



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS**

Título:

“Programa de prevención primaria del consumo de drogas en niños y adolescentes de 12 a 15 años del colegio ITE enfocado en entrenamiento de habilidades sociales y la creación de grupos élite”

Previo a la obtención del título de Psicólogo Clínico

Autor: José William Mosquera Granja

Guayaquil – Ecuador

2013

Casi todo lo que realice será insignificante
pero, es muy importante que lo haga.
-Mahatma Gandhi, pensador hindú-

DECLARACIÓN DE AUTORIDAD

Declaro que soy autor de este trabajo de Titulación **Programa de prevención primaria del consumo de drogas en niños y adolescentes de 12 a 15 años del colegio ITE enfocado en entrenamiento de habilidades sociales y la creación de grupos élite** y que autorizo a la Universidad de Guayaquil, a hacer uso del mismo, con la finalidad que estime conveniente.

Firma: _____

AGRADECIMIENTOS

El presente trabajo lo realizo como respuesta a uno de los grandes problemas que en la actualidad agobia a nuestra sociedad en el mundo entero, El Consumo de Drogas no permitidas. De esta manera siento que como estudiante de la Facultad de Psicología estoy aportando para la o las soluciones de este conflicto que se ha convertido en muchos hogares un problema “sin resolver”. Sin embargo este documento no pretende convertirse en eje o modelo a seguir; es un trabajo humilde que con respeto expongo a ustedes quienes tomarán a consideración la utilización o no del mismo, recordando estrictamente que en la presente tesis hablamos de Prevención Primaria.

El agradecimiento a mi querida Universidad Estatal de Guayaquil, en la Facultad de Ciencias Psicológicas, porque allí encontré a los Docentes que con tolerancia y sabiduría supieron encontrar en mi, poco a poco a el profesional que estoy a punto de ser, ellos han sido un buen ejemplo a seguir en el campo de la pedagogía, investigación y la ciencia. En las diferentes aulas de la Facultad nos dieron las herramientas correspondientes, entre ellas herramientas éticas y morales, las mismas que serán utilizadas sin lugar a dudas en cada momento de mi carrera.

Un reconocimiento Especial al Dr. Iván de Mora, tutor, guía y compañero en este tramo vital de nuestros estudios que supo enrumbar el presente trabajo investigativo.

Quiero expresar de manera más que sincera un Agradecimiento Especial a la primera maestra que tuve en mi reencuentro con mi amada Facultad después de un abandono involuntario, refierome a la Psicóloga Cecilia Bastidas Bolaños, actual Decana de la Facultad que sigue siendo maestra dentro y fuera de la Universidad, mi agradecimiento eterno hacia ella.

Para finalizar al personal Administrativo de la Facultad que realiza un trabajo silencioso pero no menos importante, para poder complementar ese engranaje de funcionamiento que hace posible ir subiendo los peldaños cada año.

Gracias de todo corazón a mi querida Universidad Estatal de Guayaquil, a mi Amada Facultad de Psicología.

DEDICATORIA

El presente trabajo es el epilogo del esfuerzo realizado en estos últimos cinco años de estudios, investigaciones, exposiciones y mucho más por aquello quiero Dedicárselo fundamentalmente a mi Familia, porque todo inicia del buen ejemplo que mis Padres, Beatriz y José me dedicaron y que retribuyo con tanto Amor, a la Sra. Maria Granja Giler, tía que supo enseñarme mis primeras letras y que ahora puedo decirle gracias finalmente con este preciado Titulo Académico, al Ing. Carlos Granja Giler, quien desde temprana edad fue un modelo a seguir en mi vida y lo sigue siendo, a mi Sra. Madre, Martha Granja Giler que jamás perdió la Fe en mi, y finalmente a quien me ha acompañado en los últimos 18 años de mi vida, a mi Sra. Esposa, Emma Yessenia Villagomez, gracias por su paciencia su comprensión y Amor.

Un Agradecimiento Especial desde lo más profundo de mi corazón a mis Hijas, Maria Sabrina y Heidy Samanta, que fueron, son y serán una motivación más que excepcional en el largo camino de la escuela de la vida, para seguir siempre adelante a pesar de las adversidades.

Gracias de todo corazón.

PROGRAMA DE PREVENCIÓN PRIMARIA DEL CONSUMO DE DROGAS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES DE 12 A 15 AÑOS DEL COLEGIO ITE ENFOCADO EN ENTRENAMIENTO DE HABILIDADES SOCIALES Y LA CREACIÓN DE GRUPOS ÉLITE

AUTOR: José William Mosquera Granja
TUTOR: Dr. Iván de Mora Gaibor

RESUMEN

El consumo de drogas en los últimos 30 años, pasó de ser una problemática de salud a un asunto de interés psicosocial y educativo, la problemática del consumo sobrepasó las barreras de la edad, antes no era común encontrar que la existencia de consumo de drogas en adolescentes, imposible escuchar que chicos en edad escolar pudiesen consumir, hoy esa imposibilidad es una realidad. Las encuestas de los organismos encargados de regular el tema de las drogas, nos hablan de 12 a 13 años como la edad del primer consumo en escolares de enseñanza media. En el Ecuador esta realidad es más palpable en los últimos cinco años, desde que el consumo de drogas ya no es un estigma social sino al contrario, en ciertos círculos sociales suele ser un signo de mayor estatus, y las formas en que los chicos son atraídos al consumo de drogas son cada vez más diversas, valiéndose de la necesidad propia del sentir adolescente, de aprobación social y la necesidad de ser parte de grupos sociales. El Colegio Particular Integración Técnica Educativa, siente la preocupación de que el desarrollo humano de sus estudiantes se pueda ver en peligro, ya que los estudiantes vienen de realidades sociales en sus hogares tan diversas que no les protegen ante el consumo sino que les precipitan hacia esa situación. El presente trabajo investigativo se adentró en la realidad social de los estudiantes del colegio ITE, explorando sus factores de riesgo al consumo de drogas, a través de una escala de actitudes, para describir su situación de riesgo, para luego establecer técnicas y estrategias para generar factores de protección y finalmente diseñar una propuesta de programa de prevención primaria.

Consumo de drogas	Adolescentes	Habilidades sociales	Educación secundaria	Niños
-------------------	--------------	----------------------	----------------------	-------

ÍNDICE

	Pág.
DECLARACIÓN DE AUTORIDAD	ii
AGRADECIMIENTOS	iii
DEDICATORIA	iv
RESUMEN	v
INDICE	vi
INDICE DE TABLAS	ix
INDICE DE GRÁFICOS	x
I. INTRODUCCIÓN	1
II. EL CONSUMO DE DROGAS Y LOS ADOLESCENTES	
2.1. LOS MODELOS DE PREVENCIÓN EN EL ECUADOR	3
Modelo de prevención ético - jurídico	3
Modelo de prevención médico -sanitario	3
Modelo de prevención psicosocial	4
Modelo de prevención socio –cultural	4
2.2. INCIDENCIA DE LAS DROGAS EN ADOLESCENTES DE ESCOLARIDAD MEDIA	5
2.3. TEORÍAS EXPLICATIVAS DE LA ETIOLOGÍA DEL ABUSO DE DROGAS	6
Teoría de la Conducta Problema	8
Teoría del Aprendizaje Social	10
Teoría de las Etapas	11
Modelo de afrontamiento del estrés	12
Modelo de Estrés Social	12
Teoría de la Influencia Triádica de Flay y Petraitis	13
Modelo comprensivo y secuencial	14
El Ansia y la Vulnerabilidad Genética	16
2.4. FACTORES CAUSALES PSICOSOCIALES EN LA DEPENDENCIA	16
Errores educativos de los padres	16

Vulnerabilidad Psicológica	17
2.5. LA PERSONALIDAD EN NIÑOS Y ADOLESCENTES EN EDAD ESCOLAR MEDIA	18
Situación Social de Desarrollo	20
Sobre la personalidad y la adolescencia	20
Recursos personológicos	21
Autoconciencia	21
Autovaloración	22
Concepción del mundo	22
Conciencia moral	22
2.6. CONSUMO DE DROGAS EN ADOLESCENTES	23
Factores Socioculturales	24
Factores de Protección	26
2.7. PREVENCIÓN PRIMARIA	29
Consideraciones que sustentan una visión integral de prevención	30
Principios de la prevención	31
III. METODOLOGÍA	
3.1. PLANTEAMIENTO Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	34
3.2. JUSTIFICACIÓN	34
3.3. OBJETIVOS	
Objetivo General	35
Objetivos Específicos	35
3.4. MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN	
3.4.1. Teóricos	35
3.4.2. Empíricos	36
3.5. PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS EMPLEADAS	
Escala de actitudes	36
3.6. POBLACIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA	37
3.7. CARACTERIZACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN	37
3.8. VARIABLES	38
3.9. TAREAS INVESTIGATIVAS	38
3.10. RESULTADOS ESPERADOS	39

IV. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	40
CONCLUSIONES	50
RECOMENDACIONES	52
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
BIBLIOGRAFÍA	54
ANEXOS	55
Escala de Actitudes frente a las drogas	56
Programa de prevención primaria del consumo de drogas	57
Memorias	77

INDICE DE TABLAS

Tablas	Pág.
No.1 Tabla comparativa de la edad promedio de consumo de drogas	6
No. 2 Resumen de factores de riesgo para el uso y abuso de drogas en adolescentes	24
No. 3 Cuadro de Variables	38
No. 4 Cuadro de Tareas Investigativas	38

INDICE DE GRAFICOS

Gráficos	Pág.
No.1 Prevalencia del consumo de drogas en estudiantes de enseñanza media	6
No. 2 Análisis Resultados –Pregunta 1-	24
No. 3 Análisis Resultados –Pregunta 2-	38
No. 4 Análisis Resultados –Pregunta 3-	38
No. 5 Análisis Resultados –Pregunta 4-	38
No. 6 Análisis Resultados –Pregunta 5-	38
No. 7 Análisis Resultados –Pregunta 6-	38
No. 8 Análisis Resultados –Pregunta 7-	38
No. 9 Análisis Resultados –Pregunta 8-	38
No. 10 Análisis Resultados –Pregunta 9-	38
No. 11 Análisis Resultados –Pregunta 10-	38

I. INTRODUCCIÓN

El consumo de drogas en el Ecuador es una problemática real visible desde diversos ámbitos, y que incluso sobrepasó barreras antes pre-establecidas, antes quizá era común hablar de adultos con conductas dependientes pero en Ecuador la realidad nos golpea diciéndonos que el rango de edad del primer uso de drogas está entre los 12 y 15 años de edad. (Consep,2008)

En el Tratado sobre Drogas Psicoactivas (García, 2006), se dice que la fármaco dependencia es un estado psíquico y a veces físico causado por la interacción de un organismo vivo y un fármaco, fenómeno que se caracteriza por modificaciones del comportamiento y otras reacciones que incluyen el impulso a tomar el fármaco de forma continua a fin de experimentar los efectos y evitar el malestar de su privación. En el caso de las dependencias hay un común denominador que escapa al control individual: el poder adictivo de la sustancia química externa que por voluntad propia ponemos dentro de nuestro organismo, pero que a partir de ahí no podemos controlar.

Durante la adolescencia, las personas son más propensas al consumo de drogas por una razón importante y es que durante la pubertad y la adolescencia las personas tienen el sentimiento de invulnerabilidad que les caracteriza, siente que todo lo puede y que los accidentes y las cosas malas le pasan a las demás personas pero no a él, porque el siempre podrá controlar y manejar los riesgos. (DASE, 2010)

Por esta razón, frente a un problema de adicción con adolescentes se debe apuntar mas a la prevención que a la intervención, fomentando estilos de vida saludables, incluso dentro de las familias, cultivar una buena comunicación con la posibilidad de poder solucionar los problemas y conflictos de manera oportuna.

Dentro de este trabajo es preponderante que también se genere protección hacia los niños y adolescentes, no sólo desde los centros de estudio sino que se articulen redes de apoyo para poder diagramar programas efectivos que intervengan desde los diversos organismos estatales y no gubernamentales que trabajan con esta población.

En la sociedad que actualmente vivimos el consumo de drogas en adolescentes es una problemática que es evidente a diario, desde los medios de comunicación e incluso desde los diferentes ámbitos sociales se habla del tema.

No solo es un problema de connotación social sino psicosocial, por lo cual usar los medios de comunicación, la medicina, la legislación, más aun la penalización

como medios para refrenar el consumo de drogas se vuelven acciones insuficientes sino se toma también acciones encaminadas al trabajo de la prevención de esta problemática y la promoción de estilos de vida saludables.

En el Colegio Integración Técnica Educativa, uno de los objetivos que llevan como institución, adjunto a la formación educativa de sus estudiantes, es el desarrollo humano, objetivo que se ve amenazado por la situación de riesgo al consumo de drogas a causa de que las cuadras aledañas a las instalaciones del colegio están empezando a ser conocidas como zona de riesgo, pues existe delincuencia, es poco patrullada y es probable haya también consumo y venta de drogas.

Para que los estudiantes del ITE no lleguen a desarrollar conductas adictivas, es necesario preguntarnos ¿Cómo prevenir el consumo de drogas en niños y adolescentes de 12 a 15 años del colegio ITE? Esta pregunta ha sido el hilo conductor del trabajo que se presenta a continuación.

Nuestro trabajo cuenta con cuatro secciones, en primer lugar se señalan los fundamentos teóricos que guiaron la investigación, en el segundo se explica la Metodología que fue utilizada, en el tercero el análisis de los resultados, a partir del instrumento que se utilizó para la investigación en el colegio, por último se exponen las conclusiones y recomendaciones, adicionalmente se presenta en un anexo la propuesta de programa de prevención primaria a ser ejecutado en el colegio con niños y adolescentes.

II. EL CONSUMO DE DROGAS Y LOS ADOLESCENTES

La prevención del consumo de drogas ha sido un constante aprendizaje por parte de los trabajadores de salud y de quienes trabajan en los ámbitos educativos y de inclusión social. Dejando de un lado el modelo punitivo en el que solamente se sancionaba el consumo, en los últimos veinte años las ONG's y algunos organismos del estado se vuelcan al trabajo de prevención del consumo de drogas ilícitas, de esta manera en el actual lustro se empieza también a trabajar en la prevención de consumo de drogas lícitas como el alcohol y la nicotina (cigarrillo) sobretodo en poblaciones vulnerables como lo son los niños, niñas y adolescentes.

2.1. LOS MODELOS DE PREVENCIÓN EN ECUADOR

Empieza el trabajo de prevención en el Ecuador siguiendo dos modelos específicos: el modelo ético – jurídico y el modelo médico – sanitario.

2.1.1. Modelo de prevención ético-jurídico

En este modelo la ley constituye la base para interpretar el problema de las drogas, el análisis está en la *substancia como agente causal*, al consumidor se lo considera como un delincuente, por lo tanto hay que aislarlo de la sociedad; la amenaza, el castigo y la represión son las estrategias fundamentales para evitar este delito. Este modelo diferencia entre drogas legales e ilegales, la prevención debe estar dirigida a las sustancias catalogadas como ilegales y su consumo es un hecho ilícito e inmoral. La acción preventiva se orienta a difundir información sobre la reglamentación jurídica y los castigos legales-morales que implica no tenerlas en cuenta.

2.1.2. Modelo de prevención médico-sanitario

Sustenta el análisis en el criterio farmacológico, éste centra la atención en la *substancia como agente activo* causante de dependencia, los consumidores son considerados agentes patológicos y el contexto resulta también contaminado. Comparte con el anterior modelo el concepto de droga como plaga que azota a la humanidad como, en épocas anteriores, fueron las pestes. Se inscribe en el ámbito de la salud pública y se reemplaza la cárcel por un centro de salud. No diferencia entre drogas legales e ilegales y las estrategias preventivas enfatizan la información sobre las drogas y sus efectos en el organismo.

Estos modelos se vuelven insuficientes en el trabajo de prevención pues no toman en cuenta otras variables en la intervención como lo son las diferencias culturales y psicológicas entre las personas.

A través de los años 90 y la primera década del siglo XXI la concepción del fenómeno de las drogas ha ido cambiando, y a través de los estudios con enfoque psicosocial, han ido surgiendo otros modelos preventivos, como lo son el modelo de prevención psicosocial y el modelo de prevención socio-cultural.

2.1.3. Modelo de prevención psicosocial

La base para interpretar este modelo no es ni la ley ni la sustancia, *el protagonista es el sujeto* y el contexto interviene en el análisis como una variable en la formación de actitudes; al consumidor se lo describe como una persona con trastornos de la conducta y con problemas de adaptación. Destaca que la presión del medio es un factor de riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas pero que la decisión de usar drogas es de responsabilidad de la persona. Este modelo se inscribe en el ámbito de la salud mental y las estrategias preventivas “son asistencialistas y sanitarias, están orientadas a fortalecer actitudes y estilos de vida saludables, como procesos de tratamiento y rehabilitación se requiere de terapias individuales apoyadas por la familia y la comunidad” (Prevención de Drogas, Módulo de Participación Estudiantil, Ministerio de Educación, 2004).

2.1.4. Modelo de prevención socio-cultural

Este modelo señala que son las *condiciones macro sociales* las que influyen en el consumo de drogas, al que se lo considera como un síntoma de los desequilibrios sociales del sistema, reconoce que el entorno cultural influye en el uso de varios tipos de drogas y en las formas de consumo.

Las estrategias preventivas deben estar orientadas a mejorar las condiciones de vida, pues si se superan situaciones de pobreza, marginación, desigualdad de oportunidades disminuirá el consumo de drogas.

Responsabiliza a la sociedad y al sistema de la necesidad de fortalecer la prevención, sobre todo mediante procesos educativos y de inclusión, mediante los cuales se pueda trabajar en la educación con énfasis en la prevención y en los procesos de inclusión social.

En este análisis de cada uno de los modelos de prevención que se han utilizado y los que actualmente se utilizan, se denota que cada uno le impone mayor importancia a la sustancia, a la persona o al contexto, constituyendo enfoques que pueden ser el punto de partida para construir un paradigma integral desde el cual se pueda “observar cómo los efectos de una sustancia no tendrán que ver únicamente con sus características farmacológicas, sino también con las características del sujeto que las consume, el contexto en el que se produce esta

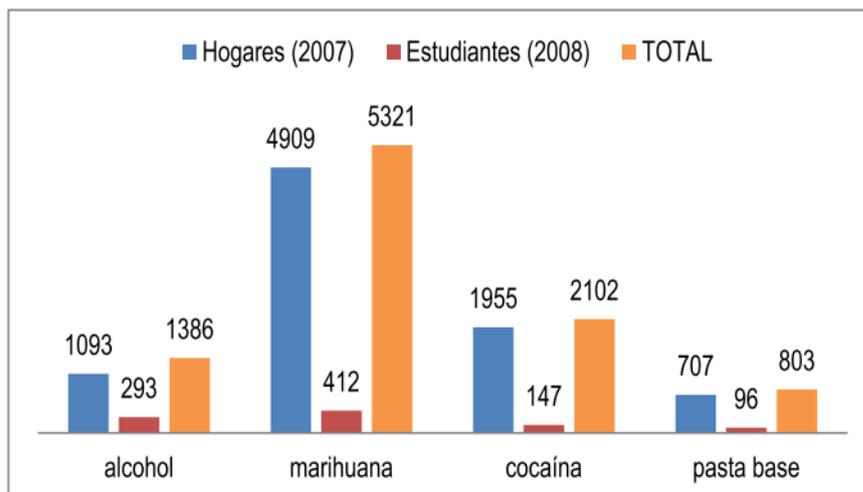
relación entre el sujeto, la sustancia y el momento histórico en que acontece la interacción”. (CONSEP, 2010)

2.2. INCIDENCIA DE LAS DROGAS EN ADOLESCENTES DE ESCOLARIDAD MEDIA

A continuación se detalla conceptos y tabla del consumo de diferentes drogas por parte de la población en diferentes esferas; número de personas que han usado alcohol y otras drogas semanal o diariamente.

Cocaína: La cocaína procede de una planta que se conoce desde la antigüedad (planta de coca) y que se utiliza desde entonces. La cocaína se puede esnifar, comer o inyectar. Produce un estado eufórico de cuatro o seis horas de duración, durante el cual se experimentan sensaciones de confianza y alegría al igual que falta de apetito, sin embargo este estado de felicidad suele ir precedido de dolores de cabeza, mareos e inquietud. La cocaína estimula la corteza cerebral, induciendo un estado de excitación e insomnio. Las mujeres que consumen cocaína mientras están embarazadas ponen a sus futuros bebés en riesgos de sufrir problemas fisiológicos y de salud.

Marihuana: La marihuana proviene de las hojas y las flores de la planta de cáñamo, denominada *Cannabis Sativa*. La marihuana procede fundamentalmente de las hojas verdes secas, de ahí su nombre coloquial de “*hierba*”. Lo más normal es que se consuma fumándola mediante cigarrillos, que se denominan, porros, canutos, hierba, pipas, etc.; el Cáñamo ya se conocía en la antigua China y aparece en los compendios de hierbas del emperador chino Sheng Nung.



Fuente: CONSEP. Tercera encuesta nacional sobre uso de drogas en estudiantes de enseñanza media, 2008.
Tercera encuesta nacional sobre uso de drogas en población general, 2008.in

Gráfico No.1 Prevalencia del consumo de drogas en estudiantes de enseñanza media

De estas personas, solo 398 han sido atendidas en centros de rehabilitación privados. La realidad del consumo de drogas en el Ecuador, más aun en nuestra localidad es una problemática palpable, es sumamente importante por esta razón que se trabaje en programas de prevención primaria en los centros de instrucción secundaria con los niños y adolescentes.

