
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA
UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL
UNIDAD AJUSCO
LICENCIATURA EN PEDAGOGÍA

ANÁLISIS ETNOGRÁFICO DE LA ATENCIÓN A ADOLESCENTES
EN CONFLICTO CON LA LEY EN LA FUNDACIÓN MEXICANA DE
REINTEGRACIÓN SOCIAL REINTEGRA A.C.

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PEDAGOGÍA

PRESENTA:

CAROLINA CASTELLANOS ANCHONDO

ASESOR:

MTRO. JESÚS CARLOS GONZÁLEZ MELCHOR

CIUDAD DE MÉXICO, NOVIEMBRE 2016.

Agradecimientos

A Dios, por la vida y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A mis padres, Gabriel y Carolina por ser los mejores, por formar la familia que tenemos, por haber estado conmigo apoyándome desde el inicio, por dedicar infinito tiempo y esfuerzo para ser la mujer que soy el día de hoy, por la constante motivación que me ha permitido llegar a hasta aquí, por los ejemplos de perseverancia y constancia que los caracterizan y que siempre me han infundado, por el valor que siempre han mostrado, su infinito amor, por el ejemplo de que con esfuerzo y dedicación todo es posible, por darme los mejores consejos y lecciones de vida en mi caminar diario, por abrazarme y quererme todos los días, pero sobre todo por creer siempre en mí.

Papá, estoy muy orgullosa de ti por siempre ser un ejemplo de valentía, amor, fortaleza e inteligencia, por enseñarme que con constancia y dedicación se puede lograr cualquier meta, eres el hombre más importante de mi vida. Te amo.

Mamá, te amo, gracias por ser un ejemplo de vida, por ser la mujer más fuerte que conozco y la que todos los días me hace sentir orgullosa, por enseñarme que todo es posible, por guiarme y apoyarme en todo momento, por escucharme y aconsejarme bajo cualquier circunstancia, eres mi mayor tesoro.

A mi hermana Montserrat, que con su ejemplo de fortaleza y dedicación me ha motivado para seguir adelante en mi vida profesional, que con cada palabra de aliento me motiva para no darme por vencida, por su infinito amor y comprensión pero sobre todo por haberme dado el mejor regalo de la vida.

Santiago espero que veas en mí un ejemplo a seguir.

Mi abuela Yolanda, por quererme y preocuparse siempre por mi bienestar, esto también se lo debo a ella.

A Paulina, Daniela y Monserrat por su sincera y valiosa amistad, con quienes compartí los mejores 4 años de crecimiento y desarrollo personal y profesional, quienes siempre tuvieron una palabra de aliento en los momentos más difíciles y quienes me apoyaron siempre en mis decisiones, las quiero con todo mi

corazón y admiro por su fortaleza a cada una de ustedes, sé que esta amistad es para siempre.

A la Fundación REINTEGRA por la oportunidad de haber colaborado con ellos y a todas las personas que conocí ahí, quienes definitivamente me hicieron crecer profesionalmente pero sobre todo personalmente, quienes me enseñaron el valor del compromiso, paciencia y solidaridad, que siempre se puede hacer algo bueno por los demás y sobre todo por el apoyo que en todo momento me brindaron; en especial a la Licenciada Guadalupe, Karla, Alberto, Patricia, Saraí, Jaime y Edgar quienes dejaron en mí esa inquietud de ver por los demás y esas ganas de siempre sonreír, quienes en toda mi estancia me ofrecieron no sólo su apoyo si no también su amistad incondicional.

Así mismo quiero agradecer infinitamente a todos los adolescentes de la Fundación quienes me permitieron acercarme, entrar en sus vidas y sembrar mi granito de arena para su tratamiento, también quienes definitivamente cambiaron mi visión y quienes en verdad me dejaron la mejor enseñanza, gracias chicos por haber tocado mi vida.

De manera muy especial quiero agradecer al Maestro Jesús Carlos González Melchor, quien además de ser mi profesor durante la Licenciatura, aceptó ser mi asesor en la dirección de este proyecto que significa un logro para ambos, gracias profe por su esfuerzo, dedicación, sabiduría y compromiso; por ser un profesional, por apoyarme, guiarme, aconsejarme, enseñarme y compartir conmigo sus conocimientos, experiencias y presionarme durante este proceso de desarrollo profesional, quiero decirle que además de formarme como profesional lo hizo también como persona. Lo quiero mucho.

También a los profesores: Hugo Rodríguez, Carlos Baños y Elizabeth Roa, por haber aceptado ser parte de mi jurado y haberse detenido en leer cuidadosamente mi tesis y complementarla con sus observaciones y comentarios, quienes además de quererlos como profesores, los admiro como personas y estimo profundamente; al profesor Heliodoro Galindo, por su extenso conocimiento, cariño y apoyo durante todo este proceso.

A la Universidad Pedagógica Nacional Ajusco por ser una increíble institución educativa y por regalarme las mejores experiencias, gracias por todos los

conocimientos otorgados a lo largo de estos cuatro años para formarme como pedagoga y como ser humano, así como a todos los profesores, que ahí colaboran para transmitir sabiduría y conocimiento.

Angélica Rosales mi jefa en KidZania, quien desde el primer día me brindó todo su apoyo y comprensión en este camino, quien siempre ha visto por mí de manera positiva, por sus consejos, sabiduría, experiencia y compromiso, gracias porque con su ayuda y acompañamiento he logrado crecer y estar donde estoy, porque aunque ya no está tan cerca se sigue preocupando y pensando en una mejora constante. Te quiero muchísimo “minime”.

“... Si muchos niños supieran hacerlo,
y les dejáramos,
sin duda nos podrían explicar
cosas bien interesantes sobre los
motivos y razones que les empujaron al delito...”

Martínez Reguera. E (1996)

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	5

CAPÍTULO I MARCO TEÓRICO REFERENCIAL NOCIONES TEÓRICAS

1. Adolescencia y Pubertad	15
1.1.1 Desarrollo biológico	18
1.1.2 Desarrollo psicológico	21
1.1.3 Desarrollo social	22
1.2 Drogadicción	24
1.2.1 Fases del proceso adictivo	28
1.2.2 Droga y tipos de drogas	29
1.3 Delito	34

CAPÍTULO II MARCO CONTEXTUAL

2.1 Fundación Mexicana de Reintegración Social REINTEGRA A.C.	39
2.1.1 Áreas y programas	44
2.1.2 Proyecto de tratamiento externo	47

CAPÍTULO III
LA INTERVENCIÓN PSICOPEDAGÓGICA EN LA FUNDACIÓN
REINTEGRA A.C.

3.1 Nociones metodológicas	65
3.1.1 Investigación cualitativa	65
3.1.2 Estudio etnográfico	66
3.1.2.1 Etnografía educativa	68
3.1.3 Observación participante	68
3.1.4 Diario de observación	69
3.1.5 Estudio de caso	70
3.2 La Experiencia en la Elaboración de la Metodología	70
3.2.1 División de los Observables	72
3.2.1.1 Área de Comunidad en Libertad Asistida	72
3.3 Categorías de análisis y observables	73
3.3.1 División de los observables	73
3.3.2 Sujetos investigados	74
3.3.3 Número de observables	74
3.3.4 Guía de observación	76

CAPÍTULO IV
ANÁLISIS ETNOGRÁFICO DE LA INTERVENCIÓN PEDAGÓGICA
EN LA FUNDACIÓN REINTEGRA A.C.

4.1 Caso JA	81
4.1.1 Inicio de la entrevista	83
4.1.2 Desarrollo, sensaciones, consumo y adicción	85
4.1.3 Influencia de la familia	88
4.1.4 Tratamiento interno	89
4.1.5 Aplicación de cuestionarios	90
4.1.5.1 Instrumentación, diseño, descripción, evaluación y puntaje	90
4.1.5.2 Aplicación al adolescente	95
4.1.5.3 Devolución e integración de resultados	97
4.1.6 Cierre	98
4.2 Caso JO	99
4.2.1 Inicio de la entrevista	101
4.2.2 Desarrollo, sensaciones, consumo y adicción	104
4.2.3 Influencia de la familia	105
4.2.4 Aplicación de cuestionarios	106
4.2.4.1 Instrumentación, diseño, descripción, evaluación y puntaje	107
4.2.4.2 Devolución e integración de resultados	112
4.2.5 Cierre	113
4.3 Caso JC	114
4.3.1 Inicio de la entrevista	115
4.3.2 Desarrollo, sensaciones, consumo y adicción	116
4.3.3 Influencia de la familia	118
4.3.4 Instrumentación, diseño, descripción, evaluación y puntaje	119
4.3.4.1 Devolución e integración de resultados	124
4.3.5 Cierre	127

CONCLUSIONES	128
BIBLIOGRAFÍA	134

128
134

INTRODUCCIÓN

Sin duda los adolescentes en conflicto con la ley es uno de los fenómenos sociales más importantes en nuestros tiempos y uno de los problemas criminológicos más investigados desde el siglo pasado, pues las manifestaciones de la conducta que llama socialmente la atención de forma negativa puede observarse, por lo general, mejor entre adolescentes que en la población adulta.

Es importante considerar tratar a los adolescentes en conflicto con la ley como posible delincuencia adulta mañana.

De acuerdo con Rodríguez, 2003. Las conductas criminales realizadas por menores de edad son cada vez mayores en número, calidad y diversidad. En los países Latinoamericanos, cuya tasa de crecimiento es superior al 3% anual, la disminución de las edades trae consigo un aumento de menores de edad y lógicamente de la delincuencia en estos.

La privación de la libertad provoca daños y deterioros irreversibles en el desarrollo y evolución de los adolescentes. Por ello, la Convención sobre los Derechos del Niño como la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, han establecido que la privación de la libertad debe ser una medida de último recurso, aplicable sólo por delitos graves y por el tiempo más breve que proceda.

De acuerdo con el INEGI en el 2012 se registraron 10,583 jóvenes con una sentencia condenatoria, de los cuales 4,959 representan el 46.9 % del total, fueron internados en una Comunidad para adolescentes en conflicto con la ley, principalmente por el delito de robo en sus distintas categorías a casa habitación, de vehículo, a transeúnte, a negocio. El resto de los jóvenes condenados debió cumplir con una medida en externación, la cual puede incluir terapias, o actividades educativas y culturales.

Dicha población comparte ciertas características como son: problemas en identificar figuras de autoridad, dificultad para acatar normas, dinámicas familiares disfuncionales, violencia y habitan en lugares marginales. Lo que afecta tanto su desarrollo social como el entorno en el que se desenvuelven.

Tabla 1. Adolescentes internados por conductas antisociales a nivel nacional, 2012.

Conducta antisocial	Internados (total)	Internados (%)
Total	4,959	100%
Homicidio	864	17.4%
Lesiones	114	2.3%
Secuestro	206	4.2%
Violación simple	202	4.1%
Robo a casa habitación	938	18.9%
Robo de vehículo	337	6.8%
Robo a transeúnte en la vía pública	213	4.3%
Robo a transeúnte en espacio abierto	96	1.9%
Robo a negocio	160	3.2%
Otros robos	868	17.5%

Fuente: Censo Nacional de Gobierno, Seguridad Pública y Sistema Penitenciario Estatales 2013.

Es importante hablar sobre el tema de los adolescentes en conflicto con la ley y el consumo de drogas ya que es una problemática que nos afecta día a día y no sólo a la sociedad, sino a ellos como adolescentes en desarrollo.

Vivimos en una sociedad donde existen normas y reglas las cuales deben ser acatadas por la población, así como autoridades a las que se deben respetar, es

por eso que se crearon espacios para readaptar a las personas que infringen estas normas.

En diciembre del 2005 se publicó una reforma constitucional para crear un sistema integral de justicia para adolescentes que garantizara todos sus derechos.

Los centros de reclusión de menores modificaron su nombre de llamarse “Tutelares para menores”, a “Comunidades para adolescentes en conflicto con la ley”. Así, se pasó de un modelo tutelar diseñado para el control y protección de jóvenes con conductas problemáticas o irregulares a uno en el que los adolescentes son reconocidos como sujetos titulares de derechos y obligaciones. Dichos cambios son consecuencia, entre otras cosas, de los compromisos derivados de la Convención sobre los Derechos del Niño que México ratificó en 1990¹.

Según la Ley de Justicia para Adolescentes para el Distrito Federal (2015) en el Artículo 4. Sistema especializado para adolescentes, Todo adolescente a quien se atribuya un hecho tipificado como delito en las leyes penales aplicables al Distrito Federal, será sujeto al régimen especializado previsto por esta Ley. No podrá ser juzgado como adulto ninguna persona a quien se atribuya la comisión de un hecho tipificado como delito en su calidad de adolescente, ni se le aplicarán sanciones previstas por las leyes penales para adultos.

Los adolescentes responderán por las conductas tipificadas como delitos en la medida de su responsabilidad en forma diferente a los adultos. Cuando sean privados de su libertad, por la aplicación de una medida cautelar de aseguramiento o una de internamiento, tendrán que estar en lugares distintos al de los adultos y separados por edades y por sexo.

¹ Estos cambios están basados en instrumentos internacionales que establecen cómo debería ser la justicia para los adolescentes, como las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para la Administración de la Justicia de Menores de 1985 o las Directrices de las Naciones Unidas para la Prevención de la Delincuencia Juvenil de 1990.

En el Artículo 15. Responsabilidad de los Adolescentes, los adolescentes serán responsables por la comisión de las conductas tipificadas como delitos, en los casos y términos que se establecen en esta Ley.

La responsabilidad de los adolescentes se fincará sobre la base del respeto irrestricto al principio de culpabilidad por el acto y no admitirá bajo ninguna circunstancia consideraciones acerca de la personalidad, peligrosidad, ni de cualquier otra que se funde en circunstancias personales del autor de la conducta tipificada como delito.

Para Reintegra muchos jóvenes se ven involucrados en conductas delictivas por el ambiente donde crecen y la falta de oportunidades o de apoyo, que los orillan a creer que esa es la única forma de hacer las cosas.

El abuso de sustancias psicoactivas, constituye uno de los problemas de salud pública de nuestra época, que se presenta tanto a nivel nacional como internacional. Este fenómeno de salud afecta, sin distinción de género, incidiendo principalmente en niños y adolescentes, de cualquier estrato social y de todas las regiones de nuestro país (ENA, 2011).

México cuenta con una amplia experiencia en investigaciones epidemiológicas y cualitativas acerca del consumo de drogas. Desde la década de los setentas se han llevado a cabo estudios con una misma metodología, utilizando técnicas de recolección y análisis uniformes por cada tipo de población estudiada, que nos permiten conocer el panorama global del fenómeno del consumo de drogas en distintos escenarios tales como el hogar, las escuelas y los centros de tratamiento.

El fenómeno de las adicciones es un problema social y de salud pública que de manera alarmante se ha agudizado en los últimos años, en la mayoría de las naciones del mundo. Algunos de los aspectos más preocupantes de este problema son la reducción de la edad de inicio del consumo de drogas, su incremento en los grupos estudiantiles.

Desde la psicología del desarrollo se plantea las causas de las deficiencias en el desarrollo moral y en el empleo de estrategias des adaptativas de afrontamiento (Barletta y Morales 2003; en Sarmiento, Pühl y otros 2011).

Farrington (1983) señala que no existe un correlato psicológico para el término delincuencia puesto que los delincuentes son tan diferentes entre sí que resulta imposible agruparlos en una misma categoría. El elemento común es el acto mismo de delinquir entendiéndolo como conducta antisocial, aunque no necesariamente toda conducta antisocial es un delito. (Kazdin y Buela-Casal, 2001) Angenent y De Mann definen la conducta antisocial como aquellas actividades que en términos de las normas y costumbres se consideran indeseables o inaceptables, concluyendo que la delincuencia juvenil es un trastorno del comportamiento penado por la ley (Sarmiento, Pühl y otros 2011).

Pregunta de investigación

¿Cómo se atiende al adolescente consumidor de sustancias psicoactivas en Fundación Reintegra?

Objetivos de investigación

Caracterizar el tratamiento que se le brinda en Fundación Reintegra al adolescente consumidor de sustancias psicoactivas.

Analizar la relación existente entre el delito y el uso de drogas.

Estado del Arte

En la presente tesis señalo las investigaciones recientes que dan pauta a la construcción del objeto de estudio.

Adolescentes y el consumo de drogas

Muñoz y Graña (2001), realizaron un estudio titulado Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes, en el cual mostrarán la influencia y el peso diferencial de determinadas variables familiares en el consumo de drogas por parte de los adolescentes; Medina, Cravioto y otros (2003), realizaron un estudio llamado Consumo de drogas entre adolescentes: resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones, 1998, para describir el consumo de drogas y los factores de riesgo en adolescentes de 12 a 17 años, siendo que el riesgo de usar drogas se asoció con ser hombre, no estudiar, considerar fácil conseguir drogas, no ver mal el uso de drogas por parte de los amigos, que estos las usaran, usarlas por parte de la familia y estar deprimido.

Villatoro, Gutiérrez y otros (2009), presentaron un estudio titulado Encuesta de estudiantes de la Ciudad de México 2006. Prevalencias y evolución del consumo de drogas, para presentar los resultados de la Encuesta del 2006 sobre las prevalencias del uso de drogas entre la comunidad escolar en la Ciudad de México, teniendo que los hombres estuvieron dentro del sub grupo más afectado por el consumo actual en comparación con las mujeres.

Herrera, Wagner y otros (2004), realizaron un estudio sobre el Inicio en el consumo de alcohol y tabaco y transición a otras drogas en estudiantes de Morelos, México, para estimar la probabilidad acumulada de ocurrencia del primer uso de alcohol y tabaco, y el riesgo de transitar hacia el uso inicial de otras sustancias en estudiantes adolescentes y adultos jóvenes de Morelos, México, los estudiantes usuarios de alcohol o tabaco, o ambos, presentaron mayor riesgo de iniciar el uso de otras drogas que los no usuarios.

Díaz y García (2008), realizaron un estudio titulado Factores psicosociales de riesgo de consumo de drogas ilícitas en una muestra de estudiantes mexicanos de educación media, identificar factores psicosociales de riesgo de consumo de

sustancias ilícitas en estudiantes mexicanos y ofrecer elementos para el diseño de programas de prevención.

Adolescentes en conflicto con la ley

Sarmiento, Puhl y otros (2009), realizaron un estudio titulado Las conductas transgresoras de los adolescentes en conflicto con la ley penal; su relación con las perturbaciones en el vínculo primario, analizar y describir la relación de las conductas transgresoras de los adolescentes en conflicto con la Ley Penal; D'Angelo y Barisonzi (2005), realizaron un estudio titulado Salud mental y desarrollo moral en adolescentes en conflicto con la ley penal, para explorar y describir el estado psicológico actual de los mismos, evaluando la presencia de patología y nivel de desarrollo del juicio moral.

Aloisio, Chouhy y otros (2008), realizaron un estudio titulado Jóvenes en conflicto con la ley: una mirada a las instituciones de rehabilitación desde la perspectiva de género, describir el funcionamiento del sistema de justicia penal adolescente.

Zambrano y Pérez (2004), realizaron un estudio titulado Construcción de Identidad en Jóvenes Infractores de Ley, una Mirada desde la Psicología Cultural, Se argumenta que la infracción de ley configurada en un patrón de conducta recurrente, en el caso de un número importante de jóvenes, es la resultante de un proceso que tiene fuertes vinculaciones con un medio social desventajoso, que genera inseguridad, estrés, desesperanza y dificultades para resolver necesidades básicas materiales y psicológicas.

Nieto (2012), Perfil de los menores en conflicto con la ley, cuáles son las circunstancias de los menores, la reincidencia, la efectividad de las medidas; Tiffer (2002), Los Adolescentes y el Delito, el delito como una manifestación social que implica un análisis extensivo de la conducta individual.

Fundación Reintegra A.C.

Lavadores (2015), Esta investigación está basada en la investigación-acción puesto que es una manera de entender la enseñanza-aprendizaje, pues se conoce a la acción como la exploración reflexiva del problema estudiado; Carpio (2014), Reintegra A.C. es una fundación de la sociedad civil que atiende a jóvenes en conflicto con la ley. Menores de edad entre los 12 y 18 años, que han llevado a cabo la comisión de algún delito y que atraviesan por un proceso penal. Para estos adolescentes la Fundación promueve medidas en libertad, mediante servicios integrales.

Planteamiento del Problema

La delincuencia en nuestro país ha incrementado considerablemente en los últimos 20 años. Muy relacionada a esta actividad está el consumo de alcohol y drogas, como principal causa que la origina. Se ha encontrado que los adolescentes tienen mucho riesgo de hacer ambas actividades, las cuales tienen importantes implicaciones en los ámbitos social, familiar, sanitario y público (Herrera y Oropeza, 2008).

La evolución de los delitos de alto impacto del 2006 a 2012, este tipo de delitos aumentaron pasaron de 700 mil a cerca de 900 mil, lo que representa un incremento del 27.4%. En 2012 estos delitos representaron el 51% del total de los delitos registrados en el país. Es necesario resaltar el caso de las extorsiones que de 2011 a 2012 aumentaron 91.3% es decir que casi se duplico el número de extorsiones en el país.

CONCEPTO	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Robo	545,251	610,877	656,877	680,566	738,138	749,414	709,259	511,154
Lesiones Dolosas	175,738	189,383	186,585	183,421	176,451	160,995	154,563	114,434
Homicidio Doloso	11,806	10,253	13,193	16,117	20,585	22,480	21,728	13,834
Secuestro	733	438	907	1,162	1,284	1,344	1,317	1,205

Castellanos Anchondo Carolina

Extorsión	3,157	3,123	4,875	6,332	6,375	4,404	7,272	6,049
Total de delitos considerados de alto impacto	736,685	813,927	862,437	887,598	942,833	938,637	894,139	646,676
Total de delitos	1,580,730	1,724,319	1,763,462	796737	1,838,109	1,827,373	1,702,178	1,248,707
Variación porcentual	46.6%	47.2%	48.9%	49.4%	51.3%	51%	53%	52%

Fuente:

<http://mucd.org.mx/recursos/Contenidos/Estudiosycifras/documentos2/Datos%20sobre%20delitos%20en%20Mexico.pdf>

En Latinoamérica la delincuencia, así como el abuso de drogas, se explican también por múltiples causas, entre ellas las brechas de inequidad, la inestabilidad social, la concentración urbana y los niveles de control social, a los cuales hay que agregar aspectos ambientales, como también los psicológicos y biológicos que pueden llegar a desencadenar tales conductas -independientemente de los aspectos sociales- o bien pueden estar reforzados o ser activados por éstos; En algunos países se indagaron aspectos vinculados al entorno familiar, donde los resultados también indican condiciones de baja contención, maltrato y consumo de drogas (UNODC, 2010).

Supuesto de investigación

Existe relación de causa entre la comisión del delito con el consumo de drogas, de manera que los sujetos expuestos a múltiples factores pueden desarrollar las dos conductas.

Que la Fundación Reintegra logre reinsertar a los adolescentes con conflictos legales y el consumo de drogas a la sociedad para que retomen su proyecto de vida.

Estructura de la tesis

El presente documento consta de 4 capítulos:

El primer capítulo titulado Nociones teóricas en dónde describo a la adolescencia y la pubertad, la definición de las drogas y su tipo, en especial los efectos, como están conformados y los daños que causan sobre el sistema, las fases del proceso adictivo y sobre el delito.

Marco contextual, es el segundo capítulo que conforma esta investigación, lugar en el que se realizaron las observaciones para conformar dicho documento, en este capítulo, hago una descripción sobre la forma y método de trabajo que los profesionales realizan día con día en la Fundación REINTEGRA, así como las áreas, programas y el proyecto de tratamiento externo que recibe cada adolescente.

En el tercer capítulo hablo sobre las Nociones metodológicas que sustentan la investigación, basada en la investigación cualitativa, con el diseño del estudio etnográfico, observación participante y realizando diarios de observación, finalizando con la descripción detallada de los estudios de caso por sujeto observado.

El cuarto capítulo que refiere al Análisis etnográfico de la intervención pedagógica en la Fundación REINTEGRA A.C., describo caso por caso la aplicación y el método utilizado con cada uno de los sujetos observados para realizar el documento, detallo con cada uno como se dio la aplicación del Diagnóstico de consumo en todas sus categorías, desde el inicio y la presentación hasta la integración y la devolución de los resultados.

Finalmente las conclusiones en las cuales doy respuesta a la pregunta de investigación que es la naturaleza de esta investigación.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

En este primer capítulo hablaré sobre las siguientes nociones teóricas: adolescencia, pubertad, drogadicción y delito.

1.1 Adolescencia y Pubertad

La pubertad proviene del latín “pubertas” que significa “edad de la virilidad”, se refiere al momento en que los órganos reproductores maduran y comienzan a funcionar.

La pubertad se inicia con el comienzo de la transformación del cuerpo infantil en el de un adulto y finaliza cuando la transformación se completa. Se considera que el individuo es un niño hasta el momento en que madura sexualmente; entonces se le llama adolescente.

Según Hurlock, E., la pubertad es el periodo en que se produce la madurez sexual, la cual forma parte de la adolescencia pero no equivale a ésta la cual comprende todas las fases de la madurez y no solo la sexual.

La transición desde la infancia hasta la adultez es normalmente un periodo difícil tanto para el grupo social como para el individuo (Goldman, S. 1962, 54).

El comienzo de la pubertad trae consigo rápidos cambios en el tamaño y la estructura del cuerpo, cuando el desarrollo físico llega a determinado punto se espera que el niño también madure psicológicamente y abandone las conductas infantiles. Las modificaciones están acompañadas de cambios en los intereses.

El cambio desde la infancia a la adultez es una tarea demasiado vasta para un lapso breve, por lo que el niño debe contar con tiempo para realizar el cambio.

Los Hechinger 1963, señalaron el papel que deben desempeñar los adultos para ayudar a los niños a efectuar la transición:

La tarea presente es hacer que se comprenda claramente que la adolescencia es una etapa del desarrollo humano no un imperio o siquiera una colonia. La misión de los mayores consiste en ayudar a los jóvenes a convertirse en adultos llevando sus normas y valores a la madurez en lugar de rebajar la condición de adulto al nivel de la precaria madurez adolescente. La tarea del mundo es hacer de la adolescencia un paso hacia la madurez, no un privilegio que puede ser explotado (E. Hurlock, 1989; 19).

La vida del individuo, desde el nacimiento hasta la edad adulta, constituye un todo en constante desenvolvimiento; pero este presenta fases definidas, que requieren tratamientos adecuados (Carneiro, 1951).

De acuerdo con Brooks, F. 1959 La pubertad es la etapa inicial de la adolescencia, la edad más temprana en que el individuo está capacitado para procrear o dar a luz. La adolescencia es una etapa entre la niñez y la edad adulta, que cronológicamente se inicia por los cambios puberales y que se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones, pero esencialmente positivos. No es solamente un periodo de adaptación a los cambios corporales, sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social. (Pineda, S. Y Aliño, M.).

Según la OMS la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases: la adolescencia temprana (10 a 14 años) y la adolescencia tardía (15 a 19 años).

De acuerdo con Stanley Hall, la adolescencia es un nuevo nacimiento; los rasgos humanos surgen en ella más completos: las cualidades del cuerpo y del espíritu son

más nuevas; el desenvolvimiento es menos gradual y más violento.

Etimológicamente la palabra adolescencia es un término que deriva de la voz latina “*adolescere*”, que significa crecer o desarrollarse hacia la madurez, por lo tanto se dice que la adolescencia es un período de transición que media entre la niñez y la edad adulta. Cabe mencionar que también es catalogada como una situación marginal en la cual se realizan ciertas adaptaciones que son establecidas por una sociedad específica (Hurlock, 1987).

La adolescencia es una etapa entre la niñez y la edad adulta, que cronológicamente se inicia con los cambios puberales y que se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones, pero esencialmente positivos. No es solamente un periodo de adaptación a los cambios corporales, sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social. Pineda y Aliño (1999).

La adolescencia es la etapa en la cual se experimentan cambios muy rápidos en cuanto al crecimiento físico, emocional, social e intelectual. Asimismo se produce una variación en la manera como las personas se relacionan con el mundo que les rodea. Esta etapa que se inicia con la pubertad o comienzo de la edad fértil, se ha visto envuelta en una variedad de rituales, en los cuales se reconoce el comienzo de la capacidad reproductiva (Hurlock, 1987).

