.

Por ello, es que como parte de la educación sexual es necesario además trabajar el valor de sí mismo como hombre o mujer y hacia otros, el placer y la importancia de ejercer una libre y responsable sexualidad. En este sentido los temas abordados fueron: sexo, género y sexualidad, así como los derechos sexuales.

Uno de los primeros pilares que empiezan a conformar la sexualidad es el sexo que de acuerdo con Morales y Represas (2007) dicho término se usa para hacer referencia, por un lado, al acto sexual, es decir, el coito, sin embargo, en este sentido es reduccionista; y por otro lado, para diferenciar a los seres vivos en dos grandes grupos: machos y hembras, masculino y femenino, hombres y mujeres. Así el sexo se refiere a los aspectos biológicos y es visible en el momento del nacimiento.

La sexualidad tiene que ver con un conjunto de aspectos psicológicos, relacionales, sociales, entre otros, que influyen en cómo un individuo se percibe a sí mismo y se relaciona con los demás (Alegret, Comellas, Font y Funes, 2005).

Siguiendo con Morales y Represas (2007) el género se refiere a la suma de valores, actitudes, roles, prácticas y características culturales basadas en el sexo biológico, es decir, reúne los aspectos psicológicos, sociales y culturales construidos sobre la base de ser hombre o mujer.

También es importante establecer la diferencia entre rol de género e identidad de género, que son dos aspectos que incluye el género. El rol de género es el comportamiento que se considera adecuado y es esperable para cada hombre y mujer de una sociedad determinada por el hecho de pertenecer a uno u otro sexo. A todas las personas se les asigna un rol de género, pero cada uno podrá asumirlo o rechazarlo, total o parcialmente.

Por otro lado, la identidad de género es un proceso que se inicia cuando se sabe el sexo del bebé y se consolida cuando ese niño adquiere el sentimiento de “Soy un niño” o “Soy una niña”, sentimiento que más adelante se complejiza al ir adquiriendo nuevos matices. Dicho sentimiento se construye a lo largo de la infancia a partir del sexo biológico y del rol de género adjudicado por la sociedad.

De esta manera se puede ver que como dice Rosales (2011) la sexualidad es uno de los derechos humanos que hay que hacer valer; todas las personas deben ser respetadas en las decisiones relacionadas con el cuidado de su cuerpo. El ser cada una/o sujeto de derecho lleva implícito el respeto hacia las demás personas, es decir, podemos ejercer nuestras libertades y garantías individuales, en tanto no violentamos el derecho de las y los demás.

Es así como se crea la *Cartilla de los Derechos Sexuales de las y los jóvenes* que forma parte de la Campaña Nacional por los Derechos Sexuales de las y los jóvenes: “Hagamos un Hecho Nuestros Derechos”, producto del esfuerzo conjunto de diversas organizaciones de la sociedad civil y de la Comisión Nacional de Derechos Humanos y está basada en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como en diversos instrumentos internacionales ratificados por el Estado Mexicano (ver anexo 1).

Importancia de saber tomar decisiones

El proceso de toma de decisiones puede suponer una situación de incertidumbre o temor generalmente por las consecuencias que ésta podría traer para la persona. Por ejemplo, cuando se trata de decidir una ocupación o unos estudios, este proceso está cargado de inseguridad, pues se sabe que dicha elección va a marcar el estilo de vida y porque se es consciente de que lo que se está decidiendo es el futuro profesional y vital.

Toledo (1998) menciona algunos factores que influyen en el proceso de toma de decisiones:

- La influencia de los otros: Puede ser positiva si orienta para elegir una opción pero negativa si presiona para que hagamos lo que otros quieren, en contra de nuestra voluntad.
- Información: Tener conocimiento sobre las consecuencias de las alternativas en el proceso de toma de decisión es muy importante, permite analizar los pros y contras de cada opción. Es la base para tomar una decisión adecuada.
- Experiencia propia: Nuestra propia historia personal y familiar, el contexto socio-cultural al que pertenecemos y nuestro proceso de desarrollo nos han permitido formar valores, actitudes y opiniones favorables o no con relación a la cuestión por decidir. Todo esto configura el significado que le damos a nuestras experiencias y que son el contexto en el cual basamos nuestro proceso de toma de decisiones.

Tomar una buena decisión consiste en trazar el objetivo que se quiere conseguir, reunir toda la información relevante y tener en cuenta las preferencias del que tiene que tomar dicha decisión. Si queremos hacerlo correctamente, debemos ser conscientes de que una buena decisión es un proceso que necesita tiempo y planificación (Montes, 2000).

El proceso de toma de decisiones.

La necesidad de tomar decisiones puede llegar a ser muy desconcertante, por la imposibilidad de asimilar toda la información necesaria para adoptar la decisión más

adecuada. Por ello Toledo (1998) plantea los siguientes pasos como una guía para tomar decisiones:

- a) Detección de una situación problemática: tenemos que reconocer cuando estamos ante un problema para buscar alternativas al mismo: ¿qué hay que decidir?
- b) Análisis de la situación problemática: en este paso habremos de determinar las causas del problema y sus consecuencias y recoger la máxima información posible sobre el mismo: ¿cuáles son las opciones posibles?
- c) Descripción de la situación real.
- d) Descripción de la situación deseada.
- e) Búsqueda de discrepancias: es el resultado de la comparación entre los dos puntos anteriores.
- f) Definición del problema: se formula una pregunta que nos lleve de la situación real a la situación deseada.
- g) Evaluación o estudio de opciones o alternativas: aquí nos tenemos que centrar en identificar las posibles soluciones al problema o tema, así como sus posibles consecuencias: ¿cuáles son las ventajas e inconvenientes de cada alternativa?
- h) Definición de la solución: momento de la toma de decisión. Una vez analizadas todas las opciones o alternativas posibles, debemos escoger la que nos parece más conveniente y adecuada: ¿cuál es la mejor opción?

Además, se presentan los siguientes pasos como adicionales al proceso de la toma de decisiones:

- i) Poner en práctica las medidas tomadas: una vez tomada la decisión debemos llevarla a la práctica y observar su evolución: ¿es correcta la decisión?
- j) Finalmente evaluamos el resultado: en esta última fase tenemos que considerar si el problema se ha resuelto conforme a lo previsto, analizando los resultados para modificar o replantear el proceso en los aspectos necesarios para conseguir el objetivo pretendido: ¿la decisión tomada produce los resultados deseados?

Otra cuestión importante en el proceso de la toma de decisiones es la asertividad, una característica que de acuerdo con Aguilar (2008) se refiere a tener la habilidad para

transmitir y recibir los mensajes de sentimientos, creencias u opiniones propias o de los demás de una manera honesta, oportuna, con respeto, y tiene como meta fundamental lograr una comunicación satisfactoria.

Los componentes de la asertividad son respetarse a sí mismo, respetar a los demás, ser directo, honesto y oportuno, tener control emocional, saber decir y escuchar, ser positivo y comprender la expresión no verbal de los mensajes.

A partir de estas características de la conducta asertiva se establecen los derechos asertivos, los cuales son:

- A considerar tus propias necesidades
- A cambiar de opción
- Ser tratado con respeto y dignidad
- Cometer errores
- Tener y expresar tus propios sentimientos y opiniones
- Reusar peticiones sin sentirte culpable o egoísta
- Pedir lo que quieres
- A hacer menos de lo que eres humanamente capaz de hacer
- A establecer tus propias prioridades y tomar tus propias decisiones
- A sentirte bien contigo mismo
- A tu privacidad, a que te dejen solo
- A calmarte, tomarte tu tiempo y pensar
- A no usar tus derechos
- A pedir reciprocidad
- A tener éxito
- A obtener la calidad relativa a lo que pague
- A ser feliz

Proyecto de vida

Sabemos que es importante tener un proyecto de vida o un plan de vida, pero ¿qué es un plan de vida? Vargas (2005) considera que es un planeamiento estratégico personal, planeamiento de vida o planeamiento por objetivos, es una filosofía, una cultura, un proceso, un ámbito de vida, una técnica y un arte que enlaza experiencias del pasado y conocimiento del presente, para proyectar el futuro mediante la formulación y realización de los objetivos de vida en relación con las condiciones del entorno. Asimismo, considera que es de gran utilidad para ayudar a la persona a:

- Descubrir en plenitud el sentido de la vida.
- Orientar las decisiones y acciones.
- Actuar con sentido de previsión.
- Construir en el día a día el futuro con mayor solidez.

El proceso de planear un proyecto de vida implica un conocimiento y un contacto personal con el núcleo más íntimo de la persona que incluye la conjunción del pensamiento, las emociones, los valores, el cuerpo y las experiencias vitales que dan origen a sí mismo, es decir, al yo personal que sólo puede ser captado en un proceso intuitivo que trasciende a la razón y a los sentimientos por separado, que implica una disciplina, un proceso de meditación y contacto espiritual. Éste, como único camino para encontrar el sentido vital que la persona le puede dar a su existencia.

Son diversos aspectos a considerar cuando se planea y construye un proyecto de vida, es necesario considerar todos los ámbitos de la vida en la que nos desarrollamos. De acuerdo con Vargas (2005) el planteamiento involucra todas aquellas acciones que determinan los objetivos para el futuro y los medios apropiados para conseguirlos, asimismo consideran los objetivos, las acciones, los recursos y la implementación.

Es necesario llevar a cabo un plan de vida puesto que el mundo en el que nos encontramos día a día está en constante cambio, nuevos desafíos que podrían ser oportunidades o

riesgos de acuerdo a nuestros intereses. Por ello, es importante el conocimiento de la vida que queremos de acuerdo al reconocimiento del potencial que cada persona tiene para lograr sus proyectos. Asimismo es conveniente tener claro que el proyecto de vida no modifica el pasado pero sí logra transformar el presente y con ello mejorar el futuro que se puede tener.

Sin embargo, este plan de vida siempre tiene que ser una decisión personal puesto que a partir de ello la persona estará comprometida o no con dicho plan. De igual forma, de ello dependerá el reconocimiento de la importancia del mismo, lo que definirá su utilidad o no. Cuando una persona decide llevar a cabo el plan de vida tiene que existir un completo compromiso, para así asumir la exigencia de la tarea que implica llevar a cabo el proyecto de vida.

Un objetivo personal o de vida es una propuesta significativa que sirve como guía de acción, la misma que deberá ser concretada en el futuro para poder satisfacer una determinada necesidad. Estos objetivos de vida deben plantearse en función de los valores humanos que se asumen, mismos que deberán ser positivos y enriquecedores para el individuo y su comunidad. Estos pueden ser clasificados según Vargas (2005) de acuerdo a su temporalidad (objetivos a corto, mediano y largo plazo), naturaleza (económica, educativa o cultural, psicológica, social y espiritual). Los ámbitos que es importante considerar para establecer las metas son el individual, escolar, familiar y laboral. Esto se aprecia en el cuadro 14.

Cuadro 14. Proyecto de vida

Preguntas guía Ámbito	¿Cómo me veo en 5 años?	¿Cuáles son mis prioridades?	¿Qué necesito para lograr mis objetivos?	¿Cuáles son los recursos con los que cuento?
Personal				
Escolar				
Familiar				
Laboral				

Elaboración propia

Hasta aquí se han expuesto los factores de riesgo y protección abordados en los talleres desarrollados con la intención de mostrar los aspectos teóricos que fundamentaron el trabajo realizado en cada institución y que permitieron contextualizar los factores de riesgo y protección específicos para esa población. En el siguiente capítulo se abordarán aspectos relacionados con la prevención del consumo de drogas a fin de identificar el trabajo preventivo que se ha realizado en México.

CAPÍTULO 2. PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS

2.1. Características de la prevención

Cuando comienza a centrarse la atención en los problemas originados a partir del consumo de sustancias psicoactivas, se incrementan las investigaciones respecto al fenómeno, al identificar que las edades de inicio en el consumo son cada vez menores, los trastornos comorbidos asociados, las problemáticas sociales como son la violencia, el narcotráfico y el alto índice de mortalidad por accidentes provocados por consumidores surge la necesidad de promover la prevención.

La prevención de acuerdo a Martín (citado en Becoña, 2003) puede definirse como un “proceso activo de implementación de iniciativas tendientes a modificar y mejorar la formación integral y la calidad de vida de los individuos, fomentando el autocontrol individual y la resistencia colectiva ante la oferta de drogas”.

Por otro lado, la NOM-028-SSA-1999, para la prevención, tratamiento y control de las adicciones menciona que la prevención es el conjunto de acciones dirigidas a evitar el consumo de drogas, disminuir situaciones de riesgo y limitar los daños asociados al uso de estas sustancias, excluidos los casos de atención médica.

La prevención se ha trabajado desde diferentes perspectivas, por lo que cabe mencionar dos tipos de intervención preventiva que propone Becoña (2003): el de la reducción del consumo denominado como reducción de la demanda y la reducción de la oferta, con vistas a disminuir la disponibilidad de la sustancia en el mercado al que accede el consumidor. Al primer aspecto, la reducción del consumo o de la demanda, es al que habitualmente conocemos como medidas preventivas, al estar implantados en la familia, la escuela, los medios de comunicación, el trabajo, entre otros. El segundo, la reducción de la oferta, está asociado a medidas policiales, jurídicas, persecución de narcotraficantes, entre otras.

La prevención desde la reducción de la demanda es la que tiene cabida en el ámbito educativo y para poder comprender cómo es que ha ido cambiando la forma de trabajar la prevención en los distintos ámbitos sociales y con diferentes poblaciones es importante identificar los modelos teóricos que los subyacen.

2. 2. Modelos teóricos de la prevención

De acuerdo con Becoña (2003) son tres los ejes básicos que enmarcan el modelo teórico general subyacente a los programas preventivos de drogas. El primero hace referencia a la presencia de factores que facilitan el inicio y mantenimiento en el consumo de drogas en unas personas respecto a otras. El segundo tiene que ver con la progresión en el consumo de las drogas legales a las ilegales en una parte significativa de los que consumen las primeras respecto a los que no consumen. El último está relacionado con una serie de variables socio-culturales, biológicas y psicológicas que modulan los factores de inicio y mantenimiento y la progresión o no en el consumo de unas a otras sustancias.

El último eje mencionado es a partir del cual surge en los años 50's un modelo subyacente a la prevención de las drogodependencias conocido como la *escalada* que tiene como principal premisa que si se previenen las drogas de inicio, las legales, es posible retrasar o impedir el consumo de las drogas ilegales, en una cadena ascendente donde están la marihuana, la cocaína y la heroína. Sin embargo, fueron pocos los estudios que demostraron la científicidad de dicha hipótesis dando paso así a modelos que consideraban la multicausalidad del consumo de drogas.

Es así como siguiendo con Becoña (2003) se plantean tres modelos que subyacen a la prevención, éstos son el modelo racional o informativo, el modelo de influencias sociales o psicosociales y el modelo de habilidades generales, los cuales se explican con más detalle en los epígrafes siguientes.

Modelo racional o informativo

Los primeros intentos preventivos se basaban en la creencia de que el adolescente no tenía suficiente información sobre los efectos negativos del uso de sustancias y, por tanto, proporcionarle dicha información solucionaría el problema. Se insistía en los aspectos negativos del consumo, asumiendo que con dicha información ellos tomarían una decisión racional de no consumo. De ahí que a este modelo se le haya denominado modelo racional o modelo informativo. También en ocasiones se le denomina modelo tradicional, por ser el que se ha utilizado desde los inicios de la prevención y el que más se ha mantenido en el tiempo (Becoña et al., 1994, citado en Becoña, 2003). Al poner en práctica dicho modelo lo

que se hacía era mostrar las consecuencias negativas a corto, mediano y largo plazo que tenían las distintas sustancias, tanto legales como ilegales.

Ante el poco éxito del anterior enfoque, se comenzaron a promover programas centrándose en los déficits de personalidad. En éstos se dedicó mucho esfuerzo a la clarificación de valores o a la mejora de la autoestima. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos por este cambio de enfoque se seguía partiendo de la idea de que lo esencial era cambiar el conocimiento (positivo) hacia las drogas por un conocimiento adecuado (negativo) hacia las mismas. Se esperaba que si la persona tenía un conocimiento adecuado sobre las drogas no tuviera actitudes ni intenciones de consumir y, lo más importante, no consumiría.

Algunas de las técnicas utilizadas dentro de este modelo es la discusión en grupo sobre lecturas realizadas previamente sobre los miembros del mismo, comentar películas sobre la temática de las drogas, escuchar charlas de personas que se consideran especialistas en el tema, entre otras. Lo que subyace a todo esto es que el conocimiento cambia las actitudes. En el modelo racional se espera que haya una concordancia entre el conocimiento, las actitudes y la conducta.

Es importante mencionar que en algunas ocasiones estos programas no sólo no conseguían su efecto, la prevención, sino que eran contrapreventivos, en el sentido de que dicho programa lo que hacía era incrementar el consumo que se quería evitar al proporcionar información inadecuada para ciertas edades, aumentar la curiosidad, no percibir los destinatarios los mensajes del mismo modo que aquellos que los transmitían, etc. Con base en este punto es posible apreciar la importancia de considerar aspectos psicopedagógicos como son el tipo de población a quien se dirige la información y el contexto social, escolar y familiar al que pertenecen.

Modelo de influencias sociales o psicosociales

Este modelo considera la existencia de tres factores de riesgo que son imprescindibles considerar para el desarrollo de programas preventivos efectivos, dichos factores están en el ambiente, en la personalidad y en la conducta.

El ambiente social es de gran importancia, ya que la conducta, el consumo o no de drogas en este caso, se produce en un ambiente social concreto con unos parámetros que pueden o no facilitar dicho consumo. Por ejemplo, la observación de cómo otras personas llevan a cabo conductas relacionadas con las drogas facilitará el uso o no, o incluso facilitará la socialización en dicho consumo. Como se mencionó anteriormente en este modelo además de contemplar el ambiente social se incluye la personalidad y los factores de riesgo conductual, al respecto se promueven el aprendizaje de habilidades sociales específicas.

Debido a que el fundamento teórico de este modelo descansa en el aprendizaje social y la psicología social se puede concebir al consumo de drogas como una práctica que es aprendida a partir de los modelos sociales que se encuentran disponibles en el contexto próximo para el individuo y que incluso tiene un significado identitario que sugiere pertenencia al grupo (Becoña et al., 1994, citado en Becoña, 2003). Sin embargo, hay que considerar que no todos los individuos tienen la misma respuesta ante tal situación, puesto que cada uno posee características y recursos particulares.

Perry y Kelder (citado en Becoña, 2003) indican siete componentes que caracterizan a esta orientación en los programas llevados a cabo en la escuela para la prevención del consumo de tabaco, alcohol y marihuana:

1. La identificación por parte del estudiante de las consecuencias sociales del uso de drogas a corto plazo.
2. Analizar las razones por las que los adolescentes consumen sustancias.
3. Se hacen ejercicios para que descubran, a diferencia de lo que piensan, de que el consumo de drogas no es una conducta normativa en su grupo de pares.

4. Aprenden la importancia que tiene en nuestra cultura los modelos que se relacionan con el consumo a través de los medios de comunicación y de los modelos adultos como iguales.
5. Aprenden y practican distintas habilidades para que puedan resistir las anteriores influencias ya analizadas.
6. Aprenden que el uso de drogas no sólo les afecta a ellos y a las personas más cercanas (familiares, amigos y conocidos), sino que afecta a toda la comunidad.
7. Finalmente se busca que el individuo adquiriera un compromiso público de no consumo.

Modelo de habilidades generales

Este modelo parte de que es necesario entrenar a los jóvenes no sólo en habilidades específicas para rechazar el ofrecimiento de las distintas drogas, sino que es necesario entrenarlos en habilidades generales más allá de lo que se venía haciendo en el campo de las drogodependencias.

Se basan en la idea de una multicausalidad en el proceso de comenzar a usar cualquier sustancia por parte de los adolescentes y por lo tanto cubren diversas áreas que pueden ser deficitarias en ellos y facilitarles el que sean capaces de hacer frente a la tentación de usar cualquier sustancia como forma de compensación de dichas deficiencias.

Como se puede apreciar, cada uno de estos modelos retoma principios de paradigmas específicos. Por ejemplo, el modelo racional o informativo, de acuerdo a sus características es posible ubicarlo dentro del paradigma conductista, puesto que considera a la población objeto de prevención, como pasiva, receptora de cierta información a partir de la cual deberá evidenciar cambios conductuales muy particulares hacia el consumo de drogas.

El modelo de influencias psicosociales tiene como fundamento principios del paradigma sociocultural, puesto que el consumo de drogas se analiza considerando aspectos contextuales y culturales, ya que el sujeto interioriza los usos que se le dan a las drogas en su contexto inmediato y es así como se comporta, por lo que darle únicamente información

no logrará el objetivo de prevención porque el problema no es el individuo sino la concepción que tiene toda una comunidad hacia las drogas.

De igual forma, el modelo de habilidades generales y el de factores de riesgo/protección que más adelante se describe, están enmarcados también dentro del paradigma sociocultural, pues se considera aquello que hace más vulnerable al sujeto para el consumo de drogas o lo que también se conoce como factores de riesgo en el ambiente (familia y comunidad), así como aquellos factores igualmente en el ambiente que les pueden proteger. Dichos factores de protección engloban habilidades generales o posteriormente especificadas como habilidades para la vida.

Lo importante de identificar los constructos teóricos que subyacen a cada modelo preventivo está en comprender que ningún modelo es mejor que otro, sino más bien se han ido complementando en la medida en que las investigaciones sobre la prevención del consumo de drogas han avanzado. La intervención que aquí se reporta no se encasilla en un solo modelo de prevención sino que retoma estrategias del modelo de factores de riesgo/protección así como del de habilidades para la vida, principalmente.

El cuadro 4 resume los modelos teóricos que subyacen la prevención de los años 60's a los 90's.

Cuadro 4. Modelos teóricos de los años 60-90's

Años	Programas preventivos
1960-70	*Basados en el conocimiento *Proporcionar información sobre el uso de drogas y sus efectos
1970-80	*Programas afectivos *Programas inespecíficos (ej., De desarrollo personal)
1980-90	*Programas basados en el modelo de influencia social A) Entrenamiento en habilidades de resistencia B) Entrenamiento en habilidades sociales

Adaptado de Gorman (citado en Becoña 2003)

Recientemente en los Lineamientos para la Prevención del Consumo de Drogas en la Escuela Mexicana (2006) se retoman dos enfoques. El primero de ellos de acuerdo con Becoña (citado en Becoña, 2003) es el enfoque de riesgo/protección que es un abordaje conceptual y metodológico que permite identificar y actuar sobre causas multifactoriales de diferentes afecciones. Este enfoque plantea que el control de los factores de riesgo y la promoción de los factores protectores requieren de la participación de diferentes sectores, disciplinas y las personas implicadas.

Las investigaciones científicamente sustentadas definen algunos principios metodológicos que incrementan la probabilidad de eficacia de un programa preventivo. A continuación se presentan algunos de ellos:

- Comunicar a la población objetivo factores de riesgo y protección sobre el consumo de sustancias tóxicas.
- Usar enfoques que han demostrado ser efectivos para la prevención del consumo de drogas.
- Proporcionar intervención preventiva temprana, en fases y transiciones importantes.
- Intervenir en escenarios y campos de acción apropiados.
- Manejar efectivamente los programas. Este punto incluye desde la capacitación que se les proporciona a los equipos técnicos y voluntarios encargados de poner en marcha los programas hasta las temáticas que es necesario trabajar, por ejemplo, los programas de prevención para los estudiantes de la escuela media y de la secundaria deben aumentar la competencia académica y social con las siguientes habilidades: hábitos de estudio y apoyo académico, comunicación, relaciones con los compañeros, auto-eficacia y reafirmación personal, habilidades para resistir las drogas, refuerzo de las actitudes anti-drogas y fortalecimiento del compromiso personal contra el abuso de drogas.

El segundo enfoque es el de habilidades para la vida el cual de acuerdo con Mangrulkar (citado en Becoña, 2003) propone que es necesario desarrollar destrezas que permitan que los adolescentes adquieran las aptitudes necesarias para el desarrollo humano y para

enfrentar en forma efectiva los retos de la vida diaria. Identifica como habilidades para la vida las siguientes:

- Habilidades sociales e interpersonales (incluyendo comunicación, habilidades de rechazo, habilidades en el manejo de la agresividad y empatía).
- Habilidades cognitivas (incluyendo toma de decisiones, pensamiento crítico y auto evaluación).
- Habilidades para manejar emociones (incluyendo el estrés y aumento interno de un centro de control).

Debido a que el objeto de estudio son las poblaciones más que los individuos, las intervenciones se orientan a mejorar las condiciones que promueven los factores de protección, disminuyendo así los factores de riesgo entre los grandes grupos de población.

La característica más importante del nuevo modelo fue la división de la atención en tres segmentos que forman un continuo entre la prevención, el tratamiento y el mantenimiento. Así las intervenciones se clasificaron en las siguientes modalidades: universales, selectivas e indicadas, mismas que se analizarán con mayor profundidad en el apartado siguiente.

2.3. Modalidades de prevención

La terminología de prevención universal, selectiva e indicada es la más actual, ya que anteriormente éstas eran denominadas prevención primaria, secundaria y terciaria. La prevención primaria se orienta a tomar medidas para que las personas no consuman drogas, evitando los factores de riesgo y desarrollando factores de protección; la secundaria se orienta a que si surge un problema con las drogas se pueda frenar su avance y evitar que se convierta en un problema mayor; y, la terciaria se centra en el tratamiento y rehabilitación de la dependencia de las drogas (Becoña, 2003).

Dado que la prevención universal, selectiva e indicada son los términos más recientes en Lineamientos para la Prevención del Consumo de Drogas en la Escuela Mexicana (2006) se definen de la siguiente manera.

Las intervenciones de prevención universal comprenden a toda la población (nacional, estatal, local, vecindario, escuela, etc.), con mensajes y programas orientados a prevenir o retardar el abuso de alcohol, tabaco y otras drogas. Incluyen a todos los subgrupos de la población general. Esta categoría de intervención supone que toda la población comparte un riesgo general del mismo grado, aunque éste pueda variar de una persona a otra. Una de las características de la prevención universal es que se aplica a grandes grupos de población, sin que se realice un tamizaje previo.

En su nivel más general la prevención universal comprende las campañas en medios masivos de comunicación, en un nivel más específico, considera la información, la orientación y la capacitación a los diversos grupos de la población, respecto a la importancia y formas de contender con las situaciones y circunstancias que favorecen el uso de drogas. La prevención universal en la escuela como parte del modelo preventivo debe desplegarse en los planteles a través de los contenidos curriculares y en la información que se difunda entre la comunidad escolar.

Las intervenciones de prevención selectiva se dirigen a subconjuntos de personas en riesgo de desarrollar abuso de sustancias en virtud de su filiación a un segmento particular de la población por ejemplo, hijos de alcohólicos, estudiantes que abandonan la escuela o estudiantes que reprueban, niños con hermanos consumidores o que viven en sitios en donde existe la prevalencia del consumo de sustancias, entre otros riesgos.