El momento histórico que el sujeto vive cuando empieza el consumo es una unidad de análisis preponderante tanto a la hora de prevenir como a la de intervenir. En nuestro caso, nuestro interés se centra en los niños y adolescentes.

La siguiente tabla describe el porcentaje de uso de alcohol y otras drogas en estudiantes de enseñanza media y promedio de la edad del primer uso. (CONSEP, 2010)

Drogas	Uso de drogas alguna vez en la vida (%)		Edad promedio de primer uso (años)	
	2005	2008	2005	2008
Alcohol	41.4	57.5	13.70	12.80
Cigarrillos	26.4	24.9	13.70	12.80
Inhalantes	2.4	2.5	13.30	12.50
Marihuana	3.8	4.2	13.20	14.60
Cocaína	1.4	1.3	13.80	14.40
Pasta base	0.9	0.6	14.50	14.30

Fuente: CONSEP, Segunda y tercera encuesta nacional sobre uso y consumo de drogas en estudiantes de enseñanza media. Elaborado por Dirección Nacional del Observatorio de Drogas, 2008.

Tabla No.1: Tabla comparativa de la edad promedio de consumo de drogas.

Desde el modelo de prevención psicosocial, es necesario analizar esta problemática no solo desde el ámbito del consumo, la personalidad es una de las categorías a analizar en el trabajo de prevención primaria. ¿Cómo hacer prevención en jóvenes y adolescentes sin apuntar a su desarrollo personalógico?

2.3. Teorías explicativas de la etiología del abuso de drogas

El marco teórico en el área de la prevención de las drogodependencias marca la dirección que deben tomar las intervenciones, tanto en el desarrollo de los programas como en su evaluación. La teoría se hace necesaria ya que, por una parte, permite hipotetizar las relaciones causales entre las distintas variables implicadas en el consumo y, por otra, guía el diseño de las intervenciones de prevención.

En este último caso, la teoría puede:

- (a) identificar los factores que predicen el abuso de drogas
- (b) explicar los mecanismos a través de los cuales operan

(c) identificar los factores que influyen en estos mecanismos

(d) señalar los instrumentos necesarios para interrumpir el curso del abuso de drogas y,

(e) especificar las intervenciones más oportunas para prevenir el inicio del mismo.

Si hay una clara relación entre teoría y práctica, la evaluación y los resultados obtenidos en el programa, nos va a permitir afirmar o cambiar los elementos teóricos de los que partimos (Becoña, 1999).

Se han desarrollado una serie de teorías o modelos sobre la etiología del abuso de drogas que han servido de punto de partida para un gran número de programas preventivos. No obstante, muchos de estos enfoques teóricos se han centrado solamente en un aspecto o aspectos parciales de dicha problemática y se han caracterizado por su falta de adecuación a la realidad y a la práctica de las intervenciones preventivas (Becoña, 1999).

Flay y Miller (1995), hacen una clasificación de las teorías que se han desarrollado:

a) teorías cognitivo-afectivas: teoría de la acción razonada, teoría de la conducta planificada

b) teorías de aprendizaje social: teoría del aprendizaje social, teoría aprendizaje social / cognitivo social (Bandura, 1986)

c) teorías del apego social: teoría del control social, modelo de desarrollo social

d) teorías en la que las características intrapersonales juegan un papel relevante: modelo de ecología social, teoría de la interacción familiar.

e) teorías que integran constructos cognitivo-afectivos, de aprendizaje, compromiso y apego, e intrapersonales: teoría de la conducta problema (Jessor y Jessor, 1977).

Estos modelos y teorías, según los autores, asumen que los rasgos de personalidad y afectivos influyen en el uso experimental de sustancias directamente.

Por otro lado, la mayor parte de las intervenciones existentes desde un punto de vista psicosocial, tienen sus raíces teóricas en la teoría del aprendizaje social y en la teoría de la conducta problema, perspectivas que consideran que la conducta de abuso ha sido aprendida a través de un proceso de modelado y reforzamiento que está mediado por factores personales como son las cogniciones, las actitudes y las creencias.

Desde esta aproximación, aunque cada teoría enfatiza diferentes procesos y factores, se considera que el consumo de sustancias procede de la interacción de factores de personalidad, ambientales y conductuales.

Por este motivo, se exponen a continuación las teorías de enfoque psicosocial que han tenido mayor impacto y relevancia en el campo del abuso de drogodependencias. A pesar de las limitaciones de alguna de ellas para generar estrategias de prevención, la importancia de los modelos que se presentan, nos han ayudado a establecer con mayor precisión, tanto las áreas de mayor interés de estudio como las variables más relevantes a la hora de conseguir un mayor nivel de eficacia en las intervenciones planteadas.

2.3.1. Teoría de la Conducta Problema

La teoría de la conducta problema fue formulada desde el área de la psicología social por Jessor y Jessor (1980), para explicar el consumo de alcohol pero también ha tenido apoyo para el consumo abusivo de drogas, especialmente de la marihuana. Los autores sugieren que la probabilidad del uso de drogas puede predecirse por la propensión general del individuo hacia la conducta problema. Esta hace referencia a la conducta que es socialmente definida bien como un problema, bien como una fuente de preocupación o inquietud, o simplemente como algo indeseable según las normas o instituciones de la sociedad convencional.

La teoría de la conducta problema se basa en tres sistemas explicativos interrelacionados y organizados entre sí: a) la personalidad (factores cognitivos que reflejan el significado y la experiencia social, como son los valores, las expectativas, las creencias, las actitudes y las orientaciones hacia sí mismo y hacia los otros); b) el ambiente (factores que pueden ser conocidos o percibidos teniendo significado para la persona como son los apoyos, influencia, controles, modelos y expectativas de los otros); c) la conducta (resultado de la interacción de la personalidad y la influencia ambiental, se entiende por conducta los propósitos aprendidos socialmente, funciones o significados).

Además, existen una serie de variables antecedentes que incluyen, tanto las características demográficas (la educación, ocupación y religión de los padres y la estructura familiar), como el proceso de socialización (la ideología parental, el clima familiar, la influencia de los iguales y la influencia de los medios de comunicación).

Desde esta teoría, el consumo de drogas queda explicado a dos niveles: a nivel distal, por un bajo apoyo y control parental, un bajo control de los iguales, baja compatibilidad entre los padres, expectativas de los iguales y baja influencia de los padres sobre los iguales; a nivel próximo, por una baja desaprobación parental

de la conducta problema, tener muchos modelos de amigos consumidores y una alta aprobación por parte de los amigos de la conducta problema.

La causa por la que los adolescentes participan en actividades problemáticas, tales como el uso de sustancias o una actividad sexual prematura radica en que tales acciones, por lo general, les ayudan a alcanzar metas personales, la aceptación y el acceso a un determinado grupo de iguales o la consecución de un determinado estatus social.

Así, la conducta de beber, fumar o consumir drogas puede ser, por un lado, una forma aceptable de afrontar fracasos reales o imaginarios, el aburrimiento, la ansiedad social, la baja autoestima o la infelicidad y, por otro, una manera de dar una imagen de mayor control y dureza o de demostrar una mayor independencia de las figuras de autoridad.

En la medida en que los jóvenes perciben estas actividades como funcionales, están más motivados a participar en ellas, por lo que se encuentran en mayor riesgo de consumir, especialmente, aquéllos que no encuentren alternativas para la solución de sus problemas ni para la consecución de sus metas.

Como consecuencia de ello, una buena estrategia preventiva sería subrayar los riesgos del abuso de sustancias y proporcionar a este subgrupo de la población alternativas al consumo para afrontar los problemas con los que se encuentran.

Más recientemente, basándose en la epidemiología conductual y la psicología del desarrollo y social, Jessor (1991), ha propuesto una teoría más comprehensiva, bajo el nombre de la Teoría para la conducta de riesgo de los adolescentes, en la que considera factores de riesgo y de protección (biológico/genéticos, medio social, medio percibido, personalidad y conducta), conductas de riesgo (conductas problema, relacionadas con la salud y la escuela) y resultados de riesgo (salud, roles sociales, desarrollo personal y preparación para la vida adulta).

Para la aparición de las conductas de riesgo en los adolescentes, son de gran importancia la pobreza organizada socialmente, la desigualdad y la discriminación. Conocer la conducta social, teniendo en cuenta la etapa de desarrollo específica, se muestra relevante desde esta perspectiva lo que ha llevado, a su vez, a una confluencia con la psicología del desarrollo y la psicología social (Becoña, 1999).

Jessor propugna una visión comprehensiva y simultánea de todas las conductas de riesgo, sugiriendo que la intervención debe orientarse a cambiar las circunstancias que sostienen un grupo o síndrome de conducta de riesgo en la adolescencia.

Más concretamente, el objetivo sería reducir los factores de riesgo y aumentar los de protección con la idea de orientar un cambio en el estilo de vida, especialmente en aquellos jóvenes que viven en ambientes sociales adversos.

2.3.2. Teoría del Aprendizaje Social

Esta teoría, desarrollada por Bandura (1977), integra los principios del condicionamiento clásico y condicionamiento operante para explicar el comportamiento humano (aprendizaje, mantenimiento y abandono de la conducta) y las corrientes psicológicas actuales donde prevalece el papel de la cognición (creencias, actitudes, pensamientos). En este caso, el consumo de sustancias se conceptualiza como una conducta intencional, funcional y socialmente aprendida a través de un proceso de modelado y reforzamiento, además de la interacción de otros factores personales y socio-ambientales.

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

Posteriormente, Bandura, renombró esta teoría como Teoría Cognitiva Social e introdujo el término de autoeficacia como elemento cognitivo esencial, sin dejar de considerar las otras variables mencionadas. Este término se centra en los pensamientos que los individuos tienen acerca de su capacidad para actuar.

La autoeficacia se ve afectada por cuatro tipos de experiencias: directa, vicaria, persuasión verbal y estados afectivos y psicológicos. Así, establece su modelo de determinismo recíproco entre la conducta, los factores cognitivos y/o otros factores personales y las influencias ambientales, en las que unos factores interactúan sobre otros de modo recíproco. Desde este modelo, la influencia de estos tres factores varía dependiendo de las distintas actividades, individuos y circunstancias y se rechaza la existencia en la persona de factores fijos, tales como la personalidad predisponente o factores intrapsíquicos.

Existen cuatro procesos mediante los cuales el individuo adquiere su propia concepción de sí mismo y sobre la naturaleza de sus pensamientos: a) la experiencia directa de los efectos producidos por sus acciones; b) la experiencia vicaria de los efectos producidos por la conducta de otras personas; c) los juicios manifestados por otros y d) las deducciones a partir de conocimientos previos utilizando reglas de inferencia.

Un aspecto importante de esta teoría de la autoeficacia es que, además de analizar los mediadores del cambio, proporciona pautas para maximizar la efectividad de los tratamientos y del cambio de conducta. Partiendo de que la

autoeficacia influye en la motivación y en la ejecución, podemos pensar que también va a permitir predecir el comportamiento.

Otro aspecto importante, es que la teoría explica la influencia de los medios de comunicación de masas, que se constituyen como una poderosa influencia para aprender conductas de todo tipo (entre las que se encuentran el consumo de drogas legales e ilegales), formar actitudes y modular creencias (Becoña, 1999).

Los planteamientos de esta teoría permiten utilizar, además de la técnica de modelado, otras que hoy se enmarcan en las denominadas técnicas cognitivo-conductuales. Por todo lo mencionado, esta teoría se plantea de gran repercusión para la realización de programas, tanto de tratamiento como de prevención del consumo de drogas.

De hecho, como veremos más adelante, muchos de los programas preventivos parten de la misma o utilizan parte de los componentes expuestos en esta teoría.

2.3.3. Teoría de las Etapas

Basada en la hipótesis de la escalada y planteada por primera vez en los años 50, fue desarrollada por Kandel (1980, 1982). Desde una aproximación psicosocial, este autor considera que la implicación en el uso de sustancias pasa necesariamente por diferentes etapas o fases.

Los adolescentes progresan generalmente de forma secuencial desde la cerveza o el vino a licores más fuertes y a los cigarrillos y, de ahí, a la marihuana y al cannabis, hasta llegar a otras drogas ilegales de mayor poder adictivo. No obstante, es importante señalar que un consumo temprano no conduce necesariamente al consumo en etapas posteriores, aunque sí parece que el uso de sustancias en una etapa es muy improbable sin el consumo en una etapa anterior. El autor además propone que existen predictores específicos para según qué tipo de sustancias, lo que puede facilitar la adecuación de los programas preventivos.

Así pues, en el consumo de alcohol es necesario atender a la participación precoz en conductas desviadas y al uso de tabaco, cerveza y vino; en el consumo de marihuana, al conjunto de creencias y valores favorables hacia su uso y la asociación con grupos de iguales consumidores y, finalmente, en el caso del consumo de drogas como la heroína o la cocaína, es preciso tener en cuenta aspectos antecedentes como la existencia de relaciones insatisfactorias con los padres, sentimientos de depresión, consumo severo de marihuana, presencia de actitudes no convencionales y la exposición al consumo de drogas por parte de los iguales.

2.3.4. Modelo de afrontamiento del estrés

Este modelo procede del campo de la medicina conductual y se centra básicamente en temas como la competencia y el afrontamiento (Schiffman, 1985). Se basa en dos premisas centrales: la primera, defiende el abuso de sustancias como una consecuencia del déficit en las habilidades de afrontamiento que son relevantes para una gran variedad de estresores. De esta manera, el uso de drogas es un mecanismo de afrontamiento ya que: (a) disminuye la presencia de estados afectivos negativos cuando los usuarios están ansiosos o sobreactivados y/o, (b) incrementa el humor positivo cuando están cansados o deprimidos.

Asimismo, se reconoce la mediación de procesos cognitivos, fisiológicos y propios de la respuesta de estrés que pueden intervenir entre la ocurrencia del evento potencialmente estresante y la emisión de la reacción adversa, distinguiendo entre dos tipos de habilidades de afrontamiento: (a) respuestas genéricas que son útiles para hacer frente a una gran variedad de estresores (ej., estresores diarios o crónicos) y, (b) respuestas específicas para hacer frente al consumo de drogas (ej., presión de los iguales).

Los mecanismos de adaptación son, tanto conductuales (ej., afrontar el problema y tomar acciones directas para resolverlo), como cognitivos (estrategias internas para mejorar el malestar emocional). Así, cuando los jóvenes se enfrentan a situaciones de estrés social y responden con mecanismos desadaptativos, se verán inmersos con mayor probabilidad en conductas no deseables como el consumo de drogas.

2.3.5. Modelo de Estrés Social

Esta aproximación se deriva inicialmente del modelo de psicopatología de Albee (1982) y pretende la integración del tradicional énfasis en las variables individuales y familiares y los recientes hallazgos de las investigaciones sobre competencia y afrontamiento.

Desde esta perspectiva, el consumo de drogas adolescente es considerado como el resultado a largo plazo de todas las vivencias del joven experimentadas tanto con aquellas personas más relevantes de su contexto (ej., familia, amigos) como con los sistemas sociales, desde el nacimiento hasta la adolescencia. Así pues, las experiencias del joven en la familia, la escuela y la comunidad se entienden como influencias relevantes para su adecuada identificación con los padres, con los iguales y con los modelos sociales y para el desarrollo de estrategias de afrontamiento efectivas.

En este contexto, aquellos niños que: (a) no han llegado a identificarse con figuras parentales y consecuentemente han fracasado a la hora de incorporar sus valores y normas, (b) no han adquirido las habilidades necesarias para resistir las presiones hacia el consumo y, (c) no han tenido las oportunidades adecuadas

para la educación y el empleo, estarán menos seguros de sus propias habilidades y menos equipados para enfrentarse a una gran variedad de estresores sociales durante la adolescencia. En este caso, es muy probable que se vean influidos por aquellos iguales que están en la misma situación, defendiendo el uso de drogas como medio útil de afrontamiento al estrés (Elliot y cols., 1985).

En contraste, es menos probable que los adolescentes se impliquen en un consumo temprano de sustancias si:

- (a) han establecido vínculos positivos con sus familias, profesores e iguales
- (b) han desarrollado habilidades adecuadas para el manejo del estrés y,
- (c) disponen de modelos de afrontamiento competentes en la escuela o en la comunidad y poseen suficientes recursos y oportunidades.

En resumen, la probabilidad de que un adolescente se inicie en el consumo de drogas es función tanto del nivel de estrés al que es expuesto como de la magnitud con que éste es amortiguado por vínculos positivos, habilidades de afrontamiento y recursos personales y comunitarios.

2.3.6. Teoría de la influencia triádica de Flay y Petraitis

Flay y Petraitis (1994), elaboran esta teoría comprensiva que agrupa varios elementos de otras teorías relevantes que se han utilizado en el campo de la salud y en el campo de las drogodependencias. De hecho, no se limita exclusivamente a la prevención en drogodependencias sino que abarca la prevención de todos los problemas de salud. Los autores consideran que a través de la integración de varias microteorías se consiguen mejorar la capacidad predictiva y la comprensión de las conductas de salud, lo que facilita y optimiza la intervención, especialmente la intervención preventiva.

Esta teoría tiene en cuenta varios niveles para explicar las causas de la conducta: nivel último o final (incluye variables que están fuera del control inmediato, como la situación social, el ambiente cultural, la biología y la personalidad), nivel distal o lejano (ej., valores generales de la vida) y nivel próximo (se centra en los aspectos concretos de la conducta como por ej., las decisiones relacionadas con la salud).

De esta manera, las influencias actitudinales, sociales e intrapersonales determinan de modo independiente o interactivo las decisiones sobre llevar a cabo o no una conducta concreta (ej., tomar drogas). Se consideran tanto las influencias directas como indirectas que afectan a la conducta. Dentro de estas últimas se toman en consideración: a) lo que el individuo extrae desde sus ambientes, situaciones y rasgos básicos; b) las expectativas sobre su conducta y, c) la evaluación de esas expectativas; y sus condiciones relacionadas con la salud. Por último, esta teoría explica que el grado de influencia de cada uno de

estos factores o dimensiones afecta de forma diferente a distintos individuos y en distinto grado, dependiendo de que elemento estemos considerando.

En general, se sostiene que las personas que tengan una gran habilidad para controlar las acciones y un buen estado de ánimo desarrollarán una gran autoestima y un autoconcepto más coherente, lo que hará que la persona tenga una mayor autodeterminación. Esto, unido a las habilidades sociales específicas, conducirá a una mayor autoeficacia por parte del individuo respecto a la conducta concreta a la que nos referimos. Por otro lado, las personas que tienen una imagen desfavorable o incoherente de sí mismas, realizarán con más probabilidad conductas de riesgo, actuarán más impulsivamente y serán menos conscientes de las posibles consecuencias de sus actos. Como indica Becoña (1999), esta teoría permite explicar las causas relacionadas con la salud y, con ello, también, cómo pueden ser cambiadas estas conductas. Además, permite hacer predicciones comprobables y conocer la etiología y la dinámica de las conductas relacionadas con la salud.

2.3.7. Modelo comprensivo y secuencial

Este modelo ha sido desarrollado por Becoña (1999) y plantea que el consumo de drogas se desarrolla a través de una serie de fases: fase previa o de predisposición, fase de conocimiento, fase de experimentación e inicio al consumo, fase de consolidación y fase de abandono o mantenimiento. En él organiza toda la información disponible acerca del consumo de sustancias y de los factores que más frecuentemente han aparecido asociados al mismo.

A continuación, veremos de forma más detallada los principales factores que están presentes en cada una de estas fases, aunque no se debe olvidar que todos ellos interactúan y se relacionan entre sí, influyéndose recíprocamente e interactuando de tal manera que delimitan el que una persona sea única y distinta a las demás. *Fase previa o de disposición.* En esta fase se dan una serie de factores de predisposición que facilitan una mayor probabilidad de consumo en unas personas que en otras y, finalmente, un mayor consumo en aquellas personas que reúnen cierto número de características. Estos factores son previos al consumo, ya están presentes cuando la persona va a llevar a cabo una determinada conducta o, incluso, años antes. Dentro de estos factores se encuentran: a) factores de predisposición socio-cultural, que incluyen las creencias, expectativas y conductas de nuestro grupo social que favorecen el uso de drogas, como el alcohol o el tabaco, y las hacen socialmente aceptadas en determinadas situaciones (ej., bodas, reuniones de trabajo, celebraciones, etc.). Se incluyen también los sistemas de producción de ese sistema social (ej. la publicidad y la venta) y la utilización del tiempo libre; *Factores de predisposición biológica*, tienen su importancia en la medida en que se puedan encontrar fármacos para limitar o bloquear el efecto de las sustancias en el cerebro; *Factores de predisposición psicológica*, que incluyen el aprendizaje, la

personalidad y la inteligencia, que se relacionan entre sí. *Fase de conocimiento.* El conocimiento acerca de las drogas proviene de la familia, los medios de comunicación, los amigos, los profesores y otros adultos. Los factores que influyen en esta fase son: el ambiente en el que vive el individuo, el proceso de aprendizaje, la socialización (familia, iguales, colegio y televisión) y las expectativas (mecanismos a través de los cuales las experiencias y el conocimiento pasado son utilizados para predecir el futuro, y están derivadas de las creencias, conocimientos y esquemas sobre el mundo). *Fase de experimentación e inicio al consumo.* En esta fase están presentes los siguientes elementos: a) factores de riesgo para el consumo de sustancias, como los componentes constitucionales, familiares, emocionales e interpersonales, intelectuales y académicos, ecológicos y los acontecimientos de la vida no normativos que generan estrés (Coie, Watt, West y cols., 1993).