La OMS, define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 11 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 12 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años.

De acuerdo con Aberastury, A. 1989 la adolescencia es un periodo de contradicciones, confuso, ambivalente, doloroso, caracterizado por fricciones con el medio familiar y social, el desprecio que el adolescente muestra frente al adulto es,

en parte, una defensa para eludir la depresión que le impone el desprendimiento de sus partes infantiles, pero es también un juicio de valor que debe ser respetado.

1.1.1 Desarrollo Biológico

La adolescencia es el conjunto de las transformaciones corporales y psicológicas que se efectúan entre la infancia y la edad adulta, la pubertad es particularmente la aparición e instalación de la función sexual; la juventud; el aspecto social de la adolescencia (Debesse, M. 1977).

La pubertad según Meece (2000), designa el periodo en el que el joven está en condiciones de realizar la reproducción sexual. La edad media de su aparición es entre los 10 a 12 años de edad para la mujer y entre los 12 a 14 para el varón.

La aceleración del crecimiento puberal se inicia uno o dos años de que los órganos sexuales lleguen a la madurez funcional y persiste seis meses a un año después de ella (Hurlock, E. 1987).

Mujeres

Para las mujeres la primera señal es el aumento del tamaño de los senos o la aparición de vello púbico, el inicio del ciclo menstrual es el último cambio físico de la pubertad, y no el primero como se cree.

El primer cambio físico importante que sucede en la pubertad es el aumento del tamaño corporal, se produce una aceleración del crecimiento cuyo transcurso el cuerpo alcanza proporciones adultas.

La aceleración del crecimiento femenino comienza entre los 8.5 y los 11.5 años con un pico en la velocidad del desarrollo que ocurre a los 12.5 años promedio, el ritmo declina gradualmente hasta que se produce un alto en el proceso entre los 15 y 16 años.

El aumento de peso durante la adolescencia se debe en gran parte al crecimiento

de huesos y músculos, los huesos se hacen más grandes y más pesados.

Las mujeres experimentan el mayor aumento de peso poco antes y después de la pubertad, en el lapso de tres años el promedio de incremento en el peso es de unos 15.5 kilogramos.

La parte más importante del aparato reproductor femenino son los ovarios, entre los 12 y 18 años inician un crecimiento que continua durante algún tiempo, cuando la niña llega a la pubertad los óvulos comienzan a madurar a razón de uno cada 28 días aproximadamente.

La primera indicación que tiene una niña acerca de su madurez sexual es la menarca, a esta sigue un periodo de esterilidad adolescente momento en el cual las glándulas endocrinas no vierten su hormona en la corriente sanguínea con la debida intensidad como para hacer posible la ovulación y la reproducción.

La menarca es el comienzo de una serie de descargas periódicas que suceden con cierta regularidad cada 28 días hasta que la mujer llega a la menopausia en su cuarta o quinta década de vida. Estas descargas periódicas se conocen como menstruación de la palabra latina "*menses*" que significa "mes".

Dentro del desarrollo de las características sexuales encontramos cambios como:

- Ensanchamiento de los hombros e incremento en la amplitud y redondez de las caderas, quedando así limitada la cintura, que da al tronco una forma similar a la de un reloj de arena.
- Conformación definida de brazos y piernas, debido principalmente al tejido adiposo.
- Desarrollo del busto.
- Vello púbico.
- Vello axilar.
- Vello facial sobre el labio superior, en la parte inferior de las mejillas y al borde

del mentón.

- Pilosidad en los miembros.
- Cambio de voz de una tonalidad aguda a otra grave.
- Cambios en el color y la textura de la piel.

Varones

Para los varones el primer signo de la pubertad son algunos cambios en sus genitales, acompañados de la aparición del vello púbico, seguidos por cambios en el tamaño del pene, aparición de vello facial, corporal así como enronquecimiento de la voz.

Los varones muestran un patrón similar de desarrollo acelerado sin embargo lo inician más tarde y siguen creciendo durante más tiempo, arranca en promedio entre los 10.5 y 14.5 años y es hasta los 17 o 20 años en donde el crecimiento se completa.

El aumento rápido de peso se presenta uno o dos años después que las mujeres, el promedio es de 18 kilogramos.

Los órganos sexuales masculinos comprenden los genitales externos e internos, los que se encuentran en el exterior del cuerpo son el pene y escroto, mientras que los internos son el conducto deferente, la próstata y la uretra (Brozek, J. 1970; en Hurlock, E. 1987; 58).

Cuando los órganos de reproducción masculinos están funcionalmente maduros, por lo general aparecen las poluciones nocturnas. La primera descarga nocturna se produce entre los 12 y 16 años.

Respecto a los cambios sexuales secundarios enlistamos los siguientes:

- Ensanchamiento de los hombros, debido a la presencia de músculos pesados, lo que da al tronco una conformación triangular.

- Forma definida de brazos y piernas debido al desarrollo muscular.
- Nudos o leves protuberancias alrededor de las tetillas.
- Vello púbico que se extiende hasta los muslos.
- Vello en las axilas.
- Vello facial sobre el labio superior, a los costados de la barbilla, y pelo en la región de la garganta.
- Pilosidad en los miembros, el pecho y los hombros.
- Cambios de voz.
- Cambios de color y la textura de la piel.

La pubertad ese proceso de maduración física que conduce a los niños y a las niñas hacia su etapa de madurez sexual y reproductiva; es por tanto el periodo que se define fundamentalmente por los cambios físicos y la transformación del propio cuerpo (Bausch, 2003: en Pereira, 2011; 50)

A los 16 años viene la culminación de los cambios físicos que provocan desajustes emocionales y psicológicos en el adolescente; en los próximos años alcanzara la madurez total que le permitirá ingresar al mundo de los adultos. La etapa de la adolescencia implica una serie de reajustes en la vida de los adolescentes, tanto hombres como mujeres en el interior de ellos mismos como en las relaciones sociales con los demás (Cuevas, J. 1999).

1.1.2 Desarrollo Psicológico

Durante la adolescencia se desarrolla el pensamiento abstracto, el razonamiento moral y el sistema de valores propio. De este modo, las preocupaciones que los adolescentes expresan y el uso que hacen de sus estrategias de afrontamiento incluyen un rango de estilos cognitivos y habilidades que reflejan diferentes niveles de pensamiento concreto y abstracto. Las operaciones mentales que surgieron en las etapas previas se organizan en un sistema más complejo de lógica y de ideas más abstractas; los adolescentes piensan en cosas con que nunca han tenido contacto, pueden generar ideas acerca de eventos que nunca ocurrieron y hacer

predicciones sobre hechos hipotéticos.

Piaget (1972) considera que en la adolescencia se culmina el desarrollo cognitivo que se inicia con el nacimiento y cuyos estadios se pueden observar en el curso del desarrollo infantil.

Otro de los aspectos psicológicos en esta etapa es la identidad, etapa en la que se produce el proceso de identificación, donde, la persona toma conciencia de su individualidad y de su diferencia respecto a los demás.

Los adolescentes desean saber quiénes son, cómo son y cómo se definen frente a los demás. Es decir, se está modificando su auto concepto físico, familiar, emocional, social y académico laboral, aspectos que configuran la imagen general que se tiene de uno mismo.

1.1.3 Desarrollo Social

La mayoría de los cambios de actitud y de conducta experimentados en la etapa pre pubescente no tiene nada de placentera. El niño parece estar en retroceso por cuanto desaparecen muchos rasgos socialmente deseables adquiridos al fin de la infancia, Charlotte Bühler a este periodo la denominación de “fase negativa” (Bühler, C. 1927: en Hurlock, E. 1987; 65).

El adolescente se encuentra en una etapa de búsqueda, la que produce ansiedad, inseguridad, soledad e inestabilidad. Dicha inestabilidad, genera diferentes conductas que pueden ser vistas o calificadas como normales. Esas conductas, a su vez, no necesariamente dañan al adolescente, sino que lo motivan a seguir buscando opciones, formas de ser y soluciones, ayudándole a encontrar nuevos esquemas de funcionamiento personal y social (Dulanto, 2000).

A pesar de los grandes adelantos tecnológicos visibles hoy en todos los países, los procedimientos de ayuda a los niños y adolescentes para que lleguen a ser adultos

comunes siguen siendo para los padres y las personas que se ocupan de los jóvenes un problema por resolver.

La familia proporciona las condiciones óptimas para el desarrollo de la personalidad de los jóvenes, por lo que se entiende que la familia entre sus múltiples funciones tiene la de ser un buen instrumento para transmitir las tradiciones, costumbres, usos y convicciones de la sociedad a los recién nacidos y a las generaciones más jóvenes (González, 1987, en González, 2002; 17).

En su grupo de iguales los amigos suelen ser los compañeros del barrio o de la escuela, pero así como ellos han elegido libremente a su grupo, el grupo los ha elegido de igual manera; en la adolescencia los jóvenes homologan sus criterios con los de su grupo: hacen o dejan de hacer lo que el grupo hace o no hace, la amistad y el grupo ahora adquieren todo el valor.

Diversos autores Baumrind, 1987; Csikszentmibaly y Larson, 1984. Aportan que hay ocasiones en que los adolescentes se arrastran mutuamente a los conflictos, y en cuestión de que no haya supervisión por algún adulto la excitación de estar juntos y el deseo de desafiar las restricciones de los adultos puede dar como resultado una conducta arriesgada, prohibida y destructiva.

Un joven normalmente decide asociarse con amigos cuyos valores e intereses comparte, y se involucran colectivamente en acciones peligrosas y escapadas que ninguno de ellos haría por su cuenta (González, 2002).

Los jóvenes o adolescentes van abandonando su etapa infantil, es una situación transitoria en la que dejan de ser considerados niños, sin alcanzar y desempeñar las funciones de un adulto. La juventud es una etapa de desarrollo individual que mira hacia adelante.

La juventud, como diferencia arbitraria entre la infancia y la edad adulta, refleja los niveles de conflictividad social que encierran las relaciones generacionales.

Para Bourdieu se trata de un proceso social mediante el cual las generaciones más avanzadas construyen a través de la cultura unos patrones de conducta y un papel, que impide a aquellos que han sobrepasado la etapa infantil (jóvenes), que prometan hacerse de las habilidades y recursos para ser autónomos, y así accedan al poder (Bourdieu, 1990: 163; en Jimenez, R. 2005: 220).

1.2 Drogadicción

La definición de la OMS el “estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga natural o sintetizada y caracterizado por: 1) deseo dominante para continuar tomando la droga y obtenerla por cualquier medio, 2) tendencia a incrementar la dosis, 3) dependencia física y generalmente psíquica, con síndrome de abstinencia por retirada de la droga, y 4) efectos nocivos para el individuo y para la sociedad”.

Según informe de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Drogas y el Delito (UNODC), se estima que en 2010, unas 230 millones de personas en el mundo (estimación que va desde 153 a 300 millones) consumieron alguna droga ilícita en el año previo. Esto representa alrededor del 5% (entre 3,4% y 6,6%) de la población mundial de entre 15 y 64 años de edad.

A nivel mundial, se calcula que en 2012 entre 162 y 324 millones de personas, es decir del 3,5% al 7,0% de la población de entre 15 y 64 años, consumieron por lo menos una vez alguna droga ilícita, principalmente sustancias del grupo del cannabis, los opioides, la cocaína o los estimulantes de tipo anfetamínico. (UNODC, 2014).

La mayoría de las personas quienes llegan a probarlas, sólo una fracción desarrollará patrones de dependencia. Sin embargo, el consumo abusivo de drogas constituye un serio problema de salud para muchas personas. Es importante destacar que el inicio temprano del consumo está asociado con un mayor riesgo de dependencia y de otros problemas (Insulza, J.).

No existe un factor que determine el que una persona desarrolle dependencia de las drogas. Sin embargo hay factores de riesgo que han sido identificados los cuales contribuyen al desarrollo de la adicción.

Quizá uno de los más importantes es la edad del primer consumo, se ha demostrado que en los adolescentes el cerebro aún está desarrollándose, de tal manera que el consumo de sustancias psicoactivas durante dicho periodo puede tener consecuencias importantes a largo plazo.

Es importante resaltar que los jóvenes han sido socializados en el consumo como modo de satisfacción de sus deseos y necesidades. El consumismo refiere tanto a la acumulación o compra de bienes o servicios considerados no esenciales, como al sistema político y económico que promueve la adquisición de riqueza como signo de status y prestigio, riqueza que es asimilada con la satisfacción personal.

En términos del pensador polaco Bauman (2007), nos encontramos en el final de un proceso que produjo el pasaje de una sociedad de productores a una de consumidores; este cambio significó múltiples y profundas transformaciones. Una de ellas es educar a los consumidores para que estén dispuestos a ser seducidos constantemente por las ofertas del mercado, a la vez que crean que son ellos quienes mandan, juzgan, critican y eligen. Los bienes y servicios de consumo son presentados a través de publicidades y propagandas como objetos capaces de satisfacer todas las aspiraciones de felicidad que puede tener una persona.

“La droga” no existe como algo independiente de las variadas y diferenciadas formas de su uso. En este sentido.

[...] lo determinante no es el producto, sino la relación con el producto y el modo de vida en que se inscribe [...] Así, existen varios modos de consumo, que comprenden las frecuencias y cantidades, pero también el tipo de compromiso

en el uso de la droga definido por un sistema de relaciones, con sus rituales organizados alrededor de la toma del producto (Castel y Coppel, 1994: 230).

Por otra parte, si algunas personas consumen drogas al punto de que no pueden manejar sus vidas, hay que interrogarse no sobre las sustancias, sino sobre las motivaciones que tienen esas personas para consumirlas de ese modo.

Bajo la denominación de “sustancia psicoactiva” o “droga”, se incluye un grupo variado de sustancias, cuyo potencial adictivo, así como su peligrosidad, puede variar significativamente. Estas diferencias se deben no sólo a características farmacológicas de cada sustancia, sino también a la cronicidad del uso, la dosis, la vía de administración, las características del usuario y el contexto en que se consume.

En la actualidad la drogadicción, es uno de los problemas que generan mayor preocupación en la sociedad ya que no solo afecta en quien es consumidos, sino también a todos aquellos a quienes por la cercanía, recibe los impactos y la destrucción que la droga produce como efecto; El consumo de drogas no es exclusivo de esta época, ya que se encuentran antecedentes de su uso, desde la antigüedad, la preocupación que genera entonces es el crecimiento y excesivo y la disminución en la edad de inicio (Barrón, 2010).

El discurso social actual no sólo facilita el consumo, sino que además lo prueba como valor social, mismo que permite al adolescente no sólo la inclusión y pertenencia a diferentes grupos, sufrimiento y vacío en el que el hombre de hoy suele caer.

En nuestros días, el consumo de drogas incluyendo tabaco y alcohol ha aumentado considerablemente, constituyéndose como un grave problema de salud pública (Cuevas, J. 1999).

Se han asociado muchos factores al uso de drogas, incluyendo la condición socioeconómica, los antecedentes familiares, el rendimiento escolar, factores psicológicos, actitudes, conductas y factores relacionados con los trastornos emocionales (Newcomb y Bentler, 1989; en González, 2002).

Dicho esto entendemos que lo que los jóvenes buscan en la droga es calma, euforia, tranquilidad o valor, recurren a ella por encontrar situaciones agradables o buscando alejarse de algún sentimiento o situación negativa para sus vidas, siendo así que estos adolescentes son capaces de hacer todo con tal de conseguir la droga.

Según la OMS (2004). El consumo y la dependencia a sustancias psicoactivas suponen una carga significativa para los individuos y sociedades alrededor del mundo. El informe sobre la Salud en el Mundo d 2002, declaró que el 8.9% de la carga total de morbilidad es causada por el consumo de sustancias psicoactivas; el tabaco supuso el 4.1%, el alcohol un 4% y las drogas ilícitas el 0.8%.

El diccionario de la RAE define adicción del latín *addictio, addictionis* como el hábito de quienes se dejan dominar por el uso de alguna o algunas drogas tóxicas.

La OMS, por su parte define a la farmacodependencia o adicción como:

El estado psicofísico caracterizado por el uso repetido de una o de varias sustancias psicoactivas, a tal grado que el consumidor (adicto) se encuentra periódica o permanentemente intoxicado, muestra compulsión por consumir la sustancia o sustancias de su preferencia, le resulta verdaderamente difícil o imposible interrumpir o modificar el consumo, y presenta una determinación absoluta por conseguir la droga por cualquier medio (OMS, 2011: 4).

El problema de la droga no es la droga en sí, sino el motivo por el cual el sujeto la busca y la consume.

Según un estudio realizado por el INJUVE, con 1,596 jóvenes: el 38.7% se droga por curiosidad; el 21.6 por problemas personales como timidez, soledad etc.; el 10% por atracción de lo prohibido; el 5.7% por mal funcionamiento del sistema educativo; el 5.4% por enfrentamiento padres e hijos; el 5.0% por falta de actividades recreativas juveniles, el 4,2% por aumento del paro juvenil, etc.

1.2.1 Fases del Proceso Adictivo

El uso de una droga es el consumo de una sustancia que no produce consecuencias negativas en el individuo. Este tipo de consumo es el más habitual cuando se usa una droga de forma esporádica. El abuso se da cuando hay un uso continuo a pesar de las consecuencias negativas derivadas del mismo. La dependencia surge con el uso excesivo de una sustancia, la cual 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 (Becoña, E. 2002: 47).

La dependencia se caracteriza por el uso compulsivo de drogas, a pesar de las consecuencias negativas asociadas con su empleo.

Por dependencia, denominado síndrome de dependencia, según la CIE-10 (OMS, 1992), se entiende: 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 (Becoña, E. 2002: 48).

El término inglés *craving* refiere a un deseo extremadamente intenso e irrefrenable de auto administrarse una sustancia. Algunas drogas como el alcohol, el tabaco o la cocaína tienen más facilidad para provocar este fenómeno en personas dependientes o consumidores habituales. El *craving* puede aparecer semanas o

meses después de haber abandonado el consumo y superado el síndrome de abstinencia agudo (Caudevilla, F.; 5)

La tolerancia a la necesidad progresiva de administrar cantidades crecientes de una sustancia para conseguir el efecto deseado, el efecto obtenido tras la administración de una misma cantidad de sustancia, que disminuye claramente con el consumo continuado.

La tolerancia obliga a incrementar la dosis para alcanzar el mismo efecto, en ocasiones puede presentarse un fenómeno contrario al de la tolerancia: tolerancia inversa, la respuesta a una pequeña dosis es exagerada.

1.2.2 Concepto y Tipos de Droga

Por droga entendemos, siguiendo la definición de la OMS: «toda sustancia que introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más funciones de éste» (Kramer y Cameron, 1975, p. 13) y por droga de abuso «cualquier sustancia, tomada a través de cualquier vía de administración, que altera el estado de ánimo, el nivel de percepción o el funcionamiento cerebral» (Schuckit, 2000, p. 4).

a) Tabaco

Es una planta originaria de América cuyo uso ha dejado de ser curativo y ceremonial. Se considera dentro de la clasificación de los estimulantes; su principio activo es la nicotina, que tiene una gran variedad de efectos complejos y, a veces, impredecibles tanto en la mente como en el cuerpo.

Además de la nicotina, el humo del tabaco contiene alquitrán, se han identificado más de 4 mil sustancias tóxicas entre las que se encuentran monóxido de carbono, amonio, plutonio, las cuales tienen potencial cancerígeno. (CONADIC²)

² Información consultada en: CONADIC http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/informe_tabaco.pdf

El cigarro es la droga que más mata en México, cerca de 66 mil al año, de igual manera se gastan 72 mil millones de pesos al año, recursos que requieren las Universidades, en atender las cuatro principales enfermedades que dispara el consumo de tabaco: infarto agudo al miocardio, enfermedad obstructiva crónica, cáncer de pulmón y accidente cerebral vascular.

Fumar, causa dependencia y síndrome de abstinencia a la nicotina. Estos síntomas aparecen al cabo de unas pocas horas (2-12 horas) y pueden extenderse un promedio de cuatro semanas o más tiempo. El alquitrán, el monóxido de carbono y otras sustancias irritantes que se encuentran en el cigarro, aumenta el riesgo de que un fumador desarrolle cáncer de pulmón, enfisema y trastornos bronquiales, enfermedades cardiovasculares³.

b) Alcohol

El ingrediente activo de las bebidas alcohólicas es el etanol y es una sustancia derivada de la descomposición de carbohidratos vegetales y tiene cualidades físicas y biológicas que le hacen perjudicial para el organismo humano⁴.

Este depresor del sistema nervioso central es la droga legal de más alto consumo y cuenta con un mayor número de adictos, debido a que las bebidas que lo contienen gozan de gran aceptación social. El alcohol etílico que contienen las bebidas se produce durante la fermentación de los azúcares por las levaduras y es el que provoca la embriaguez.

El alcohol afecta específica y selectivamente la función de ciertas proteínas de membrana, entre las que se encuentran los canales de iones dependientes de receptor (GABA- y NMDA son los más sensibles a la acción del etanol). El etanol favorece la entrada de cloro por estímulo del receptor GABA, pero no todos los receptores GABA-A son sensibles al etanol ya que existe gran diversidad de

³ Información consultada el 22-06-16 en CONADIC: (http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/informe_tabaco.pdf/)

⁴ Información consultada en CONADIC: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/informe_alcohol.pdf

subunidades que componen este receptor. Esta acción explica la tolerancia cruzada que presenta el alcohol con otros depresores que actúan en el mismo complejo macromolecular del GABA-Canal de Cloro, las benzodiazepinas y los barbitúricos. El etanol actúa como inhibidor del receptor NMDA y reduce, por tanto, la actividad glutamatérgica.

En México, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA), del 2008 a 2011 creció el número de bebedores; esta práctica tiene un inicio temprano, poco más de la mitad (55%) de la población que ha consumido alcohol, inició antes de los 17 años.

Así mismo, la ENA 2011 reporta que el 6% de la población desarrolló dependencia, lo que equivale a 4.9 millones de personas entre 12 a 65 años, correspondiendo el 10.8% a los hombres y el 1.8% a las mujeres. La dependencia al alcohol afecta a 4.1% de los adolescentes y 6.6% de los adultos, este índice aumentó significativamente entre los hombres de 2008 a 2011.

c) Marihuana

El compuesto activo de la marihuana es tetrahidrocannabinol (THC), que afecta la regulación de las emociones, la memoria, la atención y la percepción.

Se obtiene de una planta llamada *cannabis*, cuyas hojas de color verde, largas, estrechas y dentadas son trituradas; en ocasiones se mezclan las semillas y tallos de la planta. Comúnmente se fuma en cigarrillos elaborados en forma rudimentaria. El hachís es una preparación de la resina gomosa de las flores de las plantas hembra de *cannabis*.

La marihuana es producida a partir de la planta *Cannabis sativa* y se utiliza de tres formas: 1) la hierba de cannabis formada por las hojas secas y las flores, conocida como "hierba" "mota", en cigarrillos se conoce como "churros" o "porros" 2) la resina de cannabis que es la secreción prensada de la planta, conocido como "hachís" y 3) el aceite de cannabis que es una mezcla resultante de la destilación o la extracción

de los ingredientes activos de la planta. La hierba es el producto que se utiliza con mayor frecuencia en gran parte del mundo⁵.

En la población adolescente (12 a 17 años) el consumo en el último año se reporta como la sustancia ilegal más prevalente con 1.3%. En el caso de los hombres la prevalencia es del 2% y para las mujeres de 0.6%. La ENA menciona que ningún incremento es estadísticamente significativo.

La marihuana provoca estragos a nivel cerebral, principalmente en la memoria a corto plazo, además se corre el riesgo de desarrollar algún trastorno como la esquizofrenia; con el *cannabis*, personas que quizá jamás desarrollarían dicha enfermedad podrían adquirirla.

De acuerdo con Sanabria, F. “el consumo de drogas genera efectos negativos en el ser humano. No solo el cuerpo sufre deterioros y cambios, también se tienen problemas de índole social que repercuten en la economía y provocan conductas agresivas y fatales accidentes automovilísticos, entre otras cosas”

d) Cocaína

La cocaína se obtiene de una planta llamada coca; tiene el aspecto de un polvo esponjoso, blanco y sin olor. Es un potente estimulante con una gran capacidad adictiva. Se extrae de las hojas de la planta *Erythroxylon coca*.

La cocaína se asocia una fuerte sensación de euforia, provocada por el incremento excesivo de la dopamina en las sinapsis cerebrales, ocasionada por la inhibición de recaptura del neurotransmisor que se libera en el espacio sináptico.

El consumo de cocaína produce una amplia gama de efectos nocivos en la salud a corto plazo: alteraciones a la transmisión de los estímulos nerviosos, formación de

⁵ Información consultada en: (https://www.unodc.org/unodc/secured/wdr/wdr2013/World_Drug_Report_2013.pdf)

coágulos al interior de los vasos sanguíneos, trastornos del ritmo y las contracciones cardiacas e infartos en órganos especialmente susceptibles como corazón y a largo plazo, la cocaína puede causar atrofia cerebral, alteraciones en la memoria y trastornos del sueño y del ánimo, como la depresión (Socidrogalcohol, 2007).

Según la ENA (2011; 8) La prevalencia del consumo de cocaína en el último año, en población general (12 a 64 años) La siguiente droga de mayor prevalencia es la cocaína con un 0.5%, similar al 2008 que fue de 0.5%. En el caso de los hombres la prevalencia aumentó de 0.8% en el 2008 a 0.9% en el 2011 y para las mujeres la prevalencia se mantuvo con un 0.1% en ambos años. El incremento no es estadísticamente significativo, mostrando una tendencia estable en el consumo de cocaína en dichos años.

Algunos de los efectos a corto plazo en gran cantidad son:

Complicaciones otorrinolaringológicas: debido al consumo esnifado produce rinitis crónica hasta producir erosiones o perforaciones del tabique nasal, problemas psiquiátricos: depresión, ansiedad, paranoias, conductas violentas, psicosis, pérdida del sentido de la realidad. Alucinaciones auditivas, reacciones alérgicas en piel (cocaína inyectada), infecciones por la vía de consumo: hepatitis B, SIDA.

e) Drogas de Prescripción Médica

Debido a sus efectos en el sistema nervioso central (SNC), existe una variedad de medicamentos que presentan potencial de abuso. Los principales factores que explican este fenómeno; Su auto-administración para mitigar algunas molestias como son el dolor y la ansiedad sin una supervisión médica sobre su uso. Lo anterior se encuentra estrechamente vinculado con la carencia de servicios de atención en salud mental. Lo que favorece que las personas que padecen de trastornos como la ansiedad o el insomnio se auto mediquen.

Dentro de los principales medicamentos con potencial de abuso se encuentran los opiáceos, los opioides, las benzodiazepinas y los barbitúricos. Por lo que los

componentes psicoactivos de cada uno de estos medicamentos varían entre sí, aunque podrían compartir mecanismos de acción. CONADIC⁶

Los mecanismos de acción de este tipo de medicamentos se encuentran estrechamente vinculados con la función dopaminérgica, que como se mencionó previamente, regula la percepción del placer. Adicionalmente, algunos de estos medicamentos actúan en otros neurotransmisores que también producen ciertos efectos placenteros en los individuos. Por ejemplo, la acción de las benzodiazepinas en el GABA (principal inhibidor del sistema nervioso central) y glutamato (principal excitador del sistema nervioso central), que disminuyen la percepción de ansiedad y tras su uso repetitivo podrían presentar el efecto de tolerancia y síndrome de abstinencia a su discontinuación.

Los resultados provenientes de la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA 2008), la última que evaluó el consumo de este tipo de sustancias, no señala un problema importante en el abuso de los medicamentos de prescripción en la población general. Sin embargo, a nivel internacional cada vez es mayor el consumo de este tipo de sustancias y México no es la excepción (CONADIC).

1.3 Delito

La delincuencia juvenil es la conducta prohibida por la ley y que es llevada a cabo por menores de 18 años (Trojanowicz y Morash, 1987).

El Diccionario Jurídico Mexicano define al delito como: El acto u omisión constitutivo de una infracción de la ley penal.

En su acepción etimológica, la palabra delito deriva del verbo latino *delinquere*, que significa abandonar, apartarse del buen camino, alejarse del sendero señalado por la ley. En este caso, abandonar la ley (Pina, 2004: 219).