La prevención selectiva se dirige a todo el subgrupo, independientemente del grado de riesgo de los individuos del mismo. Por ejemplo, un individuo puede estar abusando ya de las sustancias mientras otros no. La prevención selectiva se aplica al subgrupo entero, ya que éste se encuentra en más riesgo que la población en general. El riesgo individual no es evaluado solamente con base en una presunción a partir de la filiación de la persona a un subgrupo de alto riesgo. Por ejemplo, el hecho de tener hermanos que consumen, no hace que el riesgo sea el mismo para los participantes de una intervención de prevención selectiva. Este tipo de intervención requiere de instrumentos de tamizaje o el uso de

criterios de agrupación, que permitan identificar los atributos de los sujetos en quienes se llevará a cabo la intervención.

Por lo general, la intervención preventiva en esta categoría significa una mayor inversión, debido a que los materiales y recursos son más especializados y a que el número de beneficiarios es menor, que en el caso de la prevención universal. En la prevención selectiva escolar se considerará la necesidad de sensibilizar y actualizar a los docentes en la identificación de los factores de riesgo y de protección; y desarrollar proyectos de atención dirigido a niños y adolescentes en situación de riesgo y sus familias derivando para atención especializada a quienes lo requieran.

La prevención indicada está diseñada para prevenir la instauración del abuso de sustancias en los individuos que no cumplen los criterios diagnósticos para dependencia a sustancias, pero que muestran ya efectos tempranos asociados con el uso experimental, por ejemplo reprobación o problemas familiares, o que ya se encuentran consumiendo alcohol u otras drogas puentes. La misión de la prevención indicada es identificar a las personas que exhiben signos tempranos de abuso de sustancias y otros problemas de conducta y dirigirse a ellas con acciones especiales. Estas poblaciones muestran conductas asociadas al consumo de sustancias, pero a un nivel subclínico.

Las aproximaciones de la prevención indicada se dirigen a personas que pueden o no usar sustancias, pero que exhiben factores de riesgo que incrementan notablemente sus posibilidades para desarrollar un problema de abuso de drogas. Las intervenciones de prevención indicada abordan factores de riesgo tales como problemas de conducta en los niños, su alejamiento de los padres, la escuela y grupos de compañeros que pueden influenciar positivamente.

La prevención indicada pone menos énfasis en el abordaje de influencias ambientales, por ejemplo, en los valores de la comunidad. La meta de la prevención indicada no sólo es reducir la instauración del primer consumo, sino también reducir la longitud del tiempo de los síntomas de abuso, el retardo en la instauración del abuso de sustancias y/o la reducción

en la severidad del consumo. Este tipo de prevención requiere capacitación especializada a docentes con el perfil adecuado para intensificar el apoyo a través de la protección y en caso necesario, de la canalización a tratamiento.

A manera de resumen en el cuadro 5 se concentran las modalidades de prevención con sus respectivos propósitos.

Cuadro 5. Modalidades de prevención

Conceptualización	Tipos de prevención	Propósitos
Clásica	Primaria	Se interviene antes de que surja el problema. Tiene como objetivo impedir el surgimiento del problema.
	Secundaria	El objetivo es localizar y tratar lo antes posible el problema cuya génesis no ha podido ser impedida con las medidas de prevención primaria.
	Terciaria	Se lleva a cabo una vez que el problema ha aparecido y su objetivo es evitar complicaciones y recaídas.
Actual	Universal	Es aquella que va dirigida a todas las personas sin discusión.
	Selectiva	Es aquella que va dirigida a un subgrupo de personas que tienen un riesgo mayor de ser consumidores que el promedio.
	Indicada	Es aquella que va dirigida a un subgrupo concreto de la comunidad, que suelen ser consumidores o que tienen problemas de comportamiento. Se dirige, por tanto, a individuos de alto riesgo.

Fuente: Becoña (2003)

A partir de los diferentes modelos teóricos que han surgido en torno a la prevención de adicciones se han creado diversos programas preventivos, a continuación se presenta una descripción general de las principales características de éstos últimos incluyendo el de Centros de Integración Juvenil, sede de las prácticas profesionales. Para ello se retoman los programas preventivos enunciados por el Consejo Nacional contra las Adicciones CONADIC (2005).

2.4. Programas preventivos

Modelo Preventivo Construye tu vida sin Adicciones (CONADIC)

El modelo preventivo de tipo universal *Construye tu vida sin adicciones* es una propuesta basada en los aportes de la medicina mente-cuerpo, la cual pretende fortalecer la responsabilidad individual y social de la persona en relación con su salud integral y en especial prevenir adicciones.

El propósito fundamental de esta estrategia es abrir un espacio dentro de la vida escolar para llevar a los adolescentes a reconocer su potencial creativo y capacidad de autogestión para involucrarse en acciones pro-sociales, a fin de fortalecer su desarrollo personal y comunitario.

La metodología para el trabajo con los diferentes grupos, establece como tarea inicial, la elaboración de un diagnóstico del estilo de vida para identificar en su actuar cotidiano prácticas de riesgo susceptibles de ser mejoradas y desarrollar habilidades autogestivas e incorporar factores de protección a su estilo de vida que incrementen el grado de satisfacción personal.

Con el propósito de incidir en actitudes, comportamientos, usos y costumbres que integran el estilo de vida, se seleccionaron una serie de recursos que se utilizan en las sesiones preventivas y facilitan la identificación de aspectos en el estilo de vida susceptibles de cambio, estos son:

a) Dispositivo grupal

La reflexión grupal implica una experiencia colectiva en la que se comparten experiencias, sentimientos y pensamientos con otras personas. Esto permite la participación activa y por lo tanto reflexiva en el aprendizaje de nuevos modelos y formas de vida.

b) Trabajo vivencial

Se pretende llevar a la población atendida a adoptar acciones y actitudes que mejoren su estilo de vida, a partir de la toma de conciencia y una percepción diferente sobre el riesgo, a partir de que los participantes aporten su experiencia para enriquecer al grupo.

c) Trabajo con imágenes

Como paso previo a la solución de un problema se crea una imagen del mismo y se contempla desde diferentes posiciones y perspectivas. Este proceso ayuda a esclarecer la naturaleza de lo que se enfrenta y a visualizar con mayor claridad las soluciones.

d) Trabajo psicocorporal

Los aportes de diversos estudios e investigaciones demuestran que una de las más poderosas razones por las que los individuos abusan de las drogas es el efecto de estas sustancias en el cuerpo, que puede ser tranquilizador o estimulante, además de hacer que el individuo puede crear la falsa ilusión de que está solucionando sus problemas, cambiando su estado de ánimo o evitando el enfrentamiento con alguna situación desagradable, sin percatarse de que el uso regular de estas sustancias empieza a convertirse paulatinamente en otro problema que puede derivar en adicción. El trabajo con el cuerpo en relación con la tensión, tienen un gran valor preventivo porque ayuda a evitar el riesgo de abusar de sustancias psicoactivas.

La evaluación de resultados intenta medir el grado en que se cumplieron los objetivos del plan de acción.

Objetivos:

- Incrementar el equilibrio psico-corporal de los participantes
- Mejorar el autoconcepto
- Mejorar los patrones y hábitos relacionados con la alimentación
- Disminuir o eliminar el consumo de sustancias tóxicas como alcohol, tabaco y otras drogas
- Incrementar la expresión de los afectos

- Encontrar nuevas maneras de usar el tiempo libre
- Fortalecer la creatividad

La medición de resultados puede iniciarse durante el desarrollo del plan de acción y al finalizar las sesiones.

Programa de educación preventiva contra las adicciones (PEPCA)

El Programa de Educación Preventiva contra las Adicciones (*PEPCA*) es creado en 1994 como una propuesta educativa organizada para desarrollarse en la escuela y la familia, favorecer la construcción de redes protectoras que se traducen en estilos de vida saludables con la finalidad de trascender a la comunidad.

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

Estrategias operativas

- 1. Capacitación:** Actualmente el PEPCA se instrumenta en Educación Secundaria a través de dos estrategias de prevención de adicciones y conductas de riesgo:
 - General
 - Focalizada

2. Servicios de orientación

Un servicio permanente del programa consiste en brindar orientación psicopedagógica a padres de familia y docentes y apoyarlos en la solución de conflictos que les impide desarrollar adecuadamente sus acciones.

3. Estrategias de movilización comunitaria

La participación de la comunidad educativa en eventos que estimulen la participación ciudadana y comunitaria es necesaria para la formación de ambientes proactivos. De tal forma que los integrantes se empoderen de su escuela y promuevan el bienestar de los alumnos.

4. Difusión de campañas de comunicación social

Para apoyar las estrategias y acciones preventivas que se desarrollan en cada escuela se diseñan y distribuyen materiales impresos, audiovisuales y electrónicos, con contenidos y mensajes proactivos referentes a la prevención de adicciones y conductas de riesgo dirigidos a la comunidad educativa dichos materiales se distribuyen durante el ciclo escolar.

5. Seguimiento y evaluación

En una primera fase se indagó la apreciación de los usuarios de las acciones del programa y sus necesidades para incorporarlas a las actividades escolares cotidianas. Derivado de este primer esfuerzo se inició la actualización de los contenidos teóricos y metodológicos del programa, así como de su forma de operación. En una segunda fase, se elaboró otro instrumento en coordinación con el Instituto Nacional de Psiquiatría a fin de dar seguimiento a la primera evaluación y realizar los ajustes pertinentes. Actualmente el Programa se encuentra en la tercera fase que corresponde a la actualización y formal renovación del programa preventivo y al desarrollo de un sistema de evaluación del mismo que permita obtener indicadores del proceso, resultado e impacto de las acciones preventivas que se realizan en las escuelas.

Modelo preventivo de riesgos psicosociales CHIMALLI

El Modelo Chimalli tiene como fin producir resiliencia, con un enfoque proactivo y ecológico. Se aplica en planes de acción por ciclos de actividades, con duración aproximada de quince semanas en comunidades (escuelas, centros comunitarios y de desarrollo, barrios, unidades habitacionales, colonias).

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

El Chimalli interviene en las áreas de Uso de Drogas y Conducta Antisocial, Eventos Negativos de la Vida y Estilo de Vida (en la que se considera la sexualidad, el auto cuidado de la salud, el uso del tiempo libre y consumismo). Propone el desarrollo de 26 acciones para contrarrestar las conductas de riesgo con habilidades y actitudes de protección por intervenciones que abarcan: técnicas psicocorporales: respiración, relajación y trabajo con imágenes; técnicas psicosociales empleando viñetas en tercera persona, construidas por el propio grupo intervenido; técnicas psicoeducativas y juegos de educación preventiva y acción social educativa que se expresan en prácticas comunitarias solidarias.

Programa de Prevención del Abuso de Sustancias para Alumnos de 4°, 5° y 6° grados de primaria: Yo quiero, Yo puedo, IMIFAP-Educación, Salud y Vida.

El programa de educación para la vida “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. Se instrumenta en escuelas públicas y privadas a través de la formación de docentes y orientadores, para que estos sean los replicadores del programa con los y las estudiantes. Para replicar el programa el personal capacitado se apoya en la serie de libros "Yo quiero, Yo puedo" que va desde preescolar hasta tercero de secundaria. La serie cuenta

con ejemplares para cada grado escolar y dos guías para docentes: de nivel preescolar y primaria así como 3 videos que presentan propuestas educativas.

Con base en una intervención dirigida a edades tempranas, el programa contempla la capacitación a docentes a través de un taller que permite que se apropien del programa y lo sientan útil en su vida laboral y personal. Asimismo, al poner en práctica las habilidades adquiridas, los docentes actúan como facilitadores en el proceso de enseñanza participativa con sus alumnos y alumnas.

***Modelo preventivo de riesgos psicosociales para menores, adolescentes y sus familias
CHIMALLI-DIF***

El Chimalli-DIF es un modelo de trabajo para comunidades abiertas definidas geográficamente, o por la zona de influencia de un centro comunitario o de desarrollo familiar, o bien, por una ruta de trabajo de los Promotores Infantiles Comunitarios. Este modelo constituye una adaptación del Modelo Chimalli-Escuelas del Instituto de Educación Preventiva y Atención de Riesgos (INEPAR), diseñado para prevenir riesgos psicosociales en planteles escolares, es decir, dentro de comunidades cerradas.

Las bases teóricas nacen de la aproximación Riesgo-Protección y de la Teoría de la Resiliencia, que pone mayor énfasis en el éxito de las personas y las comunidades para enfrentar estresores, crisis y adversidad, y no tanto en los riesgos y las problemáticas. Este enfoque en soluciones y no en problemas, se recomienda como estrategia de prevención por la Organización Panamericana de la Salud, para programas dirigidos a la salud de niños y adolescentes (OPS, 1997).

El dispositivo de intervención está constituido por la reunión de personas en pequeños grupos ya sea niñas, niños y/o adolescentes, padres de familia y adultos, que se reúnen para trabajar en el desarrollo de habilidades de competencia social, de resolución de problemas con un sentido propositivo. El modelo considera 26 habilidades de protección divididas en tres áreas:

1. Uso de drogas y conducta antisocial: disfrutar sin drogas; meditación activa; abrirse a nuevos aprendizajes; unificar sentimientos, pensamientos y acciones; controlar la atención con la respiración; desarrollo del sentido de pertenencia; tomar decisiones de protección; cuidarse del daño; participación en la comunidad y ayudar a un compañero adicto.
2. Eventos negativos de la vida: conocer el cuerpo del hombre y la mujer; ser capaz de relacionarse y mantener comunicación significativa; hacer frente a situaciones relacionadas con adictos; lograr estabilidad interna; asumir pérdidas y negociar con la familia.
3. Estilo de vida: establecimiento de relaciones sexuales sanas; cómo cuidar la alimentación; cómo conservar la salud; aprender a usar el tiempo libre; tener una sexualidad sana; detectar necesidades sexuales y afectivas; establecimiento de relaciones afecto-protectoras; gestiones administrativas y de negociación con el dinero y el trabajo.

Modelo comunitario de integración psicosocial (Fundación “Ama la Vida” IAP)

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 doble de intervención terapéutica. Este modelo consistía en articular el tratamiento psicoterapéutico en el ámbito individual y familiar, reforzándolo con el trabajo de grupos de autoayuda del modelo de Alcohólicos Anónimos.

El tratamiento de la farmacodependencia que la Fundación pretende desarrollar aborda de manera integral el fenómeno que comprende sus diferentes niveles de manifestación y las distintas escalas de abordaje que es posible implementar. Es decir, una atención integral que contemple la particularidad de las personas afectadas por el problema de la dependencia a sustancias psicoactivas, la especificidad de los sistemas familiares donde se expresa la problemática adictiva y el contexto de las comunidades locales donde se gesta histórica, cultural y socialmente el problema de la farmacodependencia.

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

Modelo de prevención en Centros de Integración Juvenil A.C.

En Centros de Integración Juvenil (CIJ) la atención del consumo se fundamenta en las líneas marcadas por los Planes Nacionales de Salud y los Programas contra las adicciones. Se basa en los principios derivados de la salud pública, la epidemiología y los sistemas de salud mediante dos estrategias fundamentales: la educación para promover la salud y la movilización de la sociedad.

Su objetivo es disminuir, atenuar y/o retardar el consumo de drogas en la población considerada de riesgo. Para cumplir este objetivo la estrategia consiste en elaborar, desarrollar y dar seguimiento a un programa preventivo de alcohol, tabaco y otras drogas con base en las evidencias científicas y empíricas adaptable a las condiciones regionales y locales. Al interior del paradigma de la educación para la salud, el programa preventivo de Centros de Integración Juvenil, promueve una cultura para evitar el uso y abuso de alcohol, tabaco y otras drogas en la población en sus diferentes momentos del ciclo de la vida.

Su población objetivo ha sido determinada con base en los Parámetros Demográficos, Epidemiológicos y de Accesibilidad, que establecen como población blanco a la comprendida entre los 10 y 54 años. Aunada a los estudios epidemiológicos de pacientes que acuden a CIJ, se identifica como población prioritaria la comprendida entre los 10 y 18 años, por ser el rango de mayor frecuencia para iniciar el uso de drogas.

Estrategias de intervención de los CIJ

Prevención universal

Está dirigida a la población en general y se lleva a cabo mediante la promoción de la salud para crear conocimiento y orientar sobre la problemática del consumo de sustancias y para las formas de prevención.

Para lo anterior se realiza:

1. La sensibilización a la población para incrementar la percepción de riesgo del uso de tabaco, alcohol y otras drogas.
2. La información oportuna para acceder a los servicios de tratamiento de adicciones.
3. La invitación para participar en acciones de promoción de la salud y en redes preventivas.
4. El énfasis en el conocimiento y fortalecimiento de factores de protección.

Prevención selectiva

Se enfoca a desarrollar intervenciones para grupos de riesgo específicos, por ejemplo: hijos de alcohólicos, reclusos, menores infractores, víctimas de violencia doméstica y abuso sexual, niños con problemas de aprendizaje y/o de conducta, etc. Estos grupos se asocian, al consumo de drogas ya que se han identificado factores biológicos, psicológicos y ambientales que sustentan la vulnerabilidad. Asimismo, se coadyuva a la atención a grupos específicos de niños en situación de calle, indígenas y adultos mayores, todo ello a través de:

1. El diseño de metodologías de captación y atención a grupos vulnerables que se identifiquen como prioritarios para recibir los servicios preventivos institucionales, así como detectar casos y derivarlos a tratamiento.
2. La capacitación en materia de adicciones al personal que labora directamente con grupos extremadamente vulnerables como indígenas o adultos mayores.

Prevención indicada

La intervención se dirige a grupos de la población con sospecha de consumo y/o de usuarios experimentales, o de quienes exhiben factores de alto riesgo que incrementan la posibilidad de desarrollar la adicción, lo cual se logra diseñando metodologías de

intervención breves del tipo de la consejería y de orientación para modificar el curso del consumo hacia la adicción.

Movilización social

Se dirige a formar y vincular redes sociales para generar acciones preventivas del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, así como relacionar a instituciones afines y complementarias, en apoyo a la integración de redes entre grupos que permitan la consolidación de comunidades autogestivas. Si bien la tarea de movilizar a la población con un fin preventivo es compleja, se recurren a diversas acciones para el logro de sus fines:

1. Promoción por parte de CIJ de sus actividades en ámbitos laborales, escolares y sociales.
2. Presencia constante de los CIJ en zonas de alto riesgo.
3. Definición de estrategias y acciones de desarrollo comunitario que posibiliten la promoción de la salud y el mantenimiento del entorno urbano.
4. Capacitación al personal seleccionado por las instituciones para la conformación de redes.
5. Vinculación de los voluntarios a las redes sociales existentes de prevención de adicciones o de problemas asociados.
6. Relación de las redes sociales con las redes interinstitucionales.

En Centros de Integración Juvenil, se dispone de un sistema permanente de monitoreo para evaluar los procesos, los resultados y el impacto de la aplicación del programa de prevención.

En el primer caso, el componente evaluativo se dirige hacia la adecuación de las acciones al marco normativo, así como a la detección de necesidades. Por su parte la evaluación de resultados implica el cumplimiento de los objetivos intermedios. Esto es a través de la medición de variables psicosociales que resultan de la modificación del comportamiento de los individuos. En este componente se consideran además los resultados en términos de eficiencia, eficacia y costo-efectividad. Finalmente los indicadores de impacto evalúan la modificación en las medidas epidemiológicas que dan cuenta global de la efectividad de las

intervenciones; por ejemplo el retardo en la edad de inicio en el consumo, la disminución de la tasa de prevalencia del uso de sustancias, etc.

A partir de la descripción de los modelos preventivos que distintas instituciones han puesto en marcha es posible identificar las semejanzas y diferencias con el modelo de Centros de Integración Juvenil A.C. Aunque es claro que varias de las estrategias de intervención son en esencia muy similares y con tendencia a alcanzar objetivos comunes, lo interesante de ello es la forma en que cada uno de los promotores o facilitadores lo pone en práctica dependiendo del tipo de población con la que trate, porque independientemente de que cada modelo establece claramente la población objetivo, la cual tiene un perfil específico, la realidad es que se ven involucrados una serie de aspectos que demandan una adecuación particular de dichos programas. Esto es justamente lo que se pretende resaltar en este trabajo a partir de la experiencia que se obtuvo con la puesta en marcha del programa de CIJ.

En cada modelo preventivo se pueden identificar diferentes estrategias de intervención, desde aquellas con tendencias más clínicas hasta las que tienen un carácter psicoeducativo. Con el objetivo de comprender las características del tipo de intervención que realizamos se presentan a continuación los principales modelos de intervención.

CAPÍTULO 3. LA INTERVENCIÓN PSICOPEDAGÓGICA EN LA PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS

3.1. Conceptualización de la intervención psicopedagógica

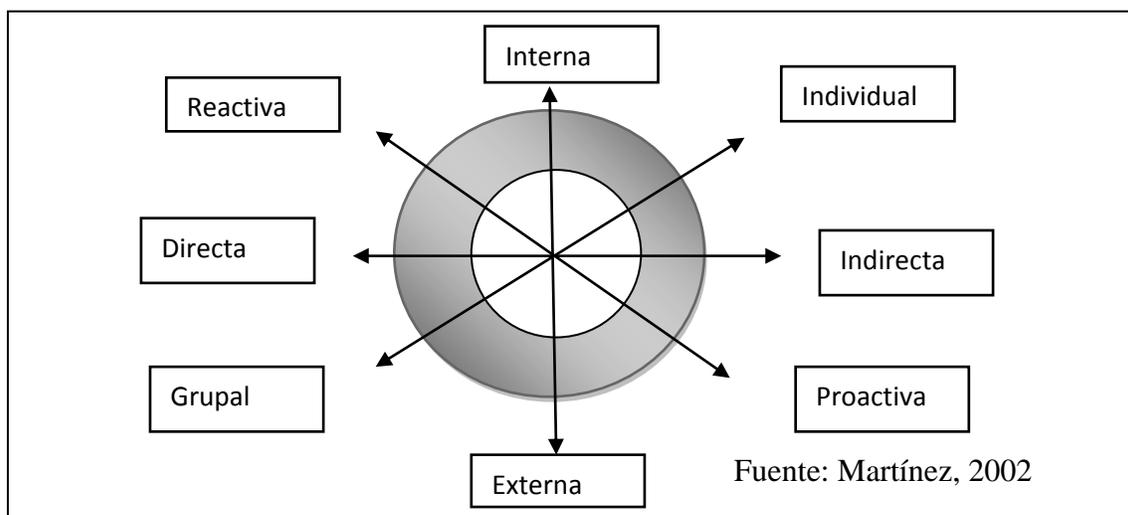
Los programas de prevención surgieron como una necesidad para empezar a combatir el problema del consumo de drogas, sin embargo, a pesar de los intentos, no se ha logrado erradicar esta práctica, en la actualidad los porcentajes del consumo se han elevado y es por ello que surge la necesidad de llevar a cabo intervenciones para atender este problema.

Una intervención puede definirse como “aquella proyección de lo real, es decir, una imagen de la realidad que condiciona el diseño, la estructura, los agentes, los métodos y la evaluación de la actuación y la práctica orientadora” (Martínez, 2002).

A partir de esta definición Álvarez y Bisquerra (citados en Martínez, 2002) mencionan los ejes vertebradores que se deben tener presentes para la intervención, los cuales se muestran en el cuadro 6:

- Intervención directa – indirecta
- Intervención individual – grupal
- Intervención interna – externa
- Intervención reactiva – proactiva

Cuadro 6. Ejes vertebradores de la intervención.



3.2. Modelos de intervención

Los procesos de intervención requieren una actuación sistemática de acuerdo con los objetivos establecidos, dichos objetivos surgen a partir del modelo que sustente el tipo de intervención. De acuerdo con Henao, Ramírez y Ramírez (2006) los modelos se pueden clasificar en:

- Teóricos: se conceptualizan como aportes provenientes de las diversas corrientes de pensamiento.
- Básicos de intervención: su conocimiento es la unidad básica de intervención clínica, por programas o por consultas.
- Modelos organizativos: encargados de plantear la manera de organizar la orientación en un contexto determinado.
- Modelos mixtos: se han combinado para satisfacer las necesidades de un contexto determinado, ejemplo de éstos serían los modelos comunitarios, ecológicos, sistémicos y psicopedagógicos.

Como se menciona en la clasificación de los modelos mixtos, entre estos se encuentran los de intervención psicopedagógica, este tipo de intervención es la que interesa en este trabajo puesto que implica un proceso educativo mediante el cual se guía la prevención y desde la formación profesional que hemos recibido como psicólogas educativas reconocemos la utilidad de trabajar la prevención del consumo de drogas a partir de una educación para la salud y en habilidades para la vida.

La intervención psicopedagógica para Bisquerra (citado en Velaz, 1998) se puede definir como “un proceso de ayuda continuo y sistemático, dirigido a todas las personas, en todos sus aspectos, poniendo un énfasis especial en la prevención y el desarrollo (personal, social y de la carrera) que se realiza a lo largo de toda la vida con la implicación de los diferentes agentes educativos (tutores, orientadores, profesores) y sociales (familia)”

Dentro de la intervención psicopedagógica han surgido diferentes modelos que guían la intervención. Vélaz (1998) retoma tres clasificaciones la de Monereo (1996), la de Álvarez

y Bisquerra (1997) y la formulada inicialmente por Rodríguez Espinar en 1986 y 1993, que fue refrendada posteriormente por autores como Álvarez (1991b), Álvarez Rojo (1994), Repetto et al.(1994) y Sobrado (1997).

De acuerdo con las características que cada uno plantea sólo se abordará a profundidad la última clasificación ya que la primera concentra su área de intervención en procesos de enseñanza-aprendizaje en contextos escolares y guiados por el curriculum, lo cual no aplica para el trabajo que realizamos. La segunda clasificación incluye una amplia gama de modelos que no definen con claridad etapas de actuación y que por lo tanto en la práctica es difícil de desarrollar. La tercera clasificación a nuestro criterio es la más apropiada para desarrollar debido a la claridad con que se define una tipología de cuatro categorías que configuran seis modelos de intervención resultante de la combinación de una serie de ejes o características. De esta forma la clasificación es la siguiente:

Cuadro 7. Modelos de intervención psicopedagógica.

Clasificación de los modelos	Empleos de modelos
MODELO DE INTERVENCIÓN DIRECTA E INDIVIDUALIZADA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Modelo de <i>counseling</i> o modelo clínico
MODELO DE INTERVENCIÓN DIRECTA Y GRUPAL	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Modelo de servicios ▪ Modelo de programas ▪ Modelo de servicios actuando por programas.
MODELO DE INTERVENCIÓN INDIRECTA E INDIVIDUAL Y/O GRUPAL	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Modelo de consulta
MODELO DE INTERVENCIÓN A TRAVÉS DE MEDIOS TECNOLÓGICOS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Modelo tecnológico

Fuente: Vélaz (1998)

Modelo de Counseling o de Consejo

Se pueden distinguir dos enfoques fundamentales en el *counseling*: el vocacional y el terapéutico, que en general se identifican con la “terapia centrada en el cliente”. En el desarrollo de este modelo ha influido enormemente el crecimiento de las teorías de la personalidad y de la salud mental durante los últimos años.