Estos factores generales deben servir de punto de partida, para luego pasar a otros más específicos que están relacionados con el consumo o la abstinencia; b) la disponibilidad de la sustancia, junto con su modo de presentación (ej. forma, color, vía de ingestión y tamaño); c) la accesibilidad y precio adecuado; d) el tipo de sustancia y la percepción del riesgo; e) las creencias, las actitudes, las normas interiorizadas, los valores e intenciones, claramente asociados a los factores de riesgo y protección; f) el estado emocional, sobre todo una vez que se ha producido el mantenimiento del consumo; g) la familia, los iguales, la escuela y los medios de comunicación; h) las habilidades de afrontamiento d) Fase de consolidación del uso al abuso y a la dependencia. Los elementos fundamentales que van a mantener el consumo de sustancias son las consecuencias, positivas o negativas, que siguen a dicho consumo.

Las consecuencias estarán en relación a sus iguales, a su familia y a sí mismo. El estado emocional es una importante variable en este momento para que se mantenga o no el consumo de sustancias y se pueda producir un incremento cuantitativo en el consumo.

Por último, cabe mencionar que en este proceso cobra relevancia la interacción entre distintas sustancias e incluso entre otras adicciones sin sustancias, por la necesidad de considerar en conjunto la "conducta" de esa persona, más que en sus componentes independientes. Cuando la persona se encuentre en una fase de dependencia y ésta se haya mantenido en el tiempo, entonces podemos afirmar que está en una fase de adicción consolidada. e) Fase de abandono o mantenimiento.

El que una persona abandone el consumo de la sustancia puede depender de causas externas (ej. presión familiar, de los amigos, novia, social, policial, sanitaria) o de causas internas (ej. deja de consumir por los problemas personales, físicos, afectivos, familiares y/o sociales que le acarrea). f) Fase de recaída.

Es frecuente que las personas que llegan a la fase de adicción consolidada, en su intento de dejar de consumir, recaigan una y otra vez, hasta que al final logren la abstinencia o sigan consumiendo.

2.3.8. El Ansia y la Vulnerabilidad Genética

Se ha investigado muy ampliamente la posibilidad de que exista una predisposición genética hacia el abuso del alcohol. En la actualidad muchos expertos coinciden en que los genes probablemente desempeñen un importante papel en la sensibilidad hacia el poder de ciertas drogas adictivas como el alcohol (Gardner, 1997; Lyvers, 1998). Hay algunas líneas de investigación que subrayan la importancia de los factores genéticos para los trastornos relacionados con el abuso de sustancias. Investigaciones han demostrado que los hombres pre-alcohólicos (predisuestos genéticamente a desarrollar el problema, pero que no lo han adquirido todavía) muestran diferentes pautas fisiológicas que los hombres no alcohólicos (la mayor parte de estas investigaciones se han realizado con hombres, debido a la mayor prevalencia del problema en este sexo).

Aunque las pruebas de los factores genéticos en la etiología del alcoholismo son abundantes, todavía no se sabe cuál es su papel exacto. La evidencia de que se dispone sugiere que pueden actuar como factores de predisposición, o también en combinación con otras variables constitucionales (como la susceptibilidad a los efectos del alcohol). Es necesario mencionar que la predisposición constitucional al alcoholismo no sólo puede heredarse, sino que también adquirirse. No se conoce se determinadas condiciones biológicas adquiridas, como ciertos desequilibrios endocrinos, podrían incrementar la vulnerabilidad al alcoholismo por ejemplo. De momento, la suposición de que existe una predisposición genética al alcoholismo no pasa de ser una hipótesis más o menos atractiva; por ello es necesario realizar una investigación al respecto que apoyen o rechacen dicha hipótesis. Es poco probable que los genes por sí mismos puedan explicar toda la gama de problemas relacionados con el uso y abuso del alcohol y otras drogas.

2.4. FACTORES CAUSALES PSICOSOCIALES EN LA DEPENDENCIA

Los alcohólicos no solo adquieren una dependencia fisiológica del alcohol; sino también una poderosa dependencia psicológica, ya que el alcohol les ayuda a disfrutar de las situaciones sociales. Para explicar el origen de esta dependencia psicológica, se han propuestos diferentes factores psicosociales.

2.4.1. Errores Educativos de los Padres

Unas relaciones familiares estables, y una buena orientación por parte de los padres, son influencia absolutamente importante para los niños. Las experiencias que aprendemos de las personas importantes para nosotros ejercen un impacto determinante cuando nos convertimos en adultos. Así pues, la utilización de

sustancias por parte de los padres está asociada con la utilización de sustancias por sus hijos adolescentes (Brown, Tate, 1999). Los niños que han estado expuestos a modelos negativos, o que han experimentado otras circunstancias perniciosas, suelen tambalearse en los momentos difíciles de su vida. Este tipo de experiencias tiene una influencia directa sobre el consumo de alcohol y droga por parte de jóvenes. Y además estos modelos negativos continúan ejerciendo su influjo una vez que los hijos han abandonado su familia. Por ejemplo, en un estudio sobre las conductas saludables de alumnos de institutos, los alumnos de primer año que provenían de familias cuyos padres abusaban del alcohol percibían su familia como menos saludable y con más problemas familiares.

Chassin y sus colaboradores en 1993 desarrollaron un elaborado programa de investigación para evaluar la influencia de los factores negativos de socialización sobre el uso del alcohol, y encontraron una vez más que el abuso del alcohol por parte de los padres estaba asociado con el uso de sustancias por parte de sus hijos adolescentes. A partir de ahí evaluaron diversos factores que pudieran haber afectado el consumo de alcohol por parte de los adolescentes.

Encontraron que las estrategias educativas y la conducta de los padres estaban asociadas con la utilización de sustancias por parte de sus hijos. Más en concreto, los padres que abusaban del alcohol apenas estaban al tanto de la conducta y actividades de sus hijos, y está demostrado que esa falta de control suele inducir a los adolescentes a relaciones con compañeros que utilizan drogas. Además Chassin y sus colaboradores encontraron que el stress y las emociones negativas (más frecuentes en familias con padres alcohólicos) estaban vinculados por la utilización de alcohol por parte de los adolescentes. Los autores llegaron a la conclusión de que: el alcoholismo de los padres está asociado con el aumento de los acontecimientos vitales negativos e incontrolables que, a su vez, estaban vinculados a las emociones negativas, a las relaciones con compañeros drogadictos y a la utilización de sustancias. En un estudio, Chassin y sus colaboradores (1993) encontraron un fuerte efecto del abuso del alcohol por parte de los padres, incluso tras controlar el stress y las emociones negativas. También algunas experiencias infantiles muy estresantes, como el abuso sexual, pueden provocar vulnerabilidad ante problemas posteriores. Las mujeres con una historia de abusos sexuales infantiles corren el riesgo de desarrollar una amplia gama de problemas psicológicos, que influyen también el abuso de sustancia (Kendler, Bulik, 2000).

2.4.2. Vulnerabilidad Psicológica.

Existe una personalidad alcohólica? Esto es, una organización de la personalidad que predisponga al sujeto a reducir al alcohol? en vez de adoptar otras estrategias más adecuadas para afrontar el estrés; Hay personas que recurran al alcohol para reducir su malestar ? Los investigadores han encontrado que muchas personas con riesgo de abusar del alcohol tienden a ser emocionalmente

inmaduros, a esperar demasiado del mundo, a necesitar una enorme cantidad de alabanzas, a relacionar antes los fracasos con fuertes sentimientos de inferioridad, a tener una baja tolerancia ante la frustración, y a sentirse inseguros de su papel sexual. También son más impulsivos y agresivos recientemente una gran cantidad de investigaciones se han centrado en las relaciones entre el abuso del alcohol y otros trastornos como la personalidad antisocial, la depresión y la esquizofrenia.

Más o menos a la mitad de las personas, con esquizofrenia también demuestran dependencia o abuso del alcohol u otra droga. La mayor parte de la investigación sobre la comorbilidad han encontrado relaciones entre la personalidad antisocial y los trastornos por adicción, de manera que entre el 75 y el 80% de estos estudiantes han hallado una fuerte asociación entre ambos trastornos, y el trastorno de conducta. La relación entre la personalidad antisocial y el abuso del alcohol es especialmente consistente (Harford y Parker 1994)

2.5. LA PERSONALIDAD EN NIÑOS Y ADOLESCENTES EN EDAD ESCOLAR MEDIA

La adolescencia es vista como una edad de transición porque se vive entre la niñez y la adultez. Entre los doce y quince años se podría situar el momento quizá más representativo en cuanto a la aparición de los primeros rasgos que corresponden propiamente a la adolescencia. Todo lo ocurrido en el periodo anterior, es decir, el niño de once y doce años, han sido solo tímidos acercamientos a lo que es la verdadera situación y expresiones conductuales de la adolescencia. Se empieza en el adolescente a definir nuevas formaciones personológicas y una jerarquía de motivos diferente a la que ocurre en los niños.

La adolescencia se empieza a manifestar a partir de este periodo con plena claridad, en lo sucesivo y hasta la manifestación de la juventud (que según la ley de la juventud empieza a los 18 años), el niño y la niña se van a debatir entre dos mundos difícilmente conciliables: el mundo de la infancia y el mundo de los adultos que le lleva a la vida laboral independiente, para ir abandonando el primero y paulatinamente ir incorporándose al segundo a través de la socialización.

Una serie de importantes transformaciones, a lo largo de estos próximos años van a producirse en la vida del individuo, introduciendo grandes cambios tanto en el aspecto físico como en los rasgos personológicos, ya que la Situación Social empieza a cambiar. Además de las modificaciones corporales, el progresivo acercamiento a la sexualidad adulta, los grandes y decisivos movimientos de la esfera afectiva y sentimental, la aparición de amistades exclusivas, el paulatino e inevitable alejamiento del círculo familiar para apegarse a los grupos de pares, el

rechazo a las ideas establecidas, la búsqueda de originalidad, las primeras reflexiones serias referentes al porvenir profesional y al futuro personal también son parte de esta nueva situación social.

Con estas y otras situaciones tiene que lidiar internamente el adolescente, sortear sus recursos personalógicos para salir indemne de esta crisis, es por eso justamente que se habla de una crisis en la adolescencia, de una crisis de desarrollo.

Si bien es verdad que la adolescencia es un periodo en el que se dan cambios constantes, físicos y psicológicos, no hay que olvidar que también son sociales y por ser cambios sociales también se apuntan cambios personalógicos.

Cuando Vigotsky desarrolló la categoría *Situación Social de Desarrollo* pensó en esta particularidad, si el entorno social cambia, si las exigencias del medio son otras, los recursos personalógicos se mueven, no pueden estar intactos, estar intacto significa morir en un mundo que se renueva a cada segundo. En su concepción, que gira acerca del historicismo, la psiquis humana es el resultado de la historia social de su construcción, que varía tanto por el desarrollo histórico de la sociedad, como por el desarrollo propiamente individual.

Su concepción sobre el desarrollo es bastante adelantada para la época. En este sentido escribió:

"... dicho desarrollo constituye un proceso dialéctico complejo, que se caracteriza por una periodicidad múltiple, por una desproporción en el desarrollo de las distintas funciones, por las metamorfosis o transformaciones cualitativas de unas formas en otras, por la entrelazada relación entre los factores internos y externos y por el intrincado proceso de superación de las dificultades y de la adaptación". (Vigotsky, 1987)

Aun cuando este autor centró su atención en las funciones psíquicas superiores, no perdió de vista la necesaria integración de las mismas. Al respecto escribió: "La cuestión se basa en la personalidad y su relación con la actuación. Las funciones psíquicas superiores se caracterizan por una particular relación con la personalidad. Representan una forma activa en sus manifestaciones, las reacciones de la personalidad en cuya aparición participó intensiva y conscientemente toda la personalidad".

Las formas culturales de la conducta son reacciones de la personalidad. Al estudiarlas se ven no como procesos aislados sino como procesos que se desenvuelven en la personalidad en su totalidad.

Este autor adelantó una concepción novedosa para la época según la cual el estudio del desarrollo psíquico ontogenético conduce al conocimiento de la personalidad. Vigotsky denominó **situación social del desarrollo** a *"aquella combinación especial de los procesos internos del desarrollo y de las condiciones externas, que es típica en cada etapa y que condicionan la dinámica del desarrollo psíquico durante el correspondiente período evolutivo y las nuevas formaciones psicológicas, cualitativamente peculiares, que surgen hacia el final de dicho período"*. (Bozhovich, 1976).

2.5.1. Situación Social de Desarrollo

La situación social del desarrollo posee gran valor metodológico por cuanto parte del análisis de la dialéctica entre lo interno y lo externo en el desarrollo individual en los diferentes períodos de la vida.

A pesar de que se dice ser una categoría insuficientemente desarrollada y de conocerse poco acerca de su papel en estadios tardíos del desarrollo ontogenético, dentro de ella el comportamiento típico y estable del sujeto, se convierte en un modo de particularizarla a nivel de la personalidad, pues en gran medida determina su presente y su futuro.

La situación social del desarrollo nos conduce al conocimiento de las circunstancias específicas que permiten el despliegue de las cualidades personales en sus diferentes contextos de actuación.

Por eso se habla de cómo se da una interrelación entre la actividad y la comunicación, donde el sujeto se apropia de la vivencia y se forman los recursos personalógicos, se forma la subjetividad, se estructura la personalidad.

2.5.2. Sobre la personalidad y la adolescencia

Luego de más de un siglo de psicología científica no podemos hablar de una definición acabada de personalidad, sino solamente describir sus elementos integrantes y tratar de reconocer su complejidad y la naturaleza dinámica, procesal, abierta y enfatizar la explicación de su función reguladora desde una lógica holística que descarte el atomismo. A pesar de esto podemos afirmar que...

Personalidad es la organización, la integración más compleja y estable de contenidos y funciones psicológicas que intervienen en la regulación y autorregulación del comportamiento en las esferas más relevantes para la vida del sujeto.

Estas esferas relevantes, estos contenidos y funciones psicológicas van a la par de procesos cognitivos y afectivos en unidad, que resultan como sentidos psicológicos, formaciones motivacionales que dan control, orientación y autorregulación a la conducta.

Por esto, la personalidad constituye una subjetivación de la realidad en forma de *sentidos psicológicos*. Y así el sujeto construye su relación con los demás, se da una integración sintética de lo histórico en el actuar del ahora, el ser humano a través de la personalidad le da sentido a esta relación.

Existen en la personalidad necesidades superiores que son insaciables y presentan contradicción en la adolescencia, hay un reajuste por la Situación Social de Desarrollo, los chicos se enfrentan a un mundo que por un lado les exige crecer, por otro les prohíbe ciertas cuestiones que son para jóvenes y adultos, hay un constante jaloneo que los cataloga como muy grandes para ser niños, muy pequeños para ser jóvenes adultos.

En la adolescencia, es muy importante tener en cuenta las tendencias orientadoras de la personalidad, las formaciones motivacionales que van formando la subjetividad del adolescente, la concepción del mundo, el desarrollo de la autoconciencia, la autovaloración y la conciencia moral son formaciones que deben ser resaltadas en el trabajo con adolescentes, son las armas, las herramientas que le llevarán luego a buscar la vocación que en la juventud les llevara a la consecución de un fin, de un proyecto de vida.

2.5.3. Recursos personológicos

2.5.3.1. Autoconciencia

La formación de la autoconciencia se efectúa sobre la base del análisis y la valoración que hace el adolescente de las particularidades objetivas de su conducta y actividad, en los cuales se revelan las cualidades de su personalidad.

Por consiguiente, el problema de la autoconciencia no se reduce al de la introspección como se acostumbró a pensar en la psicología tradicional, consiste en que el sujeto comienza a distinguir poco a poco algunas cualidades, aspectos aislados de la actividad que empieza a generalizarlas y a considerarlas al principio como particularidades de su conducta y después como cualidades relativamente estables de su personalidad, para que este complejo proceso de autoconciencia pueda realizarse es necesario que el niño alcance determinado nivel de experiencia de la vida y de desarrollo psíquico que le permita el conocimiento y la valoración de esa compleja actividad que constituye la esfera psicológico-moral del hombre.

La necesidad de comprender y valorar las cualidades de la propia personalidad crea en los adolescentes una elevada sensibilidad ante la valoración de los que los rodean, como la representación de sí mismos que quizá aun no se ha formado en ellos y por eso vacilan en la autovaloración, perciben y vivencian de forma muy aguda la opinión y los distintos matices de la actitud de otras personas para con ellos, de aquí la llamada “sensibilidad” de los adolescentes, “su susceptibilidad sin causa” y sin motivo desde el punto de vista del adulto, las reacciones violentas

ante las palabras y los hechos que los rodean así como las circunstancias de la vida.

En los adolescentes hay por todo esto una aspiración hacia lo romántico, lo extraordinario y lo secreto, *comprendiendo esto la educación será más efectiva.*

2.5.3.2. Autovaloración

En los niños se forma una autovaloración que gradualmente a fines de la adolescencia, comienza a adquirir para ellos una importancia no menor y a veces hasta mayor, que la valoración de los que le rodean. La valoración positiva es indispensable para la formación del niño, la que le hacen los que le rodean, solo la presencia de una valoración positiva crea en los niños la sensación de bienestar emocional. En la correlación con el modelo (el ideal) al que aspira el hombre y su autovaloración, yace la caracterización fundamental de su personalidad y las posibilidades de su desarrollo satisfactorio, a través de una correcta y sana autovaloración.

2.5.3.3. Concepción del mundo

En la escuela bajo la tutela del profesor, los niños seguían las consignas por el ejemplo, ahora tienen responsabilidad en sus actos, deben saber organizar su conducta y su actividad, saber controlarse, resolver con más independencia las cuestiones con las que tropiezan, de esta forma comienzan a desarrollarse aquellos procesos internos que conducen a la formación de puntos de vista y valoraciones relativamente estables e independientes, la formación de un sistema de actitudes hacia los que les rodea y hacia sí mismos, que también resulta estable, termina en distintas contradicciones que le llevan a la estabilidad en la juventud, la concepción del mundo se expresa de modo diferente en cada sujeto y se articula de modo diferente a lo interno de la personalidad.

Son múltiples los diversos contenidos que la integran, no es una representación científica, es más bien una filosofía, una cosmovisión propia personalizada de diversos aspectos de la trama y subjetividad social, modos de concebir la vida de manera propia, cosmovisión de la realidad y de sí mismo.

2.5.3.4. Conciencia moral

El ideal del hombre adoptado o creado por el adolescente, cuyos rasgos trata de imitar y asimilar, representa al mismo tiempo un motivo moral constantemente actuante, el ideal psicológico moral se vuelve el modelo emocionalmente matizado e interiormente aceptado que se convierte en el regulador de su propia conducta y el criterio para valorar la conducta de los demás.

El interés por las cualidades morales de la gente y por las normas de su conducta, sus interrelaciones, sus actos orales, conduce en la adolescencia a la *formación*

de ideales morales que se concretan en la caracterización espiritual del hombre. Se busca activamente los modelos para la imitación y habiendo elegido uno, comienzan a comparar su conducta con el modelo y a valorar los actos de las personas que los rodean desde la posición del ideal.

Poco a poco el ideal moral se convierte en el criterio del cual se vale el adolescente de forma consciente, para valorar tanto su personalidad como la de los demás.

La manera en que los chicos desarrollan estas formaciones psicológicas, hace que se protegen de las problemáticas que surgen en los adolescentes de los tiempos actuales. *Suicidio, pandillas, promiscuidad, mediocridad como forma de vida, amor desmedido por el dinero, fobias sociales, bulimia, anorexia.* Trastornos de ánimo, trastornos del instinto de nutrición y de la percepción de la imagen corporal, son algunos de los reales peligros que acechan día a día a los adolescentes.

Entre estos peligros también está como conductas nocivas para la salud integral del adolescente el consumo de sustancias tóxicas, lo que nos remite a la problemática de la drogadicción

2.6. CONSUMO DE DROGAS EN ADOLESCENTES

Se le llama drogadicción a la adicción que una persona presenta hacia una droga, aunque en la actualidad se cambia el término por “consumo de drogas” o “farmacodependencia”.

No hay una causa única que explique las dependencias en los adolescentes, tampoco hay soluciones únicas que puedan aplicarse por igual en todos los casos. Las influencias que conducen al uso y abuso de sustancias son muchas, variadas y todavía no están del todo comprendidas.

Si bien el inicio del consumo se da en compañía de amigos y jóvenes de la misma edad, el escenario para que así suceda ha sido dispuesto muchos años atrás por los padres, la comunidad y la sociedad en general. Hay una interacción de factores que influyen en el adolescente que consume droga.

La siguiente tabla (DASE, 2009) resume los factores de riesgo para el uso y abuso de drogas en población adolescente.

Resumen de factores de riesgo para el uso y abuso de drogas en adolescentes	
Culturales y Sociales	<ul style="list-style-type: none"> • Normas sociales que favorecen el uso de drogas. • Disponibilidad de drogas • Carencias económicas extremas.
Interpersonales	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de drogas por parte de los padres u otros familiares. • Actitudes familiares positivas en relación con el uso de drogas. • Conflictos familiares persistentes. • Rechazo por parte del grupo de pares. • Amistad con personas de la misma edad que usan drogas.
Psicológicos y del Comportamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas del comportamiento que comienzan a temprana edad o que persisten en el tiempo. • Fracaso académico • Alienación o Rebeldía. • Ansiedad o depresión. • Necesidad de estímulos nuevos. • Actitudes favorables hacia el uso de drogas. • Consumo de drogas a una edad temprana • Eventos estresantes de la vida o experiencias traumáticas como el abuso físico o sexual.
Biológicos y Genéticos	<ul style="list-style-type: none"> • Susceptibilidad heredada para el consumo de drogas. • Vulnerabilidad psicológica y fisiológica hacia los efectos de las drogas.