⁶ Información consultada en http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_DROGAS_ILICITAS_.pdf

Según Rowe, 2002. Y el punto de vista de la genética conductual, la delincuencia incluye actos que son realizados con la intención de explotar a otras personas, sacando provecho de sus pertenencias y con esto reducir su capacidad de adaptación al entorno.

La conducta desviada se define como aquellas actividades consideradas inaceptables en términos de las normas convencionales y de las costumbres, dichas conductas son consideradas molestas para otras personas (Angemen y Man, 1996). Las malas compañías, las escasas facilidades recreativas, las malas condiciones hogareñas, la excesiva vida callejera, el bajo Toño moral de la comunidad, son causa de la mayoría de los casos de delincuencia.

La prevención puede necesitar, y a menudo necesita realmente, que el joven sea alejado de los hogares viciosos (Brooks, F.).

□ **Ambientes generadores de la delincuencia**

Dentro de los múltiples factores que generan la delincuencia juvenil se encuentran el ambiente físico el cual involucra el diseño de un espacio como son las recámaras, patios, calles y parques, el ambiente social siendo este el conjunto de contextos en donde se desenvuelve el adolescente como son la familia, el barrio, la escuela.

Cabe mencionar que la delincuencia se generan cualquier estrato socioeconómico o cultural, sin embargo es más propenso en el bajo nivel, en donde predomina la pobreza, el deterioro material, el amontonamiento en las viviendas, lo cual constituye el ambiente físico del cual ya se había mencionado; así como dentro del ambiente social existen varias condiciones que anuncian el surgimiento de las conductas delictivas como son: la falta de vigilancia por parte de los padres, conflictos familiares, violencia, patrones de delincuencia.

De acuerdo con Ingolsby y Shaw (2002); Leventhal y Brooks-Gunn, (2000); en Frías y Corral (2004; 60). Los sociólogos y criminólogos han encontrado que la mayoría de los delitos cometidos por menores ocurre en vecindarios densamente poblados, pobres, con pocas oportunidades económicas, deterioro físico y desorganización.

Sin embargo la pobreza no es un factor determinante para desear rolar la delincuencia.

Dicho esto se entiende entonces que la delincuencia juvenil se desarrolla por la desorganización y la falta de vigilancia familiar, siendo que los adolescentes se encuentran totalmente expuestos a los patrones de violencia, mercados ilegales en su mayoría de drogas, contacto con modelos delictivos y presenciar actos peligrosos los cuales encaminan al adolescente a aceptar la violencia como método para resolver problemas y aprender conductas violentas.

De acuerdo con la Ley de Justicia para Adolescentes del Distrito Federal, en el Artículo 2 De los sujetos y del hecho.

Para los efectos de esta Ley; se entenderá:

I. Adolescente. Persona comprendida entre los doce años de edad cumplidos y menos de dieciocho años de edad; II. Adulto joven. Persona comprendida entre 18 y menos de 25 años de edad a quien se atribuya la realización de un hecho tipificado como delito cuando era adolescente. III. Autoridad Ejecutora. Unidad Administrativa del Gobierno del Distrito Federal encargada de ejecutar las medidas de orientación, protección y tratamiento que se impongan a los adolescentes; IV. Hecho tipificado como delito. Las conductas delictivas descritas en las leyes aplicables al Distrito Federal.⁷

Artículo 4. Sistema Especializado para Adolescentes.

Todo adolescente a quien se atribuya un hecho tipificado como delito en las leyes penales aplicables al Distrito Federal, será sujeto al régimen especializado previsto por esta Ley. No podrá ser juzgado como adulto ninguna persona a quien se atribuya la comisión de un hecho tipificado como delito en su calidad de adolescente, ni se le aplicarán sanciones previstas por las leyes penales para

⁷ Información consultada en: <http://www.aldf.gob.mx/archivo-9372a5bf36bb9aa24722a8d9863542c5.pdf>

adultos.

Los adolescentes responderán por las conductas tipificadas como delitos en la medida de su responsabilidad en forma diferente a los adultos. Cuando sean privados de su libertad, por la aplicación de una medida cautelar de aseguramiento o una de internamiento, tendrán que estar en lugares distintos al de los adultos y separados por edades y por sexo.

Artículo 15. Responsabilidad de los Adolescentes.

Los adolescentes serán responsables por la comisión de las conductas tipificadas como delitos, en los casos y términos que se establecen en esta Ley.

La responsabilidad de los adolescentes se fincará sobre la base del respeto irrestricto al principio de culpabilidad por el acto y no admitirá bajo ninguna circunstancia consideraciones acerca de la personalidad, peligrosidad, ni de cualquier otra que se funde en circunstancias personales del autor de la conducta tipificada como delito.

Artículo 23. Del hecho tipificado como delito y probable responsabilidad.

El hecho que la ley señale como delito y la probable responsabilidad, se tendrán por comprobados por cualquier medio probatorio previsto legalmente.

El Ministerio Público especializado, acreditará como base del ejercicio de la pretensión punitiva que se ha cometido un hecho tipificado como delito y que existe la posibilidad de que el adolescente lo cometió o participó en su comisión; a su vez la autoridad judicial examinará si ambos requisitos están acreditados con base en los datos al efecto aportados.

Por hecho tipificado como delito se entiende la acreditación de los elementos objetivos y subjetivos que conforman la figura delictiva de que se trate, a través de un examen lógico y racional de los datos aportados para ese fin. Siempre que la figura delictiva incorpore elementos normativos o subjetivos específicos, los mismos

deberán quedar bien acreditados.

CAPÍTULO II

MARCO CONTEXTUAL

La siguiente investigación se llevó a cabo en la Fundación REINTEGRA, la cual lleva más de 30 años trabajando a favor de la justicia social a través de 3 programas. Dicha información obtenida de la Fundación mencionada, doy crédito de lo utilizado para el desarrollo del marco contextual.

Cada adolescente atendido tiene un programa personalizado para desarrollar sus habilidades y competencias y así darle herramientas para construir su proyecto de vida.

Dentro de sus objetivos se plantean brindarle una segunda oportunidad a los adolescentes a través de fortalecer sus capacidades y habilidades para que sean capaces de crear un proyecto de vida, el cual les permita ser agentes de cambio para sus familias, comunidades y para el país, independientemente del entorno en el que se desenvuelvan.

Trabajan mediante proyectos integrales con el adolescente y su familia para lograr un cambio de fondo en sus vidas y en el entorno.

Adicional al trabajo que se realiza con adolescentes en conflictos legales, otro de sus programas es la prevención comunitaria en donde, a través de este trabajo se pueden erradicar o minimizar dichas prácticas creando ambientes propicios para el desarrollo de los adolescentes.

2.1 La Fundación Mexicana de Reintegración Social REINTEGRA A.C.

La Fundación Mexicana de Reintegración Social, REINTEGRA A.C. es una organización de la sociedad civil que inicio su trabajo en 1982 con personas de escasos recursos que se encontraban privadas de su libertad.

En 1992, debido a los crecientes problemas de inseguridad social en el DF y la necesidad de atender a población menor de edad, se propone dar servicio a adolescentes acusados de cometer alguna infracción. Frente a la importancia de la prevención en este tipo de acciones, a partir de 1997 se inicia una labor de prevención comunitaria en el Centro Histórico de la Ciudad de México.

*La misión de Reintegra se centra en fortalecer personas, familias y comunidades para prevenir el delito y reintegrar a la sociedad a quienes experimentan conflictos penales. Es por ello que su objetivo general es contribuir con la justicia y la promoción de **las personas a través de prevenir la delincuencia y procurar la reintegración social de aquellos que se presume han cometido conductas tipificadas en las leyes penales*** (Castellanos, F. y otros, 2007; 81).

Reintegra no tiene fines políticos, religiosos ni lucrativos y cuenta, desde hace ya varios años, con el reconocimiento por parte de la Dirección General de Prevención y Tratamiento de Menores (DGTP) para brindar la defensa legal, el tratamiento externo y coadyuvar en el tratamiento interno de las/los adolescentes infractores. Las intervenciones son llevadas a cabo por un equipo especializado e interdisciplinario que reconoce en los y las jóvenes la capacidad de crecer personal y familiarmente, así como de asumir su responsabilidad individual y comunitaria.

□ **Modelo⁸ General de la Fundación Mexicana de Reintegración Social. Reintegra A.C.**

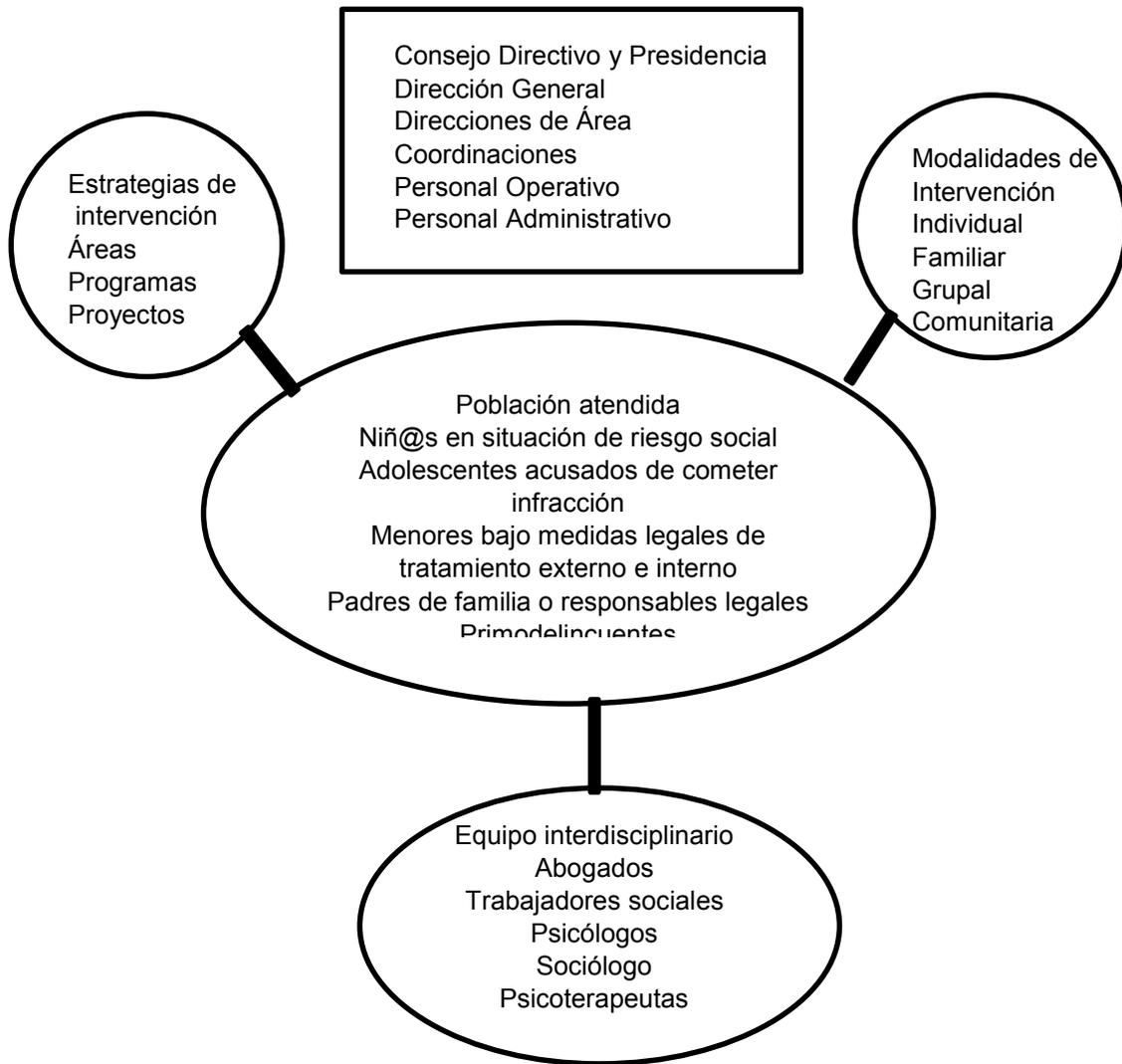
Reintegra basa su modelo en la prevención y la reintegración social, partiendo del reconocimiento de las causas o factores de riesgos individuales, familiares, escolares, laborales, económicos y socio comunitarios que favorecen o precipitan

⁸ Cfr Castellanos y otros (2007: 81). Es una representación conceptual o física a escala de un proceso o sistema, con el fin de analizar su naturaleza y permitir una mejor comprensión del fenómeno real al cual el modelo representa. Un modelo se formula conceptual y metodológicamente con el propósito de estudiar el comportamiento de un conjunto de objetos o fenómenos. Son formas de enlazar teorías con observaciones, buscando representar de forma explicativa y descriptiva un objeto o fenómeno. Se busca, normalmente, que sea lo bastante sencillo como para poder ser manipulado y estudiado. www.saum.uvigo.es/reec/volumenes/volumen3/Numero3/ART4VOL3N3.pdf http://es.wikipedia.org/wiki/Modelo_cient%C3%ADfico#V.C3.A9ase.tambiC3.A9n.

la realización de conductas infractoras en niños adolescentes y jóvenes, con la finalidad de que a partir de su reconocimiento, investigación y acumulación de experiencia generar mejores y más efectivos sistemas de intervención en la prevención de la reincidencia y la reintegración social de adolescentes en conflicto con la ley.

Es por ello que su estructura general de intervención se basa en la organización de un Consejo Directivo y personal directivo, administrativo, técnico y de apoyo, así como de estrategias y modalidades de intervención. Teniendo siempre como foco principal de la acción la población atendida. Todo ello como parte de la intervención en sus diversas etapas y procesos.

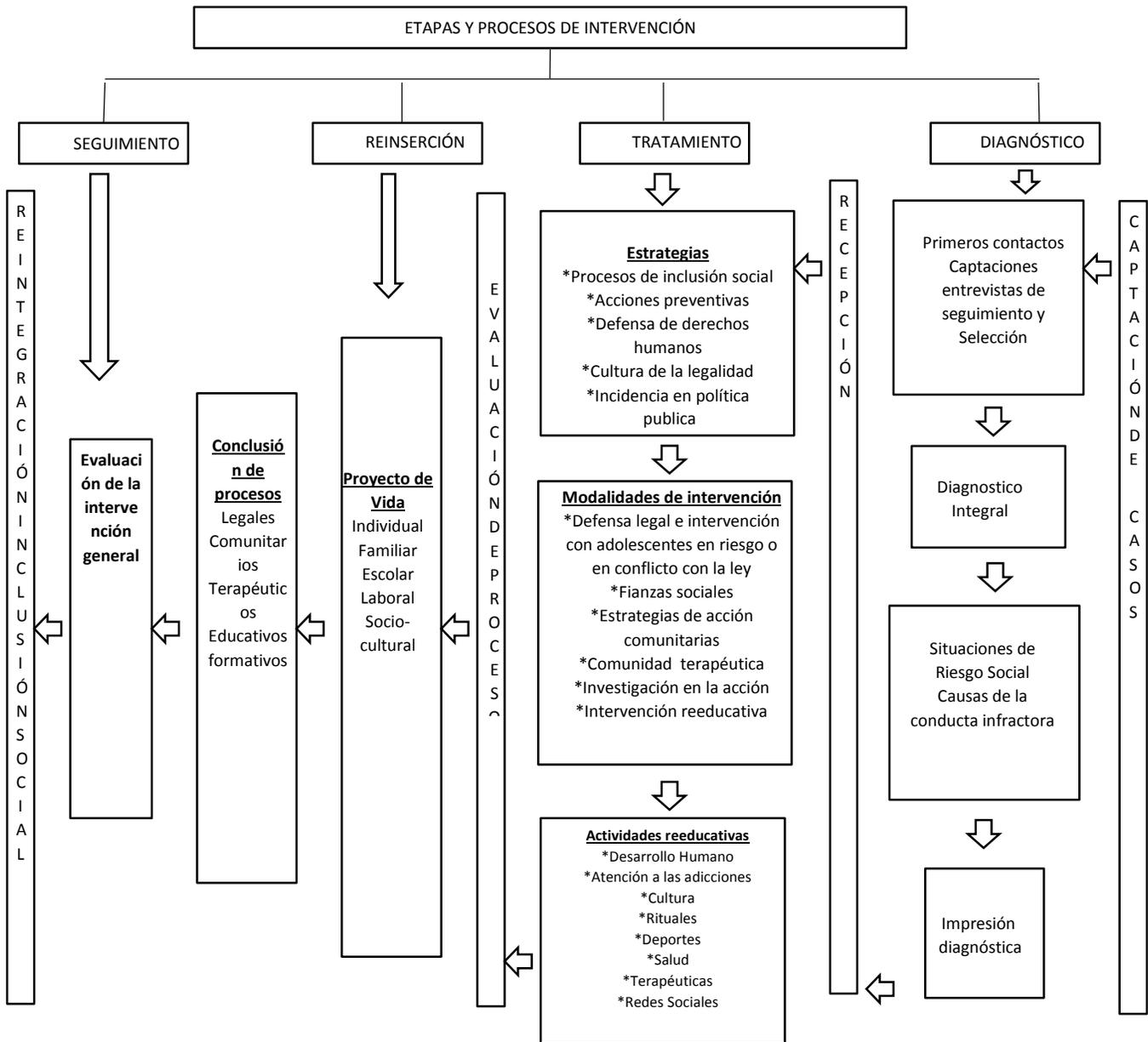
Estructura de Intervención de la Fundación Mexicana de Reintegración Social
REINTEGRA A.C.



Fuente: (Castellanos, F. Et al, 2007: 82).

Etapas y Procesos de la Intervención de la Fundación Mexicana de Reintegración Social

REINTEGRA A.C.



Fuente. (Castellanos, F. 2007: 83).

2.1.1 Áreas y Programas de REINTEGRA

A continuación se presentan las principales acciones y estrategias de las tres grandes áreas de la Fundación.

Área de Servicios Comunitarios Reintegra IAP.- Trabaja en la prevención de conductas problemáticas que pueden llevar a las/los adolescentes a cometer una infracción básicamente a través del reforzamiento de las redes socio-comunitarias.

- a) Proyecto Colonia Guerrero.- Abarca los siguientes programas y actividades: Investigación participativa, formación de promotores sociales, talleres de desarrollo humano, detección de adolescentes en situación de riesgo y orientación psicosocial, fortalecimiento de la red social local, promoción de la cultura mediante la celebración de días festivos con contenidos temáticos y acciones de prevención escolares, artísticas y recreativas;
- b) Proyecto Barrio de la Lagunilla.- Con los siguientes con los siguientes programas y actividades: investigación participativa, formación de promotores sociales, talleres de desarrollo humano, detección de adolescentes en situación de riesgo y orientación psicosocial, fortalecimiento de la red social local, promoción de la cultura mediante la celebración de días festivos con contenidos temáticos y acciones de prevención escolares, artísticas y recreativas;

Área de adolescentes en conflicto con la ley.- Atención directa a las/los adolescentes (y sus familias) que están en un procedimiento legal debido a una infracción.

- a) Programas de Servicios durante el Procedimiento Jurídico.- La primera experiencia de trabajo entre las/los adolescentes infractores y Reintegra se lleva a cabo mediante este programa. Está integrado por los proyectos de Trabajo Social, Psicología y Jurídico, los cuales proporcionan defensa legal,

orientación familiar e intervención psicológica breve con las/los adolescentes que llevan un proceso legal en el Consejo de Menores del DF, cuando se encuentran detenidos en el Centro de Diagnóstico para Varones y Mujeres.

- Proyecto de Trabajo Social: Promoción y difusión de los servicios, captación de casos, intervención con adolescentes (y sus familias) acusados de cometer una infracción.
- Proyecto de Psicología: Diagnóstico psicológico e intervención en crisis con adolescentes acusados de cometer una infracción.
- Proyecto Jurídico: Brindar una defensa legal digna a adolescentes acusados de cometer una infracción.

b) Programa de Tratamiento Externo.- Brinda apoyo interdisciplinario a adolescentes entre 12 y 18 años que han tenido conflicto con la ley.

Las/los adolescentes que ingresan este programa son aquellos que fueron atendidos en su procedimiento legal con los servicios de defensa, orientación y apoyo psicológico y que se les determinó la medida legal de Tratamiento Externo.

- Subproyecto Desarrollo Humano: Intervención grupal con adolescentes infractores y sus familiares, bajo una medida legal de tratamiento externo, basada en módulos temáticos.
- Subproyecto Menores Infractores Usuarios de Sustancias Tóxicas.- Intervención grupal con adolescentes infractores, y sus familiares, bajo una medida legal de tratamiento externo, basada en una estructura de comunidad terapéutica, adaptada a un programa ambulatorio.
- Subproyecto de Psicoterapia: Intervención individual, familiar y de pareja con adolescentes infractores bajo una medida legal de tratamiento externo.

c) Proyecto de Tratamiento Interno.- Al igual que el proyecto de tratamiento externo busca brindar apoyo interdisciplinario a adolescentes en conflicto

con la ley. A los adolescentes que participan en este proyecto se les determinó la medida legal de tratamiento interno y no son necesariamente aquellos que fueron atendidos en la etapa de Procedimiento y que se encuentra en el Centro de Tratamiento para Varones del DF (CTV).

- Subproyecto Desarrollo Humano: Intervención grupal a adolescentes y sus familiares, basada en módulos temáticos.
- Subproyecto Arte-terapia: Intervención grupal que sigue los contenidos temáticos del subproyecto de desarrollo humano a partir de actividades lúdico-terapéuticas y la celebración de días festivos.

d) Proyecto Piloto Comunidad Terapéutica Reeducativa y Reinserción Social para Adolescentes Infractores.- Mediante un convenio interinstitucional entre Reintegra, la Dirección General de Prevención y Tratamiento de Menores (DGPTM) y la Fundación TELMEX en el año 2005 se inició un proyecto piloto que visualiza la intervención en tres etapas: Diagnostico – Selección, Tratamiento Interno y Reinserción.

e) Proyecto de Investigación.- Busca acompañar a los diversos procesos de intervención para lograr la sistematización de las acciones y aprendizajes de tal manera que se pueda tener un sistema de evaluación que ayude al mejoramiento de los diversos proyectos en beneficio de las/los adolescentes y sus familias.

1. Subproyecto Centro de Documentación: Selección, adquisición y organización de diversos materiales bibliográficos relacionados con la intervención y el tema de las/los adolescentes infractores.
2. Subproyecto Sistematización: Selección y acompañamiento en la recuperación de la intervención de los programas, proyectos, y subproyectos.
3. Subproyecto de Investigación: Ampliar el conocimiento en materia de prevención e intervención de la conducta infractora y situaciones críticas asociadas.

Área de Fianzas: Este programa surge en 1998 cuando la Fundación Telmex decide unir sus esfuerzos junto con Reintegra para brindar apoyo a través de Fianzas a nivel nacional, a jóvenes y adultos de escasos recursos económicos (principalmente de grupos étnicos), que acusados de cometer un delito no grave, se encuentran privados de su libertad.

2.1.2 El Proyecto de Tratamiento Externo en REINTEGRA⁹

El proyecto de Tratamiento Externo¹⁰ junto con el proyecto de Tratamiento Interno pertenecen al Programa de Tratamiento de Reintegra, cuyo objetivo general es *“brindar apoyo interdisciplinario a adolescentes entre 12 y 18 años que han tenido conflicto con la ley. Además de prevenir la reincidencia de la conducta infractora y promover la reintegración social a través del apoyo interdisciplinario, individual y grupal a adolescentes y sus padres, como una alternativa a la privación de la libertad”* (Castellanos, F. y otros, 2007; 87)

Las/los adolescentes que ingresan a este proyecto, principalmente son aquellos que fueron atendidos en su procedimiento legal con los servicios de defensa, orientación y apoyo psicológico y que, además se les determinó la medida legal de Tratamiento Externo.

Se divide en tres subproyectos:

- a. Desarrollo Humano. Participan aquellos adolescentes cuya infracción haya sido el robo y que presenten una mediana o buena estructuración con respecto al desarrollo escolar y laboral.

⁹ Guzmán, Rosales y Fernández (2004). *Investigación Historias de Vida de Adolescentes infractores: Proyecto de Tratamiento Externo*. Documento realizado como antecedente a la presente investigación, REINTEGRA, México.

¹⁰ Art. 110.- Se entiende por tratamiento, la aplicación de sistemas o métodos especializados, con la aportación de las diversas ciencias, técnicas y disciplinas pertinentes, a partir del diagnóstico de personalidad para lograr la adaptación social del menor. Art. 112. El tratamiento se aplicará de acuerdo a las siguientes modalidades: I. En el medio socio familiar del menor o en hogares sustitutos, cuando se aplique el tratamiento externo, o II En los centros que para su efecto señale el Consejo de Menores, cuando se apliquen las medidas de tratamiento interno. Art. 113. El tratamiento del menor en el medio socio familiar o en hogares sustitutos, se limitará a la aplicación de las medidas ordenadas en la resolución definitiva; que deberán consistir en la atención integral a corto, mediano o largo plazo. Ley para el tratamiento de adolescentes infractores (1999).

- b. Menores Infractores Usuarios de Sustancias Tóxicas. En este subproyecto también participan adolescentes cuya infracción haya sido el robo, pero a diferencia de los de Desarrollo Humano, presentan consumo constante de sustancias psicoactivas.
- c. Psicoterapia. Participan adolescentes cuya infracción es de tipo sexual, lesiones o violencia. El tiempo que la/el adolescente permanece en Psicoterapia está en función de su desarrollo y avances. Es posible que una/un adolescente ingrese a alguno de los otros subproyectos pero, debido a sus características personales, se ha enviado a psicoterapia por un lapso de tiempo determinado. También se considera conveniente que un beneficiario que haya estado en psicoterapia pase en algún momento de su tratamiento a un trabajo grupal.

En términos generales, en los tres subproyectos se busca:

1. Disminuir las causas que llevaron al adolescente a la conducta infractora.
2. Potenciar el desarrollo individual y la dinámica familiar.
3. Propiciar su reintegración a la vida social.

El tiempo legalmente estipulado en cuanto a la duración del tratamiento es de máximo un año y mínimo seis meses. Lo ideal es que en alguna fase la/el adolescente y la familia pasen a un trabajo de grupo, como un proceso de socialización o para reforzar de manera alterna su terapia individual.

a) La Recepción

Consiste en la realización de tres entrevistas¹¹, una por semana, con una duración de aproximadamente 60 minutos. Las entrevistas son llevadas a cabo por el equipo de cada subproyecto con la/el adolescente y sus familiares o responsables legales, ya sea conjuntamente o por separado, según lo amerite el caso.

¹¹ Como mínimo se deben realizar tres entrevistas, si es necesario el número será mayor.

Sus objetivos **generales** son:

- Completar el diagnóstico inicial sobre los aspectos de personalidad y conductas transgresoras de la/el adolescente y la dinámica familiar.
- Establecer el pronóstico en el tratamiento tomando en cuenta los grados de funcionalidad y de compromiso.
- Definir la modalidad de tratamiento y su respectivo encuadre. (ver cuadro)

b) El Tratamiento

Una vez realizada la recepción, las/los adolescentes se canalizan al tratamiento, el cual esta diversificado en los siguientes tres subproyectos:

Recepción												
Objetivos	Metas Terapéuticas	Estrategias										
<p>1ª ENTREVISTA Promover la aceptación de la infracción tanto de la/el adolescente como de sus familiares.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Que cada miembro de la familia identifique los factores individuales, familiares y sociales que los llevaron a estar involucrados en la infracción. ▪ Promover el proceso de asimilación y aprendizaje del encierro y la revaloración de la libertad. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Exploración 2. Empatía 3. Confrontación 										
<p>2ª ENTREVISTA Reconocer la dinámica familiar y la influencia del entorno social.</p>	<p>Identificar niveles de funcionalidad y disfuncionalidad familiar y social en las siguientes áreas:</p> <table border="0"> <tr> <td>Estructura</td> <td>Supervisión</td> </tr> <tr> <td>Autoridad</td> <td>Apoyo</td> </tr> <tr> <td>Control</td> <td>Recursos</td> </tr> <tr> <td>Comunicación</td> <td>Afecto negativo</td> </tr> <tr> <td>Conducta disruptiva</td> <td>Afecto</td> </tr> </table>	Estructura	Supervisión	Autoridad	Apoyo	Control	Recursos	Comunicación	Afecto negativo	Conducta disruptiva	Afecto	<p>Aplicación de la Escala de Funcionamiento Familiar</p>
Estructura	Supervisión											
Autoridad	Apoyo											
Control	Recursos											
Comunicación	Afecto negativo											
Conducta disruptiva	Afecto											
<p>3ª ENTREVISTA Encuadrar la información vertida en las dos sesiones anteriores para establecer la demanda y el compromiso del tratamiento</p>	<p>Que las familias:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Acepten los aspectos rechazados relacionados con la infracción ▪ Reconozcan sus recursos ▪ Defina la demanda de tratamiento ▪ El equipo establece el tipo programa, días y horarios y formas de trabajo ▪ Que la familia establezca los compromisos en el tratamiento ▪ Firma del convenio institucional 	<p>Aceptación de la infracción:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Autoevaluación ▪ Definición de la demanda ▪ Encuadre (firma de convenio, reglas) ▪ Responsabilización del compromiso ▪ Firma del convenio 										

Fuente: (Castellanos, F. Et al. 2007:88).