Entre sus principales características se encuentran:

- Intervención directa e individualizada sobre el sujeto (el orientador dirige y realiza la intervención, pasando el tutor a segundo plano). Relación diádica (orientador-orientado).
- Carácter eminentemente terapéutico y con función remedial (destinada a satisfacer las necesidades del sujeto, a remediar sus problemas o a corregir sus desajustes).
- Su eficacia descansa en la calidad de la relación orientadora, y sobre todo en las características y conocimiento del orientador (empatía y manejo de la interacción verbal durante la entrevista).
- Premia la entrevista sobre el diagnóstico.

Limitaciones

- Al ser un tipo de intervención personalizada se desarticula el trabajo con otros agentes importantes para la solución de cierta problemática, pues no siempre depende sólo del sujeto.
- Al tener carácter remedial el orientado asume una actitud pasiva, expectante del consejo o solución que el especialista (orientador) le proporcione.

Modelo de servicios

Este modelo se caracteriza por la intervención directa de un equipo o servicio sectorial especializado sobre un grupo reducido de sujetos. Los servicios suelen tener carácter público y social. Se centran en las necesidades de los alumnos con dificultades y en situación de riesgo (carácter terapéutico y de resolución de problemas). Actúan por funciones más que por objetivos.

Además actúan sobre el problema y no sobre el contexto que lo genera, suelen estar ubicados fuera de los centros educativos y su implantación es por zona y sectorial.

Ventajas

- Facilitan información a los agentes educativos.

- Favorecen la distribución y ajuste de los alumnos en función de criterios externos definidos por el sistema.
- Colaboran con el tutor, los profesores y los padres.
- Conectan el centro con los servicios de la comunidad.

Limitaciones

- Descontextualización de los problemas y de sus propias intervenciones.
- Sus funciones están predefinidas (por lo que se olvidan los objetivos).
- Su enfoque es básicamente remedial y terapéutico.
- Disponen de poco tiempo para asesorar y formar al profesor-tutor.
- La relación entre profesionales está poco coordinada y es poco profunda.
- Las actividades se limitan muchas veces al diagnóstico mediante test psicométricos.

Modelo de Programas

Al igual que el modelo de Servicios, el modelo de Programas se orienta a la intervención directa grupal, pero en este caso dirigida a grupos más amplios. La intervención es programada de manera intencional, sistemática y contextualizada, destinada a satisfacer las necesidades previamente identificadas. La evaluación es una actividad que acompaña la intervención desde sus inicios.

Ventajas

- Ayuda a establecer prioridades y anticipar las necesidades.
- Posibilidades de evaluar y mejorar la intervención.
- Facilita la prevención y promueve el desarrollo de forma organizada y racional.
- Permite prever las necesidades de formación de los distintos agentes.
- Estimula la participación y colaboración de profesores, tutores y padres.

Modelo de Servicios actuando por Programas

A diferencia del modelo tradicional de Servicios, el orientador se configura en este modelo como un asesor de los procesos de intervención educativa, en lugar de ser un técnico externo. Además al tener un carácter proactivo, se planifica la intervención a partir de un plan de acción o programa. Sus principales características son las siguientes:

- Se tiene en cuenta un análisis del contexto y de necesidades.
- Los objetivos se estructuran a lo largo de un continuum.
- Planteamiento preventivo y de desarrollo.
- Hay distintas unidades de intervención: el grupo-clase, el centro y el asesor.
- Se trabaja en un contexto de colaboración.

Ventajas

- Mayor conocimiento de las necesidades del centro (de los alumnos, tutores y familias)
- Los tutores disponen de una estructura de apoyo y de formación permanente.
- Incorpora todas las ventajas del modelo de Programas (se trabaja por objetivos y no en paralelo al resto de la educación) y del de Servicios (conectan el centro con los servicios de la comunidad, presencia de distintos especialistas), eliminando gran parte de sus inconvenientes (intervención aislada y remedial).

Limitaciones

- Más que una limitación representa una dificultad para su implementación el hecho de mejorar la actitud y formación de tutores para poder trabajar por programas comprensivos (no sólo con “recetas” o “listados de actividades”).

Modelo de Consulta y de Formación

El rasgo diferencial más importante del modelo de Consulta es la intervención indirecta, ya sea individual o grupal, que puede producirse con función tanto remedial, como preventiva y/o de desarrollo.

La consulta en el campo de la intervención puede adoptar diversos enfoques en función de las fases o estadios del proceso de asesoramiento. De esta forma se identifican los siguientes enfoques generales:

- El enfoque basado en la salud mental, el objetivo es que el que consulta (profesor, tutor o familia) adquiere una nueva perspectiva del problema.
- La consulta que sigue un planteamiento conductual, el consultor inicia al consultante en las técnicas de modificación conductual del sujeto receptor de la ayuda.
- Consulta para el desarrollo de las organizaciones, se centra en el contexto que está generando una situación problemática, por lo que la intervención se orienta en mejorar el clima de trabajo, la comunicación y la coordinación de la empresa(o en la institución educativa).
- Enfoque psicoeducativo, constituye un enfoque mixto, en el que la intervención esta contextualizada, se presta especial atención a los componentes afectivos del problema, y se adoptan técnicas de intervención conductual y del desarrollo en las organizaciones.

Hasta aquí se han presentado los principales modelos de intervención psicopedagógica, cabe aclarar que no es posible catalogar a alguno de ellos como el ideal puesto que cada uno presenta alcances y limitaciones que más que excluirlos entre sí, permite hacer una combinación de aquellos aspectos que apoye el logro de los objetivos.

Sin embargo, habiendo hecho esta aclaración se puede decir que el modelo de servicios actuando por programas es el que mejor define el tipo de intervención que más adelante se detallará, puesto que se caracterizó por ser planificada a partir de la identificación de necesidades en grupos amplios y más allá de tener carácter remedial a pesar de que la problemática del consumo ya estaba presente, en algunos casos y en un nivel mínimo, el objetivo general era promover educación para la salud y el desarrollo de habilidades para la vida.

La decisión de fundamentar nuestro trabajo en la intervención de tipo psicopedagógico surge a partir del interés de abordar el consumo de drogas desde el enfoque preventivo basado en la educación , entendiéndola no como la transmisión de información sobre determinadas drogas, sino como la promoción de la reflexión crítica, el cambio de actitudes, el establecimiento de metas claras que permitieran a los alumnos trazar un proyecto de vida y el desarrollo de habilidades que contribuyeran a alejarlos de situaciones de riesgo.

Dicho concepto de educación está fundamentado en las ideas que plantea Delors (1996) quien menciona que no basta con que el individuo acumule al comienzo de su vida una reserva de conocimientos a la que podrá recurrir sin límites, es necesario que esté en condiciones de aprovechar y utilizar durante toda la vida cada oportunidad que se le presente de actualizar, profundizar y enriquecer ese primer saber y de adaptarse a un mundo en permanente cambio.

De esta manera la educación debe estructurarse en torno a cuatro aprendizajes fundamentales que serán en el transcurso de vida de cada persona los pilares de su conocimiento: aprender a conocer, es decir, adquirir los instrumentos de la comprensión; aprender a hacer, para poder influir sobre su propio entorno; aprender a vivir juntos, para participar y cooperar en todas las actividades humanas; por último, aprender a ser, un proceso fundamental que recoge elementos de los tres anteriores.

La educación no sólo debe quedar reducida en el contexto escolar, sino que debe extenderse a la sociedad en general, puesto que la drogodependencia es una problemática que refleja los malestares que sufre ésta, como lo es la violencia, las pocas oportunidades de autorrealización, las luchas de poder, la distribución no equitativa de los recursos, entre otras.

Los talleres que aquí se reportan representan un instrumento mediante el cual iniciamos el desarrollo de un largo proceso educativo tendiente a promover la salud física y emocional, las actividades estuvieron diseñadas para sensibilizar a los participantes en torno a los

factores de riesgo y protección a su alcance y cómo éstos influyen en que lleguen o no a un consumo de drogas.

Cada una de las sesiones, aunque con la carencia de tiempo, estuvieron estructuradas según los cuatro pilares antes mencionados: dialogar conceptos básicos de cada temática, es decir, aprender a conocer; cuando se cuestionaban ciertos usos que se le da al consumo de drogas en la sociedad o se reflexionaba sobre determinadas conductas de convivencia se intentaba promover el aprender a hacer y a convivir juntos; todo esto para contribuir a que cada participante aprendiera a ser.

3.3. Etapas del proceso de intervención psicopedagógica

Considerando que los modelos de intervención van dirigidos a un plan de acción es necesario contemplar que ésta tiene que llevar una metodología desde la planificación hasta la evaluación.

Martínez (2002) considera desde un enfoque ecológico – sistémico, que toda acción o intervención psicopedagógica debe contemplar una serie de fases en su proceso, mismas que están relacionadas entre sí y con los resultados de la propia intervención. Las fases que plantea son:

1. Análisis de necesidades del contexto de intervención.

El análisis del contexto es una fase previa a la acción de la intervención, tiene como objetivo conocer el medio donde se va a actuar, al mismo tiempo que se detectan las necesidades del mismo. Este análisis según Álvarez (citado en Martínez, 2002) consiste en obtener información sobre:

- Contexto ambiental en el que se ubica el centro: descripción geográfica socioeconómica; educativa y cultural; marco escolar; aspectos de dinámica familiar.

- Estructura y organización, recursos, clima social: propuestas educativas del centro, organización de la dinámica educativa e instructiva.
- Dinámica de los procesos de enseñanza–aprendizaje: horarios y calendarios, estructura y relaciones dentro del grupo, calidad de la relación entre profesorado y alumnado, así como entre el propio alumnado.
- Actitudes hacia la intervención por parte de los participantes.

A partir de lo anterior se lleva a cabo la evaluación de necesidades, que es entendida como “el proceso con el que se canaliza la información durante la búsqueda de una solución; implica una toma de decisiones acerca de las prioridades, que debe ser analizado en su contexto y entendiendo que no hay sólo una solución” (Martínez, 2002).

Es importante tener en cuenta que en esta etapa se necesita el análisis que se lleva a cabo desde las diferentes percepciones de los grupos implicados, asimismo implica una jerarquización de necesidades para la posterior toma de decisiones.

Para Pérez (citado en Martínez, 2002) algunas ventajas de llevar a cabo el análisis de necesidades son:

- Mayor compromiso de los participantes en el proceso.
- Apoyo de las instituciones, organizaciones y colectivos.
- Implica a las fuentes antes de ejecutar cualquier solución.
- Ahorra tiempo y esfuerzo en la fase de diseño y planificación de los programas de intervención.
- Nos ofrece diversas formas de solucionar los problemas, situaciones.
- Ofrece datos reales.
- Fundamenta los programas de intervención consiguiendo la adhesión necesaria para su aplicación.
- Proporciona información útil, sistemática, organizada, a todos aquellos que intervienen en el proceso.

2. *Planificación y diseño de la intervención.*

De acuerdo con Álvarez (citado en Martínez, 2002) esta fase está integrada por tres pasos:

- Elaboración y selección del esquema conceptual del programa: este apartado implicaría definir la teoría en la que se basa, metodología de la intervención y aplicación.
- Delimitación de la oferta global del programa: implica la elaboración de la hipótesis, definición del servicio, determinación de metas y objetivos, fijación de las actividades del programa y especificación del método de intervención y el tipo de programa que se va a diseñar.
- Diseño de la oferta concreta del programa: se especifican las unidades de intervención, los resultados que se esperan conseguir, la fijación del tipo de participación requerida, los recursos materiales y humanos necesarios para el programa.

3. *Implementación o ejecución de la acción.*

Esta fase es la puesta en marcha de lo antes planificado y diseñado. Durante el desarrollo de esta fase según Oldroyd (citado en Martínez, 2002) se establecen tres momentos para el control y seguimiento de la misma: antes, durante y después de la implementación. Es importante también considerar en esta etapa una evaluación del proceso.

4. *Evaluación de la intervención.*

La evaluación de la intervención psicopedagógica cobra vital importancia cuando se considera que ha de contribuir a asistir a quienes toman las decisiones sobre la implantación, mejora o abandono del programa. Asimismo contribuye a la mejora y optimización del mismo programa.

Según Ato (citado en Martínez, 2002) esta etapa o fase se puede definir como “un proceso de análisis y/o valoración para observar si un programa ha conseguido o no alcanzar los objetivos o propósitos para los cuales fue ideado o creado”.

De acuerdo a este autor esta fase integra cuatro actividades:

1. Identificar los objetivos del programa.
2. Transformar los objetivos en variables observables.
3. Recoger datos empíricos relativos a las variables identificadas.
4. Comprobar los objetivos logrados con los datos empíricos obtenidos, valorando estadísticamente el éxito o fracaso en su consecución y el balance económico coste/beneficio.

3.3.1. Aspectos psicopedagógicos a considerar en los procesos de intervención

Como se mencionaba anteriormente, en algunas ocasiones los programas basados en un modelo preventivo racional no sólo no conseguían su efecto, la prevención, sino que eran contrapreventivos, en el sentido de que dicho programa lo que hacía era incrementar el consumo (Becoña, 2003). Con base en este punto es posible apreciar la importancia de considerar aspectos psicopedagógicos como son el tipo de población a quien se dirige la información y el contexto social, escolar y familiar al que pertenecen.

Las instituciones educativas no son entes aislados, están configurados a su vez en un sistema educativo el cual está inmerso en un sistema de mayor amplitud, la sociedad. Por este motivo uno de los primeros aspectos que es necesario considerar es la ubicación del espacio de intervención. Esto implica el reconocimiento de las características del contexto circundante como es el nivel socioeconómico, los establecimientos comerciales cercanos, las costumbres y tradiciones, las principales actividades económicas y demás información relacionada con la cultura.

Una vez ubicado el contexto de la institución es necesario identificar las características internas de la misma, al respecto se indaga sobre el tipo de educación impartida, la organización de los agentes educativos así como los recursos materiales y humanos con que se cuentan.

Con la intención de ir de lo general a lo particular, al llegar al aula y comenzar la interacción con la población objetivo, se identifica la cantidad de alumnos por grupo,

rangos de edad, principales características familiares, trayectoria académica, intereses, motivaciones y expectativas, y demás características que configuren un perfil más detallado del tipo de población. Todo esto con el propósito de identificar, de manera general, los factores de riesgo y protección en el ámbito individual, familiar y social que tiene dicha población.

Después de este recorrido teórico en cuanto al proceso de intervención, es necesario para este trabajo, exponer sobre la forma en que el psicólogo educativo se relaciona con este tipo de procesos de intervención específicamente el área de la educación para la salud, por tal motivo en el siguiente apartado se desarrollará dicho aspecto.

3.5. El papel del psicólogo educativo en el proceso de intervención psicopedagógica

El tema de las adicciones ha sido estudiado y atendido por diferentes disciplinas, en prevención, tratamiento y rehabilitación se ha involucrado la medicina, la psiquiatría y psicología clínica, sin embargo, poco se ha visto la participación de psicólogos educativos siendo que varios aspectos de su perfil pueden ser aplicados para lograr con éxito los objetivos de la prevención del consumo de drogas. Asimismo, el trabajo del psicólogo educativo viene a complementar la atención holística del individuo, pues no sólo basta con atenderle desde la parte orgánica o neurológica sino que hay que educarle en cuestiones de salud.

Por ello, se considera que el campo de acción del psicólogo educativo es variado puesto que, como menciona Rochín (2003) tanto el proceso de desarrollo como el fenómeno educativo representan un continuo a lo largo de toda la vida humana. Y este profesional es considerado alguien preparado en ambas ramas de conocimiento.

El trabajo del psicólogo educativo no se circunscribe a una sola población, se le puede ver trabajando desde los niveles de preescolar, primaria, secundaria, educación técnica y bachillerato, incluso educación superior.

De acuerdo con Arvilla, Palacio y Arango (2011), de manera general, entre las funciones que pueden ser desarrolladas por estos profesionales están:

- Participar en la búsqueda de soluciones a los problemas tanto académicos como conductuales que se presentan en los niños, adolescentes y adultos.
- Guiar a los docentes y directivos de la escuela sobre las estrategias de las que se puede tomar mano para solucionar los problemas que se presentan en las instituciones educativas y en el proceso de enseñanza-aprendizaje.
- A través de técnicas motivacionales estimular la creatividad, el interés hacia los aspectos académicos, tanto de los docentes como de los estudiantes.
- Junto con la directiva escolar, buscar soluciones a los problemas de respeto, tolerancia, también colabora en la elaboración de proyectos educativos orientados hacia los alumnos que posibilitan la invención en las instituciones educativas.
- Ofrecer una formación constante y colectiva a manera de talleres relacionados con la formación académica a todos los agentes educativos, entre ellos a los padres de familia.
- Participar en el diseño de programas educativos a diferentes niveles, desde la educación infantil hasta la educación profesional, generando y proponiendo estrategias pedagógicas orientadas hacia el aprendizaje.
- Interactuar con el personal docente, directivo y padres de familia para el abordaje de estudiantes con necesidades educativas especiales, mediante la proposición de estrategias para el desarrollo de sus potencialidades.
- Realizar investigaciones educativas, sociales, profesionales y laborales para ampliar el desarrollo del conocimiento.
- Diagnosticar y proporcionar el tratamiento adecuado a aquellos niños que presenten dificultades en su desarrollo psico-afectivo, cognoscitivo, físico y sociocultural.

Así mismo Rueda (citado en Talavera (2005)) 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

Al respecto una de las áreas más atendidas en los últimos años han sido las escuelas secundarias y de nivel medio superior, es en la etapa de la adolescencia donde se observan las crisis de la vida consideradas complicadas debido a la difícil situación que enfrentan los jóvenes, los múltiples cambios físicos y psicológicos que éstos comienzan a experimentar, la creciente necesidad por conocer nuevas sensaciones, la presión de su grupo de pares entre otros (Navarro, 2004).

Mata (citado en Talavera, 2005) menciona, entre otras, las siguientes actividades y funciones del Psicólogo Educativo:

- Realizar medidas preventivas antes que terapéuticas en grupos de alto riesgo.
- Producir, diseñar y evaluar las técnicas de motivación y de cambio de actitudes.
- Prevenir y promover la salud mental.

Del consumo de drogas se han desprendido una serie de problemáticas a nivel individual y social, por ello se requieren intervenciones tendientes a educar a la población en el cuidado de su salud y dichas actividades pueden ser realizadas por el psicólogo educativo, ya que los conocimientos y habilidades que integran parte de su formación profesional tienen cabida en el área preventiva y de tratamiento del consumo de drogas puesto que ello está inmerso en el área de la educación para la salud.

Al respecto de acuerdo con la OMS se entiende como educación para la salud/promoción de la salud, el proceso de capacitar a la gente para que adquiera mayor control sobre su salud; se lleva a cabo a través de la acción intersectorial. La promoción de la salud es un concepto dinámico y evolutivo que involucra a la gente en el contexto de sus vidas diarias, por ejemplo, en la casa, la escuela, el lugar de trabajo, etc., y que promueve que se alcance el máximo nivel de bienestar físico, mental y social para todos.

En este sentido hay que considerar que en el contexto de los países desarrollados la salud individual y colectiva está influida por cuatro factores determinantes (manual de la cruz roja):

- **El medio ambiente.**
- **La asistencia sanitaria.**
- **La biología humana.**
- **Los estilos de vida.**

Dentro de estos últimos se encuentran aquellas conductas o hábitos a nivel individual o colectivo, que son frecuentes en un medio sociocultural determinado:

- Consumo de fármacos y drogas legales.
- Consumo de drogas ilegales.
- Falta de ejercicio físico.
- Situaciones de competitividad, tensión y estrés.
- Consumo excesivo de grasas saturadas de origen animal.
- Consumo excesivo de hidratos de carbono.
- Escaso consumo de fibra.
- Conductas violentas.
- Prácticas sexuales de riesgo.
- Conducción peligrosa: excesos de velocidad, no usar cinturón de seguridad.
- Hábitos reproductivos inadecuados.

A partir de ello algunos de los objetivos de la Educación para la Salud son:

- Promover la salud como un valor fundamental y un recurso básico para el desarrollo personal y social.
- Estimular la adquisición de actitudes y hábitos de conducta saludables.
- Eliminar o reducir al máximo aquellos comportamientos que conllevan un riesgo para la salud.
- Promover una toma de conciencia acerca de cómo los factores ambientales y sociales influyen sobre la salud y de las posibilidades que existen para hacer frente a dicha influencia.

- Capacitar para que, individual y colectivamente, se asuma un papel activo en la promoción y mantenimiento de la propia salud y la del entorno.
- Y de igual forma que la salud es un concepto dinámico y positivo, también la Educación para la Salud ha de ser un proceso dinámico y positivo en el que se trabaje simultáneamente desde una perspectiva personal y colectiva.

Esto conlleva a desarrollar en los individuos la capacidad para responsabilizarse de su salud, lo que implica (UNESCO, 1997):

- Tener “capacidad para responsabilizarse de la salud” implica tener la seguridad suficiente para tomar decisiones propias en relación a la salud.
- Tener los conocimientos y las habilidades necesarias para poder participar en la toma de medidas colectivas a favor de la salud sostenible dentro de la familia y para abogar a favor de los grupos locales y las organizaciones comunitarias.
- Tener la capacidad de poder leer información referente a la salud; incluye la capacidad de utilizar esta información, convirtiéndola en conocimientos.

Para ello se considera como educación eficaz la que consiste en ayudar a la gente a tomar decisiones con más seguridad y a ampliar su campo de opciones. El ser “capaz de responsabilizarse de la salud” significa ser autónomo en la vida diaria, hecho que le permite a la gente adquirir más seguridad.

En este sentido el psicólogo educativo puede fungir el papel de orientador y como tal ha de sobrepasar el marco escolar y trascender los ámbitos comunitarios y familiares para alcanzar una mayor eficacia en la labor orientadora. Entre sus funciones se encuentran:

- Facilitar la comunicación en la organización.
- Facilitar un clima de confianza y el trabajo en equipo.
- Asumir el liderazgo.
- Adoptar estrategias de resolución de problemas.
- Evaluar la intervención orientadora.
- Implicarse en la toma de decisiones.

- Propiciar la cultura de la calidad.
- Implicar a los usuarios en el logro del cambio.

De acuerdo con Lorenzo Delgado (citado en Sanchiz, 2008-2009), el trabajo del psicopedagogo/a, no es suplir a otros profesionales, sino diseñar proyectos, asesorar, acompañar en el ejercicio o evaluar junto con los demás profesionales. En esta línea de trabajo, Sarramona, Vázquez y Colom (1998) proponen algunos campos donde el profesional de psicología y pedagogía tiene claramente un papel importante:

- La alfabetización.
- Formación laboral, desde la inserción hasta la formación continua en todas sus perspectivas.
- El ocio y tiempo libre, a través de nuevos escenarios y espacios (culturales, sociales, deportivos...).
- Educación para la salud.
- Educación urbana.
- Educación ambiental o conservación del patrimonio.
- Animación sociocultural.

Sin embargo, como Solé (1995) menciona, la intervención asesora sólo puede avanzar si logra poner de manifiesto las contradicciones, si impide de hecho que se siga negando la realidad, puesto que se ve la idea del asesor como un agente de cambio que a partir de la intervención que realiza pueda contribuir a que se produzcan determinados cambios en los contextos en donde participa.

Es por ello que a partir de la intervención del psicólogo educativo en los diferentes contextos se pretende el desarrollo de todas las capacidades propias de los seres humanos: capacidades de equilibrio personal, cognitivos, de relaciones interpersonales, motrices y de inserción social y con ello haya una forma diferente de afrontar los problemas que en otras situaciones se presenten.

A partir de esto hay que considerar que el psicólogo educativo sólo es participe en la solución y no el responsable de resolver dicha situación. De ahí que nuestra labor no era hacer cambios “milagrosos” sino que nuestra presencia pudiera contribuir a que los agentes educativos replantearan la representación que tenían sobre las necesidades identificadas y ello contribuyera al cambio.

En todos estos campos y muchos más, su trabajo se referiría al diseño o planificación de proyectos, la realización de éstos mediante estrategias, recursos y finalmente la evaluación del propio proceso y resultados. Estas tres tareas requieren un aprendizaje y por ello, la formación inicial debería insistir más ofreciendo espacios y propuestas de intervención plurales.

El ejercicio de la profesión supone entrar en un proceso en el que, a menudo, se encuentran contradicciones, posturas enfrentadas, desacuerdos en la forma de proceder y de entender la profesión misma, sin embargo, se considera que, en el campo educativo, más que en ningún otro, el profesionista no puede ser una isla. La educación, se concibe como un sistema en el cual, los mejores resultados se consiguen cuando existe cooperación y colaboración entre los diversos miembros del mismo (Sanchiz, 2008-2009).

Ahora bien, hay que considerar que el trabajo educativo y orientador debe basarse en principios éticos, que permitan a los profesionales adquirir responsabilidades con todos aquellos a los que se dirige su tarea.

Se entiende la profesionalización como el proceso socializador por el que los profesionales (Sanchiz, 2008-2009):

- Adquieren las características y capacidades específicas que les permiten ser competentes en su trabajo.
- Se mantienen en la dinámica del mercado laboral y se vinculan a un grupo profesional determinado.
- Se vinculan responsablemente a un contexto social específico con base en unos valores determinados.

- Establecen las limitaciones propias de todo comportamiento experto, ya que ningún ámbito profesional posee todas las soluciones ni es todopoderoso.

Además de lo anterior, el proceso de profesionalización requiere como refieren Brockbank y McGill (2008) de un aprendizaje reflexivo, es decir, de una evaluación constante del quehacer profesional. Estos autores mencionan que Schön desarrolla la idea de “práctica reflexiva”, esto surge a partir de la interrogante ¿qué capacita a los profesionales para desarrollar con eficacia su práctica, además del saber proposicional? El medio por el que los profesionales refuerzan su práctica mientras se dedican a ella lo denominó “arte profesional”, según la cual los profesionales se enfrentan con lo único, lo imprevisto, lo incierto, los conflictos de valor y las condiciones indeterminadas de la práctica cotidiana para lo que no existen respuestas “de libro”.

De esta manera para Schön, lo que distingue a la reflexión en la acción de otras formas de reflexión es “su significación inmediata para la acción” el replanteamiento de alguna parte de nuestro saber en la acción lleva a un experimento sobre la marcha y a nuevos pensamientos que influyen en lo que hagamos. Sin embargo, además de la reflexión en la acción es necesario realizar una reflexión sobre la acción, es decir, aquella reflexión crítica que sucede después de la acción y para la cual es necesario que se emprenda un diálogo, primeramente interno y posteriormente con otro u otros. Este tipo de reflexión es la que se pudo realizar a partir de la sistematización de las actividades realizadas en las prácticas profesionales y que representa la importancia de elaborar trabajos de este tipo.

Es importante resaltar que el conocimiento proposicional (saber acerca de) sólo llega a tener un significado interiorizado y real como conocimiento cuando el alumno receptor comienza a aplicar ese saber proposicional a sí mismo, relacionándolo de alguna manera con su experiencia, como un aspecto del desarrollo de una orientación constructivista del aprendizaje en la que el alumno, en cuanto actor, crea conocimientos, en colaboración con los demás.