Tabla No.2: Resumen de factores de riesgo para el uso y abuso de drogas en adolescentes

2.6.1. Factores Socioculturales

En un sentido general, nuestra cultura considera al alcohol como un instrumento de relación social, y una manera de aliviar la tensión. Así pues, muchos

investigadores han destacado el papel de los factores socioculturales, junto a los fisiológicos y psicológicos, para explicar las elevadas tasas del abuso del alcohol.

El papel de las actitudes culturales hacia la bebida queda muy bien ilustrado por los musulmanes y los mormones, cuyos valores religiosos prohíben el alcohol, y por los judíos ortodoxos, que tienen limitado el alcohol a los rituales religiosos. En consecuencia, la incidencia del alcoholismo entre estos grupos es mínima. En comparación resulta desmesurada en Europa. Por ejemplo, una investigación reciente han demostrado que las tasas de consumo de alcohol más elevadas entre los jóvenes se producen en Dinamarca y Malta, donde uno de cada cinco estudiantes reconoce haber bebido alcohol, en diez ocasiones y durante los últimos treinta días (Espad, 2000).

Resulta interesante destacar que tanto Europa como otros seis países que han recibido una enorme influencia de la cultura europea como son: Argentina, Canadá, Chile, Japón, E.E.U.U., Nueva Zelanda, y que constituye menos del 20 % de la población mundial consumen sin embargo el 80% del alcohol que se produce en el mundo (Barry, 1982). Los franceses parecen tener la tasa de alcoholismo más elevada del mundo con aproximadamente el 15% de la población. Francia tiene la tasa más elevada del consumo de alcohol per cápita, y también la tasa más alta de muerte por cirrosis (Noble, 1979). También muestran las tasas de prevalencias más elevadas: en una amplia encuesta sobre pacientes hospitalizados, el 18% (25% hombres y 7% de mujeres) tenían trastornos relacionados con el uso del alcohol, aunque solo el 6% de las admisiones debían a problemas directos con el alcohol (Reynaud, Leleu, 1997).

En el caso de las dependencias hay un común denominador que escapa al control individual: el poder adictivo de la sustancia química externa que por voluntad propia ponemos dentro de nuestro organismo, pero que a partir de ahí no podemos controlar. En investigaciones recientes se muestra, por ejemplo, que no todas las personas metabolizan el alcohol de la misma manera, y en esa medida responden de forma diferente a la ingestión de bebidas alcohólicas. Dependiendo de esas características biológicas la persona correrá un riesgo mayor de alcoholizarse, siempre y cuando existan otros factores que le impulsen a ingerir alcohol u otras drogas de forma frecuente.

Durante la adolescencia, las personas son más propensas al consumo de drogas por una razón importante y es que durante la adolescencia las personas tienen el sentimiento de invulnerabilidad que les caracteriza, siente que todo lo puede y que los accidentes y las cosas malas le pasan a las demás personas pero no a él, porque el siempre podrá controlar y manejar los riesgos.

Frente a un problema de adicción con adolescentes se debe apuntar más a la prevención que a la intervención, fomentando estilos de vida saludables dentro de las familias, cultivar una buena comunicación, una relación cercana entre padres

e hijos con la posibilidad de poder solucionar los problemas y conflictos de manera oportuna.

Entre mas temprano se identifique el problema y se inicie la intervención terapéutica habrá mas posibilidades de éxito, porque el problema de la adicción habrá avanzado menos. El tratamiento de las adicciones es complejo y a veces lleno de altibajos pero es más difícil de afrontar cuando lleva años de evolución.

El tratamiento debe estar orientado por un grupo de especialistas, por un equipo con un punto de vista multidisciplinario, el tratamiento puede ser de manera ambulatoria o internando al individuo, hospitalizándolo. Actualmente en el país existen algunos centros privados que se dedican a esta misión.

2.6.2. Factores de Protección

Se entiende como factor protector “Un atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación con las mismas”. (Clayton, 1992) Algunos factores protectores son:

2.6.2.1. La Resiliencia

La resiliencia humana es, esa fuerza impulsadora interior que poseemos, la capacidad natural que tenemos cada uno de nosotros para poder tolerar las adversidades de la vida y de poderlas transformar en nuevas oportunidades y desafíos para fortalecernos. La resiliencia es un concepto adoptado de la psicología existencialista (Frankl, 1984) que apunta a la capacidad de poder reponerse a las adversidades y dificultades de la vida cotidiana.

En el ámbito de la prevención tenemos claramente especificados cuales son los factores de riesgo y cuáles son los protectores, empero en ciertas circunstancias y momentos lo que para un individuo puede ser un factor de riesgo, para otro puede ser protector, es aquí donde entra a jugar un papel importante la resiliencia, para buscar explicaciones de cuáles fueron los que impidieron que cierto individuo expuesto a determinados factores no se dejó atrapar por la droga.

Como factores que potencializan o ayudan a mantener y desarrollar la resiliencia se han enunciado algunos, siendo los más importantes para la prevención los siguientes: el tener sueños y metas claras, contar con proyectos de vida definidos, el optimismo como un modelo para salir adelante, independencia y autonomía como componentes de integridad, la espiritualidad es de trascendencia notoria, competencias cognitivas, conceptualizadas como inteligencia, rendimiento académico, autoestima, creatividad, habilidades sociales, empatía, destreza para solucionar problemas, habilidades de comunicación, humor, entre otras.

Apuntar al proyecto de vida y el desarrollo de las habilidades sociales o habilidades para la vida son algunas de las herramientas que han tenido más éxito en la última década.

2.6.2.2. Desarrollo de habilidades para la vida

Los comportamientos son el resultado de una compleja interacción entre elementos individuales, sociales y ambientales. A pesar de eso es posible reconocerle al individuo un rol central en su regulación, por lo tanto el centro de los programas de Life Skill está centrado en el desarrollo de habilidades personales. Su aprendizaje se verifica cuando las motivaciones al conocimiento, las potencialidades y las distintas capacidades poseídas por una persona se traducen en comportamientos positivos y pro-sociales. Es decir cuando se llega a saber qué hacer y cómo hacerlo, y sobre todo estar consciente de “saberlo hacer”. Por ese motivo un buen nivel de adquisición de *life skill*, contribuyendo a la construcción del sentido de auto-eficacia desempeña un rol importante en el desarrollo del individuo en la motivación de cuidar de sí mismo, de su salud y de los demás.

Para hacer mayormente probable la realización de un comportamiento sano, es necesario que las intervenciones de formación de las habilidades para la vida sean desarrolladas por periodos largos, las que pueden determinar mejorías del bienestar mental y una influencia más consistente sobre las intenciones a adoptar comportamientos sanos. Solo en estos casos se puede esperar tener un impacto duradero y significativo. Para que las *habilidades sociales* sean considerados competencias y comportamientos concretos, su enseñanza requiere la utilización de técnicas didácticas activas para proveerles a los destinatarios nuevas habilidades o bien para desarrollar las que poseen.

Los métodos utilizados para facilitar el aprendizaje incluyen participación activa, toma de responsabilidad, aprendizaje cooperativo, educación entre iguales, lluvia de ideas, role-play (juegos didácticos, análisis y solución de casos). (WHO, 1991) La escuela es el mejor lugar para implementar la educación de la habilidad para la vida, porque:

- Desempeña un rol importante en la socialización de los jóvenes
- Es frecuentada por un elevado número de niños, niñas, adolescentes y jóvenes
- Puede utilizar la experiencia de los enseñantes
- Goza de credibilidad de parte de padres y de la comunidad.

Las habilidades sociales o para la vida han resultado muy eficaces en la prevención del uso/abuso de sustancias, en cuanto permiten desarrollar una

acción de protección para el individuo, incrementando su bienestar psicológico, por tanto aumentando su capacidad para resistirse a la oferta de sustancias.

El programa de capacitación en habilidades para la vida en diferentes países, ha sido estudiado ampliamente en los últimos 16 años. Los resultados señalan que este programa de prevención puede producir de 59% a 75% de niveles más bajos (en relación con los controles) de uso de tabaco, alcohol y marihuana. Las sesiones de refuerzo pueden ayudar a mantener los efectos del programa. Los datos de seguimiento de largo plazo que se realizaron en una prueba aleatoria en el terreno, que comprendió casi 6.000 alumnos de 56 escuelas, hallaron niveles considerablemente más bajos de uso de tabaco, alcohol y marihuana seis años después de la evaluación inicial de base.

La prevalencia de fumar cigarrillos, el uso del alcohol y el uso de la marihuana entre alumnos que recibieron el programa de capacitación en aptitudes para la vida fue 44% más bajo que el de los alumnos del grupo de control y el uso habitual (semanal) de múltiples drogas fue 66% más bajo.

El desarrollo de los recursos personológicos se asocia también a un sentido definido de la propia identidad, (sobre todo en la adolescencia) a una autoestima favorable y autovaloración estructurada flexible e íntegra, que le posibilite al sujeto descentrarse en ocasiones, tolerar la frustración y las propias imperfecciones, la crítica de los otros, en la medida de que es capaz de redimensionar la situación en virtud de esas potencialidades. Si se trabaja sobre estos puntos en un programa de prevención enfocado a la población adolescente existiría una muy alta probabilidad de éxito.

Muy vinculado con esto se encuentra la seguridad en sí mismo, la autodeterminación, capacidad de decisión como indicadores de desarrollo personológico.

Sujetos con particularidades con movilidad hacia esta dirección aunque vulnerables poseen mejores recursos para afrontar, solucionar sus conflictos, así como una mayor apertura ante lo nuevo, lo cual lo coloca en mejor disponibilidad de cara a un aprendizaje desarrollador.

Por el contrario, el insuficiente desarrollo de los recursos personológicos se evidencia en el manejo estereotipado de los contenidos psicológicos, la dicotomización de la realidad, la intolerancia y la dificultad para integrar lo contradictorio, lo cual tiene en su base la insuficiente mediatización reflexiva, expresada además en rigidez, resistencia ante lo nuevo y ante el cambio, tendencia a generalizaciones extremas e infundadas.

Todo esto torna al sujeto parcializado, inmediato, tendiente a ajustar la realidad a sus referentes, pasivo-reproductivo en su interrelación con el medio.

En tales casos, suele ocurrir , que las operaciones cognitivas se encuentran subordinadas a una fuerte carga emocional, lo que entorpece la estructuración del futuro, predominando la inmediatez y la irrupción de sentimientos, como un pensar después del hacer.

Aparece aquí el sujeto muy vulnerable ante lo nuevo y la presión externa. Los procesos auto valorativos tienden a estar empobrecidos o desestructurados, lo que se expresa en desconocimiento, distorsiones, autoestima vacilante, disminuida o excesiva. Esto se manifiesta en daños a la seguridad en si mismo, de lo cual no siempre es consciente el sujeto, acompañado de intolerancia a la frustración, dependencia, determinismo externo en tanto sobredimensión de la valoración de los demás en la regulación y adopción de decisiones evitando así conflictos.

Asimismo, la pobreza personológica, de contenidos y mecanismos funcionales, propicia un modo de vida carente de estímulos que provoca que el sujeto se desvincule ante la vida, deteniendo el crecimiento de su subjetividad.

Tomando en cuenta estas particularidades en la personalidad de los niños y adolescentes quienes forman la población objetivo del programa que se diseñará, podemos empezar a hablar de prevención.

2.7. PREVENCIÓN PRIMARIA

La prevención primaria está enfocada en estrategias para evitar el consumo, dirigidas a quienes no son consumidores, fundamentalmente niños y adolescentes.

Está más relacionado a un problema determinado e incide directamente sobre los factores que se supone lo generan. Estos son: la historia personal, el entorno familiar, el tipo de vida y las relaciones sociales. El conocimiento y la profundización de estos factores de riesgo brindan un importante material de estudio sobre el cual se pueden armar estrategias preventivas.

Su objetivo es la eliminación de las causas, disminuir la incidencia en el período pre patogénico (antes del inicio de los estímulos inducidos por los factores etiológicos que provocan la enfermedad).

En la clínica se refiere al conjunto de actuaciones dirigidas a impedir la aparición o disminuir la probabilidad de padecer una enfermedad determinada.

En la prevención, con énfasis en la prevención primaria hablamos del enfoque socio-cultural. En él su planteamiento señala que son las condiciones macro sociales las que influyen en el consumo de drogas, al que se lo considera como

un síntoma de los desequilibrios sociales del sistema, reconoce que el entorno cultural influye en el uso de varios tipos de drogas y en las formas de consumo.

Las estrategias preventivas deben estar orientadas a mejorar las condiciones de vida, sobre todo mediante procesos educativos y de inclusión.

2.7.1. Consideraciones que sustentan una visión integral de prevención

La complejidad misma del tema de las drogas obliga a que la prevención deba pensarse desde un enfoque multidimensional que integre y reconozca las mejores prácticas, y que ubique la centralidad del análisis en el ser y no en la sustancia.

Algunas consideraciones que pueden ayudar para un criterio de integralidad en relación con la prevención, pueden ser:

- Partir de un conocimiento dialéctico del mundo para lograr una interpretación adecuada de las diferentes manifestaciones sociales como el de las drogas, desde sus orígenes, desarrollo y transformación.
- Una concepción holística del ser humano como ser único, pero configurado por aspectos psíquicos, biológicos, sociales, culturales y espirituales que se manifiestan interdependientes.

Esta totalidad en la comprensión de la persona hace que la construcción de un paradigma preventivo observe los factores que intervienen en su configuración y desarrollo, superando criterios biologists, médicos o psicológicos y sociológicos que fragmentan al individuo. Además, se debe identificar que todos los procesos son dinámicos y se modifican a través de las distintas etapas de su vida.

- Se debe diseñar estrategias preventivas que respondan tanto a realidades y necesidades individuales como a las sociales, lógicamente, partiendo de marcos generales que direccionan el quehacer preventivo.
- Un abordaje integral debe valorizar a la persona como un ser individual y social, que vive en un momento histórico, por lo tanto pertenece a un contexto sociocultural propio, influenciado por lo local y universal, y comprometido con un pasado y un futuro común.
- La prevención debe estar orientada tanto a las sustancias denominadas legales como a las llamadas ilegales, pues el concepto de legalidad no minimiza los riesgos que puede producir el consumo de cualquier tipo de sustancia psicoactiva.
- Abordar el uso y consumo de drogas desde propuestas de intervención tempranas que se inicien desde los primeros años de vida del sujeto (prevención universal); que se orienten a personas con mayor

vulnerabilidad (prevención selectiva) y que atienda a personas consumidoras, a través de programas de tratamiento, rehabilitación y reintegración social (prevención indicada).

- Reconocer que la prevención es el fortalecimiento de conocimientos (saberes), capacidades, habilidades, destrezas (saber hacer), valores, actitudes, sentimientos, emociones (querer hacer).

Los contenidos preventivos deben orientarse al fortalecimiento de capacidades para el desarrollo personal, para una vida en familia y para la interacción social pues *la prevención es un hecho que se construye desde lo individual, pero se consolida en lo comunitario*; por lo que la conformación de una red nacional debe constituirse en una de las estrategias operativas de la prevención.

Las redes permiten sumar esfuerzos entre el Estado, las instituciones privadas y la sociedad civil; construir consensos sobre la base de posiciones diferentes, enmarcadas en la tolerancia y respeto; sumar saberes y experiencias de personas que corresponden a contextos socio-culturales diferentes; y, fortalecer la capacidad de intervención. De esta manera se espera mejorar la efectividad de la respuesta nacional, a fin de construir y establecer nuevas políticas y programas, generando un trabajo articulado con múltiples actores que se dirijan hacia la búsqueda del bien común.

Estos argumentos permiten considerar que la prevención puede ser comprendida como un esfuerzo colectivo que coadyuva a lograr el buen vivir, surgido desde la cultura de los pueblos y el desarrollo social.

La prevención integral como un proceso formativo que promueve el desarrollo de la persona, la familia y la comunidad, el respeto a los derechos humanos y ambientales, considerando los aspectos sociales, políticos, económicos y culturales en el marco del Buen Vivir, permite prever diversos fenómenos de carácter social en especial de la problemática de las drogas.

2.7.2. Principios de la prevención

Los siguientes principios deben ser tomados en cuenta en la confección y diseño de todo programa de prevención de consumo de drogas:

- Las intervenciones preventivas deben estar dirigidas a disminuir los factores de riesgo y a fortalecer los factores de protección y la resiliencia.
- Debe incluir en los contenidos de las intervenciones la prevención del consumo de drogas ilegales como de drogas legales (alcohol, tabaco y abuso de medicamentos).

- Los programas de prevención escolar tienen que incluir contenidos para fortalecer las habilidades socio-afectivas y competencias sociales positivas.
- Deben contener métodos interactivos y participativos con relación horizontal entre alumno docente para generar espacios de confianza.
- Tienen que ser dirigidos a toda la comunidad educativa: alumnos, docentes, familiares Adaptados a las condiciones particulares de la comunidad donde la escuela está localizada.
- Es necesario realizar programas de capacitación preventivos a docentes, de tipos selectivos e indicados para grupos de estudiantes en riesgo y potenciales desertores escolares, que permitan desarrollar estrategias de detección temprana del consumo de drogas y orientadas a aquellos jóvenes que quizá ya se han iniciado en el consumo.
- Los contenidos de los talleres no se deben centrar en la sustancia exclusivamente, sino más bien en su contexto, como familia, comunicación, afectividad, tiempo libre, valores, entre otros.
- Prioritariamente se debe trabajar con la población estudiantil básica, porque es en estos primeros años en donde se forma la personalidad del individuo.
- La temática a ser abordada en este nivel es el desarrollo de habilidades para la vida, que comprende la comunicación, autoconocimiento, resolución de problemas, desarrollo de hábitos saludables, valores, respeto al cuerpo. Para la población de educación media se debe abordar la temática de proyecto de vida y resiliencia. Mientras más alto sea el nivel de riesgo de la población meta, el esfuerzo preventivo debe ser más intenso y debe comenzar lo antes posible.
- Las intervenciones preventivas deben incluir en su programación, campañas en medios de comunicación.
- Las intervenciones preventivas deben contener en su plan de trabajo actividades de monitoreo y evaluación.
- Es importante establecer mecanismos que permitan la detección temprana y derivación oportuna de casos a las instancias especializadas.

En el ámbito familiar y comunitario, los ejes temáticos a tratar son: códigos de convivencia familiar, la comunicación, resolución de conflictos, economía familiar, familia funcional y disfuncional, su rol, la felicidad, la afectividad, las emociones, uso adecuado del tiempo libre en familia, entre otros.

Para desarrollar la temática citada hay que procurar articularla con las estructuras comunitarias existentes tales como: comités barriales, juntas parroquiales, clubes, Unidades de Policías Comunitarias (UPC), grupos eclesiásticos, principalmente.

Los programas y proyectos sobre prevención de drogas deben sustentarse en la investigación y responder a procesos de planificación, monitoreo, seguimiento y evaluación; en su implementación se deberá considerar, como factor importante, la formación de profesionales a nivel superior, así como también la ejecución de procesos de capacitación y actualización profesional.

También es requerimiento imprescindible contar con instrumentos técnicos y metodologías apropiadas que permitan la aplicabilidad de las estrategias preventivas.

III. METODOLOGÍA

3.1. PLANTEAMIENTO Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

En la sociedad que actualmente vivimos el consumo de drogas en adolescentes es una problemática que es evidente a diario, desde los medios de comunicación e incluso desde los diferentes ámbitos sociales se habla del tema. En las calles, en las iglesias, en los centros educativos de todo nivel, el consumo de drogas es una de las principales preocupaciones de quienes gobiernan el país y de quienes se encargan de dirigir los espacios en donde se encuentra la juventud, sobre todo el espacio central de la sociedad, la familia.

No solo es un problema de connotación social sino psicosocial, por lo cual usar los medios de comunicación, la medicina, la legislación, más aun la penalización como medios para refrenar el consumo de drogas se vuelven acciones insuficientes sino se toma también acciones encaminadas al trabajo de la prevención de esta problemática y la promoción de estilos de vida saludables.

En el Colegio Integración Técnica Educativa, uno de los objetivos que llevan como institución, adjunto a la formación educativa de sus estudiantes, es el desarrollo humano, objetivo que se ve amenazado por la situación de riesgo al consumo de drogas a causa de que las cuadras aledañas a las instalaciones del colegio están empezando a ser conocidas como zona de riesgo, pues existe delincuencia, es poco patrullada y es probable haya también consumo y venta de drogas por parte los habitantes aledaños al centro educativo.

Para que los estudiantes del ITE no lleguen a tener conductas adictivas, ante el problema de ser población de riesgo: ¿Cómo prevenir el consumo de drogas en niños y adolescentes de 12 a 15 años del colegio ITE?

3.2. JUSTIFICACIÓN

El rango de edad de primer consumo de drogas en estudiantes de escolaridad media es de 12.8 a 14.6 años (CONSEP, 2008), esto significa que los estudiantes de los últimos 3 años de educación básica son la población clave para empezar un trabajo de prevención primaria.

En el colegio ITE a pesar de que no existen casos conocidos de consumo de drogas entre los estudiantes es preponderante empezar cuanto antes a tomar acciones que garanticen la protección de los y las estudiantes hacia las conductas de consumo, pues están expuestos a frecuentar las zonas aledañas al colegio

que en las tardes y en las noches son áreas donde hay sospechas de que se expende y consume drogas. A partir del trabajo en fortalecimiento de habilidades sociales se puede potencializar en los chicos y chicas los factores de protección al consumo.