1) Subproyecto de Desarrollo Humano

Inicia en 1993 con el área denominada Centro de Orientación Familiar (COFAM), desde donde se dirigía el programa de Desarrollo Humano y un subgrupo de Adicciones. En 1997 se conforma como subproyecto de Desarrollo Humano.

Tiene como objetivo: potencializar los recursos individuales, familiares y sociales en los adolescentes, padres y/o responsables legales a partir de una intervención diagnóstica y un tratamiento modular que prevenga la reincidencia y promueva la reinserción social.

Consta del siguiente programa modular organizado en ocho ejes temáticos a trabajar en un periodo de seis meses:

1 Violencia Intrafamiliar.- Reconocer los tipos de violencia y sus causas para buscar nuevas formas de relación respetuosas e igualitarias.

2 Adicciones.- Brindar orientación para que las/los adolescentes y sus familias identifiquen las causas y consecuencias del consumo de sustancias psicoactivas.

3 Realidad Social.- Identificar las problemáticas en las que se vive a nivel familiar y social y fomentar la búsqueda de alternativas de solución.

4 Autoestima.- Promover la valoración de sí misma-o, las potencialidades y reconocer el valor de los demás.

5 Valores.- Reconocer los diferentes tipos de valores y cómo se transmiten en la familia.

6 Comunicación.- Reconocer las diferentes maneras en las que las familias se comunican y su capacidad de resolución de conflictos.

7 Sexualidad.- Brindar información científica y objetiva del desarrollo sexual, revisar actitudes y fomentar la comunicación intrafamiliar.

8 Derechos y Obligaciones.- Tomar conciencia de los derechos y obligaciones que se tienen por el hecho de ser personas y ciudadanos.

Estos módulos, en conjunto, tienen una duración de seis meses. Son impartidos por separado a adolescentes y padres (o tutores) en sesiones semanales de tres horas y concluyen con una reunión conjunta entre ambos.

Las sesiones se organizan con cuatro actividades básicas.

- Bienvenida
- Exposición
- Ejercicios vivenciales
- Cierre
- Los contenidos temáticos de las sesiones integran estrategias:
- Informativas
- Educativas
- Pedagógicas
- Terapéuticas

Con ello se pretende propiciar un ambiente de trabajo estructurado que, ajustado a las necesidades particulares de los casos, facilite los procesos de cambio personal.

2) Subproyecto Menores Infractores Usuarios de Sustancias Tóxicas (MIUST).

MIUST tiene como objetivo: Contribuir a la reintegración psicosocial de la/el adolescente que presenta conductas infractoras y consumo de sustancias psicoactivas, mediante un programa de intervención múltiple en modalidad ambulatoria, que favorezca el desarrollo individual, social, productivo y afectivo, para prevenir la reincidencia, disminuir el consumo de sustancias y promover la reintegración social.

En este subproyecto se realizan actividades dos días a la semana (lunes y jueves), en un horario de 9:00 a 18:00 hrs. Las/los adolescentes que se encuentran estudiando la preparatoria, o bien ya tienen concluidos estos estudios y se

encuentran trabajando, se retiran a las 16:00 hrs. Ya que este horario está asignado al programa de INEA, que sólo contempla primaria y secundaria.

La intervención con las/los adolescentes se lleva a cabo siguiendo el esquema que se presenta a continuación.

- 1) Asamblea.- Consiste en transmitir a las/los adolescentes la información del desarrollo de las actividades así como de los integrantes del equipo operativo presentes a lo largo del día. También se motiva la participación de las/los adolescentes a través de la reflexión y análisis de su vida cotidiana y establecimiento del compromiso de trabajo a realizar durante el día.
- 2) Desayuno/limpieza.- Se trata de ofrecer una alimentación sana que proporcione nutrientes y energía para las actividades del día, donde la organización de la mesa, distribución de los alimentos, la limpieza de los trastes y el espacio quedan a cargo de las/los adolescentes, con el objetivo de que tomen conciencia de esta actividad como algo que requiere de tiempo, comunicación y respeto hacia los otros.
- 3) Desarrollo Humano.- Esta actividad consiste en la impartición teórica de los contenidos temáticos que integran el subproyecto de Desarrollo Humano. Se lleva a cabo a través de sesiones de dos horas, una vez a la semana (lunes). El trabajo se realiza tanto con las/los adolescentes tanto como con los padres o tutores, en sesiones separadas. Los operadores fomentan el trabajo en equipo o individual de manera participativa, así como un ambiente relajado y de respeto.
- 4) Terapia ocupacional.- Busca lograr que las/los adolescentes desarrollen sus capacidades y habilidades motrices así como su creatividad y talento, adquiriendo una cultura laboral. Se fomenta el respeto de horario siguiendo indicaciones y elaboración de un determinado producto, que les permita una participación en la vida productiva y social.
- 5) Terapia de Grupo.- Espacio grupal en donde se intenta favorecer que las/los adolescentes verbalicen las situaciones de conflicto. Es decir, que ponga en palabras sus situaciones de sufrimiento, problemática o conflicto que les afectan y que tienen relación directa con su historia personal, grupo familiar o entorno

social. Tiene una finalidad terapéutica en la medida que busca una moderación del sufrimiento y un cambio en el comportamiento y formas de relacionarse del sujeto. Sus objetivos particulares son:

- a) Crear las condiciones de análisis que permitan a los participantes clarificar su problemática a partir de las aportaciones de los demás integrantes del grupo.
- b) Motivar la concientización de las situaciones de sufrimiento y conflicto, como herramientas para promover el cambio de actitud y de conducta que conlleven a tomar una posición frente a su estilo de vida.
- 6) Musicoterapia.- Esta actividad trata de sensibilizar a las/los adolescentes sobre la expresión y el manejo de sus sentimientos básicos a través de la música. Cabe señalar que los terapeutas que imparten esta actividad son voluntarios. Ellos entregan un programa de trabajo que comparten con el equipo para retroalimentación o solicitud de temas por trabajar.
- 7) Actividad deportiva.- Promueve en las/los adolescentes la capacidad de canalizar la energía y la tensión a través de la actividad física, así como la adquisición de actitudes positivas de participación grupal e introyección de las normas establecidas.
- 8) Comida.- Persigue el mismo objetivo que el desayuno.
- 9) Tiempo libre.- En cuanto al tiempo libre, implica la observación de las relaciones que establecen las/los adolescentes entre sí y con el equipo operativo y la ejecución de los quehaceres correspondientes. Se establece un responsable para hacer el acompañamiento durante el receso. Permite que las/los adolescentes jueguen entre ellos, platiquen, se acuesten en el jardín, o salgan a comprar dulces, marcando los quince minutos de receso. El responsable marca límites necesarios cuando observa conductas y actitudes que rompen con las normas de la institución (subirse a la barda, agredir a otro compañero verbal y físicamente, faltar el respeto al personal, subirse a los árboles, u alguna otra conducta considerada fuera del encuadre).
- 10) Cierre del día.- Al final de las actividades, se realiza una evaluación de la/el adolescente sobre su participación y desempeño durante el día, con el fin de que realice un reconocimiento y en su caso una transformación de sus actitudes y

comportamientos. En sesión se promueve una autoevaluación y retroalimentación de cada adolescente.

Por su parte la intervención con los padres de familia o tutores se realiza mediante terapia de grupo los días lunes en un horario de 16:00 a 18:00. Tiene como objetivo: involucrar a la familia en el proceso terapéutico desde una participación activa, crítica y consciente.

Particularmente se busca:

- Sensibilizar la participación en el programa terapéutico.
- Propiciar elementos de reflexión, análisis y comprensión de los recursos empleados para enfrentar la problemática.
- Propiciar recursos de cambio para enfrentar situaciones de conflicto.
- Favorecer la generación de condiciones de dialogo.

También se lleva a cabo una terapia de grupo con adolescentes y padres de familia, en sesiones quincenales, en la cual se proporciona un espacio de reflexión de situaciones comunes dentro de la familia. Facilitando la comunicación clara, asertiva, confrontativa y la interacción entre jóvenes y adultos, se busca promover el cambio el cambio en las familias así como posibles soluciones a sus problemas.

El modelo de intervención terapéutica está basado en los enfoques humanistas de psicoterapia y sensibilización. Ambos aplicados en plenaria y en subgrupos, pues la interacción de los miembros facilita los procesos de toma de conciencia y entrenamiento de habilidades sociales.

Para ello se establecen normas grupales que ayuden a crear un ambiente de seguridad y contención. También se recurre a otras técnicas como los siguientes ejercicios de sensibilización:

- Cuidar y ser cuidado: darse cuenta de las maneras en que los padres asumen su rol de autoridad y cuidado hacia sus hijos.
- Dar, recibir y pedir: reconocer las propias necesidades y formas de brindar y pedir apoyo.
- Juegos de convivencia: promueve integración, cercanía y apoyo mutuo.

3) Subproyecto de Psicoterapia

Este subproyecto tiene como objetivo: *Proporcionar a la población atendida psicoterapia breve, individual, familiar y de pareja, con la finalidad de potencializar sus recursos ante situaciones generadoras de conflictos, específicamente la conducta infractora.*

Para lograrlo, particularmente busca:

1. Brindar apoyo psicoterapéutico individual, familiar y de pareja a adolescentes infractores y sus familias que pasan directamente, o como casos derivados de otros programas proyectos y subproyectos de la Institución. También atiende al personal que labora en ella.
2. Establecer vínculos y convenios de colaboración con institutos especializados en la formación de psicoterapeutas.
3. Implementar estrategias y alternativas de intervención con adolescentes infractores y sus familias de forma coordinada con los terapeutas de diversos institutos, quienes se encuentran realizando sus prácticas profesionales de maestría o postgrado.

La diversidad en los lineamientos que se manejan en el programa de psicoterapia obedece a una necesidad básica de la intervención adecuada para cada caso. Es decir, el espacio debe proveer atención de forma individual, de pareja y familia según se requiera, considerando que se atiende a adolescentes y sus familias.

En este subproyecto la Fundación se ha inclinado por un trabajo de intervención con perspectiva humanista. En esta orientación los procesos terapéuticos en esta

corriente son más cortos, y se diferencian de otros procesos terapéuticos, ya que el humanismo trabaja con la parte funcional del ser humano. Así, su principal objetivo es la potencialización de las cualidades de la persona.

Los enfoques con los que principalmente se trabaja en la Institución son: el enfoque centrado en la persona, logoterapia, terapia Gestalt, musicoterapia, terapia en sexualidad, terapia de pareja, terapia familiar.

Los ejes de trabajo

Dada la naturaleza de las problemáticas que se abordan y los objetivos del tratamiento en el subproyecto de psicoterapia se requiere de ejes terapéuticos, que son las pautas medulares a partir de las cuales es necesario conducir el trabajo. Cabe mencionar que estos ejes son producto de la experiencia que se ha alcanzado a nivel institucional.

En este sentido, *la línea fundamental de la intervención terapéutica debe girar en torno a la infracción ya que esta es la causa que da origen a la relación entre la población y la institución*, donde es importante revisar los siguientes aspectos:

4. **Causa de la infracción.**- Situaciones de riesgo y las consecuencias que acarrea la comisión de una infracción. Es conveniente revisar el grado de participación de la/el adolescente en la infracción con el objetivo de que él y su familia trabajen su propia responsabilización y desde ahí cimentar la reducción de las posibilidades de reincidencia.
5. **Manejo de los límites.**- En este eje, relacionado íntimamente con los niveles de control de impulsos, es importante explorar en la/el adolescente y sus padres: la actitud valorativa que tengan hacia ellos mismos, en qué medida reconocen sus sentimientos y necesidades. Dentro de esta temática, es tarea vital la promoción y desarrollo de sus propias potencialidades siendo esto una puerta para la elaboración de un proyecto de vida claro que pueda llevar al adolescente a una

reintegración a las distintas áreas de su vida; familiar, social, laboral, académica y recreativa.

6. **El entorno familiar y social.**- Estos son espacios determinantes donde se generan múltiples pautas de comportamiento que pueden impedir el desarrollo saludable de la/el adolescente, siendo, a la vez, el recurso más potente desde donde se puede gestar el cambio. Desde la exploración de la esfera familiar se pueden abordar varios temas: las relaciones objetales, el desarrollo de las capacidades afectivas, el manejo de la emotividad, la contención, la identificación con los modelos de lo femenino y lo masculino, modelos de parejas y paternidad. En la medida que la/el adolescente resuelva adecuadamente su proceso familiar podrá tener relaciones más asertivas en su entorno social.

Las estrategias y alternativas de intervención se basan en factores como los siguientes:

7. Curso de inducción al trabajo con adolescentes infractores
8. Derivación de casos de acuerdos al perfil de los terapeutas
9. Establecimiento de ejes terapéuticos

4) El Proyecto de vida

Esta etapa inicia a partir de los seis meses, y su evaluación determina la continuación de la medida. Para realizar este trabajo se integra un grupo con las/los adolescentes y sus padres. Se busca apoyar a las/los adolescentes para el desarrollo de habilidades personales que les permitan no involucrarse en conductas infractoras a través de: obtener la autonomía de los padres con responsabilidad, identificar y evitar situaciones de riesgo, movilizar recursos internos y sociales, ampliar expectativas y actividades.

Aquí la tarea básica es fortalecer un proyecto de vida que contemple las áreas individual, familiar, escolar, laboral y social. Para ello se proponen los siguientes pasos:

1 Establecer un diagnóstico. Conocer la situación actual de las/los adolescentes con respecto a cinco áreas: estabilidad laboral y escolar, problemática familiar, problemas de adaptación individual, influenciabilidad social.

- **Dinámica individual:** agresividad, tolerancia a la frustración, control de impulsos, autoestima, farmacodependencia, conflicto con la autoridad, grado de responsabilización, juicio, manipulación. Y de identificación de situaciones de riesgo.
- **Dinámica familiar:** violencia intrafamiliar, consumo de sustancias psicoactivas en familiares, sobreprotección, permisibilidad, autoritarismo, normas y límites, transmisión de valores, comunicación, figuras maternas y paternas, nivel socioeconómico.
- **Dinámica escolar:** deserción, conducta, motivación familiar, expectativas de vida escolar.
- **Dinámica laboral:** permanencia laboral, capacitación, presión económica, cumplimiento de horarios, trabajo en equipo, relación con compañeros y autoridades.
- **Dinámica social:** grupo de pares, uso del tiempo libre, conductas de riesgo, pertenencia, rompimiento de reglas.

2 Metas. Definir las metas a lograr en cada una de las áreas mencionadas.

3 Vida cotidiana. Establecer las tareas cotidianas para cubrir las metas.

4 Evaluación. Cumplimiento constante de metas y retroalimentación del grupo.

5 Cierre. Del grupo y evaluación global de dificultades y logros.

La intervención se centra en la revisión de la vida cotidiana del grupo y será guiado a través del establecimiento de las metas a corto y mediano plazo en las cinco áreas ya mencionadas.

5) Actividades coordinadas entre subproyectos

Días Festivos

Como parte de los ritos, los días festivos son momentos diferentes a los demás días y tiene un significado para cada actor. En estos lapsos de tiempo encontramos que la resistencia al cambio es mínima y es en esos momentos rituales en donde puede darse un acercamiento mayor entre las personas que participan en él. La festividad puede ser utilizada en el trabajo cotidiano de formación, en la consolidación del trabajo en grupo y de sus objetivos.

A partir de esta idea, en Reintegra se abre un espacio para la celebración de festividades como: 10 de mayo, 14 de febrero, 15 de septiembre, 2 de noviembre, Navidad (posadas).

En este mismo sentido, también es importante resaltar la importancia de introducir elementos rituales en el transcurso de la intervención terapéutica de las/los adolescentes. Así, la estancia de las/los adolescentes en la Fundación, es un espacio marcado en sentido ritual por: la firma de un **convenio de compromiso** en la etapa de recepción; y posteriormente, resaltando la conclusión o salida del tratamiento a través de la **ceremonia de terminación**.

Con ello se pretende dar significado a su paso por Reintegra, visto si como un proceso terapéutico, pero también como un proceso de vida. Se trata de enviar un mensaje de inicio y cierre de una etapa en la vida de las/los adolescentes y sus familias.

Actividades educativas

En Reintegra, las/los beneficiarios tienen la oportunidad de continuar sus estudios de primario y/o secundaria a través del INEA. En los tres subproyectos se tiene la prioridad de canalizarlos a este sistema.

Con las/los adolescentes que están estudiando la preparatoria o su equivalente, se lleva un seguimiento de su aprovechamiento académico y si es necesario, se les asesora en materias que se les dificultan.

6) El seguimiento de los procesos de la/el beneficiario y su familia, durante la intervención.

La fase de seguimiento en los subproyectos consta de dos elementos:

1 Reportes de trabajo realizados por los operadores. Con la finalidad de revisar el proceso del tratamiento, se realizan entrevistas individuales y familiares donde se busca:

- Concientizar sobre su proceso en el trabajo grupal; si está respondiendo a sus necesidades.
- Identificar las nuevas situaciones familiares relevantes e implementar pautas de desarrollo.
- Derivación de otras áreas de trabajo internas o externas.
- Implementar estrategias de confrontación y resolución de problemas.
- Considerar cambio de modalidad de Tratamiento.

2 Evaluaciones oficiales dictadas por la ley ¹² (formatos del Centro Interdisciplinario de Tratamiento Externo – CITE)

A partir de los seis meses del tratamiento se realizan evaluaciones para valorar su permanencia o no en el programa e iniciar la etapa de seguimiento de las/los adolescentes.

Primera evaluación (6 meses)

Cumplidos los primeros seis meses del tratamiento se evalúa los avances de la/el adolescente en las áreas, médica, psicológica, familiar, social y pedagógica, a través de un llenado de instrumentos que contemplan los rubros asignados a cada área y que son discutidos en la junta del Comité Técnico Interdisciplinario.

El equipo responsable realiza una reunión con la/el adolescente y sus padres para evaluar los avances que han tenido durante su tratamiento.

Posteriormente el equipo técnico y la Dirección de Reintegra se reúnen para evaluar los casos. En la reunión se da lectura al dictamen técnico (el estudio biopsicosocial y la génesis de la infracción) y a los instrumentos de la evaluación de las cinco áreas consideradas.

Durante el procedimiento se llena un libro de actas. En él se anotan las conclusiones, empezando por las causas (individuales, familiares, sociales) que el

¹² De acuerdo a la Ley, la/el adolescente y sus padres de familia o representantes legales, tienen derecho a un proceso de evaluación, en el cual se manifiestan los avances que presentan en el tratamiento y el cual les determina el tiempo que les será aplicada la medida legal. Art. 61: al efecto se tomará en cuenta el desarrollo de la aplicación de las medidas, con base en los informes que deberá rendir previamente la unidad administrativa encargada de la prevención y tratamiento de menores.

El Consejero unitario con base en el dictamen técnico y en consideración al desarrollo de las medidas aplicadas, podrá liberar al menor de la medida impuesta, modificarla o mantenerla sin cambio según las circunstancias que se desprendan de la evaluación. Art. 62: El personal técnico asignado por la unidad administrativa encargada de la prevención y tratamiento de menores, aplicará las medidas ordenadas por el Consejo Unitario y rendirá un informe detallado sobre el desarrollo y avance de las medidas dispuestas, para el efecto de que se practique la evaluación a que se refiere el artículo anterior.

El primer informe se rendirá a los seis meses de iniciada la aplicación de las medidas y los *subsecuentes*, cada tres meses. Para que la/el adolescente y sus padres tengan derecho a su primera evaluación, deben haber cumplido de manera constante, sus seis meses en el tratamiento. El tiempo efectivo de tratamiento, empieza a contarse a partir de la fecha anotada en la hoja de solicitud de tratamiento que expide trabajo social del área de procedimiento.

Comité Técnico Interdisciplinario considera llevaron al adolescente a cometer, participar o verse involucrado en la infracción. Se anota si los objetivos se han cubierto parcial o totalmente y el pronóstico de reincidencia. Y, de acuerdo a lo mencionado, el Comité Técnico Interdisciplinario sugiere la continuación o liberación de la medida dispuesta.

Segunda evaluación (9 meses)

La segunda evaluación se realiza tres meses después de la primera. En esta etapa solamente se toman en cuenta los avances que se observen en la/el adolescente y la familia en el último periodo. Verificando si se trabajaron las indicaciones de intervención sugeridas en el primer informe. Se llena el formato de informe correspondiente a esta etapa con los avances observados dentro de grupo, tanto de la/el beneficiario como de los padres.

Se sugiere leer el primer informe para verificar avances en las áreas consideradas y ante todo es muy importante que no se repita la información anotada en el primero, ya que esto evita que se refleje la intervención del tratamiento y no favorece el proceso de la/el adolescente. En caso de que no se reflejen avances, es importante que el equipo identifique y anote los motivos por lo que la/el beneficiario se mantiene en las mismas condiciones o incluso haya tenido un retroceso.

Es importante también, con respecto a sus padres, anotar los avances mostrados en esta segunda etapa y registrar los motivos que se considera están obstaculizando el cumplimiento de los objetivos familiares. El equipo reúne al adolescente y padres de familia, y sigue los mismos pasos que en la primera devolución.

De resultar necesario, existe la opción de convocar a otra sesión de evaluación solo si el equipo así lo considera, por ejemplo: si el proceso ha sido difícil, no se han notado avances, no se ven resultados claros, etc.

Tercera evaluación (12 meses)

Al igual que la fase anterior y tomando en consideración que es la última etapa del tratamiento, se exponen en el formato correspondiente los logros obtenidos durante el tratamiento y la conclusión final de que la/el beneficiario está fuera de los riesgos de reincidir, siguiendo los siguientes pasos:

- 1 Se revisa el segundo informe para corroborar los avances esperados;
- 2 Si el equipo considera necesario corroborar datos para el llenado de informe, se realiza una sesión de evaluación con la/el adolescente y sus padres;
- 3 Una vez obtenidos los datos, se procede a realizar el Tercer Informe de Evaluación¹³ correspondiente a esta etapa con los avances observados;
- 4 El equipo realiza la devolución al adolescente y padres de familia. En caso de que la/el adolescente se encuentre en trabajo de grupo y psicoterapia, el equipo junto con la coordinadora de dicha área debe asegurar que concluya su terapia individual aún después de haber sido llamado por el Consejero para su liberación. Esto como un interés más bien a nivel personal, que confirme su responsabilidad ante los compromisos.

Instrumentos para la evaluación y seguimiento

Los instrumentos de apoyo para la fase de seguimiento son:

- 1 Formato de reporte grupal. Aborda los siguientes rubros:
 - a. Ficha de identificación
 - b. Asistencias, faltas y retardos
 - c. Reacción grupal
 - d. Reacciones personales

¹³ El formato es prácticamente igual al de la 2ª evaluación. Si no hay información relevante, se deja la valoración médica del informe anterior. Si es un adolescente consumidor de sustancias psicoactivas, se deben anotar los cambios observados en torno al consumo.

Con respecto a las conclusiones: Anotar las metas que se han alcanzado en esta etapa del tratamiento y, por lo tanto, solicitar la Liberación de la Medida Dispuesta. Es muy importante considerar que: si la/el adolescente o familiar se encuentran en psicoterapia, no pueden abandonar el espacio hasta que hayan cerrado la intervención junto con su terapeuta.

e. Otras situaciones

2 Relatorías del equipo de trabajo

3 Formatos de evaluación proporcionados por el CITE

CAPÍTULO III

LA INTERVENCIÓN PSICOPEDAGÓGICA EN LA FUNDACIÓN REINTEGRA A.C.

3.1 Nociones Metodológicas

En este capítulo se muestran las nociones teóricas que sustentan la metodología de la investigación. La investigación cualitativa, la observación, el estudio etnográfico y el uso del diario de campo para identificar en la cotidianidad las categorías y observables de análisis.

3.1.1 Investigación Cualitativa

La investigación cualitativa da sentido a la investigación que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable. Como lo señala Ray Rist (1977), la metodología cualitativa, a semejanza de la metodología cuantitativa, consiste en más que un conjunto de técnicas para recoger datos.

La investigación cualitativa es inductiva. Los investigadores desarrollan conceptos, intelecciones y comprensiones partiendo de pautas de los datos y no recogiendo datos para evaluar modelos, hipótesis o teorías preconcebidos. En los estudios cualitativos los investigadores siguen un diseño de la investigación flexible. Comienzan sus estudios con interrogantes solo vagamente formulados (S. Taylor, 1984).

Entiende el contexto bajo una perspectiva holística, las personas, los contextos o los grupos no son reducidos a variables, sino considerados como un todo, estudia a las personas en el contexto de su pasado y en las situaciones en las que se encuentran.

El investigador cualitativo trata de comprender a las personas dentro del marco de referencia de ellas mismas tratando de identificarse con las personas que estudia para comprender cómo experimentan la realidad.

De acuerdo con R. Quecedo y C. Castaño, 2002 el investigador cualitativo suspende o aparta sus propias creencias, perspectivas y predisposiciones, ha de ver las cosas como si ocurrieran por primera vez, nada se debe dar por sobrentendido.

Los métodos cualitativos son humanistas. Son los métodos con los que se estudia a las personas e influyen en cómo se las ve. Si reducimos las palabras y los actos a ecuaciones estadísticas, se pierde el aspecto humano. El estudio cualitativo permite conocer el aspecto personal, la vida interior, las perspectivas, creencias, conceptos..., éxitos y fracasos, la lucha moral, los esfuerzos.

Los estudios cualitativos dan énfasis a la validez de la investigación, aseguran un estrecho ajuste entre los datos y lo que realmente la gente hace y dice. Observando a las personas en su vida cotidiana, escuchándoles hablar sobre lo que tienen en mente, y viendo los documentos que producen, el investigador cualitativo obtiene un conocimiento directo, no filtrado por 9 conceptos, definiciones operacionales y escalas clasificatorias (J. Taylor y R. Bogdan, 1984).

3.1.2 Estudio Etnográfico

La etnografía es uno de los modelos generales de investigación utilizados por los científicos sociales para el estudio del comportamiento humano; el diseño etnográfico requiere estrategias de investigación que conduzcan a la reconstrucción cultural (Goetz y LeCompte, 1988).

La etnografía se relaciona con la antropología y, en particular, con la perspectiva teórica estructural-funcional (Kaplan y Manners, 1972 en Goetz y LeCompte 1988). Una etnografía es una descripción o reconstrucción analítica de escenarios y grupos culturales intactos. Las etnografías recrean para el lector las creencias compartidas,

prácticas, artefactos, conocimiento popular y comportamientos de un grupo de personas.

De acuerdo con Barbolla, Martínez y otros (2010), la etnografía tiene un carácter fenomenológico o émico, con este tipo de investigación el investigador puede obtener un conocimiento interno de la vida social dado que supone describir e interpretar los fenómenos sociales desde la perspectiva de los participantes del contexto social. Tiene permanencia relativamente persistente por parte del etnógrafo en el grupo o escenario objeto de estudio por dos razones para ganarse la aceptación y confianza de sus miembros y para aprender la cultura del grupo; Es holística y naturalista, un estudio etnográfico recoge una visión global del ámbito social estudiado desde distintos puntos de vista: un punto de vista interno (el de los miembros del grupo) y una perspectiva externa (la interpretación del propio investigador).