CAPÍTULO 4. MÉTODO

En este capítulo se describe en qué consistieron las prácticas profesionales a fin de dar cuenta de las actividades realizadas y que configuran el motivo del presente documento recepcional. Se mencionaran de manera general todas las actividades, sin embargo, se abordarán con mayor profundidad únicamente los talleres que forman parte de las intervenciones psicopedagógicas que aquí se exponen.

Antes de desarrollar cada una de las fases de las intervenciones psicopedagógicas es importante explicar cuáles son las circunstancias que enmarcan la relevancia del trabajo realizado, en el siguiente epígrafe se comentan datos que demuestran por qué el consumo de drogas representa una problemática en población adolescente y específicamente en la población con la que se trabajó.

4.1. Justificación

La prevención del consumo de drogas y de sus consecuencias sociales y de salud ha representado un reto desde que este fenómeno se identificó como un problema en la sociedad. A partir del análisis histórico de las tendencias de consumo y los grupos de población a quienes afecta se han elaborado programas de intervención específicos considerando las necesidades que debe atender y las características de cada contexto.

En el caso de los sujetos con los que se trabajó durante el desarrollo de las intervenciones aquí reportadas, se encuentran cursando sus estudios de nivel Secundaria en dos instituciones ubicadas en la Delegación Coyoacán. De acuerdo con una encuesta realizada por el Instituto Nacional de Psiquiatría y la SEP en el 2006, esta delegación se encuentra entre las primeras cinco de mayor consumo de alcohol y tabaco de todas las delegaciones del Distrito Federal.

Además el 43.16% de la población escolar de secundaria consume tabaco y en el caso del Bachillerato se aprecia que el porcentaje aumenta a 62.38% de la población. Estas cifras muestran la importancia de realizar intervenciones preventivas en el nivel Secundaria a fin de evitar mayores consumos en el Bachillerato. En cuanto al consumo de alcohol se reporta que el 74.80 % de la población escolar de secundaria, *alguna vez* ha consumido alcohol.

El interés de revisar las estadísticas de consumo de alcohol y tabaco radica en que estas drogas legales son consideradas como drogas de inicio, las cuales predicen una mayor probabilidad de que las personas lleguen a consumir alguna droga ilegal. Esta situación puede llegar a ocurrir a causa del Síndrome de Tolerancia, ya que una vez que el cuerpo empieza a habituarse a los efectos que produce cierta cantidad de nicotina o alcohol, las personas consumidoras necesitarán cada vez una mayor cantidad para lograr los efectos deseados y cuando dichas drogas ya no produzcan el mismo efecto buscarán consumir otras drogas como las ilegales.

Además de lo anterior es importante identificar cuáles son los rangos de edad de inicio para el consumo, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) 2011 los adolescentes entre 13 y 16 años son la población en donde la prevalencia de consumo de drogas ha aumentado significativamente. Por ejemplo, en 2008 el 49.1% de las personas que consumieron alcohol, lo hizo por primera vez a los 17 años o menos, mientras que en 2011 este porcentaje incrementó a 55.2% de las cuales 6% desarrolló dependencia. Lo que equivale a 4.9 millones de personas. Afecta a 4.1% de los adolescentes y 6.6% de los adultos, este índice aumentó significativamente entre los hombres de 2008 a 2011. Asimismo se reporta que las tendencias de consumo de alcohol en población adolescente de 12 a 17 años aumentó especialmente en el consumo del último mes ya que se incrementó, en el caso de los hombres pasó de 11.5% a 17.4% y en las mujeres de 2.7% a 11.6%.

En cuanto al consumo de tabaco, los fumadores adolescentes activos que fuman diariamente inician su consumo en promedio a los 14.1 años. Los fumadores adolescentes diarios consumen en promedio 4.1 cigarros al día. La edad de inicio ha permanecido estable de 2002 a 2011. Con referencia al consumo de drogas ilegales, se encontró que la edad promedio para el inicio en el consumo de drogas disminuyó entre 2002 y 2008, en las mujeres pasó de 23.6 años a 20.1 años; en tanto que en los hombres pasó de 19.8 años a 18.3 años. En cuanto a los resultados de la presente encuesta, la edad de inicio se mantiene estable, en 20 años para las mujeres y 18 años en los hombres. Del consumo de drogas ilegales, la marihuana es el más prevalente (1.3%), le sigue la cocaína (0.4%) y los inhalables (0.3%).

Además de lo anterior, hay que considerar que la población objeto de la intervención son adolescentes y es preciso comprender que los múltiples cambios físicos y psicológicos que éstos comienzan a experimentar, la creciente necesidad por conocer nuevas sensaciones, la presión de su grupo de pares, un ambiente familiar poco estable carente de vínculos afectivos con personas significativas para ellos y una ausencia de reglas, representan algunos de los factores de riesgo a los que esta población tiene que enfrentarse (Navarro, 2004).

Como consecuencia de los factores antes expuestos, generalmente se categoriza a esta etapa del desarrollo como difícil, ya que el adolescente tiende a involucrarse en conflictos como lo es el consumo de drogas.

Aunado a las características propias de esta etapa evolutiva también se debe tener presente el tipo de institución educativa a la que dicha población accede, en este caso las telesecundarias, de manera general hay que considerar que las telesecundarias son instituciones que se ubican en lugares marginados y su nivel académico es deficiente.

Cuando se habla de exámenes estandarizados, como es el caso del Examen de Calidad y Logro Académico (EXCALE), los indicadores más desfavorables del nivel son obtenidos por los estudiantes de Telesecundaria (Kalman y Carvajal, 2007), esto tiene como consecuencia que haya aumento de factores de riesgo escolares en estos adolescentes haciéndolos más vulnerables ante el consumo de drogas.

Ante tales circunstancias surge la necesidad de llevar a cabo procesos preventivos orientados a promover entre los adolescentes estilos de vida saludable a partir de educación para la salud y habilidades para la vida. El hecho de que la prevención del consumo de drogas se aborde desde la Psicología Educativa permite la intervención del psicólogo educativo y es por ello que es intención de este trabajo mostrar cuál es el papel de este profesional en los procesos de intervención preventiva de acuerdo a su formación.

Después de haber comentado cuál es la relevancia de las intervenciones que más adelante se describirán es necesario contextualizar los escenarios donde se trabajó, ya que las

intervenciones psicopedagógicas requieren una sistematización de las acciones que la comprenden. Martínez (2002) menciona que las etapas del proceso de intervención son:

- *Análisis de necesidades del contexto de intervención.*
- *Planificación y diseño de la intervención.*
- *Implementación o ejecución de la acción.*
- *Evaluación de la intervención.*

Por tal motivo en el siguiente apartado se comentan las características del contexto en donde se ubica Centro de Integración Juvenil (CIJ) Coyoacán y cada una de las instituciones en las que se trabajó.

4.2. Escenario y contexto CIJ Coyoacán

Las prácticas profesionales se realizaron en Centro de Integración Juvenil (CIJ) ubicado en la delegación Coyoacán. Esta delegación concentra al 7.0% de la población total del Distrito Federal. Entre sus habitantes existe una relación de 89 hombres por cada 100 mujeres; la mitad de la población tiene una edad de 34 años o menos (INEGI, 2010).

El 0.9 % de esta población tiene una vivienda con piso de tierra y arriba del 90% cuenta con los servicios básicos (agua entubada dentro de la vivienda, drenaje, servicio sanitario y electricidad).

Respecto a las tecnologías de la información y comunicación, se observan diferencias significativas en cuanto al porcentaje de viviendas que cuentan con ellas. El 81.3% de viviendas cuenta con servicio telefónico; el 81.1% cuenta con teléfono celular; el 61.3% cuenta con computadora y sólo el 52.4% cuenta con servicio de internet.

Por otra parte, se conoce que la asistencia escolar por grupo de edad se distribuye de la siguiente manera: 3 – 5 años 72.6%; 6 – 11 años 97.0%; 12 – 14 años 96.3% y 15 – 24 años 60.6%.

En cuanto a las características económicas, el 56.5% es población económicamente activa y el 94.8% es población ocupada (INEGI, 2010).

Otro dato importante a considerar es la prevalencia del consumo de drogas. Los cuadros que se presentan a continuación muestran los porcentajes de drogas legales consumidas en la delegación Coyoacán en comparación con las demás delegaciones del Distrito Federal.

Cuadro No. 15 Prevalencia Total de Consumo de Tabaco (Por Nivel Escolar)

	Secundarias	Bachilleratos	Técnicas
	%	%	%
Distrito Federal	40.26	63.19	60.00
Álvaro Obregón	52.84	77.17	---
Atzacapotzalco	39.75	69.16	58.24
Benito Juárez	42.44	70.45	81.82
Coyoacán	43.16	62.38	42.11
Cuajimalpa de Morelos	45.99	54.33	57.14
Cuauhtémoc	37.55	65.19	37.89
Gustavo A. Madero	39.12	62.57	55.42
Iztacalco	32.85	65.64	62.26
Iztapalapa	32.77	53.11	67.78
Magdalena Contreras	44.59	80.90	71.79
Miguel Hidalgo	31.94	57.07	66.67
Milpa Alta	29.78	55.03	38.46
Tlahuac	42.44	66.67	89.29
Tlalpan	52.34	81.25	67.69
Venustiano Carranza	37.03	51.92	44.44
Xochimilco	37.69	60.50	60.44

Fuente: INP y SEP (2006)

A partir del cuadro anterior es posible observar que en el Distrito Federal el consumo de tabaco en el caso de las secundarias es 40% de la población. En el caso particular de la delegación Coyoacán el 43.16% de la población escolar de secundaria consume tabaco; del mismo modo se muestra que esta delegación está dentro de las 5 delegaciones de mayor

consumo de dicha droga a nivel secundaria; sin embargo, en el caso del bachillerato se aprecia que el porcentaje aumenta a 62.38% de la población.

Cuadro No. 16 Prevalencia de Uso de Alcohol (N= 10879)

	Alguna vez	Último año	Último mes
	%	%	%
Distrito Federal	73.86	64.83	24.05
Álvaro Obregón	82.67	78.29	32.36
Atzacapozalco	79.25	72.48	27.25
Benito Juárez	83.20	75.86	33.77
Coyoacán	79.04	68.64	29.54
Cuajimalpa de Morelos	68.78	61.14	24.67
Cuauhtémoc	75.07	67.57	32.43
Gustavo A. Madero	75.15	66.78	22.03
Iztacalco	72.87	62.04	20.25
Iztapalapa	65.65	55.51	18.21
Magdalena Contreras	75.94	66.28	23.73
Miguel Hidalgo	71.84	63.59	22.45
Milpa Alta	64.27	52.42	13.46
Tlahuac	68.61	57.62	15.89
Tlalpan	81.45	72.50	28.29
Venustiano Carranza	69.86	59.28	22.16
Xochimilco	68.83	59.67	22.00

Fuente: (INP y SEP ,2006).

En lo que respecta al consumo de alcohol observamos que es una droga de mayor consumo, puesto que es el 73.86% de la población encuestada la que ha consumido *alguna vez* esta droga en el Distrito Federal (INP y SEP ,2006).

Por otra parte, en la delegación Coyoacán el 79.04% de la población ha consumido alcohol *alguna vez*; en el *último año* fue un 68.64% y en el *último mes* el 29.54% de la población.

Con estos porcentajes se coloca a la delegación dentro de las 5 delegaciones de mayor consumo de la frecuencia *alguna vez* de dicha droga.

En el caso del consumo de alcohol por nivel escolar, como se observa en el siguiente cuadro, en el Distrito Federal, el 69.73% de la población encuestada de nivel escolar secundaria consume alcohol. En tanto la delegación Coyoacán reporta que el 74.80 % de la población escolar de secundaria, *alguna vez* ha consumido alcohol, lo que lleva a colocar a la delegación entre las 5 delegaciones donde hay mayor consumo de esta droga a nivel secundaria.

Cuadro No. 17 Prevalencia de Uso de Alcohol (Por Nivel Escolar) *Alguna vez*

	Secundarias	Bachilleratos	Técnicas
	%	%	%
Distrito Federal	69.73	82.78	75.48
Álvaro Obregón	81.25	86.61	----
Atzacapozalco	77.28	85.02	73.63
Benito Juárez	74.71	93.93	95.45
Coyoacán	74.80	84.33	73.68
Cuajimalpa de Morelos	63.89	79.53	100.00
Cuauhtémoc	69.68	83.70	57.89
Gustavo A. Madero	68.75	83.23	75.90
Iztacalco	66.74	84.10	80.19
Iztapalapa	62.00	74.01	75.56
Magdalena Contreras	71.40	89.89	85.90
Miguel Hidalgo	63.19	81.49	66.67
Milpa Alta	64.61	70.47	44.23
Tlahuac	66.36	76.47	87.50
Tlalpan	80.24	100.00	84.62
Venustiano Carranza	68.65	75.00	66.67
Xochimilco	63.59	76.47	81.32

Fuente: INP y SEP (2006)

En este contexto general se coloca a la delegación Coyoacán entre las primeras cinco de mayor consumo y especialmente en el nivel educativo secundaria. Con estos datos se puede apreciar la gran labor que tiene Centro de Integración Juvenil Coyoacán en cuanto a la prevención del consumo de drogas, así como las acciones de tratamiento y en especial las de intervención, cuyo propósito es incidir en la educación para la salud, materia que como psicólogas educativas nos compete.

Una vez identificados los datos sociodemográficas de la delegación Coyoacán es preciso hacer una descripción detallada del escenario de las prácticas profesionales a fin de que el lector conozca las características tanto físicas como organizacionales de este CIJ, ya que las prácticas profesionales nos permitieron darnos cuenta de que aunque Centros de Integración Juvenil es una institución con un modelo de actuación enmarcado en la salud pública identificando factores de riesgo y protección, cada sede trabaja de manera distinta de acuerdo a los recursos económicos y humanos con los que cuenta así como las necesidades de la comunidad, esto diferencia a cada uno en su labor y por ende define el tipo de trabajo de cada profesionista incluyendo nuestra labor. Es por esto que a continuación se describe con todo detalle la ubicación, características del inmueble y servicios que CIJ Coyoacán tiene.

Centro de Integración Juvenil Coyoacán se encuentra ubicado en la calle de Berlín No. 30 en la Colonia del Carmen. Cerca de la Alberca Olímpica, la Av. Río Churubusco y eje central Lázaro Cárdenas. En el siguiente mapa se ubica a la institución.

Figura 1. Mapa CIJ Coyoacán



La edificación del CIJ cuenta con dos plantas, la fachada es color beige, la entrada cuenta con dos puertas de acceso, pero sólo por una de ellas ingresan los usuarios. En la entrada hay una pequeña sala de espera que es utilizada simultáneamente como estacionamiento de un vehículo exclusivo de CIJ con el logotipo del centro.

Figura 2. CIJ Coyoacán



Este CIJ, en la planta baja cuenta con seis consultorios de los cuales tres son destinados para el área de psicología, uno para el de trabajo social, otro para el médico general y uno más para la dirección. Hay un área para la recepción, una bodega destinada para material escolar y de oficina. De igual forma hay un patio y un área verde a la entrada.

En el segundo piso se encuentra un salón el cual es prestado para pláticas del grupo de Alcohólicos Anónimos “Nueva Salida”, quienes también integran a los grupos de familia, Alateen/Al-anon” Descubriendo el amor”.

En este nivel también está la biblioteca de CIJ, y al frente hay un salón más, que en ocasiones es ocupado para terapia de grupo. Ambos salones de este nivel cuentan con sillas y mesas para trabajo.

El CIJ Coyoacán se fundó en el año de 1974, 10 años después de la fundación de Centros de Integración Juvenil A.C. Su misión es prevenir, tratar e investigar el problema del consumo del alcohol, tabaco y otras sustancias.

Su visión es una sociedad con menos tolerancia o aceptación hacia el uso de drogas, con una mayor percepción de riesgo y con un mayor número de alternativas para vivir saludablemente.

Su misión y visión se ven reflejados en el logo que los identifica, pues se considera que la familia y la sociedad son elementos importantes en la maduración del adolescente, en este proceso la psicología y la psiquiatría son los encargados de promover la integración entre dichos agentes a partir de una labor social dentro de la comunidad. Esto se aprecia en la siguiente imagen:

Figura3. Logo CIJ



Dicha labor social es desarrollada a través de una serie de servicios que proporcionan y en los cuales participa un equipo interdisciplinario conformado por un médico general, psicólogos, trabajadores sociales, el área de secretaría y la directora. Los servicios que brindan son los siguientes:

- Consejo breve: Se proporciona a los adolescentes y sus familiares que son remitidos por las instituciones educativas a las que asisten cuando son sorprendidos consumiendo alguna droga.
- Terapia psicológica individual: Se le proporciona al paciente con el objetivo de atender las circunstancias asociadas al consumo de drogas.
- Terapia psicológica grupal: Esta dirigida a los pacientes o a sus familiares.
- Terapia farmacológica: Es dirigida por el médico general, quien a partir del diagnóstico del estado de salud del paciente recomienda el consumo de ciertos

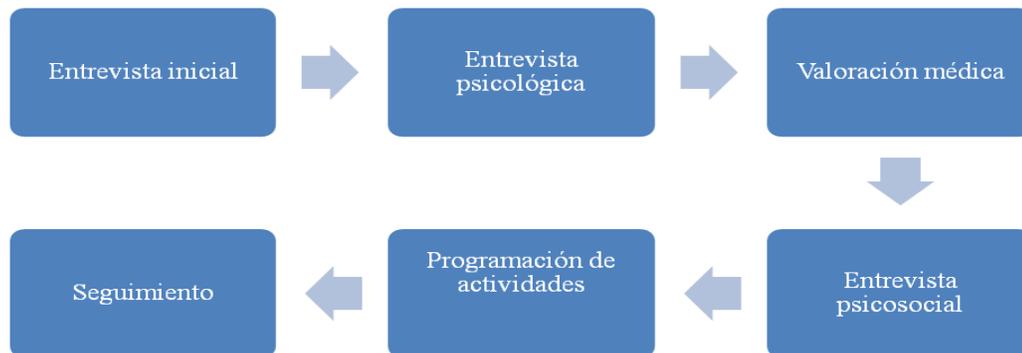
medicamentos para menguar los efectos producidos por el síndrome de tolerancia o los trastornos comorbidos.

- Programa de seguimiento: Cada mes durante un año el paciente que ha sido dado de alta parcial debe asistir para revisión.
- Centro de día: Son espacios terapéuticos donde se brinda atención integral e intensiva a mujeres y varones con abuso o dependencia a drogas. Sólo se canaliza a esta actividad si la persona:
 - Sabe trabajar en grupo.
 - No padece trastornos severos.
 - No tiene problemas legales.
 - No realiza actividades específicas, estudiar o trabajar.
 - Se le identifica con pocas habilidades sociales.
 - No es sociópata (que provoque daños severos a terceros).
- Programas preventivos para el consumo de drogas legales e ilegales: Buscan promover factores protectores contrarios al uso y abuso de drogas a través de tres niveles de atención: la prevención universal consta de sesiones de información, orientación y capacitación dirigidas a la población general; la selectiva se orienta al entrenamiento en habilidades para la vida que permiten afrontar situaciones de riesgo a quienes se encuentran en mayor vulnerabilidad; y la indicada se enfoca en la consejería para usuarios experimentales de drogas.
- Clínica para dejar de fumar: Consta de 10 sesiones de 90 minutos cada una, están fundamentados en un paradigma cognitivo conductual, el objetivo es lograr una rehabilitación pulmonar.

Para determinar cuáles son los servicios que mejor pueden atender las necesidades de las personas que asisten se sigue un proceso que inicia con una reunión informativa, el objetivo de ésta es determinar el tipo de necesidad del paciente. En el CIJ no se atienden casos con carácter de urgencia, si este fuera el caso se canaliza a una institución de hospitalización.

Si se determina que el caso puede ser tratado en el CIJ se procede a realizar una serie de actividades con carácter diagnóstico basadas en una perspectiva multiaxial el cual incluye las siguientes fases (ver esquema 3)

Esquema 2. Proceso de atención CIJ



- La entrevista inicial, representa el primer eje, si el paciente es menor de edad debe asistir en compañía de sus padres. En esta etapa se identifican algunas características generales como es, por ejemplo, el nivel socioeconómico ya que con base en ello se hace la cotización del cobro por servicio.
- La entrevista psicológica, es el segundo eje, tiene como objetivo identificar rasgos y trastornos de la personalidad como pudieran ser casos de neurosis, psicosis o perversión.
- El siguiente eje es la valoración médica, tiene como finalidad identificar el estado general de salud así como la presencia de trastornos previos al consumo o asociados a éste, es decir, como causa o efecto.
- El cuarto eje es la entrevista psicosocial, en este se identifican las situaciones sociales que contribuyen al consumo de sustancias psicoactivas.

Después del proceso anterior se canalizan a los diferentes servicios, el tiempo de estancia en las actividades es mínimo de tres meses. Una vez que el usuario ha estado en tratamiento se le da de alta parcial si ha conseguido reducir el consumo de sustancias. Luego se le da seguimiento al usuario cada mes durante un año y si ha mostrado una rehabilitación se le da de alta definitiva.

Los usuarios que asisten a CIJ Coyoacán presentan principalmente problemas por consumo de alcohol, tabaco, marihuana e inhalables. Los consumidores de tabaco son en su mayoría personas adultas a diferencia de los que consumen las otras tres drogas mencionadas que son adolescentes y jóvenes de entre 14 y 24 años.

Debido a que gran parte de la población que llega es remitida por las instituciones educativas a las que asisten, surge la necesidad de realizar actividades de prevención en dichas instituciones. A continuación se presentan las actividades que se realizan como parte de la prevención y el tratamiento que son los dos grandes rubros que engloban las necesidades a las que da respuesta el Centro. Se subraya que aquellas actividades marcadas con negritas se tuvo participación como parte de las prácticas profesionales (ver cuadro 17).

Cuadro 17. Necesidades atendidas en CIJ Coyoacán

Necesidades que atiende el CIJ	Área de atención: prevención/tratamiento	Actividades orientadas a atender dichas necesidades
Promover la sensibilización en la población para incrementar la percepción de riesgo del uso de drogas.	Prevención universal	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Información en el contexto escolar (ICE) ❖ Información en el contexto comunitario (ICC) <p>Estas actividades incluyen módulos de información, ferias de la salud y pláticas informativas.</p>
Consumo de drogas en adolescentes en zonas específicas	Prevención indicada	Talleres sobre factores de riesgo y protección ante las adicciones con adolescentes y padres de familia.
Atención a población de alta vulnerabilidad (niños y adolescentes)	Prevención selectiva	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Orientación Preventiva para preadolescentes (OPP) ❖ Orientación Preventiva para Adolescentes (OPA) ❖ Talleres sobre factores de riesgo y protección ante las adicciones ❖ Diseño de materiales educativos
Formación docente en la prevención de adicciones	Prevención universal, selectiva e indicada	Talleres con autoridades educativas
Dar continuidad a las acciones realizadas por el CIJ en instituciones educativas y/o en la propia comunidad	Prevención universal, selectiva e indicada	Seguimiento y evaluación de las actividades realizadas mediante talleres de reforzamiento.
Atender a familias y/o consumidores de drogas que solicitan intervención	Tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Terapia farmacológica, individual y familiar ❖ Clínica para dejar de fumar ❖ Centro de día

Para fines de este trabajo se retoman las actividades enmarcadas dentro de la prevención selectiva, que se muestra en el cuadro anterior, debido a que la intención es mostrar el papel del psicólogo educativo en este tipo de procesos de intervención. Para dar respuesta a las necesidades de cada una de las telesecundarias tuvimos que llevar a cabo un proceso que demandó varias de las habilidades adquiridas durante nuestra formación y que refleja

notoriamente la importancia de que en la prevención del consumo de drogas se incorpore este profesional.

Una vez mostradas las características del escenario de prácticas profesionales y las necesidades que este CIJ atiende y en las que participamos vamos a describir el escenario de cada telesecundaria en donde se trabajó.

4.2.1. Escenario y contexto de las telesecundarias

Antes de mencionar las características de cada institución es preciso conocer cómo se desarrolla la modalidad educativa de las telesecundarias a fin de contextualizar su forma de trabajo en comparación con otras instituciones del mismo nivel.

Estas instituciones surgen ante la necesidad de cubrir las demandas de la educación media, de ampliar la capacidad y la extensión de las escuelas secundarias a finales de los años sesenta del siglo pasado.

Las primeras entidades federativas que resultaron beneficiadas con este nuevo sistema fueron Distrito Federal, Estado de México, Morelos, Oaxaca, Veracruz, Puebla, Hidalgo y Tlaxcala (este último estado fue donde se registró oficialmente la primera escuela telesecundaria). Los requisitos para ser inscritos eran: que contaran con señal televisiva y disponer de energía eléctrica, paneles solares o baterías (DGME y SEB, 2010).

Estas instituciones utilizan la tecnología televisiva para impartir educación a nivel secundaria. Por lo general se localizan en poblaciones con menos de 2,500 habitantes, en zonas marginadas o de difícil acceso, donde el escaso número de egresados de primaria hace inviable la instalación de una secundaria general o técnica.

El número de alumnos que asisten a Escuelas Telesecundarias ha incrementado de manera constante en comparación con las secundarias de otras modalidades desde su incorporación al Sistema Educativo Mexicano. Destaca el periodo entre 1975 y 1983, cuando el aumento de alumnos de Escuelas Telesecundarias fue de casi 400%, al pasar de 44,832 alumnos en 1975 a 221,947 en 1983. En la actualidad se puede hablar de que la quinta parte de los alumnos de nivel secundarias asisten a Escuela Telesecundaria, es decir, que un 22% (1, 231, 300) de alumnos asiste a una de estas escuelas (INEE, 2005).

Hasta el momento, la Telesecundaria se ha diferenciado por tener una organización que incluye un mismo profesor que cubre todas las materias (sistema similar al de la escuela primaria), con una formación no necesariamente pedagógica; muchos de ellos son recién egresados de las universidades y se emplean para supervisar a los estudiantes, organizarlos y dirigir las clases a través de los materiales didácticos. Las clases están programadas; cada hora de estudio se divide en 15 minutos para el segmento televisado y el resto del tiempo para trabajar con los libros de texto (Kalman y Carvajal, 2007).

Las diferencias principales que se observan entre la Telesecundaria con otras modalidades educativas se deben al diseño del modelo, a las condiciones de ubicación geográfica y a la preparación de los profesores, a los que se agregan problemas tanto de eficacia como de equidad: los resultados de las evaluaciones muestran que sus estudiantes no están logrando aprendizajes equiparables a los de sus pares que asisten a otro tipo de secundarias y que, además, dichos resultados están diferenciados por el nivel socioeconómico de los alumnos (Kalman y Carvajal, 2007).