Es de especial relevancia este tema, justo cuando en los dos últimos años, hemos sido testigos como lamentablemente los centros educativos han sido presa del fantasma de las drogas, tantas vidas de chicos y chicas que han frustrado sus sueños por caer dentro de las redes de la dependencia a estas sustancias, por eso en razón de prevenir estas situaciones, esta investigación se realiza con el objetivo final de proponer un programa de prevención primaria.

3.3. OBJETIVOS:

3.3.1. OBJETIVO GENERAL

Diseñar un programa de prevención primaria del consumo de drogas en niños y adolescentes de 12 a 15 años de edad.

3.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir la situación de riesgo de los estudiantes del colegio ITE al consumo de drogas.
- Establecer técnicas y estrategias para generar factores de protección al consumo de drogas en los estudiantes del ITE.

3.4. MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN

3.4.1. TEÓRICOS:

3.4.1.1. Método Analítico Sintético:

El análisis es un procedimiento mental mediante el cual un todo complejo se descompone en sus diversas partes y cualidades.

El análisis nos permite la división mental del todo en sus múltiples relaciones y componentes. La síntesis establece mentalmente la unión entre las parte previamente analizadas y posibilita descubrir las relaciones esenciales y características generales entre ellas. La síntesis se produce sobre la base de los resultados obtenidos previamente en el análisis.

En el análisis de los resultados a través de este método visualizaremos cómo las percepciones de los estudiantes del colegio ITE, afectan a los factores de riesgo y protección ante el consumo de drogas.

3.4.1.2. Método Inductivo - Deductivo

La inducción es una conclusión que se infiere a partir de una propiedad o relación que existe en uno de los elementos que conforman el objeto de estudio, generalizándose a todo el objeto. El gran valor del procedimiento inductivo es que partiendo de hechos singulares se pasa a proposiciones generales lo que posibilita desempeñar un papel fundamental en la formulación de la hipótesis. Este procedimiento de la investigación siempre esté unido a la deducción, ambos son momentos del conocimiento dialéctico de la realidad indisolublemente ligados y condicionados entre sí.

3.4.1.3. Método Dialéctico

Este método revela en el objeto no sólo las relaciones entre los componentes del sistema sino aquellos elementos que son contradictorios entre sí y que como consecuencia de esas contradicciones se convierten en fuente del desarrollo del mismo objeto. La búsqueda y encuentro de esas relaciones contradictorias posibilita explicar los cambios cualitativos que se producen en el sistema que afecta a la estructura de la misma dando paso a un nuevo objeto.

3.4.2. EMPÍRICOS:

3.4.2.1. Observación

La observación como método científico nos permitió obtener conocimiento acerca del comportamiento y de la forma en que los estudiantes del colegio perciben el problema del consumo de drogas; la observación nos sirvió como una forma de obtener la información directa e inmediata sobre este fenómeno.

3.5. PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS EMPLEADAS

3.5.1. Escala de actitudes (cuestionario)

Como parte de la labor investigativa a cumplirse en el colegio ITE se administró un cuestionario con escalamiento tipo Likert, en el que se evaluaron percepciones y actitudes frente a las drogas, a manera de evaluación del riesgo frente a ellas. El trabajo de evaluar las percepciones sobre las drogas que los estudiantes tienen, sirvió para poder planificar la forma en que se llevará a cabo el diseño del programa de prevención primaria.

El cuestionario está diagramado siguiendo la metodología de la Escala de Likert, que es un modelo con el que se miden las percepciones y actitudes sobre determinado tema en los grupos sociales.

Para Hernández - Sampieri (2001), el escalamiento Likert es un conjunto de ítems que se presentan en forma de afirmaciones para medir la reacción del sujeto en tres, cinco o siete categorías. Este fue un método desarrollado por Rensis Likert

que consiste en la presentación de una afirmación y se solicita al sujeto que externalice su reacción a la misma eligiendo uno de los cinco puntos o categorías de la escala.

Para la aplicación del instrumento en el colegio, se preservó la identidad de los estudiantes, para que puedan sentirse libres en responder de la forma mas sincera posible.

3.6. POBLACIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

Nuestro tema de investigación esta dirigido a una población de aproximadamente 135 estudiantes del colegio ITE, entre niños, niñas y adolescentes que actualmente están cursando desde octavo a décimo año de educación básica, que es a quienes se está dirigido el programa que se plantea proponer luego de hacer la investigación.

Para nuestra investigación se tomará una muestra de 80 estudiantes para administrar el cuestionario, estos esta muestra se tomará de manera aleatoria, sin ningún criterio especifico, salvo el requisito de que para participar sean justamente estudiantes de los tres últimos años de educación básica.

3.7. CARACTERIZACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN QUE SE ESTUDIA

El Colegio I.T.E. - Integración Técnica Educativa inicia sus funciones en el año 1981, es una institución educativa de instrucción secundaria, encargada de la formación de chicos y chicas bachilleres en especializaciones técnicas y científicas.

Como misión forman Bachilleres de calidad fundamentados con los mejores principios morales, identificados con nuestra realidad, capaces de solucionar problemas en sus campos de acción impulsando el avance científico y tecnológico; y generando un trabajo productivo para contribuir al desarrollo del país.

Su visión institucional es Proyectarse como una institución facilitadora del aprendizaje, detectando y desarrollando inteligencias múltiples, cimentadas en fundamentos pedagógicos, holísticos, pensamientos renovadores y tecnológicos, que permita una formación sustentable, fructífera y emprendedora.

Los objetivos principales e institucionales son: crear una institución de calidad, con servicios educativos en permanente mejoría, desarrollando alumnos con capacidad, valores y actitudes de trabajo en base al reconocimiento de sus potencialidades.

3.8. VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES
Estudiantes del Colegio ITE (NNA)	Habilidades sociales	Autovaloración
		Comunicación
	Recursos personológicos	Liderazgo
		Autoestima
Consumo de drogas	Factores de riesgo	Desprotección al consumo
		Situación social de riesgo
	Factores de protección	Proyecto de vida

Tabla No.3 Cuadro de Variables

3.9. TAREAS INVESTIGATIVAS

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	Meses							
		Nvbre		Diciembre				Enero	
		3	4	1	2	3	4	1	2
Investigación de campo	José W. Mosquera	X	x						
Confección del instrumento de investigación	José W. Mosquera			x					
Planificación de la recolección de los datos	José W. Mosquera				x	x			
Selección de la muestra	José W. Mosquera					x	x		
Administración de cuestionarios	José W. Mosquera							x	X
Análisis de los datos obtenidos	José W. Mosquera								X

Tabla No.4 Tareas Investigativas

3.10. RESULTADOS ESPERADOS

- ✓ Se habrá descrito la situación de riesgo al consumo de drogas que están vivenciando los estudiantes del colegio ITE.
- ✓ Se habrán identificado los factores de protección con los que cuentan los estudiantes del colegio ITE a partir de los resultados obtenidos en los instrumentos de investigación.

- ✓ Se definirán acciones para generar factores de protección al consumo de drogas.
- ✓ Contaremos con elementos para diseñar un programa de prevención primaria del consumo de drogas para estudiantes del colegio ITE que comprendan las edades de 12 a 15 años.

IV. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

El cuestionario que fue suministrado a los estudiantes del colegio, nos permitió visualizar cual es la situación de riesgo en la que los adolescentes viven, tanto personal, social y familiar.

A través de la presentación de resultados en forma de cuadros estadísticos (estadística descriptiva), analizaremos los datos que hemos obtenido.

Los resultados del inventario serán expuestos pregunta a pregunta, se detalla cada pregunta, a continuación el cuadro estadístico, seguido del análisis del mismo.

Pregunta 1

¿Crees que el alcohol, cigarrillo y otras drogas, son perjudiciales?

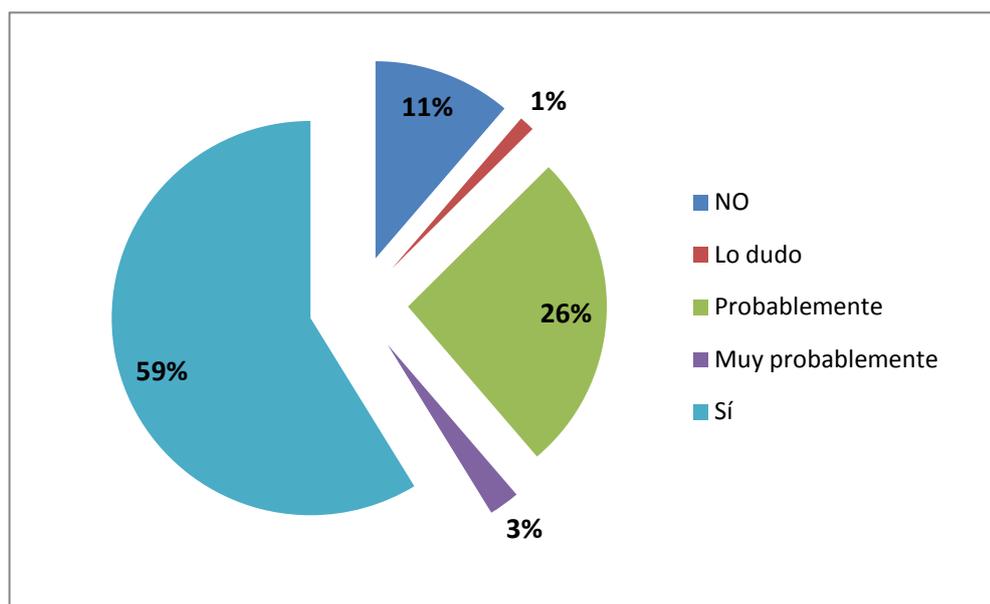


Gráfico No.2 Análisis Resultados –Pregunta 1-

Análisis

El 59% de los encuestados respondieron que Sí creen que el alcohol, el cigarrillo y otras drogas, sean perjudiciales.

El 11% de los encuestados respondieron que No creen que el alcohol, el cigarrillo y otras drogas, sean perjudiciales.

El 26 % de los encuestados respondieron probablemente en relación a la creencia que el alcohol, el cigarrillo y otras drogas, sean perjudiciales.

El 3 % de los encuestados respondieron, muy probablemente en relación a la creencia que el alcohol, el cigarrillo y otras drogas sean perjudiciales.

Pregunta 2

En tu escuela o barrio, ¿recibes información contra el cigarrillo, alcohol y otras drogas?

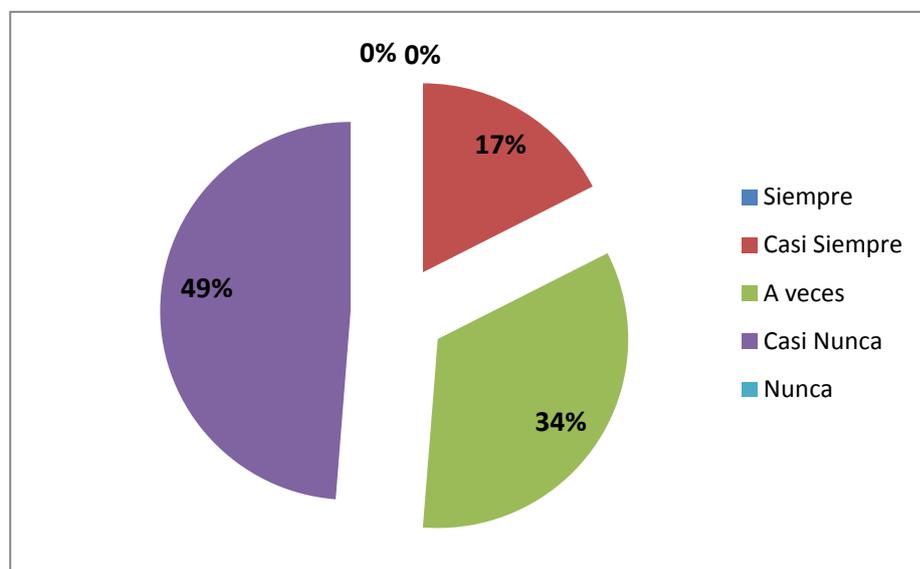


Gráfico No. 3 Análisis Resultados –Pregunta 2-

Análisis

El 0% de los encuestados respondieron que Siempre reciben información contra el cigarrillo, alcohol y otras drogas en la escuela y barrio.

El 17% de los encuestados respondieron que Casi Siempre reciben información contra el cigarrillo, alcohol y otras drogas en la escuela y barrio.

El 34% de los encuestados respondieron que A veces reciben información contra el cigarrillo, alcohol y otras drogas en la escuela y barrio.

El 49% de los encuestados respondieron que Casi nunca reciben información contra el cigarrillo, alcohol y otras drogas en la escuela y barrio.

El 0% de los encuestados respondieron que Nunca reciben información contra el cigarrillo, alcohol y otras drogas en la escuela y barrio.

Pregunta 3

¿Te han enseñado en el hogar la importancia de no fumar, consumir alcohol u otras drogas?

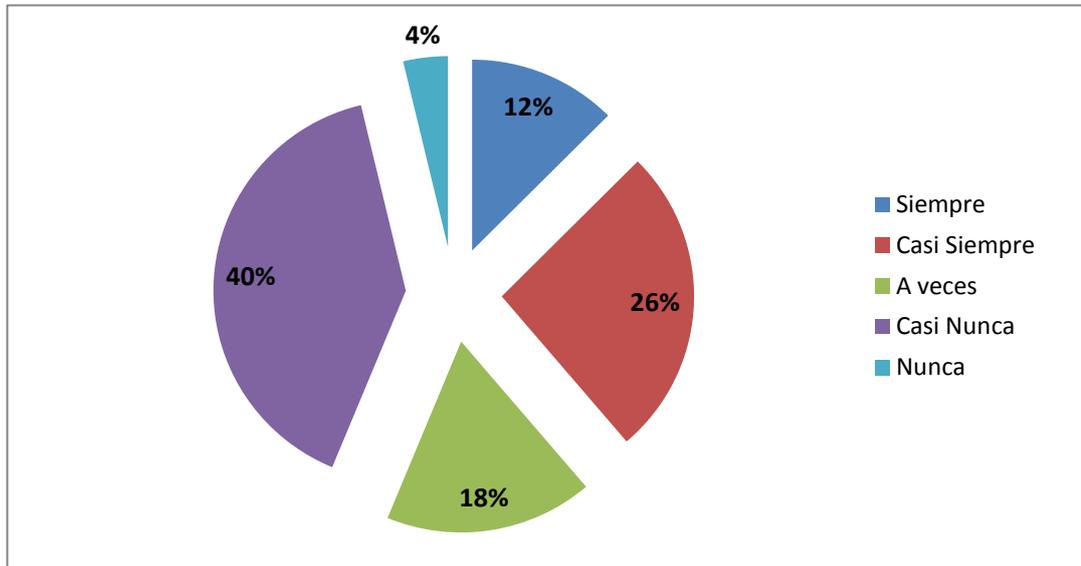


Gráfico No. 4 Análisis Resultados –Pregunta 3-

Análisis

El 12% de los encuestados respondieron que Siempre les han enseñado en el hogar la importancia de no fumar, consumir alcohol u otras drogas.

El 26% de los encuestados respondieron que Casi Siempre les han enseñado en el hogar la importancia de no fumar, consumir alcohol u otras drogas

El 18% de los encuestados respondieron que A veces les han enseñado en el hogar la importancia de no fumar, consumir alcohol u otras drogas.

El 40% de los encuestados respondieron que Casi Nunca les han enseñado en el hogar la importancia de no fumar, consumir alcohol u otras drogas.

El 4% de los encuestados respondieron que Nunca les han enseñado en el hogar la importancia de no fumar, consumir alcohol u otras drogas.

Pregunta 4

¿Te han ofrecido cigarrillo, alcohol y otras drogas?

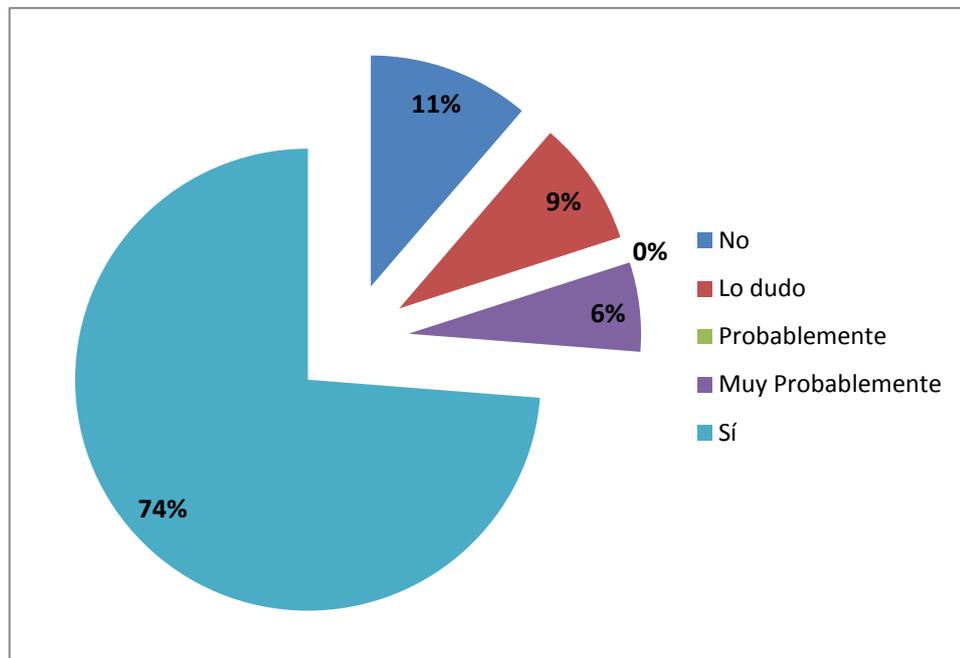


Gráfico No.5 Análisis Resultados –Pregunta 4-

Análisis

El 11% de los encuestados respondieron que No les han ofrecido cigarrillo, alcohol y otras drogas.

El 9% de los encuestados respondieron que lo dudan que les han ofrecido cigarrillo, alcohol y otras drogas.

El 0% de los encuestados respondieron que probablemente les han ofrecido cigarrillo, alcohol y otras drogas.

El 6% de los encuestados respondieron que muy probablemente les han ofrecido cigarrillo, alcohol y otras drogas.

El 74% de los encuestados respondieron que Sí les han ofrecido cigarrillo, alcohol y otras drogas.

Pregunta 5

¿Venden cigarrillos, alcohol u otras drogas cerca de tu casa?

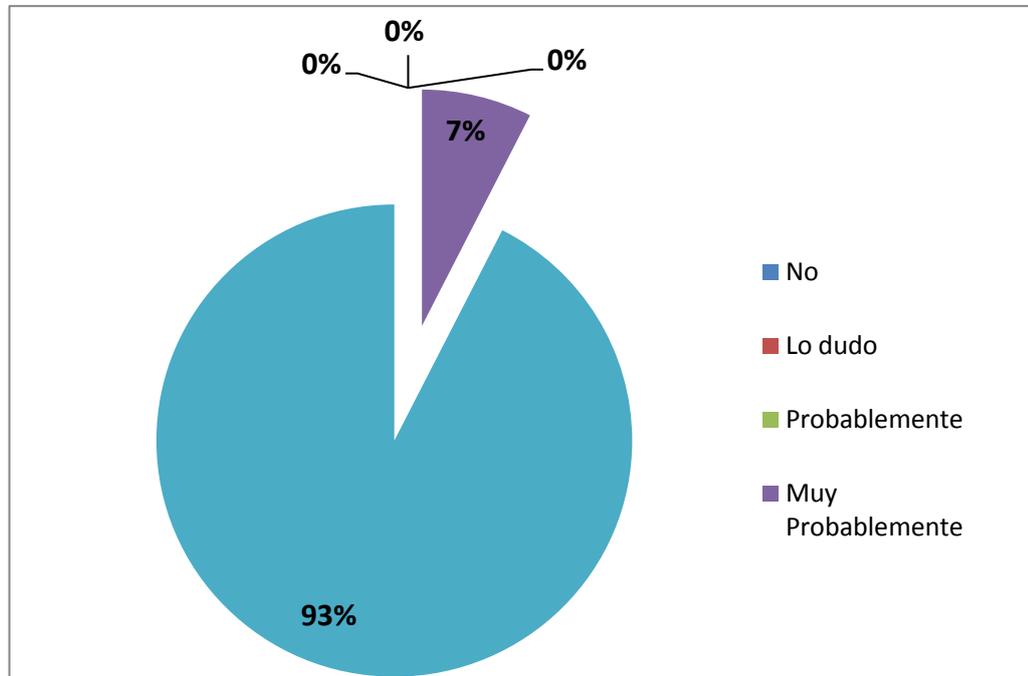


Gráfico No. 6 Análisis Resultados –Pregunta 5-

Análisis

El 7% de los encuestados respondieron que muy probablemente venden cigarrillos, alcohol y otras drogas cerca de su casa.

El 93% de los encuestados respondieron que Sí venden cigarrillos, alcohol y otras drogas cerca de su casa.

El 0% de los encuestados respondieron que No venden cigarrillos, alcohol y otras drogas cerca de su casa.

El 0% de los encuestados respondieron que dudan que vendan cigarrillos, alcohol y otras drogas cerca de su casa.

El 0% de los encuestados respondieron que probablemente venden cigarrillos, alcohol y otras drogas cerca de su casa.

Pregunta 6

¿Has probado alcohol, cigarrillo u otras drogas?