Según Malinowski, la Etnografía es aquella rama de la antropología que estudia descriptivamente las culturas. Etimológicamente, el término etnografía significa la descripción *grafé* del estilo de vida de un grupo de personas habituadas a vivir juntas *ethnos*. Por tanto, el *ethnos*, que sería la unidad de análisis para el investigador, no sólo podría ser una nación, un grupo lingüístico, una región o una comunidad, sino también cualquier grupo humano que constituya una entidad cuyas relaciones estén reguladas por la costumbre o por ciertos derechos y obligaciones recíprocos.

La utilización correcta del diseño etnográfico en la investigación educativa se ha visto limitado por una serie de factores. La etnografía fue desarrollada por antropólogos y sociólogos; sin embargo la mayoría de los investigadores en educación tienen una formación psicológica y están fuertemente influidos por las tradiciones derivadas de la psicología experimental.

3.1.2.1 Etnografía Educativa

El término etnografía educativa denota uno de los referentes señalados a continuación o bien ambos. Uno es el conjunto de la literatura (resultados, conclusiones, interpretaciones y teorías) derivada de los estudios de campo sobre la enseñanza escolar y otros procesos educativos.

En un sentido amplio, comprende los estudios antropológicos sobre enculturación y aculturación, los estudios de la sociología sobre socialización y educación institucionaliza y los estudios psicológicos acerca de la cognición y el aprendizaje sociocultural y del desarrollo del niño y el adulto. (LeCompte, 1988).

3.1.3 Observación Participante

La observación participante es la principal técnica etnográfica de recogida de datos. El investigador pasa todo el tiempo posible con los individuos que estudia y vive del mismo modo que ellos. Toma parte en su existencia cotidiana y refleja sus interacciones y actividades en notas de campo que toma en el momento inmediatamente después de producirse los fenómenos. En las notas de campo el investigador incluye comentarios interpretativos basados en sus percepciones; dichas interpretaciones están influidas por el rol social que asume en el grupo.

De acuerdo con Goetz y LeCompte 1988, La observación participante sirve para obtener de los individuos sus definiciones de la realidad y los constructos que organizan su mundo. Puesto que todo ello se expresa mediante pautas de lenguaje específicas, es esencial que el investigador esté familiarizado con las variantes lingüísticas o la jerga de los participantes.

La observación participante permite al investigador averiguar si los participantes hacen lo que creen (o cree el investigador) que hacen.

La observación participante ha sido tradicionalmente considerada por sus practicantes como una estrategia no valorativa de recogida de datos cuyo objeto es la descripción auténtica de grupos sociales y escenas culturales.

Un investigador participante contempla la actividad de los individuos, escucha sus conversaciones e interactúa con ellos para convertirse en un aprendiz que debe socializarse en el grupo que está investigando.

Bernard (1994) indica que la observación participante requiere del manejo de una cierta cantidad de engaño e impresión. Advierte que la mayoría de los antropólogos necesitan mantener un sentido de la objetividad a través de la distancia. Define la observación participante como el proceso para establecer relación con una comunidad y aprender a actuar al punto de mezclarse con la comunidad de forma que sus miembros actúen de forma natural, y luego salirse de la comunidad del escenario o de la comunidad para sumergirse en los datos para comprender lo que está ocurriendo y ser capaz de escribir acerca de ello (Bernard, 1994; en Kawulich, 2005: 2,3).

3.1.4 Diario de Observación

Los diarios de observación son escritos redactados cotidianamente, para reafirmar situaciones de la vida que se observan sobre algún sujeto, problema, entorno, de acuerdo con Wiseman y Aaron señalan (1969):

El término 'estudio de casos' generalmente induce a pensar en lo individual pero los grupos, las instituciones y las comunidades de iguales pueden ser objeto de estudios de casos(...) a través de los cuales se intenta comprender al individuo su situación y su comportamiento en la configuración total de los factores que le afectan a través del tiempo (Zabalza, 2004: 38).

Los diarios de clase son los documentos en los que los profesores y profesoras recogen sus impresiones sobre lo que va sucediendo en sus clases (Zabalza, 2004: 15).

La dimensión "personal" de nuestro trabajo constituye un área normalmente "opaca" a los instrumentos de observación habituales. Los diarios permiten

franquear esa “opacidad” (Gúrpidé, Falcó y Bernard, 2000: en Zabalza, 2004: 20).

3.1.5 Estudio de Caso

El caso es algo especial que se ha de estudiar, un alumno, una clase, una comisión, un problema quizá, pero no un problema, una relación ni un asunto. Probablemente, el caso que se va a estudiar tendrá problemas y relaciones, y es posible que en su informe aparezcan aspectos, pero el caso es una entidad. En cierto modo, tiene una vida única. Es algo que no entendemos suficientemente, que queremos comprender y, por consiguiente, hacemos un estudio del caso (Stake, 1999: 114).

El estudio de casos constituye un método de investigación para el análisis de la realidad social de gran importancia en el desarrollo de las ciencias sociales y humanas, representa la forma más pertinente y natural de las investigaciones orientadas desde una perspectiva cualitativa (Latorre et al., 1996; en Sandín 2003).

El estudio de caso es una estrategia de diseño en donde de acuerdo con Stake:

El estudio de casos no es una opción metodológica, sino una elección sobre el objeto a estudiar. Como forma de investigación, el estudio de casos se define por su interés en casos particulares, no por los métodos de investigación usados (...) El estudio de casos es tanto el proceso de indagación acerca del caso como el producto de nuestra indagación (Stake, 1994: 236-237: en Sandín, 2003).

3.2 La experiencia en la elaboración de la Metodología

Mi primer acercamiento hacia la Fundación Reintegra fue cuando tuve el interés de realizar el Servicio Social, comencé el proceso de formatos de aceptación y me presenté en dicha Fundación; El primer día conversé con la Directora del área de Atención a Adolescentes, en donde las preguntas fueron enfocadas a mis intereses y porque había decidido acudir a realizar el Servicio Social en Reintegra, dentro de la conversación comenté que estaba muy interesada en dar apoyo y trabajar con

los adolescentes que se encuentran en situaciones de vulnerabilidad y a los cuales nadie quiere voltear a ver.

Los primeros dos días ingresé al curso de inducción en Reintegra en dónde nuevamente nos explicaban cuál era la forma de trabajo, en cuantas áreas se dividía, las diferentes modalidades de intervención que se aplican, las empresas que proporcionan los recursos y el tipo de población específica con la que trabajan. El tercer día me presentaron al equipo de Comunidad de Libertad Asistida, Karla la Coordinadora del área quién estuvo guiándome y explicándome las generalidades del trabajo, a la Psicóloga Educativa Saraí, a la trabajadora social Araceli y al psicólogo Jaime encargados del Grupo de Atención a Padres de Familia y referentes de algunos adolescentes que se encuentran dentro del programa.

Al Psicólogo Clínico Guillermo quien al igual que la Psicóloga Educativa Patricia son referentes del Grupo de atención a las Adicciones y referentes de adolescentes, quienes realizan todo el proceso administrativo y operativo del Grupo.

Al Psicólogo experto en Adicciones Jesús con quien tuve mayor acercamiento, encargado de la aplicación de los Diagnósticos de Consumo, intervenciones y recomendaciones sobre el tratamiento del consumo de sustancias.

Dentro de CLA, estuve trabajando de la mano con el Psicólogo Jesús en donde se me asignaron las siguientes responsabilidades:

Intervenir como observadora a las sesiones de aplicación de Diagnóstico, la integración y redacción de los informes de resultados, interpretación de pruebas, referente de apoyo en el Grupo de Atención a las Adicciones, por tal motivo me percaté de la intervención que realizan en el departamento de CLA, se contraponen con lo mencionado en los manuales de intervención, por lo tanto esta investigación se trata de documentar la cotidianidad aplicada en Fundación Reintegra.

3.2.1 División de los Observables

Las observaciones fueron realizadas en la Fundación Reintegra por un periodo de 6 meses, sin embargo los diarios de observaciones se realizaron únicamente mientras duraba el proceso de la aplicación del diagnóstico de consumo, es decir, 4 sesiones en total, las cuales se dividieron en dos sesiones semanales de 60 minutos cada una por adolescente.

Cada adolescente fue observado de la misma manera, tanto en la presentación, la aplicación de las pruebas, el análisis y la entrega de resultados.

3.2.1.1 Área Comunidad en Libertad Asistida

Comunidad en Libertad Asistida es un departamento de la Fundación Reintegra, el cual está encargado de recibir a los adolescentes que fueron detenidos por cometer un delito y que por la gravedad del mismo fueron sentenciados a cumplir con una medida de reintegración a la vida cotidiana en libertad.

Para que los adolescentes sean recibidos en este departamento primero se realiza la captación del caso, donde se conoce la situación legal, familiar y contextual del adolescente, para así saber qué tipo de tratamiento necesita y donde hay que poner los mayores esfuerzos.

Se realiza un diagnóstico integral tanto del adolescente como de la familia ya que se les brinda un tratamiento en conjunto para que visualicen las situaciones y factores de riesgo en los que se encuentran inmiscuidos.

El programa de asistencia en CLA, está enfocado en el desarrollo humano, en la atención contra las adicciones, actividades culturales, deportivas, reconocimiento del estado de salud actual y terapéuticas.

Como lo mencione anteriormente a cada adolescente se le realiza una impresión diagnóstica sobre la temporalidad y el tipo de tratamiento que llevara dentro de la Fundación en conjunto con su familia para mejorar y prevenir futuros eventos.

En la asistencia que se le brinda a los adolescentes se tienen sesiones familiares en donde se hace conciencia en cada uno de los miembros de la familia identifiquen los factores individuales que los llevaron a estar involucrados en la infracción del delito.

A continuación muestro un esquema de las categorías de análisis a partir de las observaciones.

3.3 Categorías de Análisis y Observables

CATEGORIAS	OBSERVABLES
1) Entrevista de Diagnóstico	* Presentación
	* Desarrollo, sensaciones de consumo o adicción
	*Influencia de la familia
	* Tratamiento interno
2) Aplicación de cuestionarios	*Instrumento (Diseño, descripción, evaluación y puntaje)
	* Desarrollo de aplicación por sujeto
3) Integración y Devolución de resultados	* Entorno
	* Características de consumo por sujeto
	* Sugerencias de tratamiento

Fuente: Elaboración Propia

3.3.2 Sujetos Investigados

Observé a tres adolescentes, los cuales compartían algunas características: Consumidores de sustancias psicoactivas, procesados por cometer algún tipo de delito, rezagados escolarmente.

Las cuales caractericé a partir de un pseudónimo en el cual describo como sujeto con su clave correspondiente.

SUJETO	CLAVE
José Ángel Alfaro	JA
Jonathan Corona	JO
Julio César Cacique	JC

Fuente: Elaboración Propia

3.3.3 Número de Observaciones

Realicé 4 sesiones por sujeto las cuales se dividieron de la siguiente manera: La primera sesión fue utilizada para la presentación de los sujetos, tanto del Psicólogo referente y el observador como del adolescente al que se le aplicaría el diagnóstico.

Así mismo para darle al adolescente la explicación y el fin del porque se aplicaría dicho diagnóstico, el cual era una parte del proceso que estaban teniendo; los apartados que lo componían como: la entrevista inicial sobre datos personales y familiares como datos generales nombre, dirección, teléfonos, grado escolar, y personas con las que vivía los cuales tendrían que ser detallados a fondo, en que tiempos se realizaría la aplicación, dicha sesión duraba 60 minutos aproximadamente.

La segunda y tercera sesión en su caso eran para concluir la entrevista y se comenzaba con la aplicación de los instrumentos, dichos instrumentos se aplicaban dependiendo el perfil y las necesidades de cada adolescente, había instrumentos que eran básicos dentro del diagnóstico, sin embargo algunos más eran de tipo complementario dependiendo el consumo y las sustancias a las que el adolescente era usuario.

Con cada una de las pruebas que se aplicaban se daban las indicaciones específicas. Los cuestionarios que se aplicaban podían ser: Mini Mental, AUDIT, CAD20 Cédula de indicadores por cada sustancia consumida en los últimos 6 meses por mencionar algunos.

La cuarta sesión se utilizaba para la devolución de resultados específicamente, sin embargo si en la realización del informe o de la interpretación de las pruebas se encontraban datos estudiados se solicitaba una quinta cita para repetir la aplicación de los instrumentos.

En la entrega de resultados se solicitaban de algunas presencias adicionales al psicólogo, adolescente y observador tales como el padre responsable y al psicólogo referente.

En dicha sesión se hacía una retroalimentación sobre el proceso sobrellevado de cada uno de los adolescentes, tanto del porque es que estaban en dicho proceso como de las causas que lo habían llevado a consumir las sustancias, además de hacer saber al padre responsable del adolescente en qué grado de consumo se encontraba.

Después de la reflexión comenzaba a explicar los resultados del diagnóstico los cuales en su mayoría eran perjudiciales para la salud del adolescente. Ya que en primer lugar eran sustancias controladas y prohibidas para su edad y en segunda el daño que causan a nivel familiar, celular, y cognitivo y de salud.

La sesión de devolución tenía la finalidad de entregarles al adolescente y a su familia algunas sugerencias sobre el tratamiento para detener el consumo y en su caso eliminarlo.

3.3.4 Guía de observación

CATEGORÍAS	OBSERVABLES
1) Entrevista de Diagnóstico En relación con el Psicólogo experto en adicciones.	* Actitud
	*Forma de expresarse al hablar
	*Lenguaje no verbal
	*Postura
	*Vestimenta
	*Comportamiento
	*Puntualidad
2) Aplicación de cuestionarios En relación con el Psicólogo experto en adicciones y el observador.	*Veracidad al responder
	*Actitud
	*Velocidad
	*Atención
	*Puntualidad *Compromiso
3) Devolución de resultados Relacionado con su tutor, Psicólogo referente, Psicólogo experto en adicciones y el observador.	*Actitud frente al aplicador y su tutor
	*Comportamiento
	*Forma de expresarse al hablar

Fuente: Elaboración Propia

CIERRE

El análisis de material empírico se da de la siguiente forma:

Primeramente es el caso de JA en donde se describe su personalidad, adolescente de 16 años, de instrucción secundaria concluida, ocupación comerciante de diversos artículos de manera informal, creyente de la “Santa Muerte”; presenta consumo de alcohol, activo, marihuana, chochos, piedra, tabaco y perico¹⁴.

Sobre la aplicación del Diagnóstico de consumo, el adolescente se presentó de manera puntual, con buena actitud, cooperó con toda la información solicitada, respondió de manera correcta a todas las preguntas que el Lic. Jesús le hacía.

Dio específicamente todos los detalles sobre cómo es la relación con su familia, cuales son a su parecer las carencias que presentan, y como es que inició con las drogas.

Con los cuestionarios se mostraba un poco cansado ya que no le gusta leer ni escribir, comentando que siempre es más sencillo hablar y contar sobre las experiencias; sin embargo los realizó de manera correcta haciendo las preguntas correspondientes en las secciones más complejas.

La última cita, misma que se utilizó para la entrega de los resultados con su tutor y psicólogo referente, se les explicó tanto al adolescente como a su tutora que el consumo que JA presentaba era perjudicial para la salud, que a su corta edad los intereses que el debería tener, tendrían que ser otros tales como continuar con los estudios salir a divertirse con sus amigos de manera sana, y no consumir sustancias, aun cuando quizá el alcohol y el cigarro son legales, no lo serían para su corta edad.

¹⁴ Cocaína en polvo.

En dicha cita las actitudes tanto del adolescente como de la tutora fueron buenas la madre aceptó que le faltaba estar más pendiente de su hijo y que en cierta manera ella quizá era la responsable de que JA estuviera consumiendo de esa manera ya que la supervisión que ella le daba era muy poca.

Como sugerencia se le propuso visitar de manera ambulatoria para contención a su consumo, así como a sus familiares integrarse a grupos de ayuda y comprensión sobre el consumo de sustancias en menores. Con una buena actitud aceptaron dichas sugerencias y la madre se comprometió a visitar los establecimientos con el adolescente para tomar una decisión sobre cuál sería al que estarían asistiendo.

El segundo caso es sobre JO un adolescente de 15 años 7 meses, actualmente habita con la progenitora y su hermana María Teresa de 14 años; presenta consumo de activo, marihuana, alcohol y tabaco; se describe como alguien respetuoso, alegre, le gusta el deporte, es limpio, ayuda en casa; estudiante de 2° de Secundaria en el sistema escolarizado, su rendimiento es regular, tiene calificaciones entre 6 y 8, ya que se le dificulta poner atención y entender algunas cosas. Reprobó 4° año de primaria, considera que tiene problemas de aprendizaje ya que era lo que la progenitora y sus maestros le decían. Al ingresar a la secundaria, comienza a consumir marihuana antes de entrar o dentro de la escuela, identifica que el consumo de sustancias afecta su rendimiento.

Inicia el consumo de activo a los 11 años, consumía hasta 1 lata diaria en compañía de sus amigos; así como con la marihuana, consumía hasta 3 cigarros al día, la probó porque uno de sus amigos le invitó y le gustó la sensación menciona que se sentía “menso”, se le olvidaba si estaba preocupado por algo. El consumo de alcohol y tabaco se presentó a los 14 años, bajo influjo de la sustancia es tranquilo, platica mucho; Desde su dicho refiere que dejó de consumir debido a su detención, y desde su egreso de la Comunidad de Diagnóstico solo ha consumido 1 cigarro de marihuana.

Sobre la aplicación del Diagnóstico de consumo, el adolescente se presentó de manera impuntual y con una actitud muy cerrada.

En cuanto a los detalles de su familia no realizó suficientes comentarios aun cuando se le estuvo preguntando de manera constante la misma situación.

El adolescente menciona que se ha visto involucrado en conductas delictivas desde los 14 años, ha participado en diversos robos a transeúnte, refiere que robaba con una navaja o con pica hielo, llegando a obtener hasta \$2,500 por robo, los cuales utilizaba para comprarse ropa o artículos personales; la progenitora no está enterada de esto y no se siente dispuesto para hablar con ella del tema.

Para concluir expondré el caso de JC adolescente de 14 años 8 ocho meses de edad, originario del Distrito Federal, soltero; actualmente cursa primer grado de educación Secundaria; presenta tatuaje en brazo derecho, siendo la imagen de una “cruz”, la cual se realizó a los 13 años de edad, con permiso de la madre, refiere que el padre desconoce del mismo debido a que si se entera podría golpearlo; aunado a ello consume marihuana, alcohol, tabaco y activo; fue hospitalizado a los 11 años de edad debido a un absceso en el ojo derecho, mismo que le fue extirpado, desde su dicho no presenta secuelas ni requiere de tratamiento alguno.

Se describe como un chico tranquilo, alegre, amigable, refiere que no le agrada meterse en conflictos a menos que lo provoquen, es enojón agresivo y violento, la mayor parte del tiempo suele pasarlo en la calle con sus amigos, de quienes describe los considera como su familia debido a que tiende a desahogarse con ellos, lo reconocen como un chico que no se deja de nadie, lo admiran ya que es “aferrado” y “aventado”; tiene interés en concluir sus estudios de nivel secundaria, sin embargo refiere que es “desmadroso”.

Entre sus principales defectos identifica ser agresivo, contestón, rezongón y violento con “cualquier persona”. Ha participado en diversas riñas callejeras, desde su dicho porque lo provocan y debido a que en su colonia se juntan diversos grupos, el

pertenece a uno y deben de defenderse, aunado a que no le gusta dejar “solos” a su amigos”

Respecto a su dinámica familiar, JC refiere que sus padres se separaron hace siete años debido a que el padre presenta consumo de marihuana, alcohol y cocaína, siendo la marihuana y la cocaína a diario y el tabaco una vez por semana, situación que derivaba en constantes enfrentamientos entre los padres, llegando el padre a ejercer violencia física y verbal con la madre, con él y sus hermanos, aunado a que no apoyaba en los gastos del hogar ni para gastos escolares. A pesar de la separación de los padres, los abuelos paternos permitieron que su madre y sus hermanos habitaran en casa de los mismos, mientras que el padre si bien habita en el mismo predio lo hace en una habitación distinta.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS ETNOGRÁFICO DE LA INTERVENCIÓN PEDAGÓGICA EN LA FUNDACIÓN REINTEGRA A.C.

En este capítulo se muestran los resultados sobre la observación etnográfica de dicha investigación, en el cual empezaré por describir las nociones metodológicas en la cuales está basado.

El análisis que aquí se presenta fue elaborado con el propósito de estudiar la intervención psicopedagógica que se les aplica a los adolescentes en conflicto con la ley encaminado a disminuir el consumo y hacer consciencia sobre el proyecto de vida.

4.1 Caso JA

Adolescente de nombre JA de 16 años 7 meses de edad, soltero, de instrucción secundaria concluida, ocupación comerciante de diversos artículos de manera informal, católico, creyente de la “Santa Muerte”; presenta tatuaje en pecho, el cual se realizó a los 14 años de edad con permiso de su progenitora; presenta perforación en labio inferior, así como en la nariz realizadas a los 15 años de edad sin permiso; presenta cicatriz en brazo izquierdo, producto de un “navajazo” en una riña, así como en el abdomen ya que lo intentaron picar con una “punta” en una riña; presenta consumo de alcohol, activo, marihuana, chochos, piedra, tabaco y perico.

Desde su dicho no tiene amigos solo son “valedores”, con los que se salía a drogar, jugaban, y suele ser leal, “no los deja solos, no les da la espalda”, se pelea por ellos, y aunque su mamá diga que no le caen bien, para él son su familia, con los cuales puede cotorrear, platicar sus cosas personales sin problemas. Como hijo, no es el mejor, no obedece, no respeta las reglas de su madre, agrega que en diversas ocasiones la ha ofendido de manera verbal. Entre sus defectos, José Ángel

identifica drogarse y que a veces le interesan otras personas más que él mismo, le preocupa que estén mejor los otros, es peleonero, agresivo, reconoce haber “navajeados” a 4 personas ya sea en riñas y/o en robos “si no los pico me van a hacer algo, son ellos o yo”.

El adolescente cometió una infracción de robo agravado refiriendo que en fecha 11 de Febrero de 2015, encontrándose en las instalaciones del metro Iztacalco, alrededor de las 13:00 horas en compañía de un amigo de nombre LA de 16 años de edad, al cual apodan “el cachorro” iban a trabajar (robar), ambos llevaban un cuchillo con el cual pensaban en subirse a robar un camión de transporte público, sin embargo durante el trayecto, se encuentran a una pareja, siendo JA quien detiene a la chica mientras su causa amagaba al chavo, corren hacia el metro, la parte afectada le grita a un policía, los siguen y detienen a JA mientras que LA agrede a los policías con piedras para que dejaran en libertad a JA, al llegar dos policías más LA huye.

El adolescente reconoce su participación en la infracción, sin embargo no identifica el objetivo y finalidad del tratamiento refiriendo únicamente que desea concluir para evitar regresar a la Comunidad, agrega que desea dejar su consumo de sustancias psicoactivas durante el proceso.

La medida impuesta por el Juez es: la vigilancia familiar y la obligación de acudir a una institución a efecto de que reciba apoyo psicológico, psiquiátrico y orientación sobre el control de adicciones.

Dentro de la que se encuentran las siguientes líneas de acción para fortalecer sus redes de apoyo y evitar reincidir.

El adolescente, se incorporará a un espacio de Seguimiento Individual, con la finalidad de trabajar el sentido y los objetivos de la medida impuesta por el Juez así como las consecuencias que se presentarían ante el incumplimiento de la misma,

trabajar en cuanto a su tolerancia a la frustración, lo que favorecerá su control de impulsos y toma de decisiones asertivas; que identifique los tipos de violencia que ejerce dentro y fuera del hogar, así como sus conductas disruptivas; fomentar la implementación de estrategias asertivas en la resolución de conflictos, asumiendo las consecuencias y responsabilidad de sus actos.

Se le realizará un Diagnóstico de Consumo de sustancias, a fin de que continúe identificando los daños y consecuencias a nivel físico, psicológico, emocional, familiar y social, ante el consumo de sustancias psicoactivas, para con ello promover su incorporación a un Tratamiento ambulatorio o residencial en una Institución Especializado en Atención a las Adicciones.

Asistirá a un espacio de Asesoría y Seguimiento Escolar, con el fin de incentivarlo para que continúe con su formación académica en el nivel Medio Superior, al mismo tiempo que identifique los recursos y herramientas con los que cuenta para la elaboración de un proyecto de vida a nivel educativo.

Realizará la práctica de una actividad física de su elección, de manera externa, con el fin de que continúe adquiriendo hábitos de autocuidado a través de actividades físicas, y que el mismo le sirva como un espacio de contención para favorecer la abstinencia del consumo de sustancias tóxicas.

Realizará visitas culturales externas a museos, teatros, ferias del libro, exposiciones, con el fin de incrementar valores y la formación ética a través de su medio sociocultural, además de fomentar la integración y convivencia familiar, así como el buen uso del tiempo libre.

4.1.1 Inicio de la entrevista

El adolescente JA fue citado el 16 de Junio a las 11:00 de la mañana, llegó puntual e ingresó con su referente el Psicólogo Alberto Ramírez quien le da el seguimiento correspondiente al igual que a su familia; para hacer una presentación, minutos

después se hizo la presentación conmigo para poder iniciar el diagnóstico: *El adolescente se presentó con una actitud muy abierta, venia vestido con pantalones de mezclilla, playera color naranja y gorra roja (JA01:1)*

Se le explicó en qué consistía la realización del Diagnóstico que se empezaría con la entrevista; un dialogo que ya está establecido con preguntas sobre su familia, las sustancias y cantidades consumidas: Además se le especificó que en la segunda sesión se le aplicarían ciertos cuestionarios sobre el uso de drogas y alcohol, que estas dos sesiones se integrarían los resultados para la devolución de los mismo con su representante legal y/o tutor, su referente, el Lic. Jesús y yo.

La entrevista parte de las generalidades: nombre completo, edad, fecha y lugar de nacimiento así como el género.

Sus datos de domicilio: calle, número, colonia, delegación, estado y teléfonos tanto de casa como celular.

Escolaridad y en su caso el motivo de deserción, estado civil, número de hijos, y con quien o quienes cohabita en la actualidad.

Un familiograma, ocupación actual, ingresos, motivo de consulta, razones por las cuales comenzó a consumir sustancias, consumo de sustancias, consecuencias de consumo, inversión en el consumo.

Así como el tratamiento, estado de ánimo y salud física.

Dimos inicio a la entrevista el adolescente comenzó respondiendo con mucha claridad a la entrevista, no daba suficientes detalles sin embargo se le preguntaban y accedía a darlos La entrevista parte de las generalidades: nombre completo, edad, fecha y lugar de nacimiento así como el género y datos de domicilio.

Para caracterizar su escolaridad se le señala marque una opción y el motivo de la deserción.

JA es un adolescente de 16 años que vive con su madre, por lo cual proviene de una familia disfuncional; El adolescente es el tercero de tres hermanos procreados por los padres, sin embargo es el único que cohabita con la progenitora, su hermano mayor tiene 30 años y vive en Monterrey, el de en medio tiene 28 años. Su madre trabaja en recursos humanos en el CECYT 9.

Su nivel educativo es de primer grado de secundaria, lo cual evidencia que está desfasado por 5 años de un estudiante regular de educación secundaria. Especifica que ha estado detenido en la Comunidad de diagnóstico¹⁵.

El entrevistado estuvo calmado frente a las preguntas sobre su escolaridad, sin embargo dijo que no le gustaba mucho la escuela y que además lo habían detenido, estando encerrado por dos meses y perdió el año “chale los azules me encerraron por ello no acabe la escuela” (JA01:2).

José Ángel comentó que el mayor de sus hermanos le había hablado sobre la marihuana, los efectos que producía y los daños que causaba a la salud para prevenirlo de consumir, sin embargo el comentó que la información que le proporcionaron solo la utilizó para tener más acceso a esta y saberla consumir.

4.1.2 Desarrollo; Sensaciones, consumo y adicción.

Se le pidió que explicara a detalle cómo fue que había iniciado el consumo de sustancias y dijo: *“En las vacaciones de sexto a primero de secundaria salí a jugar*

¹⁵ La Comunidad de Diagnóstico Integral para Adolescentes es un centro de recepción de los jóvenes que se ven sujetos a proceso con restricción de libertad a partir de la resolución inicial que solicitan los juzgados. cumple con el cuidado y protección de los adolescentes con un programa de actividades comunitarias que favorecen procesos preventivos y reeducativos para la reducción de conductas de riesgo y/o delictivas.

con unos cuates, vi que estaban fumando y les pedí que me dieran las “tres” (JA01:4).