Cuando se habla de exámenes estandarizados, como es el caso del Examen de Calidad y Logro Académico (EXCALE), los indicadores más desfavorables del nivel son obtenidos por los estudiantes de Telesecundaria: en matemáticas, el 62.1% obtuvo resultados por debajo del nivel de logro básico, lo cual indica carencias importantes en los conocimientos, habilidades y destrezas escolares que expresan una limitación para seguir progresando satisfactoriamente en la asignatura. Por otro lado, el 51.1% de los estudiantes se encuentra por debajo del nivel básico de logro en el caso de comprensión lectora y reflexión sobre la lengua (Kalman y Carvajal, 2007).

Estos resultados, nada satisfactorios, podrían ser atribuidos, exclusivamente, a las condiciones sociales y materiales de los alumnos, porque muchos de ellos provienen de comunidades marginadas y empobrecidas, donde la escolaridad es escasa. Sin embargo, los resultados académicos también deben ser analizados de acuerdo con los contextos específicos de la educación, el ambiente escolar para el aprendizaje, los tipos de discurso

didáctico, las actividades, el contenido y los materiales educativos utilizados, así como la naturaleza de las interacciones sociales dentro del salón de clases.

A partir de los datos anteriores es posible tener un panorama general de las características de esta modalidad educativa así como del tipo de población que atiende, como se muestra, estas instituciones geográficamente se encuentran en zonas vulnerables con problemáticas sociales como la marginación y esto a su vez tiene un impacto significativo en el nivel de aprovechamiento de los alumnos.

El objetivo de considerar esta información radica en que para llevar a cabo una intervención holística es necesario analizar la problemática, en este caso el consumo de drogas, desde una perspectiva sistémica, si se considera que dicho fenómeno no sólo tiene que ver con las características del individuo sino con todo el contexto en el que se desenvuelve hemos de considerar sus sistemas más próximos: comunidad, escuela y familia.

La información de por qué y cuándo surgen las escuelas telesecundarias nos habla de elementos sobre la comunidad, mismas que comparten con otros espacios y que le hace pertenecer a un segmento de la población muy particular. Sin embargo, aún y cuando comparten ciertas características cada telesecundaria tiene aspectos que lo diferencian. Es por ello que como parte del proceso de intervención analizamos el contexto de cada institución en donde trabajamos incluyendo su ubicación geográfica.

La Escuela Telesecundaria Núm. 75 se encuentra en la calle Totonacas Núm. 3924, Coyoacán D.F. Esta escuela atiende a nueve grupos, tres por cada grado escolar, el número de alumnos varía por grado. Ésta se encuentra dentro de una zona urbana. Es un edificio de tres pisos, cuenta con un patio, un salón de cómputo y dirección.

La Escuela Telesecundaria Núm. 27 se encuentra entre las calles Anacahuíta y Acoxal S/n Pedregal de Santo Domingo, Coyoacán D.F. Atiende a 6 grupos, 2 por cada grado escolar. Son dos edificios los que conforman esta escuela, los dos con 4 niveles. La institución tiene un patio frente al edificio principal en donde se encuentra la dirección. Está cercada con

alambre, los diferentes niveles tienen barrotes. Cuenta con una biblioteca que está en proceso de construcción.

Asimismo, en ambas instituciones existe poca participación de los padres de familia en las actividades escolares de sus hijos, según testimonios de las directoras esto se debe a las actividades laborales, que en la mayoría de los casos desempeñan ambos padres.

También se identifican casos de alumnos que han consumido alguna droga como alcohol, tabaco, marihuana o inhalables y alumnos que provienen de familias donde alguno de los progenitores consume algún tipo de droga.

4.3. Participantes

En la telesecundaria #75 se trabajó con tres de los nueve grupos que atienden en esta institución, uno de 3° conformado por 20 alumnos; un grupo de 2° conformado por 25 alumnos y un grupo de 1° conformado por 35 alumnos. Sus edades oscilaban entre 13 y 16 años. La institución fue quien nos asignó estos grupos.

En la telesecundaria #27 se trabajó con los seis grupos que conforman esta institución. Los grupos de 1° estaban conformados por 35 alumnos cada uno, los de 2° por 30 cada uno y los de tercero por 20 alumnos respectivamente. Sus edades oscilaban entre 13 y 16 años, con excepción de algunos jóvenes de 17 años.

4.4. Procedimiento

Después de la identificación del contexto, la siguiente etapa en el proceso de intervención es *la planificación y el diseño de la intervención*. Para la planificación se consideraron varios aspectos. En primer lugar la información que nos proporcionó CIJ respecto al contexto de cada institución y el tipo de población que las conforman. La intención era dar seguimiento a las intervenciones previas, ya que de acuerdo al diagnóstico realizado por Centro de Integración Juvenil Coyoacán, estas instituciones son consideradas de alto riesgo de acuerdo a los resultados obtenidos tras la aplicación del cuestionario de tamizaje de problemas en adolescentes (POSIT) aplicado por personal de CIJ.

Dicho cuestionario consta de 81 reactivos y evalúa siete áreas de riesgo (uso/abuso de sustancias, salud mental, relaciones familiares, relaciones con amigos, nivel educativo, interés laboral y conducta agresiva/delictiva) no se nos proporcionaron las puntuaciones obtenidas sólo se nos comentó que este instrumento fundamentaba el diagnóstico de que son escuelas de alto riesgo. Como nuestra labor era dar seguimiento a los talleres que previamente se habían realizado también se nos brindó la información sobre los temas ya abordados y los temas que se necesitaba reforzar.

A partir de dicha información se realizó un primer bosquejo de los talleres, mismos que se sometieron a un proceso de validación por jueces, este tipo de validación consiste en reunir a un grupo de expertos, en este caso, sobre prevención de consumo de drogas, quienes en plenaria analizan y dialogan la pertinencia de las propuestas de intervención considerando criterios específicos y a partir de los cuales emergen observaciones para su mejora.

Para esta validación se seleccionaron como jueces a dos psicólogos, una trabajadora social y la directora del Centro. Dicho personal cuenta con mayor experiencia en la prevención del consumo de drogas y tienen mayor información sobre las escuelas y los contextos en los que trabajaríamos. Los psicólogos fueron quienes dieron seguimiento al trabajo realizado previamente y tenían el informe completo de las necesidades identificadas, los temas abordados, las actividades desarrolladas y la evaluación de la intervención, toda esta información fue relevante para que continuáramos con el trabajo preventivo.

Debido a que el modelo de prevención que sustenta los procesos de intervención en Centros de Integración Juvenil está enmarcado en la salud pública identificando factores de riesgo y protección, uno de los criterios que se consideró para la validación de estos talleres fue que los temas estuvieran enfocados en el desarrollo de habilidades necesarias en los adolescentes para hacer frente a situaciones de riesgo como el consumo de drogas.

También se valoró la pertinencia de las fuentes bibliográficas que utilizaríamos para preparar y desarrollar cada una de las temáticas, se evaluó que fuera información actual y verídica.

Por otro lado, se revisó que las actividades propuestas estuvieran estructuradas de tal forma que promovieran el diálogo, el análisis, la reflexión y la práctica de estilos de vida

saludables. De igual forma, se verificó la creatividad y el nivel de impacto de dichas actividades, puesto que como algunos temas ya se habían trabajado era necesario no incluir actividades que ya hubieran sido utilizadas o que por la experiencia previa se supiera que no eran eficaces.

Después de haber realizado la validación con el personal especializado de CIJ, se procedió a un segundo proceso de validación con los docentes responsables de cada grupo quienes revisaron el plan de trabajo que se llevó e hicieron sugerencias a partir de las necesidades que ellos identificaban en sus alumnos y de su percepción sobre el trabajo realizado con anterioridad. El principal criterio que consideraron los docentes fue el tipo de actividades, pues su experiencia frente al grupo les permitió identificar qué actividades causaban desorden o apatía en los adolescentes y cuáles despertaban su interés y por lo tanto su motivación para participar.

Tomando en cuenta las necesidades identificadas, las características de los grupos y la forma de trabajo anterior reajustamos las actividades previamente planteadas considerando como fundamento el aprendizaje dialógico, puesto que como menciona Ferreyra y Pedrazzi (2007) este aprendizaje parte de la idea de que es posible la transformación del contexto (y no la adaptación) a partir del diálogo, la interacción y la comunicación social.

De igual forma mencionan que Freire afirmaba que es por el diálogo que el hombre juzga y critica, aprende y se comunica con otros hombres y con el mundo. Este diálogo generador de crítica promueve concientización que como método permite que los hombres analicen “su circunstancia” y vuelvan su reflexión sobre ellas.

Nuestra intención era promover la participación de los jóvenes y la reflexión crítica, ya que observamos que algunos profesores ejercían un rol autoritario dentro del aula, pocas veces promovían el diálogo y no daban valor a las opiniones de los alumnos, ante esta situación consideramos que era importante que los alumnos se sintieran parte del desarrollo del taller, no sólo como espectadores sino actores proactivos del mismo, que sintieran que sus opiniones son importantes y que sus inquietudes son atendidas.

Después del primer encuentro con los grupos concretamos el diseño de las actividades. Los temas que se trabajaron se muestran en el esquema que se presenta a continuación.

Esquema 3. Factores de riesgo/protección relacionados al consumo de drogas



En ambas instituciones se trabajó el tema de autoestima por dos razones importantes. La primera porque es bien sabido que durante la etapa de la adolescencia se constituye la identidad de la persona, cierto es como mencionan Vidal, García y Pérez (2010) todos tenemos una noción más o menos clara, estructurada y coherente de quiénes somos y cómo vamos convirtiéndonos en nosotros mismos, sin embargo, es la adolescencia la base de la búsqueda de la identidad. Es importante recalcar que no hay que hacer generalizaciones y aunque desde un punto de vista evolutivo la búsqueda de la identidad es más predominante en la adolescencia no es un hecho en todos los adolescentes pues depende de los factores individuales, familiares y sociales que los rodeen.

La segunda razón está relacionada con el tipo de contexto en el que dicha población se desenvuelve, como se mencionaba anteriormente, los alumnos que asisten a telesecundarias durante mucho tiempo han sido acreedores de etiquetas discriminativas que por el simple hecho de pertenecer a esas instituciones les pone en una posición social inferior. Por tal motivo es necesario empoderar a los alumnos para evitar que dichas etiquetas afecten su

desarrollo personal y su rendimiento académico haciéndolos más vulnerables a caer en conductas disruptivas y dañinas como lo es el consumo de drogas.

Cabe mencionar que en ninguna de las dos instituciones en la que trabajamos aplicamos alguna escala para evaluar el nivel de autoestima, por un lado porque el taller no iba a girar en torno a este tema y luego porque sólo teníamos una sesión específica para abordar el tema, debido al tiempo que nos fue asignado, y no podíamos emplear tiempo en valorar psicométricamente esta cualidad, más bien hicimos un repaso de lo que representa el concepto de autoestima y desarrollamos una breve actividad para que los participantes hicieran conciencia de quiénes son y la importancia de tener una estima de sí mismos equiparable a sus cualidades y habilidades.

Los demás temas que se incluyen en el esquema anterior fueron trabajados de acuerdo a las necesidades identificadas por parte de los docentes responsables del proyecto de prevención y las directoras de cada institución como complemento a los resultados obtenidos en el instrumento de tamizaje. A continuación se describen a detalle las particularidades del taller impartido en cada institución.

4.5. Taller Telesecundaria #75

El objetivo de este taller fue promover la reflexión en los alumnos para que identificaran aquellos factores de riesgo que los hacen vulnerables ante el consumo de drogas y cuáles son aquellos factores de protección que pueden contrarrestar los primeros. En esta escuela anteriormente se trabajaron temas como violencia, sexualidad, habilidades sociales y consumo de drogas, por ello es que se tomaron dichos temas como ejes para el diseño de nuestra intervención.

El tema de violencia fue elegido porque la directora y los maestros responsables de la realización de los proyectos de prevención nos comentaron que identificaban relaciones violentas entre los adolescentes, continuamente se agredían verbalmente y habían adoptado esto como su forma de “comunicación” habitual, ante lo cual solicitaban que se atendiera. Decidimos enfocarnos principalmente en violencia en el noviazgo porque los alumnos comentaron que este tipo de violencia no fue abordado en los talleres previos y estaban interesados en saber cómo es que podían darse cuenta si eran víctimas de dicha violencia.

Asimismo se destinó una sesión para practicar estrategias de resolución de conflictos con el objetivo de modelar de forma práctica, no sólo con el discurso, acciones concretas de cómo resolver un conflicto de manera no violenta.

El tema de sexualidad se eligió porque es un área que continuamente requiere ser educada para evitar situaciones riesgosas que pongan en peligro la integridad y salud de las personas, en el caso de los adolescentes por la serie de cambios físicos que presentan y su necesidad de establecer relaciones afectivas con sus iguales o copiar ciertas prácticas que los acercan a los hábitos de la edad adulta tienden a experimentar situaciones que afectan su desarrollo personal y si a esto se le agrega la presencia del consumo de drogas les pone en un mayor riesgo, tal como fue evidenciado en las investigaciones presentadas en apartados anteriores.

Además de la intervención grupal, en esta institución se proporcionó orientación a algunos alumnos, con el fin de generar un ambiente de confianza e identificar casos que necesitaran de canalización, se les comentó a los grupos que si deseaban platicar sobre algún asunto en particular era posible planear un espacio para dialogar personalmente, en esta condición se atendieron en total seis alumnos, entre sus principales problemáticas estuvo la escasa e inadecuada comunicación con los padres y consumo experimental de inhalables.

A partir de ello se comentó cada uno de los casos con el profesor responsable del grupo y la directora, puesto que no podíamos continuar la intervención en este espacio proporcionamos como sugerencia los datos de personal especializado en donde podrían acudir para solicitar atención adecuada y la posibilidad de solicitar servicios en CIJ para el caso de los alumnos que presentaban consumo experimental.

Un obstáculo que tuvimos que enfrentar fue que el personal que proporcionó los talleres previamente, al parecer brindó información errónea que hizo a los adolescentes creer que el consumo de ciertas drogas daba beneficios, ante esta situación algunos profesores se mostraban inconformes con nuestra presencia por temor a que se sucintara el inconveniente anterior; además los alumnos estaban confundidos así que tuvimos que indagar si la información que trabajaron anteriormente fue errónea o ellos interpretaron mal el discurso y a partir de esto resolvimos las dudas que había.

En cada sesión y al finalizar el taller los comentarios verbales y por escrito de los alumnos respecto a cada tema abordado representó un parámetro para distinguir el impacto de nuestra intervención, cabe recalcar que no en todos los participantes se pudo corroborar, pues no todos tienen las mismas habilidades para expresar sus reflexiones, así que no hay evidencias tangibles de los logros alcanzados.

A continuación se presentan las cartas que describen con mayor detalle las actividades realizadas en cada sesión, de igual forma se incluye una reflexión de la práctica profesional, dicha reflexión surgió a partir de dar respuesta a las siguientes interrogantes:

- ❖ ¿Qué y cómo lo hice?
- ❖ ¿Qué sentido tiene para mí?
- ❖ ¿Qué me faltó?
- ❖ ¿Qué logros obtuve?
- ❖ ¿Cómo me sentí realizando la actividad?

Asimismo, se mencionan los ajustes que se realizaron al desarrollar las actividades pues aunque se llevaba una planeación específica las situaciones que se presentaban en el momento o la reacción de los grupos ante la forma de trabajo demandaba, en algunas ocasiones, hacer modificaciones.

Primera sesión

Objetivo: Identificar las principales temáticas abordadas en la intervención realizada previamente a partir del cual se concretará la planeación el taller.

	Actividades	Materiales	Tiempo
INICIO	<p>-Técnica grupal para generar <i>rapport</i> y conocer a los participantes. La técnica se denomina “las iniciales” cada participante dijo su nombre y algo que le gustaba que empezara con la inicial de su nombre.</p> <p>-Se establecieron los lineamientos que permitieran el adecuado desarrollo del taller a fin de promover la participación juvenil(ver anexo 2)</p>	ninguno	20 min
DESARROLLO	<p>-Actividad de diagnóstico.</p> <p>Se solicitó al grupo que mencionaran los temas trabajados, las actividades realizadas y los principales conceptos relacionados con cada tema abordado en los talleres previos. Con esta información se elaboró un mapa conceptual en el pizarrón para esquematizar lo trabajado.</p>	<p>-pizarrón</p> <p>-marcadores</p>	20 min
CIERRE	<p>-Se solicitó al grupo que escribieran en hojas las dudas que tenían respecto a cada tema, así como las expectativas sobre el taller y propuestas de trabajo.</p>	<p>-hojas blancas</p> <p>-lápices</p>	20 min

Trabajamos con alumnos de 1°, 2° y 3° de la telesecundaria 75, la primera sesión estuvo destinada a indagar sobre los conocimientos y percepciones de la población con la que se trabajaría. Se incluyó la actividad de la propuesta de los lineamientos y su opinión en cuanto a las actividades del taller porque la intención era promover la participación juvenil.

Esto es importante porque nuestra intención fue que los adolescentes tuvieran una participación proactiva, basada en la reflexión y en los conocimientos previos que tenían respecto a cada tema para construir junto con ellos líneas de acción que contribuyeran a desarrollar estilos de vida saludables.

Debido al tiempo establecido por la institución, no hubo oportunidad de que los alumnos escribieran sus dudas, propuestas y expectativas del taller así que sólo se expresaron verbalmente. A la mayoría le resultó difícil dar propuestas, los que plantearon dudas lo hicieron respecto a los daños que produce la mariguana y entre sus expectativas se encontraban aprender más sobre los temas y saber cómo cuidarse.

A partir de los comentarios y propuestas de los alumnos se pudo llegar a la delimitación de los temas a trabajar durante el taller, además se mostraron participativos, interesados y con disposición para trabajar.

Segunda sesión

Objetivo: Que los participantes diferencien entre autoconcepto y autoestima, al tiempo que reflexionen sobre el nivel en el que se encuentra su autoestima.

	Actividades	Materiales	Tiempo
INICIO	-Se comentó el tema que se desarrollaría en la sesión. -Se preguntó al grupo qué es lo que entendían por autoconcepto y autoestima. -Se explicó a que se refería cada tema.	-ninguno	15 min
DESARROLLO	-Se explicó cuáles eran las características que definen a una persona con alta y baja autoestima. -Solicitamos a los participantes que se dibujaran como un superhéroe que ellos tenían que inventar, a ese personaje le debían asignar un nombre y escribirle una serie de superpoderes los cuales tenían que hacer referencia a sus propias cualidades y habilidades (ver anexo 3)	-hojas blancas -lápices	30 min
CIERRE	-Les preguntamos qué relación encontraban entre el tema abordado y la prevención de adicciones. -Comentamos el tema que se trabajaría la siguiente sesión.	-ninguno	15 min

Para trabajar el tema de autoestima y autoconcepto decidimos abordar las características que definen una alta o baja autoestima para abordarlo tanto desde la perspectiva psicométrica como desde la del reconocimiento, haciendo mayor énfasis en esta última.

En esta ocasión consideramos que nos faltó diseñar una técnica para comentar las características de una alta y baja autoestima, porque sólo las fuimos explicando y eso causó desinterés en los grupos.

Por otro lado, la actividad del superhéroe resultó ser adecuada porque los adolescentes reflejaron parte de su identidad, dejaron ver cómo se percibían a sí mismos e identificaron y reflexionaron sobre lo que son y todo lo que pueden lograr con las habilidades que poseen, además se divertieron y pusieron en práctica su creatividad.

Tercera sesión

Objetivo: Que los participantes conozcan la cartilla de los derechos sexuales y reflexionen sobre la manera en que éstos los protegen.

	Actividades	Materiales	Tiempo
INICIO	-Preguntamos al grupo sobre el tema abordado la sesión anterior. -Comentamos el tema que se trabajaría. -Preguntamos la diferencia entre sexo, sexualidad y género.	-ninguno	15 min
DESARROLLO	-Proporcionamos copias de la cartilla de los derechos sexuales. -Pedimos a algunos alumnos que escenificaran cinco de los 13 derechos que conforman dicha cartilla, éstos fueron el 3,5,10,12 y 13 ya que fueron los que se les dificultó comprender. -Relacionamos el tema con la violencia sexual para que identificaran en qué momento se genera violencia hacia ellos en este rubro.	-copias de la cartilla de los derechos sexuales (Ver anexo 1)	30 min
CIERRE	-Les pedimos a los jóvenes que escribieran un comentario sobre lo que habían aprendido y alguna duda que les haya surgido sobre el tema.	-hojas blancas -lápices	15 min

Es necesario aclarar que esta sesión no se desarrolló con el grupo de 3° debido a cuestiones organizativas de la institución.

En esta sesión pudimos darnos cuenta de que algo fundamental para promover educación sexual entre los jóvenes es reflexionar junto con ellos la importancia de cuidar y respetar su

cuerpo. De nada sirve que se les brinde cierta cantidad de información sobre sexualidad si no transforman dicha información en conocimiento, el cual les permita tomar mejores decisiones y evitar/o enfrentar de manera acertada situaciones de riesgo.

Durante la sesión los participantes manifestaron diversas dudas, expresaron comentarios muy valiosos y eso enriqueció mucho la sesión. El hecho de que se hayan atrevido a preguntar sobre temas como erotismo, la importancia del placer o mitos en la sexualidad dio oportunidad para iniciar debates interesantes respecto a lo que estos conceptos representan. En algunos grupos nos dimos cuenta de que los alumnos que cuestionaban dichos temas lo hacían con la intención de generarnos incomodidad o sorpresa, sin embargo, al responder con la naturalidad y la asertividad con que se deben tratar estos temas, les confirmó que la sexualidad no debe verse como tabú y que ciertos conceptos como erotismo o placer causan disgusto en algunas personas cuando los escuchan porque desconocen su significado y la importancia que tienen como parte de una sexualidad sana.

Una de las limitaciones de esta sesión fue que no se diseñó una actividad concreta de evaluación, ya que en algunos sí fue muy evidente el análisis y comprensión de la información, por lo comentarios que daban, pero no en todos se pudo corroborar.

Cuarta sesión

Objetivo: Que los participantes identifiquen las principales manifestaciones de violencia en el noviazgo.

	Actividades	Materiales	Tiempo
INICIO	-Preguntamos al grupo a qué se refería la violencia en el noviazgo.	-ninguno	15 min
DESARROLLO	-Formamos equipos de trabajo e hicimos la entrega de fotocopias con frases que permitían identificar si eran víctima de violencia en el noviazgo o si ellos la producían. Se asignaron determinadas frases a los equipos para que las escenificaran y el grupo identificara de cuáles se trataban.	-fotocopias con las frases de manifestaciones de violencia en el noviazgo (ver anexo 4)	30 min
CIERRE	-Solicitamos a los participantes que escribieran en una hoja tres manifestaciones que permitieran identificar si vivían violencia o la generaban.	-hojas blancas -lápices	15 min

Sin duda, la violencia es dañina para la salud física y mental, sin embargo, la violencia es muy común y poco reconocida porque ciertas conductas violentas se confunden con manifestaciones de amor, hablando de violencia en el noviazgo, de ahí que resulte importante trabajar esto con los y las adolescentes.

Cuando les proporcionamos las hojas de “Manifestaciones de violencia en el noviazgo” se mostraron muy interesados y comenzaron a compartir comentarios con sus compañeros más cercanos. En el momento en el que tenían que ponerse de acuerdo para la escenificación se mostraron muy concentrados en cómo representar la situación para que fuera clara para sus compañeros, al parecer no les resultó tan difícil porque tomaban como referencia escenas que habían visto en comedias televisivas o casos que habían presenciado con sus familiares y amigos.

Cabe mencionar que el ejercicio de evaluación elegido para esta sesión resultó acertado, ya que la mayoría de los participantes aprovecharon la oportunidad para escribir experiencias que habían tenido o situaciones que estaban viviendo en sus relaciones de noviazgo. Sin embargo, no se cuenta con dicha información porque se les regresó la actividad con comentarios, sin tener la pertinencia de sistematizar los comentarios para el presente reporte.

Las escenificaciones promovieron el debate en el grupo porque mientras ciertas conductas no representaban violencia para algunos, para otros sí y cada participante trató de encontrar los argumentos necesarios para explicar por qué sí determinada conducta representaba violencia.

Quinta sesión

Objetivo: Que los participantes identifiquen y practiquen estrategias para la resolución no violenta de conflictos.

	Actividades	Materiales	Tiempo
INICIO	-Preguntamos al grupo qué entendían por conflicto y les pedimos que pusieran ejemplos. -Explicamos a qué se refiere la negociación, la escucha activa y la asertividad, como elementos importantes en la resolución no violenta de conflictos.	-ninguno	15 min
DESARROLLO	-Formamos equipos de trabajo y brindamos diferentes casos para que los escenificaran y mostraran diferentes formas de solucionar esos conflictos. Posteriormente les pedimos que discutieran cada una de las formas de resolución para identificar las más adecuadas.	-ninguno	30 min
CIERRE	-Proporcionamos hojas a los participantes para que escribieran un comentario sobre lo aprendido en la sesión.	-hojas blancas -lápices	15 min

Es necesario mencionar que este tema no se trabajó con el grupo de 3° por la asignación de otras actividades académicas.

Decidimos agregar a los temas planteados inicialmente, el tema de resolución de conflictos porque los profesores responsables del proyecto de prevención en esta escuela nos comentaron que notaban que los chicos eran muy agresivos entre sí y por cualquier problema se generaban problemas.

Fue una sesión complicada porque a partir de las escenificaciones se originaron conflictos reales entre los participantes, nos resultó difícil controlar la situación, sin embargo, representó una buena oportunidad para practicar las estrategias de resolución de conflictos considerando las emociones que surgen como son el enojo, la frustración o la ira.

A partir de ello algunos alumnos pusieron en práctica las estrategias revisadas e incluso nos ayudaron a controlar la situación, estábamos conscientes de que nosotras debíamos

guiar pero en este caso fue muy grato darnos cuenta de que por lo menos algunos pusieron en práctica las estrategias y comprobaron su utilidad.

Los alumnos que fungieron como mediadores solicitaron a cada uno de los participantes en conflicto que dijera su versión de los hechos mientras los otros escuchaban, después les pidieron que corroboraran mutuamente cómo veían la causa del conflicto y llegaran a un acuerdo de cuál fue el detonante y cuáles podrían ser las opciones de solución. Todas estas actividades las estuvimos dialogando momentos antes como parte de una estrategia para la resolución no violenta de conflictos.

Cabe mencionar que se reconoce que una sesión no es suficiente para desarrollar habilidades sociales y que dicho tema es tan amplio y complejo que requiere un tiempo más duradero.

Sexta sesión (Cierre)

Objetivo: Establecer una relación entre los temas abordados en el taller y el consumo de drogas (alcohol, tabaco y mariguana), así como analizar los daños, efectos y consecuencias de éstas.