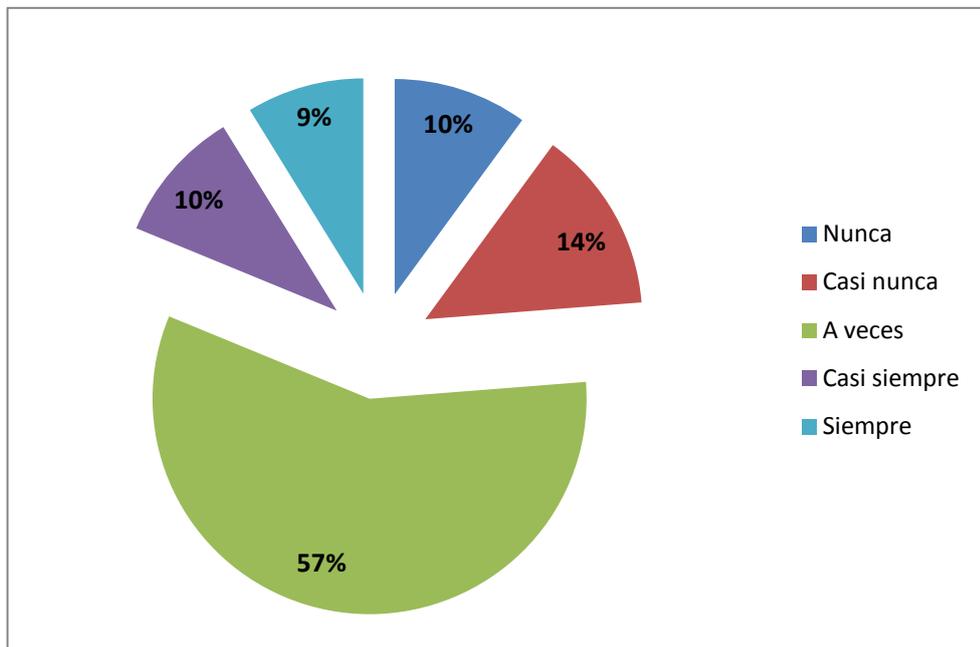


Gráfico No. 7 Análisis Resultados –Pregunta 6-

Análisis

El 10% de los encuestados respondieron que Nunca han probado alcohol, cigarrillo u otras drogas.

El 14% de los encuestados respondieron que Casi Nunca han probado alcohol, cigarrillo u otras drogas.

El 57% de los encuestados respondieron que A Veces han probado alcohol, cigarrillo u otras drogas.

El 10% de los encuestados respondieron que Casi Siempre han probado alcohol, cigarrillo u otras drogas.

El 9% de los encuestados respondieron que Siempre han probado alcohol, cigarrillo u otras drogas.

Pregunta 7

¿Tienes amigos o conocidos que fumen, tomen alcohol y consuman otras drogas?

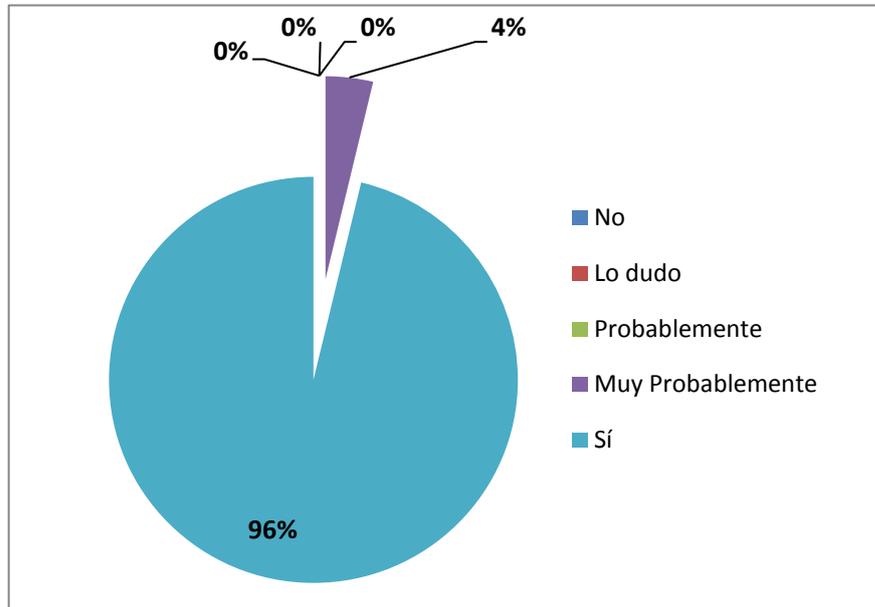


Gráfico No.8 Análisis Resultados –Pregunta 7-

Análisis

El 0% de los encuestados respondieron que No tienen amigos ni conocidos que fumen, tomen alcohol y consuman otras drogas

El 0% de los encuestados respondieron que dudan si tienen amigos ni o conocidos que fumen, tomen alcohol y consuman otras drogas

El 0% de los encuestados respondieron que probablemente tienen amigos ni o conocidos que fumen, tomen alcohol y consuman otras drogas

El 4% de los encuestados respondieron que muy probablemente sus amigos o conocidos fuman, toman alcohol y consumen otras drogas

El 96% de los encuestados respondieron que Sí tienen amigos o conocidos que fuman, toman alcohol y consumen otras drogas.

Pregunta 8

¿Te interesan las propagandas que contienen imágenes de cigarrillos o alcohol?

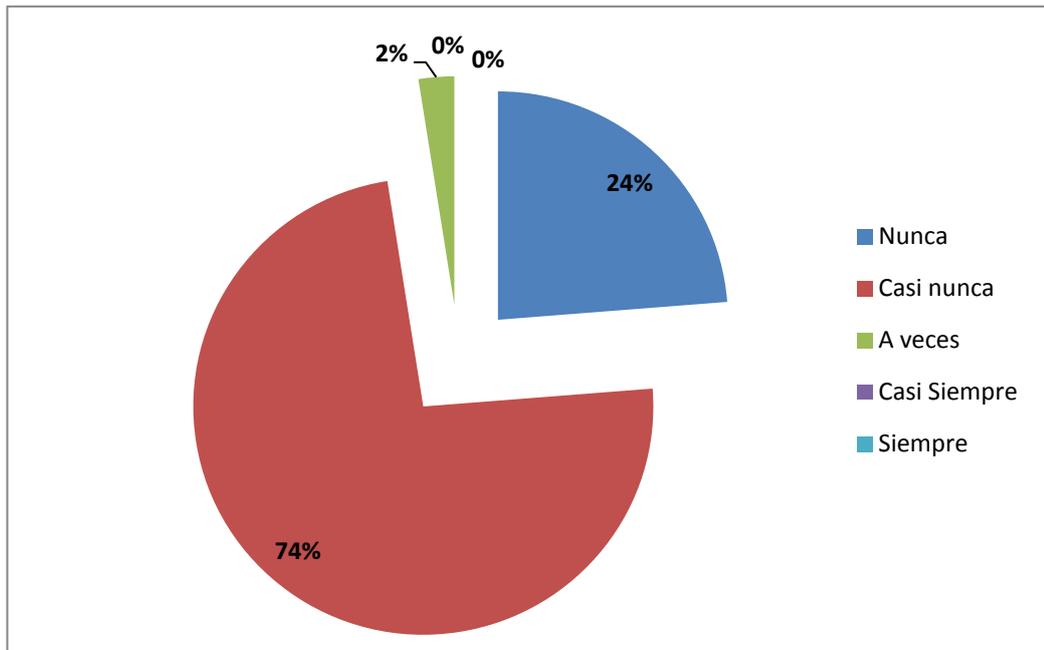


Gráfico No.9 Análisis Resultados –Pregunta 8-

Análisis

El 24% de los encuestados respondieron que Nunca les interesan las propagandas que contienen imágenes de cigarrillos o alcohol.

El 74% de los encuestados respondieron que Casi Nunca les interesan las propagandas que contienen imágenes de cigarrillos o alcohol.

El 2% de los encuestados respondieron que A veces les interesan las propagandas que contienen imágenes de cigarrillos o alcohol.

El 0% de los encuestados respondieron que Casi siempre les interesan las propagandas que contienen imágenes de cigarrillos o alcohol.

El 0% de los encuestados respondieron que Siempre les interesan las propagandas que contienen imágenes de cigarrillos o alcohol.

Pregunta 9

¿Con qué frecuencia en tu familia te envían a comprar cigarrillos, alcohol u otras drogas?

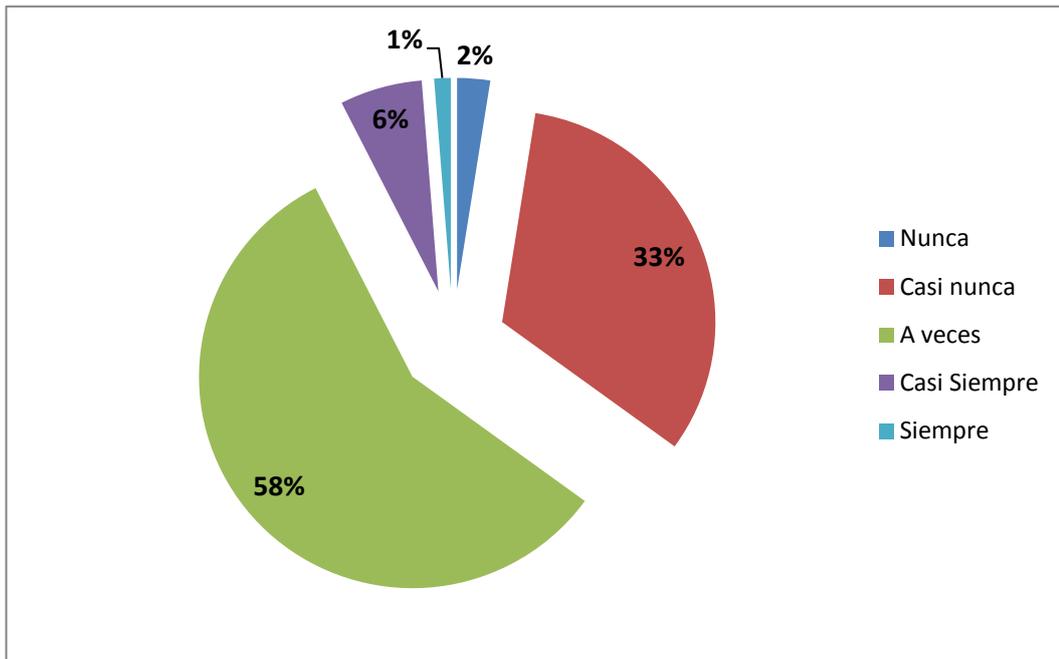


Gráfico No.10 Análisis Resultados –Pregunta 9-

Análisis

El 2% de los encuestados respondieron que Nunca les envían a comprar cigarrillos, alcohol u otras drogas.

El 33% de los encuestados respondieron que Casi Nunca les envían a comprar cigarrillos, alcohol u otras drogas.

El 58% de los encuestados respondieron que A veces les envían a comprar cigarrillos, alcohol u otras drogas.

El 6% de los encuestados respondieron que Casi siempre les envían a comprar cigarrillos, alcohol u otras drogas.

El 1% de los encuestados respondieron que Siempre les envían a comprar cigarrillos, alcohol u otras drogas.

Pregunta 10

¿Tus familiares consumen cigarrillo, alcohol y/u otras drogas?

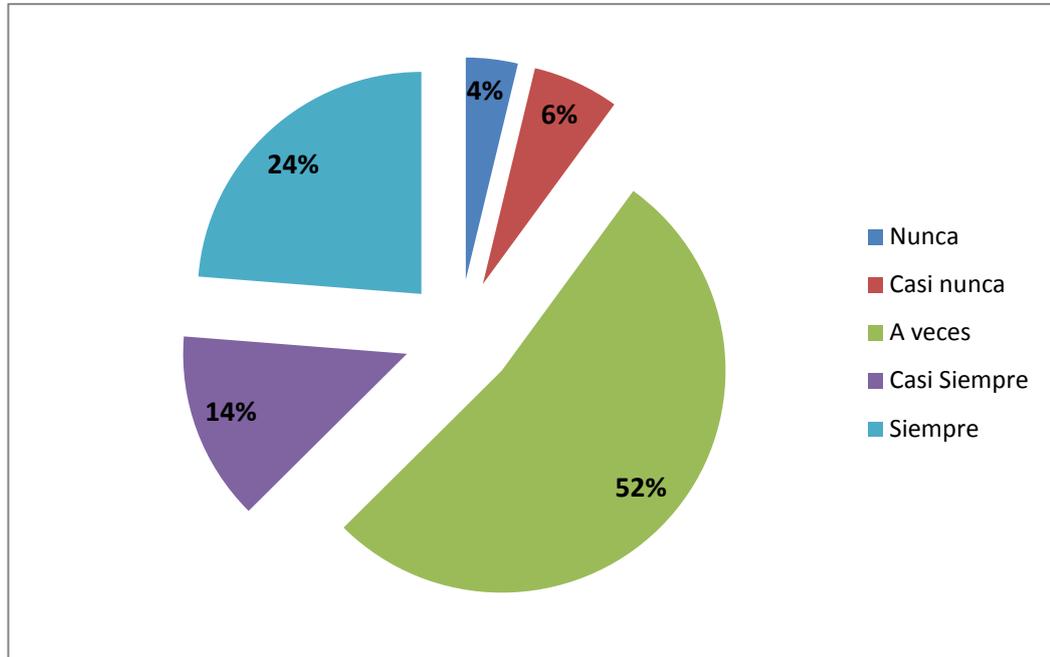


Gráfico No.11 Análisis Resultados –Pregunta 10-

Análisis

El 4% de los encuestados respondieron que sus familiares Nunca consumen cigarrillos, alcohol u otras drogas.

El 6% de los encuestados respondieron que sus familiares Casi Nunca consumen cigarrillos, alcohol u otras drogas.

El 52% de los encuestados respondieron que sus familiares A veces consumen cigarrillos, alcohol u otras drogas.

El 14% de los encuestados respondieron que sus familiares Casi siempre consumen cigarrillos, alcohol u otras drogas.

El 24% de los encuestados respondieron que sus familiares Siempre consumen cigarrillos, alcohol u otras drogas.

CONCLUSIONES

Luego del trabajo investigativo realizado en el colegio ITE, a partir de los resultados obtenidos, podemos llegar a las siguientes conclusiones:

- Los estudiantes del colegio ITE, están conscientes del perjuicio que puede acarrear a la salud y a su desarrollo social-personal el consumo de drogas.
- Más del 50% de estos chicos no reciben información sobre el consumo de drogas de parte de su red de apoyo, es decir no reciben información ni en la escuela, ni en el barrio, ni de parte de brigadistas de salud o promotores comunitarios.
- A los estudiantes del colegio ITE no les han enseñado anteriormente, sobre la importancia de no fumar, ni consumir alcohol, esto parte de aquel mito que hablar de alcohol o de drogas con jóvenes es motivarlos a que consuman; que enseñarles sobre educación sexual es motivarlos a que tengan experiencias, sin embargo, desde los parámetros de la prevención sabemos que no es así, es necesario empezar a incluir en los programas de estudio, medidas de prevención sobre el consumo de drogas.
- Al 74% de los estudiantes del colegio ITE les han ofrecido cigarrillos, alcohol y otras drogas, este es un dato muy impactante porque quiere decir que una gran mayoría han tenido a disposición el uso de drogas, es parte de los factores de riesgo a los que están expuestos.
- Más del 90% de los estudiantes, viven cerca de lugares donde expenden cigarrillos, alcohol y otras drogas; otro de los factores de riesgo al consumo.
- La mayoría de los estudiantes no niegan haber consumido alcohol y cigarrillos, este es un tema que debe de ser trabajado para evitar el abuso de sustancias o el paso a otras sustancias de carácter ilegal.
- La mitad de los encuestados tienen familias en las que se consume, es de vital importancia que se haga por esta razón trabajos de prevención con estos chicos, sesiones de trabajo, en las cuales también se incluya la participación de los padres y maestros.
- El problema de las drogas se presenta como un fenómeno social, en constante evolución, en el que se involucra un todo, y del que no se está exento. Las drogas han existido en toda la historia humana, por lo que el

hombre siempre ha estado en contacto directo o indirecto con ellas, lo que ha marcado la diferencia en todo este transcurrir ha sido el uso y consumo, lo que ha generado problemas multicausales que han traído como consecuencias el deterioro del individuo con afectaciones psicosomáticas y sociales.

- El fenómeno de las drogas es de interés para las ciencias de la salud, por la afectación física causada en el hombre, así como la responsabilidad que tiene dicha ciencia en la administración de algunas drogas en pacientes y consecuencias secundarias, sin eludir su preocupación por las drogas ilegales y sus consecuencias sobre el organismo.
- Las ciencias sociales atienden este fenómeno desde diversas disciplinas, con preocupaciones por el individuo: el comportamiento y alcances en el entorno social, las implicaciones legales que esta pueda acarrear, para lo cual se han creado leyes especiales.
- El incremento de consumo y las diversas formas de hacerlo, las innovaciones en cuanto a la creación de drogas, ha crecido de manera vertiginosa, involucrando mujeres y niños cada día de menor edad, dejando beneficios dentro de la economía del mundo; y un deterioro social. La pérdida de valores, la desintegración de las familias los niveles de pobreza, seguridad pública son uno de los tantos factores que conducen al adolescente al consumo.

RECOMENDACIONES

- Defender, y difundir el programa de escuelas para padres en las Instituciones educativas con el fin de orientarles en el rescate de valores, manejo de conflictos de parejas, así como los relacionados problemas existenciales propios de la adolescencia, la comunicación padre e hijos, entre otros aspectos importantes para el fortalecimiento de la estructura familiar ; estrechando lazos entre padre-escuela
- Incorporar dentro de los programas educativos estrategias de prevención, en las instituciones educativas desde el segundo nivel de escolaridad con el propósito de orientar y enseñar el niño sobre las consecuencias del consumo de drogas, además educar sobre valores, crecimiento emocional y personal basado en proyectos de vida.
- La familia como base fundamental de la sociedad debe estar incorporada en desarrollo de programas preventivos. También es eje fundamental en el tratamiento del joven adicto, donde requiere ser atendida para determinar debilidades que condujeron al joven al consumo de drogas

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BECOÑA, Elisardo (2002) Bases Científicas de la Prevención de las Drogodependencias. Imprenta nacional Boletín Oficial del Estado. Madrid.

CONSEP. (2012) La prevención del uso y consumo de drogas desde una perspectiva integral. Artículo científico digital. Quito-Ecuador. Disponible en: http://www.consep.gob.ec/index.php?cod_categoria=3&cod_sub=205

CONSEP. (2008) Segunda y tercera encuesta nacional sobre uso y consumo de drogas en estudiantes de enseñanza media. Quito-Ecuador Dirección Nacional del Observatorio de Drogas.

DASE (2010) Familias con Hijos Adolescentes –Libro de Uso profesional- Guayaquil. Editorial Globo Rojo

FLAY, B.R. (1995) Aproximación psicosocial a la prevención de las drogas. Pearson Education. Nueva York.

FRANKL, Viktor (1997) El hombre en busca de un sentido. 7ma. Edición. Editorial Paidós. Buenos Aires – Argentina.

ECUADOR (2004) Ley de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas. Publicada en Registro Oficial Suplemento 490.

MACÍA, Antón (2003) Prevención de las drogodependencias en el medio escolar. Universidad de Murcia. España

BIBLIOGRAFÍA

BUTCHER, James (2007) Psicología Clínica. Pearson Educación. 12ma edición. Madrid-España.

CABALLO, Vicente (2000) Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta. Madrid. Editorial Siglo XXI.

CABALLO, Vicente (2002) Manual de Evaluación y Tratamiento de las Habilidades Sociales. Madrid. Editorial Siglo XXI.

CARREÑO, Inés (2008) Metodologías de Aprendizaje. Editorial Equipo Cultural. Madrid-España

CONSEP (2008) La Prevención del Consumo de Drogas: Una tarea de todos. Quito. Comunidad de Madrid.

CONSEP (2010) Plan Nacional de Prevención Integral y Control de Drogas 2009 – 2012. Quito. Documento disponible en: <http://www.cicad.oas.org/>

BOZHOVICH, L.I. (1989) Formación de la Personalidad en la edad escolar. Ciudad de la Habana. Editorial Pueblo y Educación.

FUNDACIÓN DE AYUDA CONTRA LA DROGADICCIÓN (2011) Percepciones sociales sobre drogas en Ecuador. Quito. Editorial La Caracola.

GARCÍA Joffre Dr. (2006) Tratado de Drogas Psicoactivas. Universidad de Guayaquil.

GISPERT, Carlos (2009) Psicología para todos. Editorial Océano. Barcelona-España

HALGIN, Richard P (2009) Psicología de la Anormalidad. 2da edición. McGraw Hill Educación.

ANEXOS

ESCALA DE ACTITUDES FRENTE A LAS DROGAS

1.- ¿Crees que el alcohol, cigarrillo y otras drogas son perjudiciales?

NO Lo dudo Probablemente Muy probablemente Sí

2.- En tu escuela o barrio, ¿recibes información contra el cigarrillo, alcohol y otras drogas?

Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca

3.- ¿Te han enseñado en el hogar la importancia de no fumar, consumir alcohol u otras drogas?

Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca

4.- ¿Te han ofrecido cigarrillo, alcohol y otras drogas?

NO Lo dudo Probablemente Muy probablemente Sí

5.- ¿Venden cigarrillos, alcohol u otras drogas cerca de tu casa?

NO Lo dudo Probablemente Muy probablemente Sí

6.- ¿Has probado alcohol, cigarrillo u otras drogas?

Nunca Casi nunca A veces Casi siempre Siempre

7.- ¿Tienes amigos o conocidos que fumen, tomen alcohol y consuman otras drogas?

NO Lo dudo Probablemente Muy probablemente Sí

8.- ¿Te interesan las propagandas que contienen imágenes de cigarrillos o alcohol?