Le pregunte si él ya sabía de la marihuana respondió que sí, que su hermano le había platicado sobre eso cuando tenía 9 años”.

Inició el consumo de sustancias a los 11 años, siendo la marihuana y el tabaco con las que tuvo el primer contacto, platica que hace un año y medio o dos cuando estuvo “anexado” el consumo de tabaco aumento radicalmente, fumando una cajetilla diaria para evitar los malestares, últimamente ya no fuma, con la marihuana inicio consumiendo unos “pipasos¹⁶” y hasta hace 7 meses llegó a consumir de 2 a 3 gramos tres veces por semana.

Así mismo probó el activo con la cantidad de 4 -5 monas, siendo que su consumo más fuerte fue de una lata diaria a la semana, comentó que su último consumo fue el 9 de febrero del 2015, un día antes de su detención.

A los 12 años probó la cocaína inhalada con una grapa, y llegó a consumir de 2 a 3 gramos tres veces a la semana por un año consumiendo por última vez el 10 de abril del 2015.

A los 13 fumó una piedra, y nos contó que al ser el efecto de esta droga muy corto, llego a fumarse 17 piedras en 4 horas, durante casi tres años; los “chochos” como son el Clonazepan y Rivotril¹⁷ tomaba cuatro pastillas, que en un tiempo de 5 años solo fueron 10 veces cuando las tomo.

Las “tachas” las probó ocasionalmente en una fiesta, el LSD lo uso 6 veces y la máxima cantidad que uso en una sola vez fueron dos ácidos. Sobre los hongos

¹⁶ Hecho de fumar marihuana en pipas especiales.

¹⁷ Medicamentos controlados.

comentó que su consumo fue de “2 pajaritos”, el peyote una sola vez, la salvia y la mezcalina 2 fumadas y 2 tragos” respectivamente todo esto sucedió a los 14 años. Sobre el alcohol dijo que si le gustaba, sus bebidas de preferencia son el pulque, ron, whisky, vodka, cerveza, mezcal y anís, que muchas veces cuando toma llega a ponerse “pedo”¹⁸, explicó que le gusta el sabor y tomarse unas cubas cuando esta con sus amigos y aunque comento que llega a estar ebrio muchas veces y no le gusta estar así.

En tercero de secundaria él tenía una relación con una chica del grupo de amigas, un día se fueron de pinta a casa de una chava quien su papá vendía “perico”¹⁹, y le robo tres grapas de ahí comenzaron a inhalarla.

Un amigo de la pandilla con quien se juntaba en una ocasión llegó con dos “pedrones²⁰”, JA especificó que eran aproximadamente 7 gramos; ese chico se la ofreció el sin más acepto y fue ahí la primera vez que fumó piedra: *“reconoce que para ese entonces ya tenía una trayectoria muy larga en el consumo de sustancias” (JA01:4).*

El activo lo inició en la secundaria, ya que no lo dejaron entrar y se fue a un callejón cerca de la secundaria el comenzó a fumar mota y otros chavos le ofrecieron unas monas²¹, las tachas en una fiesta en raves y el LSD con una chava que era su novia. Dentro del mismo periodo en que cursaba la secundaria, el adolescente comentó sin más que no le gustaba la escuela y que por lo mismo reprobaba o hacia cualquier cosa para que no lo dejaran entrar, un día le negaron la entrada y se fue a un callejón cerca de la escuela el empezó a fumar mota y otros adolescentes que estaban ahí

¹⁸Llegar al grado de intoxicación

¹⁹ Cocaína en polvo

²⁰ Cocaína en piedra “Crack”, se denominan piedras

²¹ Nombre que se le da al uso de inhalables en estopa.

le invitaron unas “monas” las cuales aceptó; Las tachas las compro en raves y los LSD con una chica que era su novia.

Sus amigos le propusieron ir a robar estando en estado de ebriedad, a lo que dijo “no, yo no hago eso”, sus amigos le contestaron que así iba a ir aprendiendo, aceptó y se subió al carro llegaron a una farmacia de la que sacaron varias cajas de medicamentos como Clonazepam y Rivotril, decidieron vender a 10 pesos cada pastilla, el agarró dos y se las tomó, dice que cuando ha consumido estas pastillas se olvida de todo y no puede recordar.

Consume sustancias en la calle o en su casa o la de sus amigos:

Empecé a meter de 5 a 8 amigos a la casa para fumar mota y como mi mamá estaba trabajando no se daba cuenta; cuando empiezo a fumar piedra ya no puedo parar quiero seguir consumiendo todo el día, de todo lo demás si puedo parar cuando quiero (JA01:5).

Le pregunté la razón por la cual estaba cumpliendo un proceso legal a lo que contestó que lo habían detenido por robo a transeúnte y la medida que le había dado el juez era asistir a atención psiquiátrica o psicológica, tratamiento en adicciones y vigilancia familiar.

4.1.3 Influencia de la Familia.

Sobre las consecuencias de consumo, comentó que antes estaba “chupado” (mas flaco), olvidadizo, sin embargo recalcó que esos olvidos los presentaba incluso antes de ser consumidor, no identifica muy bien los sonidos, contó que estando en un anexo le aplicaron una prueba, la cual consistía en cubrirle los ojos y hacer un sonido para que el adolescente pudiera identificar de donde venía, su respuesta entre risas fue que no logró identificar de dónde provenía el sonido.

En el aspecto familiar identifica que su consumo le genera problemas como no permitirle la entrada a la casa, ser anexado en repetidas ocasiones, y llegó a robarles dinero y celulares a sus familiares para así obtener las sustancias.

En el ámbito social comenta que entre su grupo de pares hay ocasiones en las que se pelean por la droga, pero que solo es en el momento porque ellos se consideran hermanos.

En lo laboral perdió el trabajo y nuevamente fue anexado, Sobre lo escolar, fue expulsado por vender y consumir marihuana y cocaína dentro de las instalaciones. José ángel invierte mensualmente en sustancias \$1200.00 gasta por un tabaco \$4.50, cuando sale con sus pares \$20.00 en alcohol y \$10.00 por un toque de marihuana.

El adolescente no se considera consumidor ya que solo fuma marihuana para relajarse, sin embargo ha intentado dejar de consumir en dos o tres ocasiones.

4.1.4 Tratamiento Interno

Su madre lo ha anexado 4 veces, el primero fue a los 12 años en el Grupo primer paso Pachuca en el cual solo estuvo por periodo de un mes y medio, no concluyó el tratamiento por decisión de su mamá. Hace aproximadamente un año y medio asistió a Carexo Xochimilco²², donde su estancia duró siete meses y medio en dos periodos, ya que cumplió los tres meses del primer tratamiento salió una semana y nuevamente consumió y su mama nuevamente lo internó.

El último fue un tratamiento de tipo ambulatorio en la clínica “Juventud, Luz y Esperanza” por ocho meses.

Comentó que ya únicamente consume marihuana, cuando anda en la calle y ve a sus amigos piensa “estaría chido una mona, un perico o los chochos”.

²² Centro de desintoxicación de tipo residencial, ubicado en Xochimilco.

Recalcó que ya sabe decir que no y alejarse, sin embargo la apetencia de la cocaína es mucha, cuando ve a alguien fumarla se va a su casa ya que sabe que si vuelve a consumir no podrá parar.

En algún momento José dejó de preocuparse por saber en que gastaba todo su dinero y en su apariencia personal, vestía con ropa sucia, vieja y rota, su “pandilla” comenzó a burlarse de él diciéndole mugroso y fue ahí donde se sintió ahogado y en la sesión expreso: *ya no quiero estar así y por eso dejo las demás drogas* (JA01:7) en esta situación supo que había tocado fondo.

Dice que nunca va a dejar de fumar marihuana porque no quiere, que tiene claro que el exceso es malo en todo por lo que: *solo se da las tres para relajarse* (JA01:7).

Menciona que para su corta edad ya ha pasado mucho tiempo encerrado y que el realmente valora su libertad y por eso no quiere volver a estarlo. Como me meta se propone terminar la preparatoria para así poder estudiar algo relacionado con la serigrafía, la fotografía o diseño.

4.1.5 Aplicación de cuestionarios

4.1.5.1 Instrumentación, diseño, descripción, evaluación y puntaje.

Las estrategias consideradas para la población atendida se basan en la aplicación de los instrumentos que a continuación detallo.

□ Mini Examen del Estado Mental

El “Mini Mental State Examination” (MMSE) fue desarrollado por Folstein y Cols en 1975 como un instrumento práctico para la detección de trastornos cognitivos.

Los criterios actuales para el diagnóstico de un síndrome demencial requieren que la presencia de deterioro cognitivo sea documentada a través de una evaluación breve del estado mental como el MMSE u otros y confirmada por una evaluación neuropsicológica más extensa (Butman, J. y otros, 2011).

Es un método práctico que permite establecer el grado del estado cognitivo del paciente. Las características esenciales que se evalúan son:

Orientación temporal y espacial, Capacidad de fijación, atención y cálculo, Memoria, Nominación, repetición y comprensión, Lectura, escritura y dibujo.

Orientación Temporal (5 puntos) Esta sección se compone de cinco preguntas sobre el año, la época del año, el mes, el día de la semana y el día del mes, en que nos encontramos en este momento, por cada respuesta correcta otorgará 1 punto, el paciente conseguirá hasta un máximo de 5 puntos si contesta todo correctamente.

Espacial (5 puntos) Se trata también de cinco preguntas pero esta vez referente a coordenadas espaciales, como: el país, la ciudad, el pueblo o la parte de la ciudad, el CRC y el piso del edificio en el que nos encontramos.

Recuerdo Inmediato (3 puntos) Con esta prueba se pretende evaluar la capacidad del paciente para retener a muy corto plazo 3 palabras no relacionadas entre sí.

Atención y Cálculo (5 puntos) El paciente debe realizar mentalmente hasta 5 sustracciones consecutivas de a 3 partiendo de 30.

Nominación (2 puntos) Con esta prueba se pretende evaluar la capacidad del paciente de identificar y nombrar dos objetos comunes.

Repetición (1 punto) Esta sección valora la capacidad del paciente para repetir con exactitud una frase de cierta complejidad articulatoria.

Comprensión (3 puntos) Evalúa la capacidad del paciente para atender, comprender y ejecutar una tarea compleja en tres pasos.

Lectura (1 punto) Evalúa la capacidad del paciente de leer y comprender una frase sencilla.

Escritura (1 punto) Se evalúa la capacidad del paciente de escribir una frase coherente.

Dibujo (1 punto) Esta tarea de copia de dos pentágonos entrelazados, evalúa la capacidad visuoespacial del paciente.

Interpretación de resultados

Los resultados dependerán de la puntuación alcanzada (30 puntos máximo).

27 a 30 puntos o más: Normal. Presenta una adecuada capacidad cognoscitiva.

24 puntos o menos: Sospecha patológica

24 a 12 puntos: Deterioro

12 a 9 puntos: Demencia

Menos de 5 puntos. Fase terminal. Totalmente desorientado. No se reconoce él mismo.

Test de dependencia a la nicotina Fagerström

El test de Fagerström es una prueba creada en el año 1978 por el doctor Karl Fagerström uno de los mayores expertos del mundo en tabaquismo con el nombre de “Cuestionario de tolerancia de Fagerström “y es utilizada para medir por medio de seis preguntas el nivel de adicción en los fumadores.

Se trata de una escala de 6 ítems o valoraciones, de los que 4 son dicotómicos, constituyendo la población diana de este test la población fumadora.

Una puntuación inferior a 4 indica una dependencia baja a la nicotina.

Una puntuación entre 5 y 7 se interpreta como una dependencia moderada

Una puntuación superior a 7 es una dependencia alta.

□ **Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol, AUDIT**

El AUDIT fue desarrollado y evaluado a lo largo de un período de dos décadas, habiéndose demostrado que proporciona una medida correcta del riesgo según el género, la edad y las diferentes culturas. Puede ser utilizado de diversas formas para evaluar el consumo de alcohol del paciente.

El AUDIT se desarrolló a partir de un extenso estudio de validación realizado en seis países. Se han llevado a cabo estudios de investigación adicionales para evaluar su precisión y utilidad en diferentes contextos, poblaciones y grupos culturales (Babor, T. y otros).

Se recomiendan unas puntuaciones totales iguales o mayores a 8 como indicadores de consumo de riesgo y consumo perjudicial, así como de una posible dependencia de alcohol. (Una puntuación de corte 10 proporciona una mayor especificidad a expensas de una menor sensibilidad).

□ **Cuestionario Breve Escala de Dependencia al Alcohol, BEDA**

La ESCALA SOBRE DEPENDENCIA AL ALCOHOL (BEDA) fue diseñada para medir la dependencia en la población adulta que abusa del alcohol. Su mayor fortaleza se encuentra en que refleja todas las dimensiones del Síndrome de Dependencia al Alcohol.

El puntaje obtenido en BEDA puede ser interpretado de la siguiente manera:

1 - 10 = Dependencia Baja

11 - 20 = Dependencia Media

21 o + = Dependencia Severa

□ **Cuestionario de Abuso de Drogas, CAD 20**

Este instrumento fue desarrollado por Skinner (1982) y adaptado por Fuentes y Villalpando en el 2001.

Está compuesto por 20 preguntas con respuestas dicotómicas. Proporciona un índice cuantitativo del rango de problemas asociados con el abuso de drogas.

El análisis factorial reportó cinco dimensiones de consecuencias:

1. Dependencia a las drogas
2. Problemas sociales
3. Problemas médicos
4. Poli-uso de drogas
5. Búsqueda de ayuda

El objetivo del instrumento es medir la percepción que el individuo tiene hacia las consecuencias que le está ocasionando su consumo de drogas, permitiendo discriminar clínicamente entre los más involucrados en el consumo y los menos, así como con fines de evaluación en el tratamiento.

Para calificarlo se suman las respuestas contestadas en la dirección crítica (que indican problemas en el uso de drogas), es decir, los reactivos 4 y 5 contestados negativamente valen un punto, y los demás contestados positivamente valen un punto.

La calificación total es la suma aritmética de los puntajes de los 20 reactivos, la cual cae en un intervalo de 0 a 20.

De 0 = No reportó

De 1 a 5 = Nivel bajo

De 6 a 10 = Nivel Moderado

De 11 a 15 = Nivel Sustancial

De 16 a 20 = Nivel Severo

□ **Cédula de Indicadores para medir la Dependencia a las Drogas**

Para diagnosticar la dependencia a sustancias adictivas al conjunto de manifestaciones fisiológicas, conductuales y cognoscitivas, en el cual el consumo de una droga adquiere la máxima prioridad para el individuo, que se manifiesta por tres o más síntomas en algún momento, en los 12 meses previos.

(Organización Mundial de la Salud, Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades, 1992).

Se califica como síntoma presente, cuando alguna de las respuestas de ese síntoma es afirmativa.

Breviario de filtro:

To.- Tolerancia

Abs.- Abstinencia

Rprai.- Reducción progresiva del repertorio de actividades o intereses.

Upcd.- Uso persistente a pesar de las consecuencias dañinas.

4.1.5.2 Aplicación al adolescente.

La cita para la segunda parte del diagnóstico se programó para el día 23 de Junio, en donde el adolescente se presentó con 30 minutos de anticipación a su cita la cual era a las 11:00.

El adolescente vestía una playera naranja pantalones de mezclilla y tenis blancos. Ingresamos al cubículo 10:45, se presentó el Lic. Jesús López y se dio inicio a la segunda parte del diagnóstico la cual tendría una duración de una hora y media, comenzamos preguntándole su estado de animo a lo que respondió se sentía tranquilo, había hecho una hora y media de camino puesto que vive en Ecatepec. Se repitió que en esta segunda sesión se haría la aplicación de los instrumentos, JA aceptó.

El primer instrumento aplicado fue el cuestionario para la dependencia de nicotina, el cual sirve para evaluar el grado de dependencia física a la nicotina, se le dieron

las indicaciones sobre cómo responderlo, en seguida continuamos con la prueba MINI MENTAL la cual se utiliza para valorar el deterioro cognitivo, dando las indicaciones sobre que se le harían ciertas preguntas cotidianas a las que sin pensar mucho él tendría que responder, al comenzar JA01:8 entre risas hizo un comentario refiriéndose a que esas preguntas eran de “primaria” y el Lic. Jesús respondió que las siguientes eran de preparatoria.

Se aplicó el AUDIT, siendo que este resulta para valorar si el consumo de alcohol en una persona es perjudicial, se dieron las indicaciones sobre cómo responder el cuestionario y sin complicaciones terminó.

Aplicamos el cuestionario BEDA, sirve para medir la dependencia en la población que consume alcohol de manera perjudicial, se le dieron las indicaciones para comenzar, a media prueba José Ángel refirió que estaba cansado y que ya eran muchas preguntas sobre el consumo de alcohol.

En seguida se aplicó el CAD para medir la dependencia a las drogas a lo que José Ángel replicó que el ya no consumía todas las drogas, que el ya solo fumaba marihuana.

El Lic. Jesús le explicó que se necesitaban los datos aun cuando él se encontrara abstinentes para realizar el informe y así poder darle algunas sugerencias sobre cómo tratar el consumo, a lo que el adolescente aceptó diciendo que se enfocaría en la marihuana únicamente.

Después de concluir el CAD, se le entregaron cierto número de cédulas de indicadores para medir la dependencia a las sustancias, dicha prueba se aplica una por cada sustancia reciente que se consume.

La primera fue la cédula para el consumo de marihuana, se le dieron las indicaciones para responderla correctamente, comenzó a leer las preguntas en voz

baja, paró y dijo “ya estoy cansado”, se le dijo que esta sesión era más corta que la primera a lo que respondió “sí, pero en la primera yo no escribí nada solo platicué”. Continuó respondiendo, concluyó y seguimos el mismo proceso con la de inhalables y por último el de cocaína en piedra, a lo que su expresión corporal y tono de voz cambiaron haciendo un comentario “este si va a estar bueno”, solo se le dijo en tono sarcástico que porque se ponía tan contento.

Al concluir se le pregunto nuevamente como se sentía y si había alguna duda de su parte, diciendo que no había dudas ni comentarios, se le dijo nuevamente que se integraría la información para su informe y que en una cita con su representante legal, referente y él se haría la devolución de los resultados.

El adolescente aceptó y comentó que quedaba en espera de nuestro aviso para dicha entrega.

4.5.1.3 Devolución e integración de resultados

De acuerdo con los instrumentos aplicados y la entrevista inicial con JA, se integraron los siguientes resultados y sugerencias para el tratamiento sobre el consumo de sustancias.

Para el 31 de Agosto se retrogrado la cita para la devolución de los resultados en los cuales el adolescente JA presenta una adecuada capacidad cognitiva en relación a las categorías en el test MINI MENTAL, orientación en tiempo y lugar, memoria inmediata y a corto plazo, en atención, cálculo matemático, manejo de lenguaje, lectura, comprensión, seguimiento de instrucciones, lectura y copiado. Sin embargo no identifica cuestiones cotidianas como la estación del año, o delegación en que se encuentra que por apatía o falta de atención no les da la importancia que representan.

Sobre el consumo de tabaco no presenta dependencia a dicha sustancia.

En relación al uso de alcohol presenta un consumo de alto riesgo, llegando a ingerir de dos a cuatro veces al mes, tomando de tres a cuatro copas.

Respecto al uso de otras sustancias como la marihuana, activo y crack (cocaína en piedra), manifiesta un nivel importante de dependencia usando las sustancias sin razón médica, más de una droga al mismo tiempo, sin lograr estar una semana sin consumo, generándole sentimientos de culpa, problemas familiares y verse involucrado en peleas y actividades ilegales.

Presenta los siguientes síntomas para el uso de las drogas: Tolerancia, Abstinencia, Reducción progresiva de actividades o intereses, Uso persistente a pesar de las consecuencias dañinas.

Como resultado y tratamiento al consumo se le sugirió:

Concientizar a los familiares directos y al adolescente sobre el patrón de consumo de alcohol y marihuana. Fomentar en el adolescente estrategias para el manejo adecuado del tiempo libre, la reintegración a la actividad educativa y cultural.

Promover la integración del adolescente a tratamiento especializado en la modalidad ambulatoria CIJ cercano a su domicilio para contención a su consumo y su adherencia al tratamiento. Proponer a los familiares del menor a integrarse a un servicio donde puedan compartir experiencias de afrontamiento entre padres con la situación de hijos con problemas de adicción. Integrarse al grupo de Atención a las Adicciones de la Fundación, para el seguimiento de la contención que reciba de forma externa.

4.1.6 Cierre

En el caso de JA, la devolución de los resultados se realizó en una sesión muy tranquila, ya que en la retroalimentación que se tuvo dentro del espacio fue muy funcional para la madre y para el adolescente ya que cada uno de ellos hasta cierto punto aceptaron la responsabilidad correspondiente, la madre aceptó y se hizo responsable ya que comentó que por motivos laborales siempre había puesto muy

poca atención a la vida del adolescente y que en realidad siempre ha estado solo y que esta situación legal y de consumo la había puesto a reflexionar que aún tiene a una persona a su cargo el cuál la necesita para ser aconsejado en la toma de decisiones, sobre las sugerencias del tratamiento la madre estuvo de acuerdo en asistir de manera ambulatoria a un centro de tratamiento para conocer las experiencias y como ayudar a su hijo, el adolescente en un inicio estuvo un poco renuente a querer aceptarlo sin embargo se comprometió junto con su madre a asistir de manera puntual para contención al consumo.

4.2 Caso JO

El segundo caso es sobre JO un adolescente de 15 años 7 meses, actualmente habita con la progenitora y su hermana María Teresa de 14 años; presenta consumo de activo, marihuana, alcohol y tabaco; se describe como alguien respetuoso, alegre, le gusta el deporte, es limpio, ayuda en casa; estudiante de 2º de Secundaria en el sistema escolarizado, su rendimiento es regular, tiene calificaciones entre 6 y 8, ya que se le dificulta poner atención y entender algunas cosas. Reprobó 4º año de primaria, considera que tiene problemas de aprendizaje ya que era lo que la progenitora y sus maestros le decían. Al ingresar a la secundaria, comienza a consumir marihuana antes de entrar o dentro de la escuela, identifica que el consumo de sustancias afecta su rendimiento.

El adolescente JO fue detenido por robo calificado, siendo que refirió que el día 27 veintisiete de Diciembre de 2014, a las 22:00 horas, en la colonia del Valle de San Lorenzo en la Delegación Iztapalapa, se encontraba en compañía de Uriel de 18 años, se dirigían a su casa y es detenido, acusado del robo de \$200.00 doscientos pesos y una tarjeta de crédito de un señor de un puesto de hamburguesas en Avenida Tláhuac.

Posteriormente, JO reconoce que iba con 15 amigos más, fueron a un puesto de hamburguesas, ya que uno de sus amigos tenía problemas con el dueño de dicho lugar y les dijo que “si le hacía el paro”, al llegar al puesto, agarran piedras y palos,

sus amigos cruzan la calle y le avientan cosas, durante la riña, JO le quitó una tarjeta y \$200.00 doscientos pesos al dueño del puesto, vieron que se acercaba una patrulla y todos se echaron a correr, el adolescente se mete a un callejón, la patrulla lo sigue y es detenido.

Al inicio JO negó su participación en la conducta delictiva encontrando la detención como injusta, posteriormente, el adolescente reconoce su participación sin embargo no logra visualizar su responsabilidad en la misma, ni el porqué del cumplimiento de la medida, así como el sentido del tratamiento.

La medida impuesta por el Juez fue la obligación de acudir a determinadas Instituciones, a fin de recibir formación técnica, ética, educativa y cultural, en donde el adolescente JO se integrará a un espacio de Seguimientos Individuales, con la finalidad de que identifique la responsabilidad que conlleva el cumplimiento de la medida y las consecuencias ante el incumplimiento, se realizará trabajo de sensibilización, a efecto de que le sea practicado un Diagnóstico de Consumo de sustancias psicoactivas, con la finalidad de conocer el nivel de consumo que presenta el adolescente y poder focalizar la intervención del mismo, concientizándolo de la importancia de insertarse en un tratamiento especializado en atención a las Adicciones; a la par, se favorecerá la realización de un Diagnóstico Psiquiátrico, con el objetivo de conocer el nivel de daño a nivel físico generado por el consumo de sustancias tóxicas.

De igual forma, durante la ejecución de la medida, el adolescente se integrará a un Programa de fases, donde inicialmente asistirá a un espacio de Reestructuración de la Vida Cotidiana, donde se le brindará información por medio de Conferencias Informativas sobre Sexualidad, Familia, Adolescencia, causas y consecuencias del uso y Abuso de Sustancias Tóxicas, uso del tiempo libre, Valores, Normas Morales y legales, a fin de que continúe identificando los factores de riesgo en que se ha visto inmersos y que conllevaron su involucramiento en la conducta delictiva y privación de la libertad, posteriormente acudirá a un Taller

de Desarrollo de Habilidades Personales, con la finalidad de trabajar su control de impulsos, tolerancia a la frustración; el fortalecimiento de su autoestima a través de la identificación de sus habilidades, herramientas y recursos que le permitan visualizar un proyecto de vida acorde a sus necesidades e intereses.

En la última etapa del Programa, se insertará a un espacio de Reinserción Social, con el fin de brindarle estrategias de comunicación a través de la expresión de ideas, pensamientos y sentimientos; que identifique los diferentes tipos de violencia dentro y fuera del hogar, con el objetivo de propiciar la adecuada resolución de conflictos y la toma de decisiones de forma asertiva, lo que fortalecerá los vínculos afectivos al interior y exterior de la familia, así como su sentido de pertenencia y arraigo familiar.

4.2.1 Inicio de la entrevista

El adolescente **JO** estaba citado para su primera parte del Diagnóstico de Consumo el 16 de Junio a las 9:00 de la mañana, sin embargo se presentó 9:15, se le recibió, ingresamos al cubículo para para presentarnos.

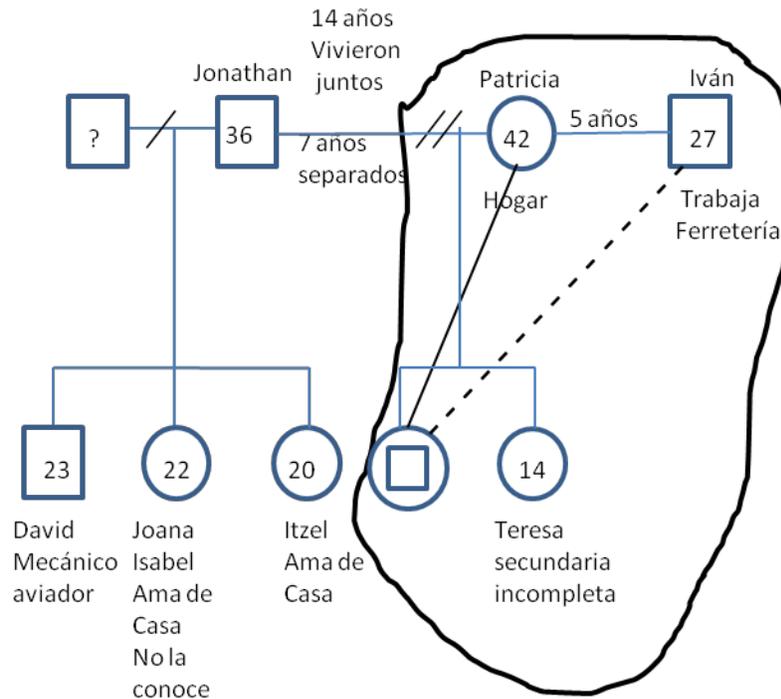
En seguida comenzamos dándole la explicación sobre en qué consistiría dicho Diagnóstico, la duración de la primera sesión sería de 60 minutos la cual abarcaba la entrevista semi-estructurada únicamente y la segunda sesión 30 minutos donde se haría la aplicación de distintos instrumentos para identificar datos sobre patrones de consumo.