	Actividades	Materiales	Tiempo
INICIO	-Preguntamos al grupo sobre los temas trabajados durante el taller mediante “Lluvia de ideas” -Preguntamos qué es lo que sabían acerca del consumo de drogas y complementamos con daños, efectos y consecuencias de dicho consumo.	-ninguno	15 min
DESARROLLO	-Mostramos una serie de videos relacionados con el consumo de alcohol, tabaco y mariguana. Para el consumo de alcohol mostramos los videos titulados: “Diferencias-alcohol”; “Qué quieres conseguir con el alcohol” y “El impacto dura toda la vida”. Para el consumo de tabaco se utilizó el video titulado: “Lo que las tabacaleras no quieren que sepas” Para el consumo de mariguana se utilizó el video titulado: “Vuelve a ser inteligente no fumes mariguana”. Además se incluyó el video titulado “el Jabón” que muestra un mensaje sobre	-proyector -computadora -videos	30 min

	<p>autoestima con el objetivo de reforzar nuevamente el tema.</p> <p>-Al finalizar la proyección de los videos se solicitaron comentarios sobre cada uno de los videos y se reflexionó sobre la importancia de los temas trabajados en las sesiones anteriores para la prevención del consumo de drogas.</p>		
CIERRE	<p>-Finalmente se les pidió que respondieran un cuestionario final, sobre el desarrollo del taller, para ello dieron respuesta a las siguientes preguntas:</p> <p>¿Qué te gustó del taller? ¿Qué no te gustó? ¿Qué aprendiste? ¿Qué propones para prevenir el consumo de drogas?</p>	<p>-hojas blancas -lápices</p>	15 min

A continuación se muestran las respuestas obtenidas en cada una de las preguntas del cuestionario final mencionado en la tabla anterior, en el apartado del cierre. Cabe aclarar que únicamente se muestran las correspondientes al grupo de 2° y 3°, las del grupo de 1° no se incluyen, debido a que no hubo las condiciones, por la organización interna del grupo, para realizar la aplicación.

Una situación que es importante resaltar es que el total de alumnos de 2° que respondió el cuestionario fue 12 de los 25 que conforman el grupo esto confirma lo que la docente nos comentó inicialmente acerca de la constante ausencia a clase de gran cantidad de alumnos.

Debido a que las preguntas del cuestionario eran abiertas, se elaboraron categorías que permitieran determinar la frecuencia con la que se evidenciaron determinadas respuestas. En cada tabla se incluyen los resultados obtenidos por pregunta y grupo.

Pregunta 1. ¿Qué te gustó del taller?

Categorías Grupos	Temas/ información	Ambiente/actitud de las facilitadoras	Videos	Actividades/ material de trabajo	Todo
2°	12	0	0	0	0
3°	10	2	3	2	5
Total de alumnos de 2°= 12 Total de alumnos de 3°= 20 NOTA: en el grupo de 3° algunos alumnos mencionaron más de una cosa por eso el conteo da 22 repuestas.					

Como se puede observar en el grupo de 2° todos los alumnos encuestados mencionaron que los temas trabajados fue lo que más les gustó del taller, algunos especificaban que fueron las consecuencias del consumo de drogas y lo relacionado a la violencia en el noviazgo.

Los alumnos de 3° fueron más específicos en sus respuestas nuevamente hay mayor frecuencia en la categoría de *temas/información*, sin embargo, explicaban que los temas les habían gustado porque “les enseñamos sobre las cosas a las que están expuestos y a tener precaución”; también hacían alusión a que les resultó interesante el tema de violencia en el noviazgo y los daños del consumo de alcohol y tabaco. Un alumno de 3° mencionó: “el taller me sirvió para poner más atención a mi vida y no embaucarme en las drogas”.

Pregunta 2. ¿Qué no te gustó del taller?

Categorías Grupos	Falta de videos	Lo relacionado a coito y erotismo	Pocas sesiones/tiempo	Comentarios de compañeros respecto al tema	Nada
2°	0	3	0	4	5
3°	7	0	7	0	4
NOTA: dos alumno de 3° no respondió la pregunta					

Dentro de lo que no les gustó lo que más mencionaron fue la falta de tiempo para abordar más temas, esto probablemente nos podría hablar del interés y el agrado que les causó nuestro trabajo. Algunos otros estaban enfocados al tipo de material utilizado, como lo fue la falta de videos o la dinámica del grupo.

Entre las respuestas que se incluyeron en la categoría *Nada* hubo un alumno que escribió: “al contrario me ayudó a entender más sobre las drogas”

Pregunta 3. ¿Qué aprendiste del taller?

Categorías Grupos	El significado de algunos temas	Respetar/no agredir	Daños y consecuencias de consumir drogas	Cuestiones de autoestima	Cuestiones de violencia en el noviazgo
2°	3	4	2	0	1
3°	0	0	19	4	6
NOTAS: *dos alumnos de 2° no respondieron la pregunta. *los alumnos de 3° mencionaron más de un aprendizaje por lo que el conteo da 29 respuestas					

Como se puede observar una de las categorías que resultó en el grupo de 2° fue *Respetar/no agredir* esto no era uno de nuestros objetivos específicos, sin embargo, resulta interesante darnos cuenta que el taller dio otros resultados además de los esperados. No hay certeza de que no sólo se haya quedado en lo conceptual sino que además lo practicaran, durante el tiempo que duró el taller percibimos, en algunos alumnos, cambios de conducta en cuanto a su relación con los compañeros, por ejemplo, utilizaban menos groserías para expresarse o respetaban los turnos y opiniones de los compañeros.

Los que hablaron de cuestiones de autoestima mencionaron que identificaron sus cualidades o que se dieron cuenta de que son especiales. Entre los que mencionó que aprendió daños y consecuencias del consumo de drogas agregó que aprendió lo importante que es cuidar su salud.

Pregunta 4. ¿Qué propones para prevenir el consumo de drogas?

Categorías	Grupos	
	2°	3°
Decir no	7	2
Buena relación con la familia	4	2
Investigar consecuencias de consumir	4	0
Pláticas por parte de psicólogos	1	5
Aniquilarlas/no venderlas	0	4
Cárcel	0	2
Ilegalizar drogas	0	1
Poner edad mínima para consumir	0	1
Dar apoyo y atención	0	1
Ser inteligente	0	2
Alejarse de malas compañías	1	1
Tener conciencia de sí mismo	1	1
Pedir ayuda	1	0
NOTAS:*un alumno de 3° no respondió la pregunta *en ambos grupos algunos alumnos dieron más de una propuesta		

En esta pregunta se incluyeron todas las respuestas que proporcionaron los alumnos aunque la frecuencia fuera de 1, ya que resulta interesante conocer qué propuestas hacen los adolescentes quienes son considerados, por algunos autores e investigaciones, como la población más vulnerable ante el consumo de drogas. Durante todas las sesiones se les hizo hincapié en que así como ellos pueden ser una población vulnerable también pueden ser promotores de la prevención, pues al contar con información científica sobre los efectos, daños y consecuencias del consumo y las reflexiones que surgían respecto a cada tema relacionado con éste podían convertirse en una población proactiva.

4.6. Taller telesecundaria #27

El objetivo de este taller fue orientar a los alumnos para que aprendieran estrategias ante la toma de decisiones mismas que les permitiera constituir su plan de vida, ya que éste es un factor de protección ante el consumo de drogas.

Los talleres que se dieron previos al nuestro sólo abordaron lo relacionado con daños, efectos y consecuencias del consumo de drogas, al respecto la responsable del proyecto nos solicitó que diseñáramos una intervención que resultara más significativa para los alumnos y no se quedara sólo en nivel informativo, es por ello que, considerando el modelo preventivo de influencias sociales y psicosociales que plantea Becoña (2003) respecto a considerar los factores de riesgo tanto en el ambiente, en la personalidad y la conducta para prevenir la drogodependencia decidimos considerar el factor de protección autoestima y toma de decisiones como factores que impactan en su plan de vida, pues se nos indicó que la deserción escolar es un problema recurrente en esta institución y por lo tanto representa un factor de riesgo para el consumo de drogas.

A pesar de que en un principio se nos informó que era una población, en palabras de personal de CIJ “difícil y conflictiva” fue muy grato darnos cuenta de que las actividades diseñadas y nuestra actitud fueron adecuadas para ganarnos la confianza de los grupos y lograr que se interesaran y participaran en las actividades. En esta escuela pudimos comprobar la importancia de demostrar afecto a los alumnos, con el sólo hecho de saludarlos, despedirse cortésmente de ellos, mostrar interés en sus opiniones e inquietudes, resolver sus dudas y motivarlos hubo cambios de actitud, por lo menos durante nuestra estancia.

Por ejemplo, algunos alumnos no atendían las ordenes de sus profesores, les respondían groseramente cuando les solicitaban algo o sus expresiones faciales demostraban enfado ante la forma como los trataban. Esto ocurría porque los docentes les gritaban, se mostraban autoritarios y exigían comportamientos pasivos, para los profesores el guardar silencio y sólo escuchar sin cuestionarnos eran conductas apreciables y de buen comportamiento, cuando cuestionaban algo de lo que exponíamos los profesores los reprendían y lo consideraban una falta de respeto.

Nuestra actitud desde un principio fue de respeto ante sus dudas, demostrábamos que nos importaba su bienestar y que no sólo acudíamos a su institución para cumplir con una labor establecida sino a interactuar con ellos, dialogar y compartir información. Cuando solicitábamos su atención o su participación en actividades no lo hacíamos de manera autoritaria sino con un discurso que les hiciera saber que su aportación era importante y necesaria para la sesión, estos detalles y cambios en el discurso al dirigirnos hacia ellos marcaron una diferencia entre su actitud hacia los docentes y ante nosotras.

En algunos docentes se vio reflejado un cambio pues comenzaron a ser un poco más flexibles y comprendieron que el que los alumnos cuestionaran no era una falta de respeto, ya que no nos agredían, sólo expresaban sus inquietudes o inconformidades lo que era una evidencia de que estaban reflexionando, que sus esquemas mentales se estaban modificando ante la nueva información y eso era una evidencia importante del impacto de nuestro trabajo.

A continuación se presentan las actividades realizadas en cada sesión, de igual forma se incluye la reflexión de nuestra práctica profesional, considerando las mismas preguntas de las reflexiones en la telesecundaria #75.

Primera sesión

Objetivo: Analizar los daños producidos por el consumo de alcohol, tabaco y marihuana.

	Actividades	Materiales	Tiempo
INICIO	-Se preguntó al grupo sobre los temas que abordaron en el taller anterior. -Comentamos el objetivo del taller, los temas a trabajar y demás características del mismo. -Preguntamos sobre los daños, efectos y consecuencias que ellos sabían que producía el consumo de alcohol, tabaco y marihuana.	-ninguno	15 min
DESARROLLO	-Presentamos videos que muestran daños, efectos y consecuencias del consumo de alcohol, tabaco y marihuana. Los videos presentados fueron los mismos presentados en la telesecundaria 75 (“Diferencias-alcohol”; “Qué quieres conseguir con el alcohol”; “El impacto dura toda la vida”; “Lo que las tabacaleras no quieren que sepas” y “Vuelve a ser inteligente no	-proyector -computadora -videos	35 min

	fumes mariguana”) Al finalizar cada video se abrió la ronda de comentarios y preguntas.		
CIERRE	-Preguntamos al grupo sobre lo que aprendieron y resolvimos las dudas que surgieron a partir de la discusión.	-ninguno	10 min

En la primera sesión la maestra responsable del proyecto nos pidió que abordáramos el tema de daños, efectos y consecuencias del consumo de alcohol, tabaco y mariguana porque fue lo último que vieron en el taller anterior y quería que lo reafirmáramos. Con la intención de que no sólo se quedara en información y la sesión promoviera la reflexión, hicimos uso de una serie de videos que llegaron a nosotras por parte de nuestras compañeras del grupo de prácticas profesionales.

Las expresiones de los adolescentes al ver los videos y sus posteriores comentarios fueron interesantes ya que más que quedarse anonadados ante las imágenes impactantes de los daños que producen el alcohol, el tabaco y la mariguana en el organismo, compartieron experiencias de familiares o conocidos en quienes ya se han evidenciado dichos daños. En cuanto a los videos donde se reflejan las consecuencias sociales del consumo de alcohol les resultó muy familiar, evidenciaban risas y explicaban que ellas se debían a momentos que recordaban haber visto y ante lo cual decían no querer ser ellos los protagonistas.

Ante dichas conductas consideramos que se cumplió nuestro objetivo, ya que la intención era mostrar un panorama de los daños y consecuencias del consumo de drogas, aunque los videos en un primer momento pueden causar temor o repulsión, confiábamos en la mirada crítica de los adolescentes, quienes no sólo se quedaron en el nivel del miedo que les podía provocar alguna de las imágenes, sino que cuestionaron, preguntaron qué sustancias generaban esos daños y si en todas las personas ocurría así.

Segunda sesión

Objetivo: Que los participantes diferencien entre autoconcepto y autoestima, al tiempo que reflexionen sobre el nivel en el que se encuentra su autoestima.

	Actividades	Materiales	Tiempo
INICIO	-Preguntamos al grupo sobre el tema abordado la sesión anterior. -Iniciamos con el tema de autoestima y para su explicación utilizamos una presentación en Power Point (ver anexo 5). -Se explicó el tema de plan de vida haciendo uso de una presentación de Power Point (ver anexo 6).	-Presentaciones en Power Point	20 min
DESARROLLO	-Proporcionamos hojas al grupo para que escribieran sus cualidades, defectos y habilidades. -Dimos lectura al cuento “Fealdad y Belleza” (ver anexo 7) posteriormente solicitamos comentarios.	-hojas blancas y cuento	25 min
CIERRE	-Preguntamos al grupo la relación entre autoestima, plan de vida y prevención de adicciones.	-ninguno	15 min

El tema de plan de vida es el tema que la institución nos pidió que trabajáramos, además consideramos trabajarlo porque éste puede fungir como un factor de protección. Dicho tema se relaciona con la autoestima, la asertividad y la toma de decisiones.

Una de las limitaciones de esta sesión fue la planificación del tiempo, ya que enfatizamos más en la explicación y los comentarios, quedando poco tiempo para que los adolescentes elaboraran su lista de cualidades, defectos y habilidades. Pero a pesar de este inconveniente, los chicos participaron muy bien, fue muy enriquecedor ver cómo se entusiasmaban al saber que tienen muchas cualidades, a la mayoría le resultó difícil escribir cualidades y habilidades y hacían referencia a que sus padres o profesores les habían dicho que son unos “tontos” o “que no sirven para nada”.

Nos quedó claro que el tema de autoestima es muy importante trabajarlo con adolescentes, es un aspecto que debe trabajarse constantemente, nuestra actividad sólo sirvió para promover un autoreconocimiento más que el fortalecimiento de su autoestima.

Tercera sesión

Objetivo: Practicar el método de los cinco pasos en la toma de decisiones y reflexionar sobre la importancia de la asertividad para las mismas.

	Actividades	Materiales	Tiempo
INICIO	-Preguntamos al grupo sobre el tema trabajado en la sesión anterior. -Les preguntamos qué es una decisión y situaciones en las que han tenido que tomar decisiones.	-ninguno	10 min
DESARROLLO	- Explicamos que decidir implica ser asertivo y saber negociar. Posteriormente trabajamos el método de los cinco pasos propuesto por Montes (2000), el cual consta de las siguientes preguntas: ¿Qué quieres?; ¿Qué opciones tienes?; ¿Qué te conviene más?; ¿Qué escoges? y ¿Hay algo que corregir? La explicación se apoyó con una presentación en Power Point (ver anexo 8) -Explicamos que la asertividad tiene que ver con la habilidad de expresar sentimientos y opiniones en el momento oportuno y de la manera adecuada, haciendo valer nuestros derechos. -Después de haber explicado lo anterior dimos lectura a la Historia de “Donovan y Giselle” (ver anexo 9). En dicha historia se plantean situaciones como violencia, drogadicción, el dilema de continuar o dejar los estudios, entre otros. A partir de ello se les pidió a los adolescentes que redactaran lo que le aconsejarían a cada uno de los personajes.	-hojas blancas	40 min
CIERRE	-Pedimos a algunos adolescentes que compartieran sus respuestas y se generará el debate.	-ninguno	10 min

El proceso de toma de decisiones es la base para que los chicos puedan elaborar su plan de vida, pues de ello depende lo que decidan hacer. Los alumnos participaron con entusiasmo en las actividades, compartieron comentarios y reflexiones interesantes que enriquecieron la sesión.

La historia de “Donovan y Giselle” fue muy acertada para la evaluación de la sesión porque los alumnos se identificaron con los personajes, se apropiaron de la historia y al momento del debate defendían o refutaban con sólidos argumentos su postura ante lo que debía o no hacer cada personaje. Sin embargo, debido a la organización de la institución no se dieron las condiciones para que esos argumentos se plasmaran por escrito.

Cuarta sesión

Objetivo: Que los participantes redacten su plan de vida.

En esta sesión no elaboramos carta descriptiva porque la única actividad que se hizo fue orientar y ayudar a los adolescentes a redactar su plan de vida. Se le proporcionó a cada alumno una hoja dividida en cuatro áreas. El formato fue el siguiente:

Esferas de la vida	¿Cómo me visualizo en 5 años?	¿Cuáles son mis metas?	¿Qué necesito para alcanzar mis metas?	¿Cómo me daría cuenta que estoy logrando mis metas?
Personal				
Familiar				
Académica				
Laboral				

Elaboración propia

En esta sesión se presentó la oportunidad de interactuar de forma más cercana con los chicos y conocimos más sobre ellos, escuchamos sus inquietudes, les brindamos apoyo, los motivamos para plantearse metas, les ayudamos a identificar sus recursos y lo que podrían hacer con ellos.

En uno de los grupos había un chico que estaba muy apático y no quería realizar la actividad, cuando nos acercamos a platicar con él se mostraba agresivo y decía que no le importaba nada, sin embargo, al indagar un poco en su vida le ayudamos a comprender que aunque su panorama se veía complicado había muchas cosas que él sí podía hacer para cambiar esa situación y al final quedó bastante motivado y con metas claras para el futuro. Éste es tan sólo uno de los ejemplos por mencionar, ya que la mayoría conformó metas muy claras, algunos en el ámbito académico, otros más en el ámbito laboral pero por lo menos, todas, metas realistas.

Desde nuestro punto de vista consideramos que los participantes necesitaban sentirse escuchados, apreciados y tomados en cuenta para tener confianza en ellos mismos, intentar cosas nuevas y superar retos.

Quinta sesión (cierre)

Objetivos:

- Recapitular los temas abordados en las sesiones anteriores con los adolescentes.
- Dialogar con los padres de familia los temas de comunicación, límites y autoestima.

Ésta fue la sesión de cierre del taller, no elaboramos carta descriptiva porque únicamente proyectamos un video titulado “Todo a su tiempo” el cual resumía muy bien los temas abordados y a partir del cual generamos la reflexión.

Se decidió trabajar con los padres los temas de comunicación, límites y autoestima a través de una serie de videos y reflexiones porque los comentarios de los alumnos en sesiones previas evidenciaban una falta de comunicación con sus padres, en algunos los límites eran poco claros y en otros excesivamente autoritarios; el tema de autoestima se incluyó para mostrar a los padres la importancia que tiene que ellos promuevan una alta autoestima en

sus hijos. Para trabajar estos temas con los padres se utilizaron los siguientes videos: “Demasiado tarde”, “El Jabón” y “No le des todo a tu hijo”

De la plática con los padres reconocemos como limitante el hecho de no planear una actividad de evaluación pues sólo quedó a nivel de comentarios. En el caso de los adolescentes, la evaluación se vio reflejada en la concreción de su plan de vida, además se les preguntó qué les gustó y no del taller, así como qué aprendizajes y experiencias se llevaban.

Con el video “Todo a su tiempo” que proyectamos a los alumnos terminamos de promover la reflexión al invitarlos a imaginar cómo puede cambiar la vida de una persona cuando se toma determinada decisión. La profesora que coordinó el proyecto nos dijo que nuestro taller había sido uno de los talleres que más impacto ha causado y que los videos fueron muy apropiados para promover la reflexión.

En este taller, a diferencia del desarrollado en la telesecundaria #75, más que dar seguimiento al taller previo, nuestro trabajo estuvo enfocado en atender una demanda muy específica, el que los adolescentes construyeran su plan de vida, pues como ya se comentó, la deserción escolar es un fenómeno muy común en esta institución y el plan de vida se tomó como un factor de protección para menguar la situación.

El perfil de gran parte de los adolescentes con los que trabajamos fue: chicos que tenían diversas dificultades familiares como son falta de atención y comunicación con sus padres, problemas económicos, padres alcohólicos, todo esto aunado a problemas escolares como dificultades de aprendizaje, problemas para relacionarse adecuadamente con sus compañeros, relaciones poco afectivas con sus profesores. Como consecuencia de esto se mostraban apáticos, sin ninguna motivación y renuentes a elaborar su plan de vida pero finalmente lo redactaron.

El perfil que se acaba de mencionar ya lo conocíamos menudamente cuando dialogamos con la responsable del proyecto y terminamos de conocerlo al interactuar con los grupos, por tal motivo decidimos que para que desarrollaran su plan de vida era necesario ayudarles primero a reflexionar sobre quiénes eran, cuáles eran sus habilidades, es decir, cómo estaba su autoestima y cómo estaba impactando en la construcción de su identidad. Después de

esto un aspecto muy importante fue enseñarles estrategias para la toma de decisiones para que identificaran la diferencia entre decidir por impulso o de una manera razonada. De esta manera se les fue preparando para cuando llegara el momento de que plasmaran por escrito su plan de vida.

A partir del trabajo realizado varios de los adolescentes que creían que su vida era difícil y que por lo tanto no tenía sentido pensar en un futuro mejor se dieron cuenta que a pesar del aparente panorama oscuro, ellos con sus acciones sí podían hacer la diferencia y que cada uno poseía recursos muy valiosos que sólo necesitaban explotar para superarse. Al dialogar con cada adolescente y leer posteriormente las metas que plantearon en su plan de vida nos dimos cuenta de los pequeños cambios de actitud de algunos de ellos, claro está que no tenemos certeza de que esa motivación se haya mantenido después de nuestra intervención.

A continuación se muestran algunos ejemplos, sólo retomamos estos porque pertenecen a alumnos a los que ya no se les regresó el formato porque no asistieron a la sesión, de los demás alumnos sólo se revisaron y se les regresó. En este sentido se identifica como limitación general de este taller el no haber recabado las evidencias necesarias para valorar el impacto del trabajo realizado.

Esferas de la vida	¿Cómo me visualizo en 5 años?	¿Cuáles son mis metas?	¿Qué necesito para alcanzar mis metas?	¿Cómo me daría cuenta que estoy logrando mis metas?
Personal	Más grande en el aspecto de mejores decisiones	Vivir en España	Estudiar para salir primero de la secundaria	Vivir en España
Familiar	Tener un depa	No tener hijos hasta los 25	Tener el mejor estudio	No vivir con mi familia
Académica	Estudiar contador público	Tener la carrera de contador público	Estudiar	Tener mi carrera
Laboral	Trabajar y tener mi casa propia	Trabajar	Conseguir un buen trabajo	Trabajar

(Elaborado por alumno de 1° B)

Esferas de la vida	¿Cómo me visualizo en 5 años?	¿Cuáles son mis metas?	¿Qué necesito para alcanzar mis metas?	¿Cómo me daría cuenta que estoy logrando mis metas?
Personal	Estudiando la preparatoria	Terminar una carrera en licenciatura	Estudiar y graduarme	Cuando me gradúe
Familiar	Con mi familia apoyándolos y ayudándoles	Que se sientan orgullosos de mi	Estudiar	Cuando vea lo que estoy logrando
Académica	Terminar la secundaria después la preparatoria	Superarme académicamente	Seguir trabajando en clases, estudiar mucho	Cuando esté superándome
Laboral	Terminando todos mis estudios y trabajando	Tener mi casa propia o un depa	Trabajando y siendo más responsable	Cuando sea independiente

(Elaborado por alumna de 1° A)

Éstos son tan sólo dos ejemplos de entre muchos casos, como se puede observar en algunas áreas tienen mayor claridad de lo que quieren hacer, por ejemplo, en la académica, que era uno de los rubros de nuestro interés.

Además de la elaboración del plan de vida, al final del taller se les preguntó qué les había gustado del taller, que no les había gustado y qué aprendizajes y experiencias se llevaban, sin embargo, los comentarios sólo fueron verbales ya que por cuestiones de organización de la institución no se pudo recabar la información por escrito.

A pesar de lo anterior una de las cosas que más comentaron fue que les gustó sentirse tomados en cuenta, esto tuvo que ver con nuestra actitud como facilitadoras, fue posible darnos cuenta de que el mostrar un interés no sólo por cumplir con la actividad sino por apoyar en la medida de nuestras posibilidades a cada uno de los participantes les hizo sentirse en un ambiente de confianza lo cual impactó en su motivación y su interés por lo que se trabajó.

CONCLUSIONES

A partir del trabajo realizado como parte de nuestras prácticas profesionales en Centro de Integración Juvenil Coyoacán fue posible reflexionar sobre los alcances y limitaciones de las actividades desarrolladas de acuerdo a nuestra formación profesional. El trabajo se concentró principalmente en el área preventiva con actividades como pláticas informativas, talleres y módulos de información dirigidos a población infantil, adolescente, adulta y adulta mayor en contextos de educación formal y no formal, asimismo se diseñó e implementó material didáctico.

También se colaboró en el área de tratamiento en su modalidad de “Centro de día”, el cual es un espacio terapéutico donde se brinda atención integral e intensiva a mujeres y varones con abuso o dependencia a drogas. En este espacio se diseñó y desarrolló un taller titulado “Manejo de emociones a través de la expresión corporal”.

Con el desarrollo de las actividades en las diferentes instituciones a las que se asistió, fue posible darnos cuenta de lo importante que resulta promover la reflexión sobre las implicaciones personales, familiares y sociales que tiene el consumo de drogas, este es un objetivo muy complicado de alcanzar porque no es posible cambiar formas de pensar ni de comportamiento con un taller, debido a que el consumo de drogas es un fenómeno que tiene como una de sus aristas de intervención la cultura, se requieren intervenciones más profundas y duraderas para lograr cambios más evidentes. Sin embargo, estos talleres son primeras contribuciones que dan paso a futuros trabajos, representan las primeras pinceladas de una obra que requiere el compromiso de toda la sociedad.

El consumo de drogas se ve en cada cultura de forma distinta, mientras que para algunos representa un problema para otros no lo es, así que todo proceso preventivo debe iniciar con la identificación de lo que para esa población representa hacer uso de las drogas. Pero a pesar de esto, el hecho de que las instituciones educativas estén dispuestas a establecer redes de apoyo con otras instituciones, como lo es, por ejemplo, Centro de Integración Juvenil para atender las problemáticas que observan en sus alumnos es un primer paso que permite al personal dedicado al trabajo preventivo ante el consumo de drogas hacer intervenciones para generar junto con las autoridades educativas posibles soluciones.

La presencia de especialistas en diferentes temáticas dentro de las instituciones no tiene carácter remedial, sino al contrario representan un apoyo externo que va a compartir sus conocimientos con el personal que trabaja de manera directa con la población a quien se dirige la prevención para mostrar formas distintas de ver y abordar las problemáticas, pues en este tipo de intervenciones no se pretende que quien interviene sea quien cause el cambio, sino más bien sea un agente que a partir de la intervención logre que los participantes poco a poco vayan desarrollando las habilidades para resolver los problemas que en un futuro se presenten.