Nunca Casi nunca A veces Casi siempre Siempre

9.- ¿Con qué frecuencia en tu familia te envían a comprar cigarrillos, alcohol u otras drogas?

Nunca Casi nunca A veces Casi siempre Siempre

10.- ¿Tus familiares consumen cigarrillo, alcohol y/u otras drogas?

Nunca Casi nunca A veces Casi siempre Siempre

PROGRAMA DE PREVENCIÓN PRIMARIA DEL CONSUMO DE DROGAS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES DE 12 A 15 AÑOS DEL COLEGIO ITE ENFOCADO EN ENTRENAMIENTO DE HABILIDADES SOCIALES Y LA CREACIÓN DE GRUPOS ÉLITE

A manera de introducción:

El proceso preventivo se inicia desde la educación parvularia y debe contar con el apoyo de los docentes, directores, estudiantes y la familia. El consumo de drogas entre los y las estudiantes es una realidad que se puede prevenir: el Ministerio de Educación propone abordar la prevención del consumo de drogas desde una orientación integral y sistémica, cuyas acciones contemplen los distintos ámbitos en que se desenvuelve la vida de los y las estudiantes, fomentando la participación de los directores, docentes, estudiantes y la familia. En este sentido, se propone incentivar a la comunidad escolar a conocer a cada miembro de su comunidad, compartir espacios comunes y lograr una participación más activa y comprometida en mejorar la calidad de la educación de todos los niños, niñas y jóvenes de nuestro país.

La escuela y su rol protector

Las escuelas y liceos son uno de los principales agentes de socialización, junto con la familia y el grupo de pares, y es en estos espacios donde se continúa este proceso iniciado en la familia, ya sea reforzando actitudes generadas en ella o modificándolas en aquellos casos que sea necesario.

Educación y prevención

En relación al currículum nacional, los establecimientos educacionales pueden alcanzar ciertos aprendizajes esperados, abordando desde temáticas emergentes, como: prevención del embarazo adolescente, convivencia escolar, cuidado del medio ambiente, seguridad escolar, auto cuidado, participación ciudadana y la prevención del consumo de drogas. Estos aprendizajes son:

- Autoconocimiento y desarrollo personal.
- Desarrollo de imagen personal positiva y la autoestima.
- Desarrollar habilidades sociales tales como: la comunicación, el liderazgo, la asertividad, la toma de decisiones.
- Manejar información veraz y actualizada.
- Revisar valores y actitudes que transmiten los demás.
- Mantener una actitud crítica frente al discurso social vigente sobre temas emergentes, y revisar sus propios mitos y creencias.
- Desarrollar habilidades para la construcción de un proyecto de vida.

Como padres, madres y apoderados/as, muchas veces sentimos la preocupación de que nuestros hijos/as se inicien en el consumo de alcohol y otras drogas. Esta preocupación es real, dado que cotidianamente obtenemos información de los medios de comunicación o de nuestro entorno cercano con respecto al consumo de drogas entre niños, niñas y jóvenes. Para prevenir el consumo de drogas entre sus hijos e hijas, las familias deben:

- Mantener la comunicación con sus hijos e hijas, fomentando que ellos cuenten lo que piensan y lo que les sucede.
- Saber y controlar con quiénes se reúnen sus hijos e hijas, conocer a sus amistades.
- Controlar los horarios de llegada y salida, sin olvidar que progresivamente deben ir adquiriendo mayor autonomía.
- Cuidar la alimentación de sus hijos e hijas, privilegiando alimentos saludables.
- Fomentar el deporte y la recreación al aire libre de sus hijos e hijas, lo que idealmente debería practicar toda la familia.

La Contribución Individual

La historia de la Psicología proporciona ejemplos muy notorios de personas cuyos esfuerzos han sido fundamentales para modificar nuestra manera de pensar sobre temas de Prevención de Consumo de Drogas. Está claro que mediante nuestro esfuerzo individual podemos conseguir grandes avances sobre este y muchos temas más.

Cuando los jóvenes se hacen conscientes del enorme alcance del problema del consumo de drogas, tanto a nivel nacional o internacional, así como los recursos lamentablemente inadecuados para afrontar el problema, siempre suelen preguntar: ¿qué puedo hacer yo?...por eso parece adecuado sugerir algunas líneas de actuación que los jóvenes interesados pueden adoptar.

En el ámbito de la Salud Mental están abiertas muchas oportunidades para el personal entrenado. La psicología clínica y el Trabajo Social además de otras actividades relacionadas con la Salud Mental, son muy reforzantes en cuanto a la realización personal. Además hay muchas otras ocupaciones, que abarcan desde la aplicación de las Leyes a la enseñanza, pasando por el sacerdocio, que puede desempeñar un papel esencial en la salud mental y el bienestar de la gente. La preparación en algunos de esos campos suele brindar la oportunidad de trabajar en clínicas e instituciones similares para obtener experiencia en la comprensión de las necesidades y los problemas de las personas con stress y familiarizarse con los recursos disponibles para su tratamiento.

También los cuidados pueden encontrar múltiples maneras de colaborar de manera directa, si están familiarizados con los recursos y programas que brinda el Estado, y si invierten el esfuerzo necesario para aprender cuales son las necesidades y los problemas especiales de sus comunidades. Sea cual sea su papel en la vida estudiantes, profesores, policía, abogado o ama de casa, ejecutivo, son los propios intereses los que están en juego. Y es que aunque la salud mental de nuestro país se pone de manifiesto de muchas maneras, en sus objetivos, su responsabilidad moral, sus logros científicos y culturales y su calidad de vida; en realidad su salud y sus recursos proceden en última instancia de las personas que viven en ella. En una Democracia participativa son ellos los que planifican e incrementan los objetivos nacionales.

Además de aceptar cierta parte de responsabilidad en la Salud Mental de los demás, mediante la calidad de nuestras propias relaciones interpersonales, también existen otros recursos de acción, abiertos a cada ciudadano. Estas posibilidades influyen: 1) servir como voluntarios en ONG, que traten el presente tema. 2) apoyar medidas realistas para asegurar que todos los grupos de diferentes edades puedan recibir servicios globales de salud. 3) trabajar en Pro de la mejora de la educación que nos brinda el Estado; eliminando prejuicios para establecer un mundo más armonioso y saludable.

Todos nosotros estamos preocupados por la salud mental por razones personales y también altruistas y nos gustaría eliminar los desagradables problemas de la vida contemporánea y encontrar nuestra porción de felicidad en una vida plena de significado. Para ello a veces necesitamos coraje de admitir que nuestros problemas son excesivos para nosotros. Cuando la existencia parece fútil, y avanzar se vuelve demasiado difícil, es necesario recordar los siguientes hechos básicos, que son los que hemos ido desatancando a lo largo de la tesis: de vez en cuando cada uno de nosotros puede tener grandes dificultades para afrontar los problemas de la vida. Durante esas crisis puede que necesitemos ayuda psicológica. Este tipo de dificultades no son una desgracia; le puede ocurrir a cualquier persona, a condición de que sufra un stress lo suficientemente grande. La detección precoz y el tratamiento inmediato de las conductas inadaptadas son de enorme importancia para prevenir el desarrollo de problemas más graves o crónicos, entre ellos el consumo de alcohol en NNA u otras sustancias prohibidas. Las medidas de prevención Primaria, Secundaria y Terciaria, son las estrategias a largo plazo más eficaces para la solución de los problemas de salud mental, tanto individuales como de grupo.

Ningún hombre es una isla, cada hombre es una pieza del Continente, una parte del todo. Cada vez que el mar hace desaparecer un terrón de tierra, Europa se queda un poco más pequeña, igual que si hubiese desaparecido un promontorio, igual que si se hubiese ido un puñado de amigos: la muerte de cualquier hombre

me hace disminuir, porque yo soy parte de la humanidad, y por eso nunca pregunto por quién doblan las campanas, doblan por ti.

La Necesidad de Planificación

Parece imperativo realizar una planificación más eficaz a nivel local, nacional e internacional, si queremos ser capaces de reducir o eliminar los problemas de salud mental. Es necesario enfrentarse a muchos desafíos si queremos crear un mundo mejor, tanto para nosotros como para generaciones futuras. Sin cejar en nuestro esfuerzo por solucionar nuestros propios problemas, también es esencial participar con más entusiasmo en las medidas internacionales dirigidas a disminuir las tensiones, y a promover la salud mental y un mundo mejor. A la misma vez, es de esperar que las medidas adoptadas para reducir los conflictos internacionales y mejorar las condiciones generales del ser humano permitan hacer contribución significativa a nuestro propio progreso social y nacional, y a nuestra salud mental tanto en nuestro propio país como en el resto del mundo industrializado, los avances para prolongar la vida conlleva otros problemas relativos a trastorno asociados con una edad avanzada, sobre todo en el ámbito de la enfermedad Alzheimer. A juzgar por el número de personas que ya están afectadas, no sabemos si seremos capaces de radicar esta amenaza antes de que nos destruya. Por lo tanto, la planificación y la preparación parece nuestra única esperanza racional para superar un potencial desastre de una magnitud sin precedentes, es necesario comenzar ya.

La creación de un programa de prevención primaria al consumo de drogas a ser aplicado en una institución educativa como propuesta a la investigación que se ha llevado a cabo en el colegio ITE, es una acción que se encamina a lograr que los chicos del colegio potencialicen sus factores de protección al consumo de drogas, en una sociedad en donde el consumo de drogas sobrepasó la barrera de solo apuntar a la población adulta, ahora que es común escuchar en las noticias alertas de consumo de sustancias en niños, niñas y adolescentes y también en escolares de enseñanza media. En el colegio ITE, a partir de la situación de riesgo que los chicos viven, proponemos la aplicación de un programa de prevención primaria enfocado en entrenamiento de habilidades sociales y la creación de grupos élites.

Luego de la investigación que se ha llevado a cabo en el colegio con los chicos, hemos podido comprobar que aunque los chicos no se encuentran en situación de consumo, si están en situación de riesgo, pues conocen las drogas, y la percepción que tienen de ellas, no les protege completamente ante la posibilidad de consumo, en cuyo caso es una oportunidad constante a la que se tienen que enfrentar casi a diario en sus hogares y en su grupo de pares.

Es necesario por eso hacer un trabajo de prevención primaria para garantizar que la situación de consumo con respecto a ellos se mantenga así a través del tiempo y que al contrario de ser posibles consumidores puedan ser referentes de la promoción de la salud fortaleciendo sus habilidades sociales y siendo parte de un grupo élite que se encargue de replicar las acciones de prevención y de continuar el programa a largo plazo.

MARCO CONCEPTUAL DEL PROGRAMA

Entre los programas que han logrado mejores resultados en la prevención del consumo de drogas, se encuentra el «Programa de Entrenamiento en Habilidades para la Vida» (*Life Skill Training*) desarrollado en la Universidad de Cornell de Nueva York (Botvin, 1988).

Dicho programa se basa en concebir el consumo de drogas como una conducta socialmente aprendida y que tiene un gran valor funcional para el adolescente, ya que con ella intenta satisfacer ciertas necesidades personales y sociales como la búsqueda de la propia identidad, el logro de autoestima, el afrontamiento de acontecimientos estresantes, etc.

El programa original presta gran atención al desarrollo de habilidades personales y sociales de los adolescentes, centrándose una parte del mismo en la adquisición de habilidades generales de vida, mientras que otra parte se orienta de un modo más específico a las influencias concretas que empujan a los adolescentes al consumo de drogas.

Por tanto, no sólo se enseñaría a los estudiantes un amplio rango de habilidades personales y sociales con el fin de mejorar su competencia psicosocial, sino que, además, se les enseña a aplicar esas habilidades a situaciones concretas en las que pueden experimentar presiones hacia el consumo de drogas.

Existen datos positivos sobre este tipo de programas cuando se refiere al mantenimiento de sus efectos con el paso del tiempo pues se ha encontrado que los efectos sobre el consumo de tabaco y alcohol se mantienen (Murray y Klepp, 1992). Para explicar la reducción de los efectos en algunas investigaciones Resnicow y Botvin (1995) aluden a cuestiones como el empleo de programas demasiado cortos; el bajo grado de implementación de los mismos; la inclusión de componentes curriculares inadecuados y la existencia de expectativas inadecuadas sobre los efectos de los programas.

Pero el hecho de que los efectos sobre el consumo de tabaco y alcohol desaparezcan con el paso del tiempo, no tiene por qué reflejar necesariamente la desaparición de los efectos de los programas sobre el consumo de drogas. Si tenemos en cuenta la naturaleza dinámica del consumo y la evidencia que apunta a que el inicio temprano en el uso de tabaco y alcohol es uno de los mejores

predictores de la aparición de patrones futuros de abuso de estas y otras sustancias, es razonable pensar que el retraso en la edad de inicio en el consumo de tabaco o alcohol o la reducción de su frecuencia, aunque desaparezcan con el tiempo, tengan un efecto importante en la prevención del consumo de otras drogas cuyo consumo se desarrolla evolutivamente más tarde. Si esto es así, la conclusión acerca de la desaparición de los efectos preventivos de los programas con el paso del tiempo es precipitada.

Más aún si tenemos en cuenta que en muchos estudios no se ha contemplado la naturaleza dinámica del fenómeno de las drogas y se han venido utilizando los mismos criterios de evaluación a lo largo de todo el seguimiento. Esta práctica supone una limitación metodológica importante que habría que superar.

Las 'Habilidades para la Vida' incluyen 'Habilidades Sociales', más 'Habilidades Personales', más 'Conocimientos', en el portal "Mejores Prácticas" del Observatorio Europeo de Consumo de Drogas y Toxicomanías (EMCDDA 2009) se describe y analiza este enfoque con cierta amplitud.

Componentes de las Habilidades Sociales

Las habilidades sociales son probablemente el componente más importante de los programas de influencia social. Las habilidades sociales pueden llevar a la juventud a implicarse en actividades de no consumo de drogas y pueden implicarse en nuevos tipos de redes sociales que contengan iguales o pares de bajo riesgo, en vez de iguales de alto riesgo.

Las habilidades más incorporadas en los programas han sido la asertividad, las habilidades de comunicación y las habilidades de resistencia a la presión de los iguales/habilidades de rechazo.

La Asertividad

Es la habilidad o conjunto de habilidades necesarias para expresar sentimientos, pensamientos y opiniones, en el momento oportuno y de la forma adecuada, sin despreciar los derechos de las demás personas. Para comportarse de modo asertivo se requiere el desarrollo de algunas capacidades: distinguir entre aserción, agresión y pasividad, expresar de modo sincero un afecto y sentimientos positivos hacia los demás (asertividad positiva), mostrar reacciones negativas, sentimientos de desacuerdo con otras personas (asertividad negativa) o, expresar deseos y sentimientos y, todo ello, habiendo analizado la situación y los sentimientos de las demás personas.

Muchos programas de prevención de sustancias incluyen en sus componentes entrenamiento en asertividad, con el objetivo de ayudar a chicas y chicos adolescentes a mantener su decisión de no consumir sustancias, aún frente a la presión de iguales.

Habilidades de comunicación

Ejemplos de habilidades de comunicación serían:

- Rechazar adecuadamente ofrecimientos de cigarrillos, alcohol, cannabis, hacer cumplidos
- Mostrar empatía
- Mostrar capacidad para escuchar
- Hacer contactos
- Comportarse en ambientes sociales desconocidos (estar solo/a en una fiesta, en una aula nueva, etc.).

Por ejemplo, se ha encontrado que existe una falta típica de capacidades en los varones para conquistar a las chicas, lo cual explica parte de los patrones intensivos de consumo alcohol o anfetaminas para poder ser capaces de conquistar a las chicas. (EMCDDA 2009).

Habilidades de resistencia a la presión de los iguales/Habilidades de rechazo

El entrenamiento en habilidades de resistencia es uno de los componentes clásicos de los programas de Habilidades Sociales. Cuando se aplican al abuso de sustancias en chicas y chicos, se supone que el grupo de iguales pone presión para conformarse a las normas del grupo, que pueden incluir el consumo de sustancias.

La persona objeto de la supuesta presión es considerada como influida fácilmente y como pasiva frente a la presión activa. El concepto ha contribuido al desarrollo de estrategias de prevención primaria que enfatizan el entrenamiento en habilidades para rechazar el ofrecimiento de sustancias. Recientemente, han existido dudas y críticas de si este elemento es realmente un componente efectivo.

Un punto de crítica es que, demasiada atención al concepto de “presión de iguales” da la idea de que el consumo de sustancias por adolescentes y jóvenes es enteramente, o, en gran medida, una cuestión de influencia de iguales “dañinos”, sin tener en cuenta que la selección de amistades y el sentimiento de pertenencia a un cierto círculo de iguales es un proceso más complejo e interactivo que simplemente sucumbir a la presión de los demás, debido a un déficit personal.

Habilidades de Toma de Decisiones

Los programas de toma de decisiones enseñan un proceso de preguntarse sobre decisiones racionales con respecto al consumo de sustancias. Típicamente, enseñan a chicas y chicos una estrategia para identificar problemas, crear

soluciones y elegir entre alternativas. Puede también abordarse el tomar decisiones sobre cuestiones más generales de la vida. Los marcos de toma de decisiones pueden o no aplicarse directamente al consumo de sustancias. Los procesos mediadores que se esperan cambiar como resultado de programas de toma de decisiones son las habilidades para tomar decisiones racionales y la aplicación de procedimientos racionales para manejar situaciones problema.

Establecimiento de Metas

Los programas de establecimiento de metas enseñan habilidades para establecer y obtener metas y animan a la adopción de una orientación hacia el logro. Existe un énfasis en identificar el consumo de drogas y alcohol como incongruente con estas metas. El Establecimiento de Metas puede colocarse dentro de un marco realista de recursos, habilidades, tiempo y recompensas. Los programas de Establecimiento de Metas utilizan una variedad de técnicas de instrucción, incluyendo instrucciones didácticas y ejercicios en cuadernos de trabajo. Chicas y chicos pueden completar proyectos fuera del aula, o pueden monitorear su ejecución para una variedad de metas. Puede haber recompensas por los logros. Las chicas y chicos también pueden ser entrenados en recompensarse por el logro. Los programas de 'Establecimiento de Metas' son postulados para efectuar cambios en el consumo de drogas y alcohol a través del desarrollo de una orientación al logro y de una motivación para luchar por el logro.

Auto-Eficacia

La auto-eficacia es la percepción de control sobre el completamiento exitoso de una conducta en particular. Juega un papel crucial e independiente en conformar las intenciones comportamentales. Los componentes que abordan la auto-eficacia han sido recomendados para su uso en programas para estudiantes mayores dirigidos a aumentar la competencia académica y social.

Auto-Control

La desinhibición neuroconductual comprende un conjunto de tendencias emocionales, síntomas conductuales y problemas en la función cognitiva que indican que una chica o un chico no han desarrollado adecuadamente el auto control psicológico, una capacidad que depende del desarrollo neurológico normal. En estas condiciones, la conducta desinhibida está crónicamente fuera de la realidad con respecto a las demandas de la situación. El chico o la chica pasan un mal rato satisfaciendo los requerimientos del aprendizaje escolar y no se relacionan fácilmente, ni con los adultos, ni con los iguales. Pueden implicarse en "conductas de exteriorización", típicamente a través de una conducta llamativa y desorganizadora en clase, agresión no provocada, desafío a la autoridad o delincuencia.

Esta conducta está también marcada por impulsividad y por una incapacidad para persistir en perseguir sus metas. Los componentes que abordan el auto-control han sido recomendados para su uso en programas con estudiantes de primaria dirigidos a mejorar el aprendizaje académico y socioemocional para abordar los factores de riesgo para el consumo de sustancias, tales como, la agresividad temprana, el fracaso académico y la deserción escolar.

ORGANIZACIÓN DE LOS TEMAS EN EL PROGRAMA

Componente	Unidad	Sesiones	Unidad	Sesiones
Información	Tabaco	2	Consumo de drogas	2
	Alcohol	2		
Toma de decisiones	Toma de decisiones	1	Toma de decisiones	1
	Persuasión y pensamiento independiente	1		
	Publicidad	1		
Autoestima	Autoestima y superación	2		
Control emocional	Control emocional	2	Control emocional	2
Habilidades sociales	Habilidades de comunicación	1	Habilidades de comunicación	1
	Habilidades sociales	2	Inicio y mantenimiento de conversaciones	1
			Expresión de enfado y defensa de los derechos	1
			La presión de los compañeros	1
Tolerancia y cooperación	Tolerancia y cooperación	2		
Ocio	Actividades de ocio	1		

CONTENIDOS PARA LAS SESIONES

La Asertividad

Algunos autores plantean la asertividad como la defensa de los derechos individuales.

"La conducta que permite a una persona actuar con base a sus intereses más importantes, defenderse sin ansiedad ni poder, expresar cómodamente sentimientos honestos ó ejercer los derechos personales, sin negar los derechos de los otros".

Otros autores retoman la asertividad como la habilidad especial de expresar los sentimientos.

"... Permite a la persona expresar adecuadamente (sin medir distorsiones cognitivas ó ansiedad y combinando laso componentes verbales y no verbales de la manera más efectiva posible), oposición (decir no, expresar desacuerdos, hacer y recibir críticas, defender derechos y expresar en general sentimientos negativos), y afecto (dar y recibir elogios, expresar sentimientos positivos en general), de acuerdo a sus intereses y objetivos personales, respetando el derecho de los otros e intentando alcanzar todas las metas que a un futuro se propongan.

Existen diferentes definiciones, tomando en cuenta que este es un concepto multidimensional.

Por lo tanto LA ASERTIVIDAD es lo siguiente:

- A). Incrementa la autoestima personal.