Le comentamos de igual manera que si dentro de la aplicación del Diagnóstico nos surgía alguna duda al Lic. Jesús López o a mí se lo haríamos saber en una tercera sesión. Preguntamos si tenía alguna duda o pregunta y Jonathan contestó que no, que podríamos iniciar: *El adolescente asistió vestido con una playera blanca, sudadera negra pantalones de mezclilla, tenis y calcetines blancos (J02:1).*

Su imagen reflejaba cansancio por lo que se le preguntó cuál era su estado de ánimo y en voz muy baja respondió que se sentía algo cansado ya que se había desvelado durmiendo hasta las 12:30 de la mañana, esto puesto que se enteró que un amigo del barrio había muerto por una balacera y otro más estaba en el hospital en coma y mal herido, por eso estaba preocupado pues no sabía que había pasado o en que estaba metido su amigo que lo balacearon.

Antes de iniciar con la entrevista Jonathan realizó un comentario sobre que en una ocasión los habían picado a lo que preguntamos cómo había sucedido y respondió que su hermana se estaba peleando con otra niña, él se dio cuenta que ya le querían pegar otras muchachas , se metió a defenderla y sintió un piquete, asegura fue con un pica hielos pero que no fue al doctor a revisión, únicamente se puso algodón y dejo que se le fuera cerrando poco a poco; de igual manera nos comentó que estaba asistiendo al taller de tejido y que ya había aprendido a hacer la técnica de los “mounstritos” y “ojos de venado”, pero que todavía le faltaba mucho por aprender, le preguntamos si él había tejido el cinturón que traía puesto y contesto que no que ese se lo había hecho el marido de una amiga de su mamá que está en el Reclusorio sur.

Dimos inicio a la entrevista, Jonathan llenó la primera hoja que consta de datos personales como nombre, edad, dirección, teléfonos, ocupación, grado escolar, estado civil y familia con la que habita, pasamos directamente a realizar el familiograma y se le explicó que era una representación gráfica de su familia.



Fuente: Elaboración propia.

JO es un adolescente de 17 años, inscrito en la escuela secundaria escolarizado, su hora de entrada la 1:45 pm, escuela ubicada por Periférico y Tláhuac, refirió que muy cerca del reclusorio oriente siendo su recorrido de 2 horas y media aproximadamente, cohabita con su mamá la Sra. Patricia de 42 años quien se dedica al hogar, quien mantuvo una relación por 14 años y actualmente lleva 7 años separada con el progenitor.

JO comentó que su papá (de igual hombre y 36 años) se fue a E.U; él creía que se había olvidado de ellos, la comunicación que tienen es muy poca y realmente no sabe si tenga otra familia ese país o en Cd. Juárez.

Continuamos con sus hermanos mencionó a David de 23 años al cual sólo ha visto una vez ya que regresó a buscar a su mamá, se dedica a la mecánica, no sabe

dónde vive o si tiene familia; su hermana María de 22 años de quien sabe únicamente de su existencia pero no la conoce; recalcó que ellos dos son únicamente sus medios hermanos y que no sabe nada de su papá.

Iván es la pareja actual de la madre y cohabita con ellos, tiene 27 años y trabaja en una ferretería, sobre esto no había comentado nada.

4.2.2 Desarrollo, Sensaciones, consumo y adicción.

JO se presentó puntual a su cita, sin embargo lo recibimos 10 minutos después a causa de la organización del día.

Venía vestido con pantalones de mezclilla, tenis blancos y una sudadera color vino con gris, le preguntamos cuál era su estado de ánimo respondiendo que venía contento y muy tranquilo y si había asistido al funeral de su amigo diciendo que sí, pero que esta información no se la había dicho a su referente ni en el grupo al que asiste.

El 23 de Junio se dio inicio a la segunda parte del diagnóstico a la que el Lic. Jesús comentó que se le aplicarían los cuestionarios y JO aceptó, yo comenté que no habíamos terminado la entrevista la sesión pasada a lo que respondió: “al mal paso darle prisa”.

Continuamos con la parte de las sustancias, retomando el inicio en el consumo del tabaco.

En la sesión pasada cometo que a los 11 años empezó a fumar y en esta ocasión no lo recordaba. El Lic. Jesús lo cuestionó si a esa edad o antes había iniciado, Jonathan tratando de recordar y con titubeos dijo que sí; confirmo que fuma de dos a tres cigarros al día y que se había propuesto dejarlo desde el Lunes 22 de junio. A la misma edad comenzó con la cerveza, tequila y mezcal, las ingiere una vez al

mes, expresa que casi no le gusta tomar ya que con una cuba se comienza a sentir mareado.

Se le preguntó sobre el consumo de marihuana y especificó que inició fumando de una pipa y que por las noches consumía casi diario.

Sobre los inhalables comento que inició a los 13 años y que consumía de tres a cuatro “monas”, compraban entre su pandilla una lata para todos.

JO identifica muy pocas consecuencias sobre su consumo, en el ámbito individual observa que ha bajado de peso, tiene olvidos y dolores de cabeza. Hay veces en las que piensa: *que le gustaría ser como antes, como cuando no consumía (J01:5).*

4.2.3 Influencia de la familia

Con su familia si existen problemas por el consumo, en lo social y laboral no identifica ninguna consecuencia y en lo escolar hay ocasiones en las que no asiste a clases por quedarse con sus amigos.

Comento que antes de tener el proceso legal: *no asistía a clases por irse de pinta con sus amigos (J01:5).*

Invierte \$430.00 a la semana en tabaco y marihuana.

Se enfoca mucho en la situación académica y se auto motiva para terminar la secundaria, sin embargo se siente presionado por el Juez, a que si falla habrá consecuencias negativas para él.

Comentó que ha intentado dejar de consumir por cuenta propia en tres o cuatro ocasiones, siendo un mes el tiempo máximo que ha durado en abstinencia, estar así le causa ansiedad y eso es lo que lo hace recaer.

Realiza diversas actividades como hacer ejercicio, jugar frontón, ir a la escuela y evitar ciertas amistades para evitar consumir.

Para JO es muy importante dejar de consumir, sabe que está dañando su vida y que sin consumo estará mejor físicamente.

4.2.4 Aplicación de Cuestionarios

El 30 de Junio la cita estaba programada a las 9:00 de la mañana sin embargo JO se presentó 20 minutos después, ingresamos al cubículo y se le explico la importancia de la puntualidad y que únicamente se le atendería los 40 minutos restantes de la cita.

Llego vestido con pantalones de mezclilla sudadera azul tenis blancos y una gorra negra.

A pesar del retraso, su actitud fue muy mala, retardora y sarcástica.

Comenzamos sin más plática para aprovechar el tiempo, concluimos con las últimas preguntas sobre la entrevista.

Sin embargo sus respuestas fueron lo siguiente: *Que no recordaba, no se sentía triste y mucho menos ansioso que en verdad no sabía porque se le aplicaba el diagnostico si ya tenía tiempo de no consumir (J01:6).*

Sin decir más le entregó el cuestionario sobre la dependencia a la nicotina, se le dieron las indicaciones para resolverlo correctamente, comenzó a contestarlo aunque su actitud y su postura realmente no se modificaban, aun cuando durante la sesión se le estuvo pidiendo que se sentara correctamente y que hablara fuerte y claro.

Continuamos con el MINI MENTAL, se le explico que las preguntas las haría el Lic. Jesús, y él tendría que contestar sin pensar mucho y rápido.

Cuando se le empezaron a dar las preguntas las tomaba a broma y respondía con burla.

Se le entrego el cuestionario CAD y la cédula de indicadores para la dependencia a las diferentes sustancias.

A pesar que en esta última sesión solo faltaban algunas preguntas sobre la entrevista y la aplicación de los cuestionarios, se tuvo la duda de si se terminaría el diagnostico.

JO es un adolescente que manipula y oculta información puesto que piensa que si expresa toda situación a la que se enfrenta día a día, habrá consecuencias perjudiciales sobre su tratamiento.

Además que de que su mamá explico que su “*Causa*”²³ había salido del reclusorio y era esta la razón del cambio drástico de actitud en el adolescente.

4.2.4.1 Instrumentación, diseño, descripción, evaluación y puntaje.

Las estrategias consideradas para la población atendida se basan en la aplicación de los instrumentos que a continuación detallo.

□ Mini Examen del Estado Mental

El “Mini Mental State Examination” (MMSE) fue desarrollado por Folstein y Cols en 1975 como un instrumento práctico para la detección de trastornos cognitivos.

Los criterios actuales para el diagnóstico de un síndrome demencial requieren que la presencia de deterioro cognitivo sea documentada a través de una evaluación

²³ Persona con la cual se cometió el delito.

breve del estado mental como el MMSE u otros y confirmada por una evaluación neuropsicológica más extensa (Butman, J. y otros, 2011).

Es un método práctico que permite establecer el grado del estado cognitivo del paciente. Las características esenciales que se evalúan son:

Orientación temporal y espacial, Capacidad de fijación, atención y cálculo, Memoria, Nominación, repetición y comprensión, Lectura, escritura y dibujo.

Orientación Temporal (5 puntos) Esta sección se compone de cinco preguntas sobre el año, la época del año, el mes, el día de la semana y el día del mes, en que nos encontramos en este momento, por cada respuesta correcta otorgará 1 punto, el paciente conseguirá hasta un máximo de 5 puntos si contesta todo correctamente.

Espacial (5 puntos) Se trata también de cinco preguntas pero esta vez referente a coordenadas espaciales, como: el país, la ciudad, el pueblo o la parte de la ciudad, el CRC y el piso del edificio en el que nos encontramos.

Recuerdo Inmediato (3 puntos) Con esta prueba se pretende evaluar la capacidad del paciente para retener a muy corto plazo 3 palabras no relacionadas entre sí.

Atención y Cálculo (5 puntos) El paciente debe realizar mentalmente hasta 5 sustracciones consecutivas de a 3 partiendo de 30.

Nominación (2 puntos) Con esta prueba se pretende evaluar la capacidad del paciente de identificar y nombrar dos objetos comunes.

Repetición (1 punto) Esta sección valora la capacidad del paciente para repetir con exactitud una frase de cierta complejidad articulatorio.

Comprensión (3 puntos) Evalúa la capacidad del paciente para atender, comprender y ejecutar una tarea compleja en tres pasos.

Lectura (1 punto) Evalúa la capacidad del paciente de leer y comprender una frase sencilla.

Escritura (1 punto) Se evalúa la capacidad del paciente de escribir una frase coherente.

Dibujo (1 punto) Esta tarea de copia de dos pentágonos entrelazados, evalúa la capacidad visuoespacial del paciente.

Los resultados dependerán de la puntuación alcanzada (30 puntos máximo).

27 a 30 puntos o más: Normal. Presenta una adecuada capacidad cognoscitiva.

24 puntos o menos: Sospecha patológica

24 a 12 puntos: Deterioro

12 a 9 puntos: Demencia

Menos de 5 puntos. Fase terminal. Totalmente desorientado. No se reconoce él mismo.

Test de dependencia a la nicotina Fagerström

El test de Fagerström es una prueba creada en el año 1978 por el doctor Karl Fagerström uno de los mayores expertos del mundo en tabaquismo con el nombre de “Cuestionario de tolerancia de Fagerström “y es utilizada para medir por medio de seis preguntas el nivel de adicción en los fumadores.

Se trata de una escala de 6 ítems o valoraciones, de los que 4 son dicotómicos, constituyendo la población diana de este test la población fumadora.

Una puntuación inferior a 4 indica una dependencia baja a la nicotina.

Una puntuación entre 5 y 7 se interpreta como una dependencia moderada

Una puntuación superior a 7 es una dependencia alta.

□ **Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol, AUDIT**

El AUDIT fue desarrollado y evaluado a lo largo de un período de dos décadas, habiéndose demostrado que proporciona una medida correcta del riesgo según el género, la edad y las diferentes culturas. Puede ser utilizado de diversas formas para evaluar el consumo de alcohol del paciente.

El AUDIT se desarrolló a partir de un extenso estudio de validación realizado en seis países. Se han llevado a cabo estudios de investigación adicionales para evaluar su precisión y utilidad en diferentes contextos, poblaciones y grupos culturales (Babor, T. y otros).

Se recomiendan unas puntuaciones totales iguales o mayores a 8 como indicadores de consumo de riesgo y consumo perjudicial, así como de una posible dependencia de alcohol. (Una puntuación de corte 10 proporciona una mayor especificidad a expensas de una menor sensibilidad).

□ **Cuestionario Breve Escala de Dependencia al Alcohol, BEDA**

La ESCALA SOBRE DEPENDENCIA AL ALCOHOL (BEDA) fue diseñada para medir la dependencia en la población adulta que abusa del alcohol. Su mayor fortaleza se encuentra en que refleja todas las dimensiones del Síndrome de Dependencia al Alcohol.

El puntaje obtenido en BEDA puede ser interpretado de la siguiente manera:

1 - 10 = Dependencia Baja

11 - 20 = Dependencia Media

21 o + = Dependencia Severa

□ **Cuestionario de Abuso de Drogas, CAD 20**

Este instrumento fue desarrollado por Skinner (1982) y adaptado por Fuentes y Villalpando en el 2001.

Está compuesto por 20 preguntas con respuestas dicotómicas. Proporciona un índice cuantitativo del rango de problemas asociados con el abuso de drogas.

El análisis factorial reportó cinco dimensiones de consecuencias:

1. Dependencia a las drogas
2. Problemas sociales
3. Problemas médicos
4. Poli-uso de drogas
5. Búsqueda de ayuda

El objetivo del instrumento es medir la percepción que el individuo tiene hacia las consecuencias que le está ocasionando su consumo de drogas, permitiendo discriminar clínicamente entre los más involucrados en el consumo y los menos, así como con fines de evaluación en el tratamiento.

Para calificarlo se suman las respuestas contestadas en la dirección crítica (que indican problemas en el uso de drogas), es decir, los reactivos 4 y 5 contestados negativamente valen un punto, y los demás contestados positivamente valen un punto.

La calificación total es la suma aritmética de los puntajes de los 20 reactivos, la cual cae en un intervalo de 0 a 20.

De 0 = No reportó

De 1 a 5 = Nivel bajo

De 6 a 10 = Nivel Moderado

De 11 a 15 = Nivel Sustancial

De 16 a 20 = Nivel Severo

□ **Cédula de Indicadores para medir la Dependencia a las Drogas**

Para diagnosticar la dependencia a sustancias adictivas al conjunto de manifestaciones fisiológicas, conductuales y cognoscitivas, en el cual el consumo de una droga adquiere la máxima prioridad para el individuo, que se manifiesta por tres o más síntomas en algún momento, en los 12 meses previos.

(Organización Mundial de la Salud, Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades, 1992).

Se califica como síntoma presente, cuando alguna de las respuestas de ese síntoma es afirmativa.

Breviario de filtro:

To.- Tolerancia

Abs.- Abstinencia

Rprai.- Reducción progresiva del repertorio de actividades o intereses.

Upcd.- Uso persistente a pesar de las consecuencias dañinas

4.2.4.2 Devolución e integración de resultados

El 14 de Julio se programó la cita para la devolución de los resultados en donde se comentó que JO presenta un posible deterioro en la capacidad cognitiva en relación a la dificultad que tuvo para identificar el día en que se encontraba con un desfase de 7 días, la ubicación en la delegación política en la que se encontraba y la institución en donde era atendido, y en relación y calculo no logro realizar la sustracción de 7 en 100.

Presente una baja dependencia al tabaco siendo su consumo por las mañanas, sobre el uso del alcohol presenta un consumo de bajo riesgo, siendo que llega a ingerir una vez al mes tomando de una a cinco copas.

Respecto al uso de marihuana y activo presenta un nivel moderado de dependencia, viéndose involucrado en peleas, habiendo tenido arrestos por posesión de

sustancias tóxicas, sin embargo ha pedido ayuda a sus familiares para dejar de consumir.

Sobre dichas sustancias presenta los siguientes síntomas, Tolerancia, Reducción Progresiva de Actividades o Intereses, Uso persistente a pesar de las consecuencias dañinas.

Sobre las sugerencias estuvieron las siguientes: Promover la realización de un diagnóstico neurológico o psiquiátrico del adolescente para descartar algún daño cerebral por el consumo de las sustancias psicoactivas. Fomentar el fortalecimiento de estima personal en el adolescente, así como estrategias para el manejo adecuado del tiempo libre, fomentando la reintegración a la actividad educativa y cultural. Fomentar la congruencia sobre las acciones en el ambiente familiar, en cuanto al consumo permisivo como el alcohol.

Promover la integración del adolescente a tratamiento especializado en la modalidad ambulatoria (CAPA, CIJ cercano a su domicilio) para contención a su consumo de marihuana y activo, así como su adherencia al mismo. Proponer a los familiares del menor a integrarse a un servicio donde puedan compartir experiencias de afrontamiento entre padres con la situación de hijos con problemas de adicción. Integrarse al grupo de Atención a las Adicciones de la Fundación, para el seguimiento de la contención que reciba de forma externa.

4.2.5 Cierre

La devolución de resultados con JO y su madre, fue un poco complicada por la actitud que ambos presentaron, la madre del adolescente no dijo una sola palabra y el adolescente en todo momento negó que consumiera alguna sustancia aun cuando en la aplicación del diagnóstico comentara que si en algunas ocasiones había estado involucrado en problemas callejeros por necesidad de conseguir alguna sustancia.

4.3 Caso JC

JC adolescente de 14 años 8 ocho meses de edad, originario del Distrito Federal, soltero; actualmente cursa el Primer grado de educación Secundaria; presenta tatuaje en brazo derecho, siendo la imagen de una “cruz”, la cual se realizó a los 13 años de edad, con permiso de la madre, refiere que el padre desconoce del mismo debido a que si se entera podría golpearlo; aunado a ello consume marihuana, alcohol, tabaco y activo; fue hospitalizado a los 11 años de edad debido a un absceso en el ojo derecho, mismo que le fue extirpado, desde su dicho no presenta secuelas ni requiere de tratamiento alguno.

La infracción cometida fueron daños contra la salud en su modalidad de Narcomenudeo, el adolescente refiere que en fecha 13 de Noviembre de 2014 se encontraba en la calle de Aquiles Serdán, Colonia el Recreo de la Delegación Azcapotzalco, alrededor de las 14:00 horas en compañía de dos amigos de nombre Josué Cruz de 15 años y de Evaristo de 14 años de edad, estando bajo el influjo de marihuana y activo, iban a entrar a la escuela y en esos momentos llegaron unos Judiciales, les realizan una revisión y le encontraron una bolsa con 9 gramos de Marihuana, siendo detenidos y llevados al Ministerio Público.

El adolescente observa la detención como justo, ya que considera que daña a su persona, así como a su familia, espera que el tratamiento le ayude a dejar el consumo de sustancias psicoactivas y controlar sus impulsos.

La medida impuesta por el Juez fue Suspensión Condicional de Proceso a Prueba, con la Obligación de acudir a una Institución como lo es la Fundación Mexicana de Reintegración Social Reintegra, A. C., para recibir Terapia Individual, dentro de la que se marcan ciertas líneas de acción para su programa personalizado como se menciona a continuación:

El adolescente JC se incorporará a un espacio de Seguimiento Individual, con la finalidad de trabajar el sentido de su medida legal, así como las consecuencias ante

el incumplimiento de ésta; realizar trabajo de sensibilización, a efecto de que asuma la importancia de dar continuidad a su tratamiento en el Centro de Integración Juvenil en atención a las Adicciones, así mismo se le aplicará un Diagnóstico de Consumo de sustancias para que continúe identificando los daños y consecuencias a nivel físico, psicológico, emocional, familiar y social, ante el consumo de sustancias psicoactivas, promoviendo la identificación de sus recursos y habilidades, a efecto de potencializarlos.

Se integrará a un espacio de Reestructuración de la Vida Cotidiana, donde a través de Conferencias Informativas, se le proporcionará información referente a los factores de riesgo en los distintos contextos en los que se desenvuelve, en torno a los cambios físicos y psicológicos propios de la adolescencia, sexualidad, uso de tiempo libre, valores, normas morales, sociales y legales.

Se integrará a un Espacio de Reinserción Social, con la finalidad de que identifique figuras de autoridad dentro y fuera del hogar, que le brinden contención y estructura ante las actividades que realiza; favorecer el control de impulsos y la toma de decisiones asertivas, así como la responsabilidad de sus acciones.

Asistirá a un espacio de Asesoría y Seguimiento Escolar, para motivarlo a que continúe con su formación académica en la institución en la cual se encuentra inscrito, al mismo tiempo que identifique los recursos y herramientas con los que cuenta para la elaboración de un proyecto de vida a nivel educativo, además de que le sirva como un espacio en el que aprenda estrategias y hábitos de estudio.

4.3.1 Inicio de la Entrevista

La primer cita con JC fue programada con casi un mes de anticipación, sin embargo el adolescente se escapaba, el día 18 de junio, se le atendió incluso antes de la hora estipulada (17:00), puesto que el adolescente estaba ansioso y nervioso, repetía una y otra vez que lo dejáramos para después ya que había invitado a una chica al cine, que era importantísimo que ya se fuera.

El Lic. Jesús le explicó que solo tardaríamos una hora y al finalizar se podía retirar, a lo que respondió “está bien, pero que se lo mas rápido que se pueda”.

Ingresamos al cubículo y por segunda ocasión de le explico en qué consistía la aplicación del diagnóstico, que serían dos sesiones, la primera tendría una duración de 60 minutos y sería una entrevista semi estructurada sobre datos personales, familia, historia de vida e inicio en el consumo de sustancias, la segunda sesión sería más corta y se haría aplicarían distintos instrumentos para medir la dependencia al tabaco, alcohol, y otro tipo de drogas.

Al concluir se haría un informe integrando los resultados y algunas sugerencias para disminuir el consumo, los cuales se le entregarían en una tercera cita con su representante legal, referente y los aplicadores.

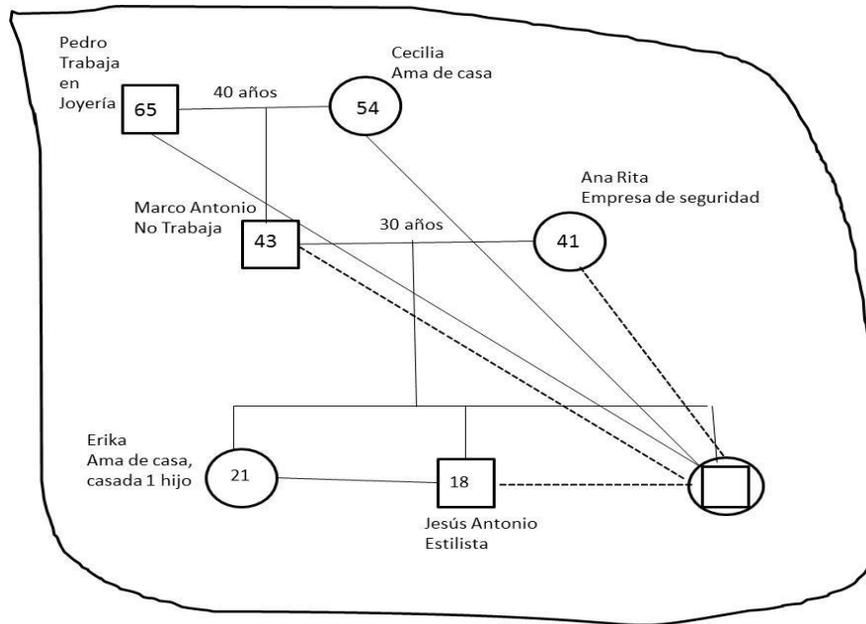
4.3.2 Desarrollo, Sensaciones, consumo y adicción

JC iba vestido con pantalones de mezclilla, una sudadera azul marino y tenis blancos con negro.

Dimos inicio, se le pregunto cómo se sentía, cuál era su estado de ánimo, contestó que cansado y desesperado pero que no afectaría en sus respuestas para la entrevista.

Se le pidió que llenara la primera hoja con datos personales, lo realizo sin ningún problema, se le pregunto si actualmente se encontraba estudiando a lo que respondió que estaba inscrito en el sistema semi- escolarizado CEDEX, ya que fue el único sistema en el cual había sido aceptado por su historial escolar.

Continuamos, se le explicó que realizaríamos un familiograma, una representación gráfica de la familia directa con la que vive.



Fuente: Elaboración Propia

Lo primero fue el nombre de su padre, edad, último grado de estudios, y si consumía alguna sustancia a lo que el adolescente respondió que su padre consume marihuana desde hace mucho tiempo y también cocaína en piedra, continuamos con su madre, edad, último grado de estudios y si consumía algún tipo de sustancia a lo que respondió que no.

JC es un adolescente de 14 años, estudiante de secundaria, proviene de una familia extensa conformada por su padre el Sr. Marco Antonio de 43 años, desempleado, estuvo internado por consumir alcohol, piedra y marihuana, permaneció 5 años en el reclusorio lleva una mala relación con Julio, su mamá la Sra. Ana Rita de 41 años quien labora como empleada de seguridad, su hermana Erika de 21 años casada con un hijo, su pareja consumía, su hermano Jesús Antonio de 18 años, ayudante de estética, consume alcohol cada fin de semana con quien julio cesar mantiene una comunicación distante y violenta ya que es homosexual.

Sus padres llevan separados 6 años aproximadamente, sin embargo habitan en la propiedad de los abuelos paternos en recamaras separadas.

Sus abuelos el Sr. Pedro de 65 años comerciante en una joyería anteriormente consumía alcohol y tabaco y la Sra. Celia de 54 años, ama de casa quienes llevan 40 años de relación y a quienes el adolescente les tiene mucha confianza.

Se le pregunto que como había iniciado el consumo y respondió:

“Desde chico veía que mi papá fumaba marihuana y cocaína en piedra, así que un día fácilmente entre a su recamara y le robé unas bolsitas con polvo blanco y me salí a consumirlas con mis amigos” (JC01:2).

A los 10 años comenzó a ingerir bebidas alcohólicas y a fumar tabaco, diciendo que cuando él dormía con sus papás estos fumaban por las noches, tomó un cigarro y lo prendió en la azotea.

La marihuana la probó a los 12 años con una “tapita de pluma”, a los 13 años con solventes.

4.3.3 Influencia de la familia

Para Julio consumir ha tenido consecuencias como la perdida momentánea de memoria “lagunas mentales”, bajar de peso, problemas con su familia en especial con su mamá y sus abuelos, sin embargo comenta que antes de consumir también había problemas, minimizando los riesgos de consumir.

Aunque minimiza los riesgos y problemas que el consumo genera, al finalizar comenta “para mí es muy importante dejar de consumir ya que así mejoraría la relación con mi familia y por la mejora de mi salud” (JC01).

Ha intentado dejar de consumir por su voluntad en 6 ocasiones, siendo que la duración máxima en abstinencia han sido dos semanas.

Dentro de la sesión Julio preguntó si podía comentar algo, se le dijo que sí y comenzó a platicar que está muy preocupado por dos situaciones la primera que le debía dinero a unos muchachos por la compra de droga, pero que no tenía como pagarlo y que le daba miedo pues lo habían amenazado de muerte si no pagaba, y la segunda que al parecer su novia estaba embarazada.

No sabe a quién contárselo, pues dice que no confía lo suficiente en alguien para que le pueda ayudar.

4.3.4 Instrumentación, diseño, descripción, evaluación y puntaje.

Las estrategias consideradas para la población atendida se basan en la aplicación de los instrumentos que a continuación detallo.

□ Mini Examen del Estado Mental

El “Mini Mental State Examination” (MMSE) fue desarrollado por Folstein y Cols en 1975 como un instrumento práctico para la detección de trastornos cognitivos.

Los criterios actuales para el diagnóstico de un síndrome demencial requieren que la presencia de deterioro cognitivo sea documentada a través de una evaluación breve del estado mental como el MMSE u otros y confirmada por una evaluación neuropsicológica más extensa (Butman, J. y otros, 2011).

Es un método práctico que permite establecer el grado del estado cognitivo del paciente. Las características esenciales que se evalúan son:

Orientación temporal y espacial, Capacidad de fijación, atención y cálculo, Memoria, Nominación, repetición y comprensión, Lectura, escritura y dibujo.

Orientación Temporal (5 puntos) Esta sección se compone de cinco preguntas sobre el año, la época del año, el mes, el día de la semana y el día del mes, en que nos

encontramos en este momento, por cada respuesta correcta otorgará 1 punto, el paciente conseguirá hasta un máximo de 5 puntos si contesta todo correctamente.