Todas estas reflexiones nos aportaron experiencia a nivel personal y profesional. Debido a que fueron múltiples las actividades que se realizaron en CIJ fue posible fortalecer habilidades y enriquecer nuestra formación profesional, por un lado, a partir de la retroalimentación de nuestra práctica profesional al trabajar en conjunto con profesionales como psicólogos, trabajadores sociales, médicos y autoridades educativas (docentes y directivos).

Por otro lado, se desarrollaron habilidades en el diseño de intervenciones psicopedagógicas en cada una de sus fases, las más importantes fueron las que se potenciaron durante la puesta en marcha de la intervención. El manejo de grupo, así como las habilidades comunicativas y expositivas se desarrollaron porque fueron las principales herramientas de trabajo, de no haberlas puesto en práctica no se hubiera logrado que el auditorio se interesara en el trabajo y participara en las actividades. También se trabajaron habilidades para realizar adecuaciones curriculares e incluso improvisaciones en cuanto al tipo de actividades y el uso creativo de los recursos materiales de los que se disponía.

Además fue posible desarrollar habilidades en cuanto al trabajo con población adicta a alguna droga y que se encuentra en un proceso de tratamiento, se distinguió que no es lo mismo diseñar intervenciones preventivas que de tratamiento, puesto que éstas últimas requieren mayor sistematización, un diálogo permanente con el personal que atiende cada caso y un mayor conocimiento de las características conductuales de los usuarios, pues cada día llegan con un estado de ánimo diferente debido al medicamento que toman, los problemas que se suscitan con sus padres o amigos, o los efectos producidos por alguna droga que hayan consumido. En ocasiones se muestran desanimados; otras veces se

comportan agresivos; tienen episodios de ansiedad; a veces sólo desean platicar lo que les ocurre, lo que sienten, lo que les preocupa, sus temores; en otros momentos como parte de su proceso de rehabilitación sufren recaídas y buscan formas para introducir algún tipo de droga y consumirla dentro de CIJ por lo que es necesario una supervisión constante.

Debido a que gran parte de las actividades se trabajaron en equipo, se desarrollaron habilidades para negociar y llegar a acuerdos, el saber escuchar, respetar las ideas de las compañeras y comprender que cada una tenía una forma distinta de trabajar y responder a las demandas de CIJ fue un reto que se pudo superar gracias al apoyo mutuo y al compromiso que se demostró para aprender y ejercer esta profesión.

Todo lo anterior nos enseñó un elemento indispensable en nuestra formación como psicólogas educativas, el control de la frustración. Tanto en el trabajo en equipo como al desempeñar cada actividad, pudimos darnos cuenta de que no siempre las cosas salen como uno las planea y que siempre hay que estar dispuesto al cambio. En muchas ocasiones los logros en las instituciones donde se trabajó no eran tan perceptibles o no eran todos los que queríamos, sin embargo, aprendimos que mientras nuestras intervenciones impacten a uno o algunos de los integrantes de un grupo ellos a su vez pueden ser promotores de futuros cambios en un mayor número de personas que pudieran ser no sólo sus compañeros de clase, sino también su familia y su comunidad.

Ahora bien, además de los alcances y limitaciones identificados en el desarrollo de todas las actividades que conformaron nuestras prácticas profesionales es importante distinguir los alcances y limitaciones de la intervención psicopedagógica que se describe en el presente trabajo. En resumen los alcances dentro del proceso de intervención se enlistan a continuación:

- Conocer las características generales de cada grupo a partir de lo cual se pudieron realizar las planeaciones y en su momento las adecuaciones pertinentes para el desarrollo del trabajo.
- La elección de actividades se llevó a cabo de acuerdo a las características generales de los grupos.

- Se logró la reflexión del impacto del consumo de drogas por parte de algunos alumnos, la adopción de formas de convivencia más sanas basadas en el respeto y el reconocimiento de sí mismo que cada alumno realizó, cabe aclarar que esto se percibió por lo menos durante nuestra estancia en las instituciones.
- Se promovió una mayor participación de los docentes responsables de los grupos en cuanto a la prevención del consumo de drogas, a partir del modelamiento se les proporcionó estrategias de cómo abordar los temas trabajados y de cómo mejorar su comunicación con el grupo, además se les proporcionó información respecto a las necesidades e inquietudes de sus alumnos que no habían identificado.

Por otra parte las limitaciones son las siguientes:

- El análisis del contexto en un primer momento se hizo con base en los reportes que se tenían en CIJ y de las autoridades de las instituciones a las que asistimos, y al no tener contacto directo con los grupos se desconocían varios detalles que hubiesen mejorado la planeación.
- En la planeación de los talleres, se reconoce que los objetivos planteados resultaron ambiciosos y debido al tiempo destinado para esta actividad algunos de ellos no se pudieron lograr en un cien por ciento.
- Falta de recursos materiales para desarrollar de manera adecuada ciertas actividades planeadas.
- No se tuvo la pertinencia de elaborar un proceso de identificación de necesidades, ya que la elección de los temas fue con base en la petición que hicieron los docentes de acuerdo a lo que ellos percibían que se necesitaba.
- El tiempo fue reducido, desafortunadamente las múltiples actividades que se tienen que realizar como parte de los objetivos del currículum dejan poco tiempo para ser destinado a actividades de este tipo, de ahí que se hayan impartido pocas sesiones y con un tiempo reducido.

- Faltó una sistematización de las evidencias de trabajo de cada sesión y mucha información valiosa que hubiese enriquecido el presente reporte se perdió.
- Se dedicó poco tiempo para las sesiones y por lo tanto el abordaje de cada tema fue superficial.
- Se reconoce que no se diseñaron técnicas específicas de evaluación en cada sesión ni al final de los talleres.

Es importante mencionar que no hay certeza de que los cambios que se percibieron durante el tiempo en que se impartió el taller se hayan mantenido en nuestra ausencia, se sabe por información de CIJ que en ambas escuelas se proporcionaron otros talleres para complementar esta intervención, pero directamente no se tuvo la oportunidad de regresar pasado un tiempo para ratificar los logros.

Con el desarrollo de esta intervención psicopedagógica fue posible reflexionar varios aspectos. El primero de ellos es que el hecho de conceptualizar al adolescente desde un enfoque evolutivo trae como consecuencia etiquetar a este grupo de la población como la que atraviesa por más crisis, siendo que no es la única, pues aun considerando una perspectiva evolutiva, se sabe que hay otras crisis en la vida de las personas como lo es la adultez media, a partir de los 40 años aproximadamente, o la vejez.

Si se ha elegido a los adolescentes como foco de los programas preventivos es porque esta población aun es maleable para intentar enseñarle determinadas formas de conducta o persuadirle en la adopción de ciertos constructos que para una élite política y económica es conveniente inculcar en su población, lo cual resulta más dificultoso intentar con personas en otras etapas de la vida en las que ya tienen muy firmes ciertos esquemas y pareciera que se pierde interés en intentar modificarlos.

Otra reflexión que surge radica en las dificultades que existen para evaluar cambios de actitudes, para poder corroborar esto se requieren procesos de observación y registro muy sistemáticos y duraderos para poder afirmar que alguien realmente ha modificado determinada actitud. En este proceso de intervención se intentó seguir la forma de evaluación que plantea el modelo de CIJ respecto a la medición de variables psicosociales

que resultan de la modificación del comportamiento de los individuos, sin embargo, no se describe cómo llevar a cabo tal medición y se reconoce que tampoco esta intervención aportó una forma clara de hacerlo, por lo que es un punto que se sugiere definir con claridad para futuras intervenciones.

Otro de los aspectos que se sugiere incluir en próximas intervenciones bajo condiciones similares es el vínculo afectivo. Como se mencionó en el desarrollo del taller en la telesecundaria #27 se identificó que los adolescentes necesitan saber que también sus problemas son importantes, que su opinión tiene valía, que a alguien le interesa lo que sienten y que sus inquietudes son atendidas.

Por ello, se considera que en este tipo de talleres el psicólogo educativo debe ser un facilitador, que no llegue a imponer reglas, que no se muestre autoritario o erudito ni pretenda sorprender con un discurso perfecto. Como facilitador debe ser alguien que llegue dispuesto a escuchar, dialogar y comprender, capaz de identificar a los líderes y hacerse su aliado para movilizar al grupo. Es importante saber utilizar como andamios todas aquellas cosas que le gustan a los adolescentes para enseñar esos conocimientos que en otro contexto no tienen sentido para ellos.

La intención de elegir los dos talleres que se reportaron fue evidenciar las características de la intervención para prevenir el consumo de drogas por parte del psicólogo educativo. Generalmente se ubica la labor de este profesional en escenarios de educación formal, por lo que en esta ocasión se pretendió mostrar el papel del psicólogo en la educación para la salud.

Son diversas las habilidades identificadas en las actividades realizadas que son parte de la formación del psicólogo educativo, las cuales son indispensables para una intervención preventiva del consumo de drogas. Sin embargo, se considera que las que a continuación se enunciarán son las que fueron más recurrentes en la intervención psicopedagógica llevada a cabo en las instituciones, cabe mencionar que de acuerdo al tipo de función realizado por el psicólogo educativo se pondrán en práctica unas u otras habilidades desarrolladas en su formación.

La primera de ellas es la habilidad del trabajo en equipo. Como se mencionó anteriormente para atender el problema del consumo de drogas se requiere del trabajo de un equipo multidisciplinario: médicos, psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales, cada uno desde su corpus de conocimiento aporta visiones desde diferentes perspectivas para abordar el fenómeno.

También tiene habilidades para identificar las características de las personas según la etapa evolutiva en la que se encuentra y partiendo de esto diseñar intervenciones que atiendan sus necesidades, les ayude a superar sus crisis y les de herramientas para su desarrollo integral.

Otra de las habilidades del psicólogo educativo es el diseño de intervenciones psicopedagógicas, como se mostró, éstas incluyen una serie de etapas y actividades que a su vez demanda habilidades específicas. Para la identificación de necesidades se requiere el uso de técnicas e instrumentos de recolección de información; en la parte de la planeación y el diseño se requiere tener conocimiento sobre los aspectos psicopedagógicos que es importante reconocer tales como el contexto, el tipo de población y los recursos materiales y humanos con los que se cuenta; durante la puesta en marcha se evidencian habilidades en cuanto a control de grupo, conocimiento sobre técnicas grupales, habilidades comunicativas y en lo concerniente a adecuaciones curriculares; finalmente en la evaluación el diseño de actividades que demuestren los logros y limitaciones de las estrategias de intervención.

De esta manera fue posible comprobar que el psicólogo educativo tiene una gran labor y mucho que aportar para intervenir en la prevención del consumo de drogas. La prevención es un proceso que requiere del análisis de las causas y consecuencias de la drogodependencia a fin de educar a la población en el cuidado de su salud y de su vida en general. Quedó comprobada la pertinencia de extender los campos de intervención del psicólogo educativo más allá de los contextos de educación formal.

Si la Psicología Educativa es una disciplina que diseña metodologías, técnicas y procedimientos para aplicarlos al ámbito de la educación con el objetivo de mejorar los procesos de enseñanza-aprendizaje, claramente se ve la pertinencia de dirigir esta forma de intervención para explicar y atender los problemas causantes y derivados del consumo de

drogas complementando así el trabajo del equipo multidisciplinario que originalmente atendía este fenómeno.

El hecho de que se nos haya dado la oportunidad de hacer propuestas e innovar las actividades que se incluyen en los manuales que CIJ ha diseñado, dio la posibilidad de compartirles nuevas técnicas para abordar las temáticas y nuestra experiencia al desarrollarlas, esto permitió hacer un análisis de la importancia de hacer adecuaciones, planeaciones flexibles y mantener una comunicación constante con los docentes para hacerlos parte del proceso preventivo, así mismo se valoró la pertinencia de generar vínculos de confianza y cordialidad con los adolescentes.

Referencias

- Aguilar, E. (2008). *Asertividad: Cómo ser tú mismo sin culpas*. México: Editorial Pax.
- Alegret, J., Comellas, M.J., Font, P. y Funes, J. (2005). *Adolescentes: Relaciones con los padres, drogas, sexualidad y culto al cuerpo*. Madrid: Editorial Graó.
- André, C. (2007). *Prácticas de autoestima*. Madrid: Editorial Kairós.
- Antón, F. y Espada, J. (2009). Consumo de sustancias y conductas sexuales de riesgo para la transmisión del VIH en una muestra de estudiantes universitarios. *Anales de psicología*, 25(2), 344-350.
- Arillo-Santillán E, Fernández E, Hernández-Avila M, Tapia-Uribe M, Cruz-Valdés A, Lazcano-Ponce EC. (2002). Prevalencia de tabaquismo y bajo desempeño escolar, en estudiantes de 11 a 24 años de edad del estado de Morelos, México. México: Salud Publica de México. vol.44, suplemento 1 de 2002.
- Armendariz, N., Rodríguez, L. y Guzmán, F. (2008). Efecto de la autoestima sobre el consumo de tabaco y alcohol en adolescentes del área rural de Nuevo León, México. *Revista Electrónica de Salud Mental, Alcohol y Drogas*, 4(1), 1-16.
- Arvilla, A., Palacio, L. y Arango, C. (2011). El psicólogo educativo y su quehacer en la institución educativa. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud*. Universidad de Magdalena. 8 (2).
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre drogas.
- Becoña, E. (2003). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Plan Nacional de Drogas.
- Becoña, E. (2008). Drogodependencias. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología, edición revisada, 1*, 375-402. Madrid: McGraw-Hill.
- Becoña, E. y Cortés, M. Coord. (2010) *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Madrid: Socidrogalcohol.
- Brockbank y McGill (2008) *Aprendizaje reflexivo en la educación superior*. Madrid: Morata.
- Capo B. (2007). *La drogadicción en niños y adolescentes*. Bogotá: Cooperativa Editorial Magisterio.
- Cascón, P. (2000). *Educación en y para el conflicto*. Cátedra UNESCO sobre Paz y Derechos Humanos. Barcelona.
- Casique, I. (2010, Octubre). Factores asociados a la violencia en el noviazgo en México. Ponencia para presentarse en el Congreso 2010 de la Asociación de Estudios Latinoamericanos, Toronto, Canadá. Consultado en: <http://lasa.international.pitt.edu/members/congress-papers/lasa2010/files/1973.pdf>
- Castano, G., Arango, E., Morales, S., Rodríguez, A. y Montoya, C. (2012). Consumo de drogas y prácticas sexuales de los adolescentes de la ciudad de Medellín (Colombia). *Revista de Adicciones*, 24(4), 347-354.
- Castro, A. (2009) *Desaprender la violencia. Un nuevo desafío educativo*. Buenos Aires: Bonum.
- Castro, R., y Casique, I. (2010). Violencia en el noviazgo entre los jóvenes mexicanos. México, D.F: UNAM, *Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias; Instituto Mexicano de la Juventud*.
- Censo de Población y Vivienda. (2010). México: INEGI

- Centros de Integración Juvenil A.C. (2006). *Habilidades para la vida. Guía para educar con valores*. México: Centros de Integración Juvenil.
- Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC). (2005). *Modelos preventivos*. Serie Planeación.
- Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC). (2006). *Lineamientos para la Prevención del Consumo de drogas en la Escuela Mexicana*.
- Corréa, C. (2007). *Historia de las drogas y de la guerra de su difusión*. Consultado en: <http://noticias.juridicas.com/articulos/00-Generalidades/200712-123355956848>.
- Delors, J. (1996). Los cuatro pilares de la educación en *La educación encierra un Tesoro. Informe a la UNESCO de la Comisión internacional sobre la educación para el siglo XXI*, Madrid, España: Santillana/UNESCO. pp. 91-103.
- Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR,2000) - Documento electrónico. www.psicocode.com/resumenes/DSMIV.pdf.
- Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) (2011).
- Escámez, S. (1990). *Drogas y escuela. Una propuesta de prevención*. Madrid: Editorial DYKINSON. S.L.
- Eseverri, C. y Cools. (1999). *Educar para la salud Drogodependencias*. Madrid: Editorial CCS.
- Espada J., Griffin K., Botvin G., y Méndez X. (2003). Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas. *Papeles del psicólogo*, 23 (84), 9-17.
- Ferreyra, H. y Pedrazzi, G. (2007). *Teorías y enfoques psicoeducativos del aprendizaje*. México: Noveduc.
- Filiberto, G., Gutiérrez, M., Moreno, M., Bretón, M. y Villatoro, J. (2006). *Conducta sexual, alcohol y drogas en estudiantes de nivel medio superior*.
- González, J., Guerra, L., Díaz, D. y Arrellanez, J. (1999). *Adherencia escolar y consumo de drogas. Dirección de prevención, Centros de Integración Juvenil. Subdirección de investigación*. Informe de investigación no.99-07, México. Consultado en: www.cij.gob.mx/Especialistas/pdf/ps3-99-07.pdf
- Henaó, G., Ramírez, L. y Ramírez C. (2006). Qué es la intervención psicopedagógica: definición, principios y componentes. *Estudios Clínicos y Sociales en Psicología*. 6 (2), 215-226
- Herrero, M. (2003) Adolescencia, grupo de iguales, consumo de drogas y otras conductas problemáticas. *Estudios de la Juventud*, 62(3), 81-91.
- Husak, D. (2001). *Drogas y derechos*. México. Fondo de Cultura Económica.
- Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. Sinopsis. (2002). OMS.
- Informe sobre tendencias sociales y educativas en América Latina. (2008). SITEAL.
- Instituto de la UNESCO para la Educación (1997). Hamburgo: Departamento de Publicaciones. Consultado en: http://www.unesco.org/education/uie/confintea/pdf/6b_span.pdf
- Instituto Nacional de Psiquiatría (INP) y Secretaria de Educación Pública (SEP). (2006).
- Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación (INEE) y Fundación Este País. Conocimiento Útil. (2005). *Las telesecundarias mexicanas*. Disponible en: http://estepais.com/inicio/historicos/171/21_suplemento_las%20telesecundarias.pdf
- Kalman, J. y Carvajal, E. (2007). Hacia una contextualización de la enseñanza y el aprendizaje en las aulas de la Telesecundaria. *Revista Latinoamericana de Estudios Educativos*, XXXVII (3-4), 69-106. México: Centro de Estudios Educativos, A.C. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=27011410004>

- Ley General de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. (2007).
- López L. y Rodríguez-Arias. (2010). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas en adolescentes y su diferencia según edad y sexo. *Psicothema*, 22 (4), 568-573. Consultado en: www.unioviedo.net/reunido/index.php/PST/article/download/.../8783
- Martínez, P. (2002). *La orientación psicopedagógica: Modelos y estrategias de intervención*. Madrid: Editorial EOS.
- Montes, F. (2000). *Resolución de problemas y toma de decisiones*. México: Editorial Trillas.
- Morales, M. y Represas, B. (2007). *¿Cómo se lo explico? La educación sexual en la infancia*. España: Editorial Síntesis.
- Muñoz-Rivas, M. y Graña, J. L. (2001). Factores familiares de riesgo y protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema*, 13, 87-94.
- Musitu, G. y Herrero, J. (2003) El rol de la autoestima en el consumo moderado de drogas en la adolescencia. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades*, XIII (1), 258-306.
- Navarro, R. (2004). *Temas selectos de psicología 2*. México: Editorial Nueva Imagen.
- Norma oficial mexicana nom-028-ssa2-1999, para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Décima revisión de la clasificación internacional de enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínica y pautas para el diagnóstico*. Madrid: editor.
- Rochín, D. (2003). El psicólogo educativo: una panorámica del campo laboral y el trabajo social. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 6 (3).
- Roldán (2001). Adicciones: un desafío. En: Donas, S. (Comp.). *Adolescencia y Juventud en América Latina*. Cartago: Libro universitario regional.
- Rosales, A. (2011). *Sexualidad, Derechos y Violencia. Enfoques y conceptos para la enseñanza*. México: UPN.
- Rozo S. y Rozo V. (2006). *Drogadicción familia y escuela. Lo que padres y educadores deben saber*. Bogotá: Cooperativa Editorial Magisterio.
- Sánchez, R. (2012) *Las autoestimas múltiples. Dimensiones de la autovaloración*. México: Trillas.
- Sanchiz, M. (2008-2009). Modelos de orientación e intervención psicopedagógica. Universitat Jaume. <http://www.tenda.uji.es>.
- Santrock, J. (2003). *Psicología del desarrollo en la adolescencia*. Madrid: McGraw -Hill.
- SEP a través de su Dirección General de Materiales Educativos (DGME) y Subsecretaría de Educación Básica (SEB). (2010). *La telesecundaria en México: un breve recorrido histórico por sus datos y relatos*. México: SEP
- Soriano, C., Moreno, M., Gutiérrez, M., Villatoro, J. y Bretón, M. (2006). Autoestima y su relación con el consumo de drogas en estudiantes de bachillerato.
- Talavera, I. (2005). *Papel de Psicólogo Educativo en la prevención de la farmacodependencia*. Tesis inédita de Licenciatura en Psicología Educativa. México: Universidad Pedagógica Nacional Unidad Ajusco.
- Tavera, S. y Martínez, M. (2008). *Prevención de las adicciones y promoción de conductas saludables para una nueva vida. Guía para el promotor de "Nueva Vida"*. México: CONADIC. ISBN: 978-970-721-491-0
- Toledo, V. (1998). *Adolescencia tiempo de decisiones*. Centro de medicina productiva y desarrollo integral del adolescente. Chile: Editorial Mediterráneo

- Vallés, A. (199-). *Autoconcepto y Autoestima*. Madrid: Praxis.
- Vargas R. (2005). *Proyecto de vida y planeamiento estratégico personal*. Lima, Perú.
- Vélaz, C. (1998). *Orientación e Intervención Psicopedagógica: Conceptos, modelos, programas y evaluación*. Ediciones Aljibe.
- Vidal, E., García, R. y Pérez, F. (2010). *Aprendizaje y desarrollo de la personalidad*. Barcelona: Alianza Editorial.
- Yaría,J. (2005). *Drogas, escuela, familia y prevención*. Buenos Aires: Bonum.

Links de videos utilizados en los talleres:

- Que quieres conseguir con el alcohol

<http://www.youtube.com/watch?v=IP3RXJQenAo>

- Campaña el alcohol. El impacto dura toda la vida

<http://www.youtube.com/watch?v=vKrFGI1dxhg>

- Fumar. Lo que las tabacaleras no quieren que sepas

<http://www.youtube.com/watch?v=M7f1sqce620>

- Vuelve a ser inteligente. No fumes marihuana

<http://www.youtube.com/watch?v=eNSOHumXDKE>

- No le des todo a tu hijo

tu.tv/videos/no-le-des-todo-a-tu-hijo-reflexiones

- Demasiado tarde

www.youtube.com/watch?v=iOGpHWBjOTc

- El jabón

www.youtube.com/watch?v=gQxpPKJW5ww

- Todo a su tiempo

www.youtube.com/watch?v=W9TTit0LOM0

ANEXOS

Anexo 1. Cartilla de los derechos sexuales



¡¡¡CONOCE TUS
DERECHOS SEXUALES!!!

QUE NO TE
DIGAN QUE NO
TE CUENTEN...



DERECHOS SEXUALES

1. Yo decido libremente sobre mi cuerpo y sexualidad.
2. Tengo derecho a ejercer y disfrutar plenamente mi vida sexual.
3. Puedo manifestar públicamente mis afectos.
4. Sólo yo puedo decidir con quién compartir mi vida y mi sexualidad.
5. Todos deben respetar mi intimidad y mi vida privada.
6. Tengo derecho a vivir libre de violencia sexual.
7. Mi derecho a la libertad reproductiva.
8. Debemos tener igualdad de oportunidades y equidad.
9. Tengo derecho a vivir libre de toda discriminación.
10. Debo tener acceso a información completa, científica y laica sobre la sexualidad.
11. Tengo derecho a una educación sexual.
12. Tengo derecho a los servicios de salud sexual y reproductiva.
13. Puedo participar en las políticas públicas sobre sexualidad.

¿SABIAS QUE LA LEY DE ABORTO ES DIFERENTE PARA CADA ESTADO?



A CONTINUACIÓN TE PRESENTAMOS LA LEY DE ABORTO DEL D.F.

LEY DEL ABORTO

Las mujeres que requieran un aborto legal deberán recibir trato digno, con oportunidad y confidencialidad: GDF

La interrupción del embarazo es posible hasta la semana número 20 de la gestación en condiciones de atención médica seguras. Cuando éste deba efectuarse por motivos de violación o inseminación artificial forzada, deberá presentarse la autorización del Agente del Ministerio Público.

Cuando esté en peligro la integridad física de la mujer.

Si el producto presenta mal formaciones, siempre y cuando exista la opinión de 2 médicos.

Todas las mujeres que requieran una interrupción legal del embarazo, pueden acudir a los servicios de salud del gobierno del Distrito Federal.

Los médicos tendrán la obligación de proporcionar a la mujer embarazada información objetiva, veraz, suficiente y oportuna sobre los procedimientos, riesgos, consecuencias y efectos; así como de los apoyos y alternativas existentes, y pueda tomar una decisión de manera libre, informada y responsable. Artículo Segundo.

Anexo 2. Lineamientos de trabajo Taller telesecundaria #75

Dentro de cada grupo se eligió, por parte de los compañeros de clase a un representante, quien tenía la función de resguardar el escrito de los lineamientos de trabajo propuestos por el grupo.

Grupo 1°

- ❖ **Respetar**
- ❖ **Participar en las actividades**
- ❖ **Expresar opiniones**
- ❖ **Poner atención**

Grupo 2°

- ❖ **Respetar las opiniones**
- ❖ **No ser agresivos**
- ❖ **Levantar la mano para pedir la palabra**
- ❖ **Apagar los celulares**
- ❖ **No llegar tarde**
- ❖ **Escuchar atentamente**

Grupo 3°

- ❖ **Respetar**
- ❖ **Escuchar**
- ❖ **Participar**
- ❖ **No burlarse de los compañeros**

Anexo 3. Técnica “Dibújate como un superhéroe”

Las capacidades de las personas implican una serie de conocimientos, habilidades, actitudes y valores, estos aspectos van cambiando de acuerdo al desarrollo de cada sujeto. El juicio de valor que cada persona imprime a sus propias cualidades es lo que se conoce como autoestima, la cual ha sido abordada y definida desde muchas perspectivas.

Sánchez (citado en Vallés, 199-) comenta que la autoestima ha sido abordada hasta ahora como una cualidad que cambia su valor absoluto sólo en dos sentidos: hacia arriba y hacia abajo. De esta manera existen innumerables test sobre la autoestima a partir de los que se obtiene un juicio vertical donde se presume el grado y no el tipo de autoestima.

Para que una persona pueda hacer un juicio de valor respecto a sus cualidades necesita conocerlas y hacer un análisis de las condiciones y situaciones que le permiten realizar un reconocimiento de las capacidades y potencialidades pues esto fomenta la autovaloración.