Espacial (5 puntos) Se trata también de cinco preguntas pero esta vez referente a coordenadas espaciales, como: el país, la ciudad, el pueblo o la parte de la ciudad, el CRC y el piso del edificio en el que nos encontramos.

Recuerdo Inmediato (3 puntos) Con esta prueba se pretende evaluar la capacidad del paciente para retener a muy corto plazo 3 palabras no relacionadas entre sí.

Atención y Cálculo (5 puntos) El paciente debe realizar mentalmente hasta 5 sustracciones consecutivas de a 3 partiendo de 30.

Nominación (2 puntos) Con esta prueba se pretende evaluar la capacidad del paciente de identificar y nombrar dos objetos comunes.

Repetición (1 punto) Esta sección valora la capacidad del paciente para repetir con exactitud una frase de cierta complejidad articulatorio.

Comprensión (3 puntos) Evalúa la capacidad del paciente para atender, comprender y ejecutar una tarea compleja en tres pasos.

Lectura (1 punto) Evalúa la capacidad del paciente de leer y comprender una frase sencilla.

Escritura (1 punto) Se evalúa la capacidad del paciente de escribir una frase coherente.

Dibujo (1 punto) Esta tarea de copia de dos pentágonos entrelazados, evalúa la capacidad visuoespacial del paciente.

Interpretación de resultados

Los resultados dependerán de la puntuación alcanzada (30 puntos máximo).

27 a 30 puntos o más: Normal. Presenta una adecuada capacidad cognoscitiva.

24 puntos o menos: Sospecha patológica

24 a 12 puntos: Deterioro

12 a 9 puntos: Demencia

Menos de 5 puntos. Fase terminal. Totalmente desorientado. No se reconoce él mismo.

Test de dependencia a la nicotina Fagerström

El test de Fagerström es una prueba creada en el año 1978 por el doctor Karl Fagerström uno de los mayores expertos del mundo en tabaquismo con el nombre de “Cuestionario de tolerancia de Fagerström “y es utilizada para medir por medio de seis preguntas el nivel de adicción en los fumadores.

Se trata de una escala de 6 ítems o valoraciones, de los que 4 son dicotómicos, constituyendo la población diana de este test la población fumadora.

Una puntuación inferior a 4 indica una dependencia baja a la nicotina.

Una puntuación entre 5 y 7 se interpreta como una dependencia moderada

Una puntuación superior a 7 es una dependencia alta.

Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol, AUDIT

El AUDIT fue desarrollado y evaluado a lo largo de un período de dos décadas, habiéndose demostrado que proporciona una medida correcta del riesgo según el género, la edad y las diferentes culturas. Puede ser utilizado de diversas formas para evaluar el consumo de alcohol del paciente.

El AUDIT se desarrolló a partir de un extenso estudio de validación realizado en seis países. Se han llevado a cabo estudios de investigación adicionales para evaluar su precisión y utilidad en diferentes contextos, poblaciones y grupos culturales (Babor, T. y otros).

Se recomiendan unas puntuaciones totales iguales o mayores a 8 como indicadores de consumo de riesgo y consumo perjudicial, así como de una posible dependencia de alcohol. (Una puntuación de corte 10 proporciona una mayor especificidad a expensas de una menor sensibilidad).

□ **Cuestionario Breve Escala de Dependencia al Alcohol, BEDA**

La ESCALA SOBRE DEPENDENCIA AL ALCOHOL (BEDA) fue diseñada para medir la dependencia en la población adulta que abusa del alcohol. Su mayor fortaleza se encuentra en que refleja todas las dimensiones del Síndrome de Dependencia al Alcohol.

El puntaje obtenido en BEDA puede ser interpretado de la siguiente manera:

1 - 10 = Dependencia Baja

11 - 20 = Dependencia Media

21 o + = Dependencia Severa

□ **Cuestionario de Abuso de Drogas, CAD 20**

Este instrumento fue desarrollado por Skinner (1982) y adaptado por Fuentes y Villalpando en el 2001.

Está compuesto por 20 preguntas con respuestas dicotómicas. Proporciona un índice cuantitativo del rango de problemas asociados con el abuso de drogas.

El análisis factorial reportó cinco dimensiones de consecuencias:

1. Dependencia a las drogas

2. Problemas sociales

3. Problemas médicos
4. Poli-uso de drogas
5. Búsqueda de ayuda

El objetivo del instrumento es medir la percepción que el individuo tiene hacia las consecuencias que le está ocasionando su consumo de drogas, permitiendo discriminar clínicamente entre los más involucrados en el consumo y los menos, así como con fines de evaluación en el tratamiento.

Para calificarlo se suman las respuestas contestadas en la dirección crítica (que indican problemas en el uso de drogas), es decir, los reactivos 4 y 5 contestados negativamente valen un punto, y los demás contestados positivamente valen un punto.

La calificación total es la suma aritmética de los puntajes de los 20 reactivos, la cual cae en un intervalo de 0 a 20.

De 0 = No reportó

De 1 a 5 = Nivel bajo

De 6 a 10 = Nivel Moderado

De 11 a 15 = Nivel Sustancial

De 16 a 20 = Nivel Severo

Cédula de Indicadores para medir la Dependencia a las Drogas

Para diagnosticar la dependencia a sustancias adictivas al conjunto de manifestaciones fisiológicas, conductuales y cognoscitivas, en el cual el consumo de una droga adquiere la máxima prioridad para el individuo, que se manifiesta por tres o más síntomas en algún momento, en los 12 meses previos.

(Organización Mundial de la Salud, Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades, 1992).

Se califica como síntoma presente, cuando alguna de las respuestas de ese síntoma es afirmativa.

Breviario de filtro:

To.- Tolerancia

Abs.- Abstinencia

Rprai.- Reducción progresiva del repertorio de actividades o intereses.

Upcd.- Uso persistente a pesar de las consecuencias dañinas

4.3.4.1 Devolución e integración de resultados

El 25 de junio, al término de Grupo de Atención a las Adicciones se atendió a JC para la aplicación de los instrumentos, se le dieron 20 minutos para comer y continuar.

Se tuvo que hacer de esa manera puesto que el adolescente no respetaba las citas que se le programaban.

Ingresamos al cubículo y reafirmamos la información antes dada sobre lo que realizaríamos en esta segunda cita, JC aceptó sin embargo expresaba ansiedad y nervio.

Iniciamos aplicando el MINI MENTAL, se dieron las respectivas indicaciones y JC se mostraba relajado, contestaba inmediatamente a las preguntas sin problema, seguimos con el test de Dependencia a la Nicotina al momento de que comenzara a responder las preguntas en voz baja dijo “el cigarro me mantiene calmado, fumo solo un poco”, el siguiente fue el AUDIT, donde se le dijo que las respuestas debían ser lo más cercanas a la realidad día a día, respondió sin ningún problema aunque por momentos estaba nervioso e inquieto.

Seguimos con el CAD, comenzó a responderlo se le aclaro que era por el último año de consumo, para esta prueba Julio tuvo muchas dudas, cuando se le preguntó cómo iba dijo “no estoy entendiendo muy bien las preguntas, no se a que se refieren”, y en donde tenía duda pues se le explicaba y en todo caso se le hacia la pregunta de manera diferente sin perder la esencia de la misma.

Para concluir se le aplicaron dos cédulas de indicadores para la dependencia a otras drogas, se le explico que las indicaciones serían las mismas para ambas pruebas, sus respuestas fueron rápidas.

En cuanto termino se le volvió a preguntar cómo se sentía a lo que respondió “bien, tranquilo pero ya quiero irme a mi casa porque tengo cosas que hacer”, el Lic. Jesús le comento que se haría la integración de los resultados para la devolución junto a su referente y representante legal únicamente dijo que estaría al pendiente de la cita.

Para la entrega de resultados tardamos casi un mes en establecer la cita, ya que tanto la madre como Julio evadían la responsabilidad de asistir. Cuando se logró la cita 23 de julio, JC se presentó molesto y la señora haciéndose la víctima.

El Lic. Jesús comenzó a preguntar si sabían el porqué de la aplicación del diagnóstico a lo que la madre contesto que no estaba segura pero que creía era porque Julio fumaba marihuana.

Se inició con la retroalimentación sobre lo sucedido en las citas anteriores, todo de acuerdo a lo relatado por Julio siendo que él dijo “yo estoy seguro de todo, no mentí”, mientras se desarrollaba la sesión la madre miraba a julio haciendo presión, comenzó a decir que ella hacia todo por el bienestar del adolescente dentro y fuera de la casa pero que siempre terminaba en pleito y que JC simplemente se salía.

JC molesto respondió “no mientas mama, nunca me pones atención y nada más te la pasas pegándome”

Se les explicó que esa no era la finalidad de la sesión, sino por el contrario encontrar soluciones y darles sugerencias sobre como contener el consumo que presenta Julio, se tranquilizaron y pusieron atención a lo que se les decía.

Cuando legamos a las sugerencias sobre los posibles establecimientos para el tratamiento al consumo, comenzaron nuevamente los roces a lo que Julio dijo “no tengo ningún problema y por eso no asistiré a ningún lado” (JC01).

Como comentario se le explico que esto formaba parte de la medida legal que el juez había impuesto que por tanto tendría que llevarse a cabo. La señora acepto junto con JC, sin embargo su actitud era de molestia.

JC tiene una adecuada capacidad cognitiva en relación a orientación en tiempo y lugar, en memoria inmediata y a corto plazo, en atención, cálculo matemático, manejo de lenguaje, lectura, comprensión, seguimiento de instrucciones y copiado.

Respecto al uso de Nicotina el adolescente es considerado poco dependiente.

En relación al uso de alcohol presenta un consumo perjudicial, llega a consumir de dos a tres veces por semana, tomando más de diez copas.

Respecto al abuso de drogas (marihuana y solventes) existe un nivel moderado de dependencia ya que ha utilizado drogas diferentes a las que se dan por prescripción médica, estando bajo el efecto de más de una al mismo tiempo, dificultándosele el dejar de utilizar drogas cuando quiere y sin poder lograr estar más de una semana sin consumir.

Sobre el uso de la marihuana y los solventes presenta los siguientes síntomas:

Tolerancia, Abstinencia, Reducción Progresiva de Actividades o Intereses, Uso persistente a pesar de las consecuencias dañinas.

Como sugerencias se le dieron las siguientes:

Fomentar el fortalecimiento de estima personal en el adolescente, así como estrategias para el manejo adecuado del tiempo libre, fomentando la reintegración a la actividad educativa y cultural. Promover la integración del adolescente a tratamiento especializado en la modalidad residencial (Establecimiento de modelo mixto), para contención a su consumo de activo, así como su adherencia al mismo.

4.3.5 Cierre

Dentro de la sesión para la devolución de resultados con JC y su mamá, fue de mucho confrontamiento ya que la madre culpa a JC de la situación familiar que viven y del proceso que se encuentran cumpliendo, ya que la señora argumenta que JC ya es un adulto y que es responsable de las decisiones que toma; haciéndose la víctima.

Crítica

Sobre la intervención que se realiza en Fundación REINTEGRA a los adolescentes, considero que es correcta y que se realiza de una manera muy profesional, sin embargo las condiciones en las que se trabaja en cierto modo no ayudan a que se pueda realizar un cambio totalmente favorable en los adolescentes por la falta de material, espacio o en su caso de medidas un poco más estrictas con los adolescentes.

Mismos que en ocasiones rebasan las posibilidades de los profesionales que ahí laboran, existen momentos en donde los tutores transfieren responsabilidades a los hijos mayores o a los tíos para no asistir a los grupos de tratamiento o definitivamente no regresan, siendo que es un problema que se presenta desde las bases del hogar y no solo porque el adolescente tenga malas compañías.

CONCLUSIONES

Las conclusiones las desarrollo de la siguiente manera:

Primeramente reflexioné sobre la conceptualización y construcción de cada capítulo de esta investigación, para finalizar con la pregunta y el supuesto de investigación, las cuales conforman la construcción del objeto de estudio.

En el capítulo I titulado Nociones Teóricas identifiqué que la pubertad es un periodo en donde se produce la madurez sexual y que es una parte importante de la adolescencia, sin embargo no comprende todos los desarrollos de madurez que se presentan en la adolescencia. En el comienzo de la pubertad se presentan varios cambios en el tamaño y la estructura del cuerpo, cuando el desarrollo físico llega a determinado punto se espera que el niño también madure psicológicamente y abandone las conductas manifestadas en el periodo de la infancia.

La adolescencia es una etapa entre la niñez y la edad adulta, que cronológicamente se inicia por los cambios puberales que se caracterizan por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones.

La drogadicción según la OMS es el estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga natural o sintetizada y caracterizada por el deseo dominante para continuar tomando la droga y obtenerla por cualquier medio y la tendencia a incrementar la dosis.

De la mayoría de las personas quienes llegan a probarlas, solo una fracción desarrollara patrones de dependencia.

En realidad no existe un factor que determine las causas o razones por las que un individuo desarrolle dependencia a las drogas, sin embargo hay factores de riesgo que contribuyen al desarrollo de la adicción.

El delito es el acto u omisión constitutivo de una infracción de la ley penal, las conductas desviadas son aquellas actividades consideradas inaceptables en términos de las normas consideradas molestas por otras personas.

Capítulo II Marco Contextual, dicha investigación se llevó a cabo en la Fundación REINTEGRA A.C., fundación dedicada por más de 30 años a trabajar para el mejoramiento de la seguridad pública en México, por medio de la prevención del delito desde la perspectiva de reinserción social de adolescentes, jóvenes y adultos, proporcionando nuevas herramientas de vida.

En marzo de 1983, por iniciativa de Pedro Robert Teissier y un grupo de abogados que buscaban Justicia en el ámbito penal, nace Reintegra bajo el nombre de Servicios Jurídicos a la Comunidad A. C., cuya actividad consistía en el otorgamiento de fianzas y defensas gratuitas a personas de escasos recursos, sobre todo indígenas.

A partir de 1987 cambia de nombre a Fundación Mexicana de Reintegración Social A. C.; y es hasta 1993 cuando Reintegra comienza a dar atención a adolescentes en conflicto con la ley, considerando que es de suma importancia trabajar con ellos para prevenir que comentan delitos mediante un Programa de Atención a Menores. Dicho programa se conformó de profesionistas con experiencia en el trabajo con adolescentes y niños con problemas de conducta.

Atiende las problemáticas de deserción escolar, violencia familiar y adicciones a través de talleres integrales artísticos, actividades culturales y deportivas, acciones de reinserción social y otras preventivas de deserción escolar y adicciones.

Fundación REINTEGRA brinda segundas oportunidades a los jóvenes que cometieron un delito, desafortunadamente los menores que delinquen son personas que han crecido en comunidades donde la violencia es un fenómeno normal, la cual se encuentra por todos lados y replican los comportamientos que ven de los adultos.

Jóvenes señalados como blancos de un castigo a través de la cultura del odio que prevalece en la sociedad mexicana, misma que los abandonó y que junto a las autoridades no les brindó un sistema de protección y desarrollo integral.

En el capítulo III se trabajó sobre la intervención psicopedagógica en la Fundación REINTEGRA A.C., describiendo así las nociones metodológicas utilizadas para sostener el desarrollo de dicha investigación.

Siendo así utilicé la investigación cualitativa la cual produce datos descriptivos sobre las palabras habladas o escritas del propio observado, en la que los investigadores desarrollan conceptos partiendo de los datos observados y no solamente recogiendo datos para evaluar modelos; En este tipo de investigaciones el investigador trata de comprender a las personas dentro de su contexto, tratado de identificarse con las personas que estudia para comprender como experimentan la realidad. La etnografía es el estudio del comportamiento humano, siendo así que describe y reconstruye los escenarios para los lectores.

Realicé observación participante, tratando de estar el mayor tiempo posible con los sujetos observados y vivir del mismo modo que ellos el día a día, tomando notas de campo en las cuales los detalles de las situaciones más importantes acontecidas durante el día son de gran apoyo; esto para poder así integrarme a su grupo y poder entender el tipo de lenguaje que ellos utilizan y como organizan ellos su mundo.

De igual manera día a día llevaba un diario de observación en donde anotaba todas las situaciones acontecidas con los adolescentes, ya que cada día era diferente el trato que entre ellos había así como con el observador, dichos diarios fueron los que permitieron poder plasmar en esta investigación datos precisos.

Cada uno de los sujetos observados es un caso particular, ya que si bien el tratamiento para el consumo de sustancias es similar a cada uno de ellos se le

ofrecieron diferentes alternativas para la contención del mismo y la ayuda con sus familias.

Capítulo IV Análisis Etnográfico de la intervención pedagógica en la fundación REINTEGRA A.C., en este último capítulo se desarrolla por medio de un estudio de casos de los tres sujetos observados divididos en las categorías de observación mediante la aplicación de los diagnósticos de consumo.

Para la observación que se le realizó a cada sujeto en la aplicación del diagnóstico de consumo, se tomaron en cuenta tres categorías: 1) la entrevista de diagnóstico, 2) Aplicación de cuestionarios y 3) la integración y devolución de los resultados, para cada adolescente se llevó a cabo la misma dinámica.

Se hacía la presentación del adolescente con el aplicador y el observador, se le daban las indicaciones precisas sobre el contenido de dicho diagnóstico y la utilidad del mismo para su tratamiento y beneficio.

Doy una breve explicación de los instrumentos utilizados para la medición de la capacidad cognitiva, del deterioro que pueden presentar según el uso de las diferentes sustancias, alcohol, tabaco, medicamentos de prescripción, cocaína, o inhalables.

Para el cierre de cada caso utilicé específicamente la información obtenida de dicha sesión en la cual se presentaron algunas situaciones inesperadas tal es el caso del sujeto JA en donde, la progenitora aceptó ser responsable de las conductas del adolescente ya que por querer brindarle una mejor calidad de vida, lo descuido al grado de dejarlo solo y estar de acuerdo en que el adolescente dejara la escuela, no todos los casos tienen un final satisfactorio, ya que en algunos de ellos los adolescente rebasan la autoridad sobre sus progenitores.

Pregunta de Investigación

¿Cómo se atiende al adolescente consumidor de sustancias psicoactivas en Fundación REINTEGRA?

Los adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas son atendidos de manera integral, al igual que los adolescentes que solo han cometido delitos, la diferencia en el tratamiento son las pláticas, capacitaciones, talleres, diagnósticos y antidoping que se realizan dentro del Grupo de Atención a las Adicciones, en donde se les brinda la mayor cantidad de información preventiva para que conozcan sobre los efectos secundarios y las secuelas que cada sustancia deja a través de los días tanto en el consumidor como en la familia, y la comunidad.

Los diagnósticos aplicados, dan un acercamiento entre el aplicador, el adolescente y su tutor para el conocimiento de deterioro que presenta por el uso de diversas sustancias, las cuales en algunos de los casos requieren un tratamiento de tipo residencial para poder así contenerlo, o en su defecto un tratamiento ambulatorio informativo.

Supuesto Inicial de Investigación

Existe relación de causa entre la comisión del delito con el consumo de drogas, de manera que los sujetos expuestos a múltiples factores pueden desarrollar las dos conductas.

Que la Fundación Reintegra logre reinsertar a los adolescentes con conflictos legales y el consumo de drogas a la sociedad para que retomen su proyecto de vida.

Comentario sobre el Supuesto de Investigación

El supuesto de investigación se comprueba ya que de los tres sujetos observados para la aplicación del Diagnóstico de consumo, la droga fue un factor esencial para que cometieran un delito mayor.

Dentro de REINTEGRA se encuentran en un tratamiento integral para que retomen su proyecto de vida y puedan reinsertarse a la sociedad de manera sana, no en todos los casos esto sucede.

Bibliografía

- Aberastury, A. y Knobel, M. (1989), *La adolescencia normal*. Paidós: México
- Aloisio, C., Chouhy, C., Trajtenberg, N., & Vigna, A. (2009). *Jóvenes en conflicto con la ley: una mirada a las instituciones de rehabilitación desde la perspectiva de género*. Montevideo: MIDES - INFAMILIA.
- Barrón, M. (comp.) (2010). *Adicciones, Nuevos paraísos artificiales, Indagaciones en torno de los jóvenes y sus consumos*. Brujas: Córdoba.
- Bisquerra, R. (2004). *Metodología de la investigación educativa*. Madrid: La Muralla.
- Brooks, F. (1959), *Psicología de la adolescencia*. Kapelusz: Buenos Aires
- Busquets, M. (2000). *Conociendo nuestras escuelas. Un acercamiento etnográfico a la cultura escolar*. Paidós: México.
- Capo, M. (2007). *La drogadicción en niños y adolescentes*. Cooperativa Editorial Magisterio: Bogotá.
- Carpio, F. (2014). *Adolescentes en conflicto con la ley y el consumo de drogas en Reintegra A.C*. México: Universidad Pedagógica Nacional.
- Carneiro, A. (1951), *Adolescencia sus problemas y su educación*. Uteha: México
- Castellanos, F. et al, (2007). *La Reintegración de adolescentes en conflicto con la ley*. REINTEGRA, México.
- Caudevilla, F. *Drogas: Conceptos generales, epidemiología y valoración del consumo*. Grupo de Intervención en Drogas semFYC.
- Chávez, M. et. al. (1990). *Drogas y pobreza Estudio etnográfico del fenómeno de la farmacodependencia en una colonia suburbana de la Ciudad de México*. Trillas: México.
- D'Angelo, Flavio A. y Barisonzi, Eduardo (2005). *Salud mental y desarrollo moral en adolescentes en conflicto con la ley penal. XII Jornadas de Investigación y Primer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

- Debesse, M. (1977), *La adolescencia*. Oikos-Tau: Barcelona
- Dillon, P. (2009). *Adolescentes, alcohol y drogas*. Medici: Barcelona.
- Flores, A. (coord.). (2011). *Adolescentes en conflicto con la ley ¿Lo residual del sistema?* Grupo metonimia: México.
- Frías, M. y Corral, V. (2004). *Delincuencia juvenil Aspectos sociales, jurídicos y psicológicos*. Plaza y Valdés: México.
- Garrido, V. (1987). *Delincuencia juvenil*. Alhambra: España.
- Gobbi, S. (1993). *Adolescencia y adicciones*. Homo Sapiens: Córdoba.
- González, E. (coord.) (2002). *Psicología del ciclo vital*. CCS: Madrid.
- Goetz, P. y LeCompte, D. (1988). *Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa*. Morata: Madrid.
- Horrocks, J. (1984). *Psicología de la adolescencia*. Trillas: México.
- Hurlock, E. (1987), *Psicología de la adolescencia*. Paidós: México
- Lavadores, J. (2015). *Terapia de la risa: una estrategia socioeducativa con los adolescentes en conflicto con la ley*. México. Universidad Pedagógica Nacional
- Meece, J. (2000), *Desarrollo del niño y del adolescente: Compendio para educadores*. SEP: México
- Jimenez, R., (2005). *La delincuencia juvenil: fenómeno de la sociedad actual*. Papeles de Población, Enero-Marzo, 216-261.
- Kawulich, B. (2005). La observación participante como método de recolección de datos. Vol. 6, No. 2, Art. 43.
- Martín, J. et al. (2001). *La drogadicción en México INDIFERENCIA O PREVENCIÓN*. México: México Desconocido
- Medina, E. et al. (2003). *Consumo de drogas entre adolescentes: resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones, 1998*. México. Salud Pública.
- Meece, J. (2000). *Desarrollo del niño y del adolescente: Comprendido para educadores*. México: SEP: McGraw-Hill Interamericana.
- Mirón, L. y Otero, J. (2005). *Jóvenes delincuentes*. Ariel: Barcelona.
- Moreno, K. (coord.). (1999). *Como proteger a tus hijos contra las drogas, Guía práctica para padres de familia*. Centros de Integración Juvenil: México.

- Muñoz-Rivas, M.J. y Graña, J.L.(2001). *Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes*. *Psicothema*, 13(1), 87-94.
- Nieto, C. (2012). *Perfil de los menores en conflicto con la ley*. Sevilla: Tsnova.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) 2010. Estrategia mundial para reducir el consumo nocivo del alcohol.
- Pantoja, L. (2005). *Los menores vulnerables y su relación con las drogas, avances en drogodependencia*. Universidad de Deusto: España.
- Pereira, R. (2011). *Adolescentes en el siglo XXI: entre impotencia, resiliencia y poder*. Morata: Madrid.
- Pina, Rafael, (2004). *Diccionario de derecho*. Porrúa: México, p 219.
- Pineda, S. y Aliño, M. *Manual de prácticas clínicas para la atención en la adolescencia*. Capítulo I. El concepto de la adolescencia.
- Revisas, J. (2014). *Manual de usuario. MINI-EXAMEN COGNOSCITIVO (MEC)*. General ASDE: Valencia.
- Rocheblave, A. (1989). *El adolescente y su mundo*. Herder: Barcelona.
- Sanabria, F. (2016). México se gasta 72 mil millones de pesos al año en las secuelas del consumo de tabaco. UPN; CDMX, Febrero 2016, No. 108 PP. 6,7.
- Sandín, M. (2003). *Investigación cualitativa en educación. Fundamentos y tradiciones*. Mc Graw Hill: Madrid.
- Sarmiento, Alfredo J.; Puhl, Stella M.; y otros (2011). *Un estudio sobre los adolescentes en con la ley penal*. Anuario de Investigaciones, vol. XVIII, pp. 435-440 Universidad de Buenos Aires: Buenos Aires, Argentina.
- Stake, R. (1999). *Investigación con estudio de casos*. Morata: Madrid.
- Taylor, J. y Bodgan, R. (1984). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Paidós: Nueva York.
- Tiffer, C. (2002). *Los adolescentes y el delito*. Panamá.
- Tiffer, Carlos. (2002): *Derecho Penal Juvenil*. ILANUD, DAAD. San José, Costa Rica.
- Urrua, J. (1995). *Adolescentes en conflicto*. Pirámide: Madrid.

- Villatoro, J., Gutiérrez, M.L., Quiroz, N., Moreno, M., Gaytán, L., Gaytán F. et al (2009). *Encuesta de estudiantes de la Ciudad de México 2006. Prevalencias y evolución del consumo de drogas*. Salud Mental; 32(4): 287-297.
- Zabala, M. (2004). *Diarios de clase. Un instrumento de investigación y desarrollo profesional*. Narcea, S.A. de ediciones: Madrid.
- Zambrano, A., Pérez, R. (2004). "*Construcción de Identidad en Jóvenes Infractores de Ley, una Mirada desde la Psicología Cultural*".

Consultas

- Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Tabaco, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz / Secretaría de Salud. Recuperado de: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/informe_tabaco.pdf/ (Junio-22, 2016).
- <http://www.cicad.oas.org/drogas/elinforme/informedeDrogas2013> (Junio-22, 2016).
- Contreras, M. Carlos. (2003-2004). Drogas Legales e Ilegales. Universidad de México. http://www.revistadelauniversidad.unam.mx/ojs_rum/files/journals/1/articles/15967/public/15967-21365-1-PB.pdf (Noviembre-30, 2015).
- Fundación Mexicana de Reintegración Social, Reintegra A.C. <http://www.reintegra.org.mx> (Noviembre, 09. 2015)
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2015). https://www.unodc.org/documents/wdr2015/WDR15_ExSum_S.pdf (Noviembre-30, 2015).
- http://www.unicef.org/spanish/protection/files/FactSheet_conflict_with_law_s_p.pdf (Septiembre-15, 2016).
- http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_DROGAS_ILICITAS_.pdf (Septiembre-15, 2016).
- https://www.unodc.org/documents/wdr2015/WDR15_ExSum_S.pdf (Septiembre-15, 2016).
- Ley Orgánica reguladora de la responsabilidad penal de los menores. (2000). <http://www.tuabogadodefensor.com/responsabilidad-penal-menor/> (Septiembre-15, 2016).
- Azaola, E. (2015). Diagnóstico de las y los adolescentes que comenten delitos graves en México. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) México http://www.unicef.org/mexico/spanish/Diagnostico_adolescentes_web.pdf (Septiembre-15, 2016).

- México Unido Contra la Delincuencia, A.C. (2012). <http://mucd.org.mx/recursos/Contenidos/Estudiosycifras/documentos2/Datos%20sobre%20delitos%20en%20Mexico.pdf> (Septiembre, 2016).