A partir de lo anterior se han elaborado diferentes técnicas tendientes a promover ejercicios exploratorios por parte de las personas para que puedan valorar sus distintas cualidades y capacidades, sin embargo, para que tengan un conocimiento de lo que son deben ir mucho más allá del conocimiento aislado de algunas características físicas o gustos, es necesario que tomen conciencia, descubran y redescubran las cualidades y capacidades que cada uno tiene y que representan una combinación única (Sánchez, citado en Vallés, 199-).

Considerando los puntos antes mencionados es como surge la idea de plantear una técnica que permitiera a los adolescentes hacer un reconocimiento de sus cualidades y habilidades de una forma creativa, algunos programas de autoestima como el de Vallés (199-) proponen listas de cualidades en donde el adolescente debe marcar aquellas que considere tener o dar respuesta a preguntas respecto a características físicas o rasgos de personalidad que puede llegar a restringir o enmarcar de manera reduccionista el reconocimiento que hace el adolescente de sí mismo.

Nuestro objetivo, más que el reconocimiento por parte del adolescente de si tenía una alta o baja autoestima, fue que reflexionaran sobre quiénes son y que con las características que poseen pueden hacer cosas dignas de ser admiradas por otras personas tal y como ocurre con los superhéroes, que, aunque personajes ficticios, son reconocidos y admirados por la forma en que sus cualidades se han mostrado.

Anexo 4. Manifestaciones de la violencia en la pareja

El siguiente listado de enunciados sobre manifestaciones de violencia en la pareja es una adaptación del test de violencia en el noviazgo elaborado en 2008 por INMUJERES. Dicho test consta de dos apartados: el primero de ellos permite reconocer si la persona vive violencia y el segundo permite identificar si la persona la ejerce.

En el primer apartado hay 20 preguntas distribuidas en dos grupos. El primer grupo tiene nueve preguntas y tiene tres niveles de puntuación de acuerdo a la frecuencia que mejor define la situación de la persona. Para *Frecuentemente* se asignan 2 puntos, para *A veces* 1 punto y *No* 0 puntos.

El segundo grupo tiene 11 preguntas, tiene los mismos niveles de frecuencia pero con puntuaciones distintas. Para *Frecuentemente* se asignan 5 puntos, para *A veces* 3 puntos y *No* 0 puntos. Al terminar se suman los subtotales de ambos grupos para obtener el total y comparar la puntuación obtenida con el índice de violencia que se presenta al final.

El segundo apartado consta de 15 preguntas a las que se tiene que responder con *Sí/No*. Si mas de tres respuestas son afirmativas se recomienda reflexionar sobre la forma de ser porque hay indicadores de ser violento/a.

Así es como originalmente esta estructurado el test de violencia en el noviazgo, sin embargo, en la adaptación se eliminan las puntuaciones y las preguntas se escriben como enunciados. Tal adaptación está incluida en la ficha titulada “Termómetro de la violencia de pareja” que pertenece al material didáctico del proyecto *Abriendo Escuelas para la Equidad*.



termómetro de la violencia de pareja¹



Elaborar indicadores para evitar situaciones de riesgo en la pareja.

¹ Actividad inspirada en materiales inéditos de Eleatriz García Blanco para la Administración Federal de Servicios Educativos en el Distrito Federal, 2011.

Participantes

Máximo 30.

Duración

1 hora, se puede repetir hasta 3 veces durante la jornada sabatina si hay público interesado.

Recursos necesarios

- Una hoja blanca por participante.
- 15 plumones gruesos de colores.
- Cinta adhesiva.
- Una fotocopia por participante de "Manifestaciones de la violencia en la pareja".



Desarrollo

Arranque

- El/a facilitador/a se presenta, da la bienvenida al grupo, explica el objetivo de la sesión y cede la palabra al grupo para que se presente.
- Aclarar o construir brevemente las reglas de trabajo con el grupo.
- Exponer que en la relación de pareja aprendemos a expresar nuestro afecto a otra persona y podemos encontrar camaradería, ternura, comprensión y aceptación. Sin embargo, también puede haber ocasiones en que haya violencia, debido a que confundimos nuestras emociones o no las sabemos controlar. Asimismo, nadie merece ser víctima de violencia bajo ninguna circunstancia y sin pretextos. Y para evitarlo debemos saber identificar los tipos de violencia, cuáles son las señales de que podemos estar en riesgo, cuándo es necesario reaccionar y en qué momento debemos solicitar ayuda.



Durante	<ul style="list-style-type: none"> - Formar grupos de 5 personas que organicen sus bancas o sillas en círculo para trabajar. - Repartir a cada equipo 3 hojas blancas y 3 plumones y solicitar que a cada hoja le pongan un título y asignen un color: 1) Cuidado, ¡Es momento de prevenir!, 2) ¡Date cuenta! No es lo que mereces, y 3) ¡Busca ayuda! - En cada hoja los equipos anotarán actitudes y conductas que se adecuen al título asignado. Ejemplos: <table border="1" data-bbox="454 714 1266 1155" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th data-bbox="454 714 730 798" style="text-align: left; padding: 5px;">Cuidado, ¡Es momento de prevenir!</th> <th data-bbox="730 714 1006 798" style="text-align: left; padding: 5px;">¡Date cuenta! No es lo que mereces</th> <th data-bbox="1006 714 1266 798" style="text-align: left; padding: 5px;">¡Busca ayuda!</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="454 798 730 1155" style="padding: 5px;">Parecen leves, pero anticipan una mayor violencia: humillar, hacer sentir menos, hacer burla, ignorar, excluir, gritar, insultar, ofender, poner apodos, imponer silencio a la pareja, etcétera.</td> <td data-bbox="730 798 1006 1155" style="padding: 5px;">Actitudes que es necesario evitar y denunciar como: golpes "afectuosos", pellizcos, jalones de cabello, lastimar, herir, empujar, dar cachetadas, patadas, golpear, entre otras.</td> <td data-bbox="1006 798 1266 1155" style="padding: 5px;">Actitudes donde la víctima se siente incapaz de parar y requiere solicitar ayuda: exceso de celos, heridas que requieren atención médica, besar a la fuerza, manosear sin consentimiento, etcétera.</td> </tr> </tbody> </table>	Cuidado, ¡Es momento de prevenir!	¡Date cuenta! No es lo que mereces	¡Busca ayuda!	Parecen leves, pero anticipan una mayor violencia: humillar, hacer sentir menos, hacer burla, ignorar, excluir, gritar, insultar, ofender, poner apodos, imponer silencio a la pareja, etcétera.	Actitudes que es necesario evitar y denunciar como: golpes "afectuosos", pellizcos, jalones de cabello, lastimar, herir, empujar, dar cachetadas, patadas, golpear, entre otras.	Actitudes donde la víctima se siente incapaz de parar y requiere solicitar ayuda: exceso de celos, heridas que requieren atención médica, besar a la fuerza, manosear sin consentimiento, etcétera.
Cuidado, ¡Es momento de prevenir!	¡Date cuenta! No es lo que mereces	¡Busca ayuda!					
Parecen leves, pero anticipan una mayor violencia: humillar, hacer sentir menos, hacer burla, ignorar, excluir, gritar, insultar, ofender, poner apodos, imponer silencio a la pareja, etcétera.	Actitudes que es necesario evitar y denunciar como: golpes "afectuosos", pellizcos, jalones de cabello, lastimar, herir, empujar, dar cachetadas, patadas, golpear, entre otras.	Actitudes donde la víctima se siente incapaz de parar y requiere solicitar ayuda: exceso de celos, heridas que requieren atención médica, besar a la fuerza, manosear sin consentimiento, etcétera.					
Cierre	<ul style="list-style-type: none"> - Los equipos pegan en la pared sus conclusiones a manera de termómetro, ordenando de menor a mayor la gravedad de la violencia; cada equipo expone sus conclusiones. - En una hoja rotafolio el grupo elabora un termómetro donde se pondrán en común los tres niveles construidos. - Despedir al grupo y agradecer la participación. Entregar la fotocopia sobre manifestaciones de la violencia en la pareja. 						



¡OJO!

- El termómetro elaborado en rotafolio puede ser expuesto en la actividad ¡Pinta tu pared! (ver ficha correspondiente).
- Mencionar el Servicio de Apoyo en las escuelas donde funcione o la Infocarpa (ver fichas correspondientes) donde se proporcionan teléfonos de emergencia o instituciones a donde recurrir para solicitar ayuda o consejos de manera profesional y gratuita.

Manifestaciones de la violencia en la pareja²

La vives...

- Cuando se dirige a ti te llama por un apodo que te desagrada y/o con groserías.
- Te ha dicho que andas con alguien más; que tus amigos/as quieren andar contigo; que tiene otras chavas/os y te compara con sus ex novias/os.
- Todo el tiempo quiere saber qué haces y con quién estás.
- Te critica, se burla de tu cuerpo en público o en privado.
- Cuando estás con él/ella te sientes tenso/a y sientes que hagas lo que hagas, él/ella se molestará.
- Para decidir lo qué harán cuando salen, ignora tu opinión.
- Cuando platican, te sientes mal porque sólo te habla de sexo, te pregunta si tuviste relaciones sexuales con tus ex novios/as o ex parejas.
- Te ha dado algún regalo después de ofenderte o hacerte sentir mal.
- Has cedido a sus deseos sexuales por temor o presión.
- Si tienen relaciones sexuales, te impide o condiciona el uso de métodos anticonceptivos.
- Te ha obligado a ver pornografía y/o a tener prácticas sexuales que te desagraden.
- Te ha presionado u obligado a consumir droga.
- Si toma alcohol o se droga se comporta violento/a contigo o con otra gente.
- A causa de los problemas con tu novio/a, esposo/a o pareja/a has tenido una o más de las siguientes alteraciones: pérdida de apetito y/o el sueño, malas calificaciones, abandonar la escuela, alejarte de tus amigos/as.
- Cuando se enojan o discuten has sentido que tu vida está en peligro y te ha golpeado con alguna parte de su cuerpo o con un objeto.
- Alguna vez te ha causado lesiones que ameriten recibir atención médica, psicológica, jurídica y/o auxilio policial.
- Te ha amenazado con matarse o matarte cuando se enojan o le has dicho que quieres terminar.
- Después de una discusión fuerte, él se muestra cariñoso/a y atento/a, te regala cosas y te promete que nunca más volverá a suceder y que "todo cambiará".

² Adaptación a partir del test de violencia en el noviazgo, INMUJERES, 2008.

La ejerces...

- Te enojas repentinamente con tu pareja y por situaciones sin importancia.
- Cuando tu pareja te platica sobre lo que hace o desea la interrumpes o la ignoras.
- Dejas plantada a tu pareja sin justificación.
- Humillas verbalmente o tratas con crueldad a tu pareja.
- Sientes la necesidad de saber todo lo que piensa tu pareja.
- Revisas objetos de tu pareja como: cuadernos, teléfono celular, correo electrónico.
- Sigues o espías a tu pareja.
- Le envías mensajes para saber qué hace, en dónde y con quién está.
- Le pides que te diga con detalle qué hace cuando no está contigo, que no vaya a la escuela o que falte a clases.
- Le dices cómo hacer las cosas para asegurarte que lo haga bien; qué debe hacer en su tiempo libre; qué amigos/as puede tener, cómo debe vestirse.
- Te molestas si no hace lo que le pides, si no conoce tus deseos, pensamientos y gustos, si habla o sale con sus amigos/as.
- Tomas su dinero o algún objeto de valor sin su consentimiento.
- Le pides prestado dinero y no le pagas aun cuando puedes hacerlo.
- Cuando te enojas con tu pareja: le destruyes objetos de valor sentimental para ella; le rompes o avientas objetos, golpeas o pateas muebles, puertas; haces cosas frente a ella que pudieran hacer peligrar tu vida, como conducir a alta velocidad, cruzar la calle sin precaución, beber alcohol con exceso.
- Después de que peleas y te enojas con tu pareja, eres más cariñoso/a, le haces regalos y le prometes que no volverá a suceder.
- Cuando están juntos, a petición tuya tu pareja consume alcohol u otra droga en contra de su voluntad para pasarla bien contigo.
- Has empujado, dado algún golpe o jalado del cabello a tu pareja.
- Le dices que si te deja o terminan le harás daño a ella o su familia.
- Amenazas a tu pareja con que si te deja o terminan te quitarás la vida.



Anexo 5. Presentación sobre autoestima.

Autoestima



¿Qué es el autoestima?

- ❖ Se define como la evaluación global del valor que cada individuo tiene de sí mismo, es decir, el grado de satisfacción personal.
- ❖ Esta influida por las relaciones que establecemos con otras personas.



□ Dos dimensiones de la autoestima

- Dimensión cognitiva: Conocimiento de uno mismo, autoconcepto. Concepciones o ideas de nosotros mismos.
- Dimensión evaluativa: El valor que nos atribuimos a nosotros mismos.



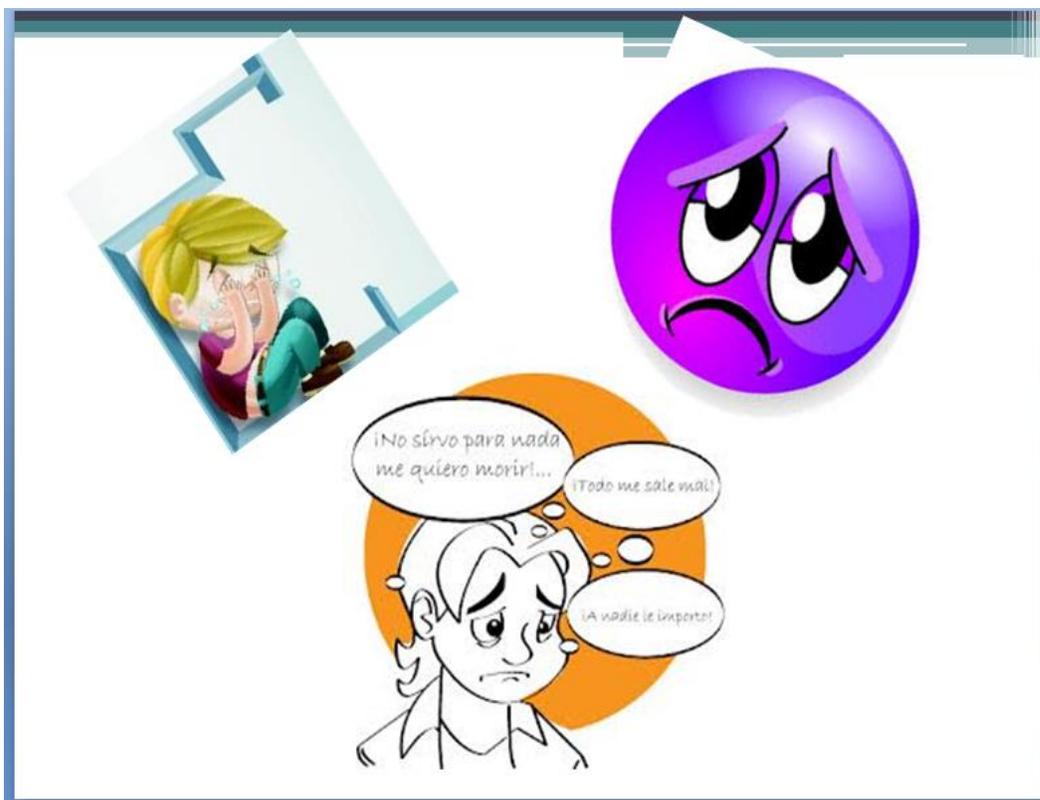
➤ Autoestima alta, se caracteriza porque la persona es:

- Es libre
- Consciente de su constante cambio, se adapta y acepta nuevos valores y rectifica caminos.
- Acepta su sexo y todo lo relacionado con él.
- Se relaciona con el sexo opuesto en forma sincera y duradera.
- Se gusta a sí mismo y en los demás.
- Se aprecia y se respeta, de igual forma con los demás.
- Tiene confianza en sí mismo y en los demás.
- Acepta cometer errores y aprende de ellos.



➤ Autoestima baja, se caracteriza porque la persona es:

- Se siente acorralado, se defiende con frecuencia.
- Dirige su vida dependiendo de los demás.
- No acepta su sexo, ni lo relacionado con él.
- Desconfía de sí mismo y de los demás.
- Se percibe como copia de los demás y no acepta las diferencias.
- No acepta cometer errores, o se culpa y no aprende de ellos.
- No enfrenta su crecimiento y vive una vida mediocre.



➤ Situaciones o dominios en donde se puede hacer una evaluación de uno mismo:

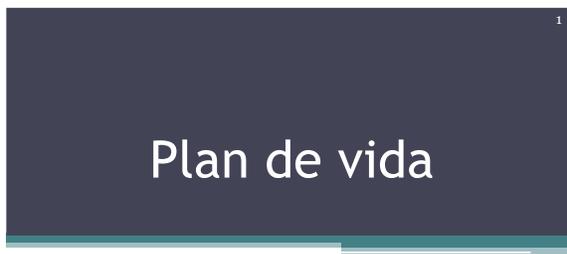
- Las habilidades de reflexión o conocimiento.
- Las habilidades deportivas.
- La aceptación social.
- La apariencia física.
- La aceptación de conductas sociales.

Tan equivocado es creerse más que nadie, como sentirse menos que los demás.



Quiérete y valórate

Anexo 6. Presentación Plan de vida



Importancia de la elaboración de un plan de vida

- Vida=tiempo.
- Si bien el futuro es incierto y no podemos saber qué va a pasar, si podemos planear qué queremos hacer y pensar qué podemos hacer ahora.
- Metas a mediano y corto plazo.



Importancia de la elaboración de un plan de vida

- Tomar conciencia de que somos dueños de nuestro futuro incrementa:
- Creatividad e imaginación.
- Entusiasmo y motivación por alcanzarlo (aplica la profecía auto cumplida).



Fases



1ª. FASE



1ª. Fase: ¿Cómo me gustaría verme en un periodo de 5 años?

- Descripción prospectiva de cada uno de los elementos (puedes agregar otros).
- En cada aspecto poner atención sobre qué aspectos te harían sentir satisfecho.



2ª. Fase: Fijar metas y elaborar un plan de acción.

- Prioriza metas en cada componente (personal, familiar, académico, laboral).
- ¿Cómo puedo alcanzar dichas metas? (identificar rutas de acción, insumos y posibles dificultades).
- ¿Cuánto tiempo requiero?

Esferas de vida	¿Cómo me visualizo en 5 años?	¿Cuáles son mis metas? (prioriza)	¿Qué necesito para alcanzar mis metas principales? (traza rutas de acción, insumos, posibles dificultades)	¿Cómo me daría cuenta que estoy alcanzado mis metas?
PERSONAL				
FAMILIAR				
ACADÉMICO				
LABORAL				

Anexo 7. Cuento “Fealdad y Belleza”

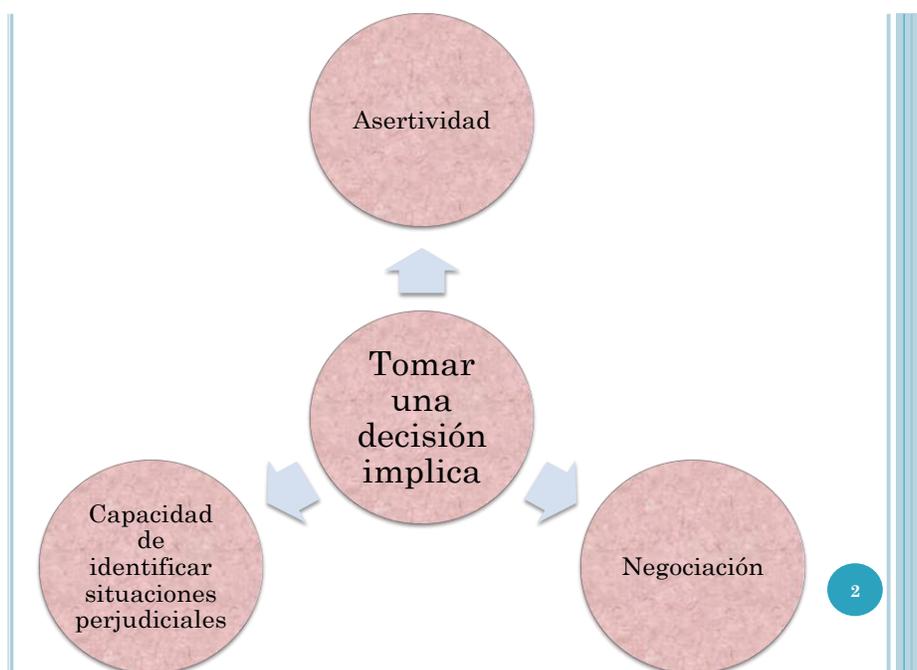
Un día fealdad y belleza se fueron a bañar al río; ambas se quitaron sus ropas y se dispusieron a disfrutar de las cálidas corrientes, pero aprovechando la perplejidad de belleza por las cristalinas aguas, fealdad salió del río y con toda intención, tomó las ropas de belleza y apresuró la huida. Más tarde, cuando belleza se dispuso a vestirse, asombrada de no encontrar sus ropas y sin poder comprender la actitud de fealdad, se vio obligada a ponerse las ropas de ésta.

Desde entonces belleza anda por el mundo con las ropas de fealdad y fealdad con las ropas de belleza.

Solemos pensar y calificar a los demás como bellos o feos por su apariencia física, sin darnos la oportunidad de mirar la verdadera belleza que permanece escondida en cada uno de nosotros.

CIJ. Cuadernillo “Autoestima. Ilumina tu vida.

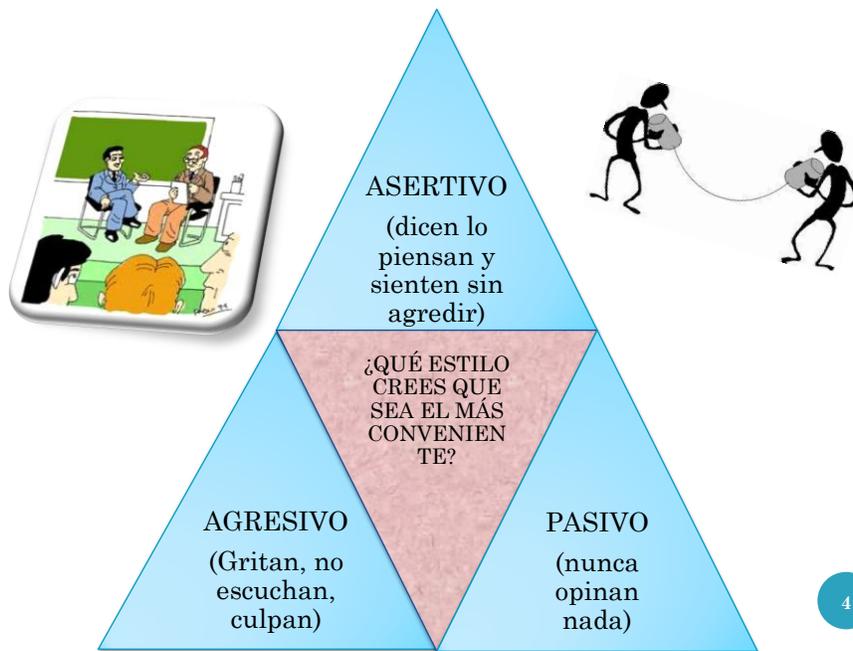
Anexo 8. Presentación toma de decisiones



ASERTIVIDAD

ES LA HABILIDAD DE EXPRESAR SENTIMIENTOS Y OPINIONES EN EL MOMENTO OPORTUNO Y DE LA MANERA ADECUADA, HACIENDO VALER NUESTROS DERECHOS.

3



4

CINCO PREGUNTAS QUE PUEDEN GUIAR TU DECISIÓN



5



¿QUÉ QUIERES?

- Considera lo que debes hacer, lo que te gusta y lo que no quieres.
- Qué esperas obtener
- Es lo que tú quieres o lo que otros quieren que tú hagas

6

¿QUÉ OPCIONES TIENES?

- Habilidades con las que cuentas

- Personas que pueden ayudarte (amigos, familiares, maestros)

- Recursos materiales e información de diferentes tipos.



7

¿QUÉ TE CONVIENE MÁS?

- Piensa en lo que puede suceder si escoges alguna de las opciones



8

¿QUÉ ESCOGES?



- La elección es personal
- Es necesario correr riesgos, pero de preferencia deben ser medidos.
- Si no te sientes a gusto con la elección, tal vez sea mejor no ejecutarla.
- Toda acción conlleva una responsabilidad.

9

¿HAY ALGO QUE CORREGIR?

- Evalúa los resultados.
- Alégrate si elegiste correctamente, de lo contrario, no hay tiempo que perder.



10

Anexo 9. “La historia de Donovan y Giselle”

Donovan es simpático e inteligente. No es muy guapo pero es atractivo y fácilmente hace amigos. Trabaja en un almacén haciendo de todo: arregla desperfectos, atiende clientes y a veces cuida la caja. Le han pagado cada vez mejor y tiene algún dinero para darse ciertos gustos. Sin embargo, en la escuela las cosas últimamente no van muy bien, ha faltado a clases, no ha entregado tareas y estudia poco. Dice que no le gusta estudiar y está pensando en salirse. Quisiera poner un negocio propio, algo que estuviera relacionado con computación pero no sabe mucho ni de computación ni de negocios, pero le han dicho que le podría ir bien. No sabe qué hacer y les pregunta a sus amigos; algunos que no estudian le aconsejan librarse de la escuela, que se salga y le ayude a sus padres. Otros le dicen que lo piense mejor porque si se sale es más difícil conseguir un buen trabajo. Mientras tanto, uno de ellos le dijo que para relajarse era bueno fumarse un cigarrito y tomarse unas cervezas para tener más calma. Lo malo es que a veces esto se prolonga hasta la noche y ya no le da tiempo de hacer nada. A veces ha habido jaloneos e insultos entre sus propios amigos cuando están medio bebidos. Otras veces le dicen: “Rífate con ese si no eres vieja”.

Giselle y Donovan son novios, y ella también está desconcertada. Donovan le pidió tener relaciones sexuales y, aunque ella también tiene ganas, siente temor e inseguridad. Por un lado teme embarazarse y, por otro, tampoco está muy segura de desear tener sexo con él, aunque lo quiere. Además cree que si le dice que “no” Donovan se enojará y la dejará. Ella dice que es el novio a quien más ha querido. Algunas amigas le aconsejan que se olvide de él, ya que es bonita, simpática, estudiosa, baila bien y puede escoger un mejor chavo. No le gusta mucho beber y aunque antes había probado el cigarro, ahora fuma más, sobre todo cuando está con Donovan. La última vez que quedaron de verse, Donovan le llamó para decirle que no iba a poder llegar, que no hiciera preguntas, y que se fuera a su casa a esperar hasta que él le llamara. Aunque ella no le reclama muchas cosas, ha habido ocasiones en que se dicen groserías. Un día ella le dio una cachetada y Donovan le agarró la cara y la empujó. Luego se pidieron disculpas y prometieron no faltarse el respeto pero aún se siguen gritando. ¿Qué le aconsejarías a cada uno?

CIJ, (2006). Habilidades para la vida. Guía para educar en valores.