- B). Le proporciona al individuo la gran satisfacción de hacer las cosas bien con la capacidad suficiente, llegando a aumentar de forma notable la confianza y la seguridad en sí mismo.

- C). Mejora notablemente la posición social, la aceptación y el respeto de los demás.

- D). Se hace un reconocimiento a la capacidad de sí mismo. Se afianzan los derechos personales.

- E).La asertividad suele usarse también para resolver los problemas psicológicos de un individuo y disminuir la ansiedad social.

- F). Hace que la persona no sea ni muy agresivo, ni muy pasiva.

Para aprender asertividad resulta imprescindible tener muy claro el hecho plausible que tanto ser en extremo agresivo ó muy pasivo, no le servirá de mucho al individuo, a la hora de conseguir los objetivos que uno desea obtener.

SER ASERTIVO

Una persona que es asertiva es aquella que posee los siguientes atributos, a saber:

- a. Es expresiva, espontánea y segura de sí misma.
- b. Tiene una personalidad activa.
- c. Defiende sus propios derechos personales.
- d. No presenta temores en su comportamiento.

- e. Posee una comunicación directa, adecuada, abierta y franca.
- f. Su comportamiento es respetable.
- g. Acepta sus limitaciones.
- h. Se comunica fácilmente con toda clase de personas.

Ser asertivo es saber expresarse sin ansiedades, es decir cuales son tus puntos de vista y tus intereses, sin negar los de los demás.

Esto no significa querer llevar siempre la razón en todo, sino expresar nuestras opiniones y punto de vista, sean estos correctos ó no, con el derecho inalienable de equivocarnos.

La persona que no es asertiva muestra una falta de respeto por sus propias necesidades, y su meta es aplacar, pacificar y evadir conflictos. Las razones por las cuales la gente es poco asertiva, es que piensan que no tienen derecho a expresar sus creencias u opiniones personales.

En este sentido hay que enseñar, que la gente tiene derecho a defender sus derechos personales, ante situaciones que suelen ser injustas. Los casos en los cuales no es aconsejable defender nuestros derechos, se reducen sólo a aquellos en los que corremos peligro eminente de agresiones a nuestra integridad física ó a situaciones que estén al margen de la legalidad. Para todo lo demás hay un momento, y saber encontrar el momento adecuado para decir las cosas, es también una habilidad personal.

DIFERENCIACIÓN DE LA CONDUCTA ASERTIVA

Conducta Asertiva

Resulta de la expresión directa de los deseos, derechos, sentimientos y opiniones sin llegar a amenazar, castigar ó violentar los derechos de los demás. Todo esto implica el respeto hacia uno mismo, y el respeto hacia los derechos y las necesidades de las otras personas. Evaluando las posibles consecuencias, que resulten de la expresión de estos sentimientos.

Conducta Pasiva

No se es capaz de expresar abiertamente los sentimientos, pensamientos y opiniones, y si lo hacemos de una manera tan derrotista que las demás personas no pueden hacerle caso, pudiéndose experimentar consecuencias desfavorables como los sentimientos de frustración, molestia ó incluso ira.

Conducta Agresiva

Resulta de la defensa de los derechos personales y la expresión de los pensamientos, sentimientos y opiniones de una manera muy inapropiada. Transgrediendo los derechos de las demás personas, pudiendo desde los comentarios humillantes hasta las agresiones verbales directas (insultos y amenazas).

LA EMPATÍA

La empatía es considerada hoy por hoy, como un fenómeno muy importante por diversas disciplinas, como la psicología. Muchos científicos le han asignado un rol de mediador cultural, para evaluar las diferentes conductas sociales.

LA EMPATÍA es definida como:

"Una habilidad, propia del ser humano, que nos permite comprender y experimentar el punto de vista de otras personas ó entender algunas de sus estructuras de mundo, sin adoptar necesariamente está misma perspectiva".

Para que está habilidad puede desarrollarse plenamente y de la mejor manera se deben tomar en consideración algunas capacidades del comportamiento, tales como :

- a. La calidad de la interrelación.
- b. El desarrollo moral.
- c. La agresividad
- d. El altruismo

También, debemos tener en cuenta lo siguiente:

- a. Las respuestas emocionales.
- b. El bienestar que orientamos hacia las otras personas.
- c. Algunos sentimientos empáticos (simpatía, compasión y ternura).

La empatía cumple funciones de motivación e información, ya que va dirigida específicamente a aliviar la necesidad de otra persona, permitiendo obtener información acerca de la manera en la cual se debe valorar el bienestar de los demás.

Está habilidad empleada con acierto, nos facilitará el progreso de las relaciones entre dos ó más personas, convirtiéndose en algo así como nuestra conciencia social, ya que situarse en el lugar de la otra persona, nos ayudará a comprender lo que esta siente en ese momento .

Ser empáticos no significa nunca estar de acuerdo con la otra persona, ni

tampoco implica dejar de lado nuestras propias decisiones, para asumir como nuestras las de las demás personas, de todos los que nos rodean en nuestro vivir

Podemos estar en completo desacuerdo con alguien, pero debemos tratar de respetar su posición, debemos aceptar como válidas sus propias creencias y motivaciones personales

Es de sabios, recordar que los malos entendidos sólo terminan cuando las personas entienden el punto de vista de las demás personas. Por ello debemos estar atentos en todo momento, pues no siempre lo que le funciona a una persona, le funciona a otra.

SER EMPÁTICO.-

Una persona es empática, cuando logra lo siguiente, a saber:

- a. Se ajusta a las situaciones.
- b. Sabe escuchar atentamente, pero mejor aún sabe cuando debe hablar.
- c. Influye y a la vez regula las emociones de otra persona.
- d. Escucha con atención, y está dispuesta a discutir los problemas existentes.
- e. Es abierta y a la vez flexible a las ideas.
- f. Apoya y ayuda desinteresadamente.
- g. Es solidaria.
- h. Recuerda los problemas y le da una solución factible.
- i. Propicia el trabajo en equipo
- j. Alienta la participación y la cooperación.
- k. Orienta y enseña.
- l. No se impone nunca a la fuerza.
- m. Confía en su equipo de trabajo, y en los individuos.
- n. Estimula las decisiones de grupo.
- o. Se comunica abiertamente con las demás personas.
- p. Demuestra capacidad de autocrítica.

Ser empático es simplemente ser capaces de entender emocionalmente a las personas, lo cual es la clave del éxito, en las relaciones interpersonales.

Cuando las personas carecen de esta habilidad, tienen dificultades para poder interpretar de manera correcta las emociones de las demás personas. No saben escuchar, y muchas veces son ineficientes, son sujetos fríos, y son personas insensibles. Estos individuos dañan las emociones de quienes los tratan de forma regular.

Cuando se presenta una grave carencia de esta habilidad las personas se hacen incapaces de expresar abiertamente los propios sentimientos

Se convierten en elementos asociables, y lo más grave aún pueden llegar a convertirse en psicópatas, individuos desequilibrados que no tienen ninguna consideración por los sentimientos ajenos, y que pueden llegar incluso a manipularlos sólo por el beneficio propio .

La empatía debe convertirse en una habilidad crucial para alcanzar la excelencia, pero como la gran mayoría de las habilidades, no basta con entender a la otra persona, hay que demostrarlo con hechos, ya que la otra persona percibe que se le comprende cuando:

- a. Física y psicológicamente le prestamos atención a sus mensajes y a sus gestos corporales (tensión, resistencia y aceptación).
- b. No evadimos nunca los temas importantes que surgen durante nuestra conversación, manteniendo siempre la cordialidad, demostrándole que estamos siempre dispuestos a conversar los temas que él considera que le incumben y que para él también son importantes
- c. Le hacemos saber de manera afectiva que entendemos perfectamente su mensaje. Le concedemos una atención especial a sus respuestas más apremiantes.
- d. No lo evaluamos, ni lo juzgamos, ni mucho menos lo descalificamos. Lo comprendemos y nos ponemos siempre en su lugar, evaluando la situación desde su propia perspectiva personal.
- e. Si hay algo que a él le resulta interesante y a nosotros no, nos preocuparemos sólo en atender, porque él lo siente a sí en ese momento preciso.

LOS GRUPOS ÉLITE

IMPORTANCIA DEL CONCEPTO.

El concepto de participación es recurrente tanto en la educación, como en las ciencias sociales y la salud y sirve de apoyo teórico a una considerable cantidad de medidas estratégicas que avalan la prevención de disfuncionalidades o la recuperación de equilibrios sociales, económicos, sanitarios, culturales, etc. que se han perdido.

¿Qué es Participación?

La Participación es entendida como la asociación en la que individuos toman parte en forma consciente, voluntaria y comprometida en alguna actividad común,

destinada a obtener beneficios de orden material e inmaterial, bien se trate de una acción con finalidad pedagógica, cultural, productiva, sindical, comunitaria, etc.

Participación, pues, como un proceso que crea en los individuos un sentido de responsabilidad.

¿Medio o finalidad? Pensamos que ambas. Como medio, para alcanzar los objetivos perseguidos en la tarea pedagógica, laboral, recreativa, etc.

Como finalidad, para incorporarse en la acción organizada, consciente y constructiva al logro del bienestar personal y social.

PARTICIPACION FINALIDAD.

En la Conferencia Internacional de Alma Ata sobre Atención Primaria en Salud (Septiembre de 1978), se reconoció que para que la APS sea accesible a todos los miembros de la comunidad, es indispensable que ésta y los individuos que la integran, contribuyan con su máximo esfuerzo a su propio desarrollo de salud y, además, que esa participación se consigue sobre todo mediante una adecuada labor de educación. Esta es la participación finalidad: adolescentes, familias y grupos comunitarios están involucrados desde sus distintos roles sociales en las estrategias de prevención y promoción de la salud.

Esta finalidad incluye el proporcionar los medios para que la población controle su estado de salud y pueda construir el tipo de vida que anhela.

Cuando la población adquiere mayor control, tanto de sus propios recursos como de los relativos a su medio ambiente, también logra mayor dominio de las decisiones que afectan sus vidas. No basta con una buena metodología educativa, es necesario que la comunidad pruebe y se pruebe a si misma, su capacidad en acciones concretas y logre un nivel organizativo y de movilización importante.

En la realidad, la mayor parte del personal de salud no delega responsabilidades auténticas en las personas respecto de la prevención y considera que la participación de la comunidad es un complemento del sistema de atención de salud, algo así como un medio para conseguir cooperación y recursos adicionales que refuercen los objetivos y el programa del sistema, pero bajo sus condiciones y control. Si bien todos los sistemas reconocen las Drogas, Derechos del Niño y Políticas Públicas para la Prevención necesidad de que sea mayor la responsabilidad comunitaria en materia de salud, en su mayoría todavía no están dispuestos a promover esa participación ni, en ciertos casos, adaptarse a sus requerimientos.

PARTICIPACION MEDIO

La participación se basa en la naturaleza social del hombre y no únicamente en la necesidad de obtener beneficios comunes en forma consciente.

La grupalidad forma parte de la naturaleza gregaria y otorga la posibilidad del aprendizaje social. En la familia como grupo primario, en los distintos grupos secundarios (escuela, universidad, organizaciones sociales, trabajo, etc.) y en los agrupamientos propios de los distintos sectores etéreos. Es muy importante considerar la tendencia grupal del adolescente, para revalorar sus necesidades de participación.

Por ello, la participación se constituye en un medio regio para alcanzar objetivos pedagógicos y sociales y las instituciones resultan mas que necesarias para asegurar el agrupamiento de los jóvenes.

En este punto no debemos olvidar las difíciles condiciones actuales de América Latina en relación a la juventud excluida del sistema educativo y laboral.

No puede existir en los jóvenes una verdadera noción de participación, en tanto su sentido de responsabilidad y pertenencia al entramado social sea mínimo. ¿Cómo pueden los jóvenes generar respuestas y salidas a los problemas sociales que padecen y que ellos no generaron?

Pero la participación medio, igualmente es válida en su sentido estricto, en tanto es un camino apto para la expresión de la espontaneidad y creatividad, en un ámbito de libertad y respeto donde siempre está presente la dimensión social.

Es por ello fundamental crear y ofrecer a los jóvenes este ámbito de participación, en donde puedan encontrar y vivenciar un Modelo de Relaciones trasladable a su realidad personal y social.

Modelo que debe contener el respeto por la identidad personal propia y ajena, por la salud propia y ajena, así como por la protección del medio ambiente. Modelo que se amplía y enriquece si le da participación a la familia.

LA EDUCACION PREVENTIVA

Un modelo de amplia aceptación entre los enfoques recientes para la prevención integral, tanto dentro del sistema educativo como de las organizaciones sociales y comunitarias, es el de la Educación Preventiva, tanto formal, como no formal.

En este sentido, es importante destacar el valor de las metodologías participativas en el desarrollo de programas de prevención integral. Estas metodologías se presentan como una alternativa clara para el logro de la participación y el

compromiso activo de las personas involucradas, fomentando así, su motivación y disposición al cambio de actitudes y al desarrollo de una "conciencia alerta y responsable" en la solución de los problemas que afectan a sus comunidades (Forselledo, 1996).

Se puede afirmar que ya existe un extenso recorrido en calidad y variedad en América Latina, fundamentalmente en experiencias de educación preventiva no formal, con una serie de aspectos comunes que resaltan la necesidad de un nuevo paradigma integrador entre los sectores de educación y salud y de un esquema referencial ecológico moderno y con la urgencia de fortalecer los mecanismos de evaluación de las estrategias de educación no formal, tanto para evaluar los procesos como el impacto.

Un problema que se ha detectado y que debe mencionarse, es el de los programas administrados en forma generalizada, que no toman en cuenta las realidades particulares, tanto sociales y culturales, como las situacionales e individuales específicas de cada comunidad. Por ello, aún desde una perspectiva universal de la educación preventiva, es necesario contemplar estos aspectos para obtener impactos positivos.

Pretender dichos impactos obliga a conocer en lo previo las necesidades de los grupos a los cuales se dirige la acción preventiva, la identificación de los factores de riesgo y de protección y, fundamentalmente, la percepción que los grupos tienen del propio problema.

Ello debería contemplar un diseño participativo de las estrategias a seguir, para saber cuáles son los contenidos más relevantes para cada caso.

De lo contrario, se corren riesgos de no generar suficientes niveles de interés y motivación para el impacto y continuidad de los programas

PERSPECTIVA SOBRE LA PREVENCIÓN

En el pasado se recurría a los conceptos de prevención primaria, secundaria y terciaria, para describir las estrategias generales de prevención del malestar. Estos términos procedían de las estrategias de Salud Pública para el control de enfermedades físicas e infecciosas y se pensó que también podrían aplicarse al campo de la Salud Mental. Sin embargo durante muchos años, a penas se realizaron procesos en la prevención. Por ejemplo Heller (1996) señalaba que ¿hasta la década pasada que se aproxime a una autentica de la prevención? A principio de la década de los noventa el Congreso de los Estados Unidos pidió al Instituto Nacional de Salud Mental que trabaje conjuntamente con el Instituto de Medicina para desarrollar un programa de prevención a largo plazo sobre la prevención. Entre otras cosas el Instituto de Medicina centró su atención en la diferencia entre los esfuerzos de prevención y de tratamiento (Muñoz, Mrazek

y Haggerty, 1996, Muñoz 2001). En la actualidad los esfuerzos de prevención se clasifican en tres categorías:

Primero

Intervenciones Universales: esfuerzos dirigidos a la población general.

Segundo

Intervención Selectiva: Esfuerzos dirigidos a grupos específicos de la población, que se consideran en riesgo de desarrollar problemas de salud mental, por ejemplo, los adolescentes y las minorías étnicas (Coie, Miller-Johnson, y Bagwell,2000).

Tercero

Intervenciones indicadas: esfuerzos dirigidos a personas de alto riesgo que han sido identificadas por mostrar síntomas mínimos aunque detectables de un trastorno mental, pero que todavía no cumplen los criterios para el diagnóstico clínico; por ejemplo, personas que han tenido que abandonar su casa por un desastre natural.

Los esfuerzos de prevención están claramente diferenciados de las intervenciones de tratamiento y de mantenimiento.

Intervenciones Universales

Las Intervenciones Universales están dirigidas a dos tareas fundamentales: (1) condiciones que pueden provocar o contribuir a los trastornos mentales (factores de riesgo) y (2) condiciones que promueven la salud mental (factores de protección).en este sentido resulta esenciales los estudios epidemiológicos, ya que permite a los investigadores obtener información sobre la incidencia y la distribución de las conductas inadaptadas (Lyon y McLoughlin, 2001). A partir de ahí es posible utilizar esos resultados para desarrollar las estrategias de prevención más apropiadas. Por ejemplo, diversos estudios epidemiológicos han demostrado que algunos grupos tienen mayor grupo de sufrir trastornos mentales: personas recientemente divorciadas (Theun, 2000), discapacitados físicos (Mitchell y House, 2000), las personas ancianas (King y Marcus, 2000), los niños de los que se han abusado físicamente (Hamerman y Ludwig, 2000), personas desarraigadas de su hogar (Carassi y Mezzich, 2001), y las víctimas de los traumas graves (Jaranson). Si bien este tipo de resultados son la base para una prevención selectiva o indicada también puede facilitar la

Prevención Universal, indicándonos que buscar y donde hacerlo, en esencia, concentrar nuestro esfuerzo en la dirección adecuada. La Prevención Universal es muy amplia. Incluye esfuerzos biológicos, psicosociales y socioculturales. Virtualmente cualquier tipo de esfuerzo dirigido a mejorar la conducción humana podría considerarse como un tipo de Prevención Universal de los trastornos mentales.

Medidas Biológicas

Las estrategias Universales con Base Biológica para la prevención comienzan por la promoción de un estilo de vida bien adaptado. Mucho de los objetivos de la Psicología de la Salud podrían considerarse estrategia de la Prevención Universal. Todos los esfuerzos dirigidos a mejorar la dieta, establecer una rutina de ejercicio físico y desarrollar buenos hábitos generales de salud, son esenciales para mejorar nuestro bienestar físico. La enfermedad física siempre produce algún tipo de estrés psicológico, que puede dar lugar a problemas como la depresión, por lo que el mantenimiento de la buena salud física supone una forma de prevención de la Salud Mental.

Medidas Psicosociales

Al considerar la normalidad con un desarrollo óptimo y plantearnos como objetivo el mejor funcionamiento posible (más que la mera ausencia de patología), es necesario conseguir que las personas tengan oportunidad de aprender competencias físicas, intelectuales, emocionales y sociales.

1. El primer requisito de la “salud” psicosocial es que la persona desarrolle las capacidades que necesita para solucionar el problema de manera eficaz, para expresar emociones de manera constructiva y para establecer relaciones satisfactorias con los demás.
Cuando no somos capaces de desplegar estas capacidades “de protección”, nos encontramos ante una grave desventaja a la hora de afrontar el stress y otros factores de riesgo que pueden conducir a un trastorno mental.
2. El segundo requisito de la salud psicosocial es que la persona pueda adquirir un adecuado marco de preferencia, sobre el que construir su propia identidad. Hemos visto repetidamente que cuando las creencias de una persona respecto a sí misma y su mundo son inadecuadas, existe una elevada probabilidad de que su conducta también sea inadaptada. Considérese, por ejemplo, el caso de una mujer joven que está convencida de que la felicidad proviene de la delgadez, y por lo tanto termina siendo anoréxica.

3. El tercer requisito de la salud Psicosocial, es que la tercera persona esté preparada para el tipo de problemas que probablemente pueda encontrar durante las diversas etapas de su vida. Por ejemplo, las personas jóvenes que quieren casarse y tener niños deben estar preparadas para construir una relación mutuamente satisfactoria, y para ayudar a sus hijos a desarrollarse. De manera similar un adulto de edad media necesita estar preparado para enfrentarse a los posibles problemas que pueda surgir cuando le llegue el momento de retirarse del trabajo.

Durante los últimos años, se ha prestado gran atención a las medidas psicosociales dirigidas a la prevención. Aquí ha tenido una importante influencia el campo de la medicina conductual, se están haciendo esfuerzos para modificar los factores psicológicos que subyacen a hábitos pocos saludables como puede ser fumar, beber en exceso o malos hábitos alimenticios que pueden estar contribuyendo al desarrollo de problemas tanto físicos como psicológicos.

Medidas Socioculturales

La relación entre una persona y su comunidad tiene un carácter recíproco. Necesitamos autonomía y libertad para ser mismos, pero también necesitamos pertenecer y contribuir a una comunidad. Como se ha mostrado constantemente a lo largo de este libro, si carecemos de una comunidad que nos apoye, nuestro desarrollo está en peligro. A la misma vez, una comunidad no puede prosperar, ni desde luego puede apoyar a nadie, si sus miembros no son psicológicamente sanos. Cuando una comunidad empieza a deteriorarse (como ocurre cuando los más pudientes se trasladan a las afueras y dejan el centro de la ciudad a los más desfavorecidos, hay considerable peligro de que esa degradación se convierta en algo permanente las víctimas psicosociales de una comunidad desorganizada carecen de medios para crear una comunidad recursos para proteger y apoyar la salud psicológica de quienes vienen detrás de ellos, lo que genera un círculo vicioso que da lugar a un ambiente negativo permanente. Por esa razón, los esfuerzos socioculturales orientados a la prevención universal deben centrarse en conseguir que esa comunidad sea lo más segura y atractiva para los individuos que viven en ella.

Gracias al reconocimiento cada vez mayor del papel que las condiciones sociales patológicas desempeñan en las conductas inadaptadas (en comunidades socialmente empobrecidas), debemos dedicar cada vez más atención a la creación de condiciones sociales que promuevan un desarrollo saludable en los individuos. Los esfuerzos para crear este tipo de condiciones incluyen un amplio espectro de medidas, que abarcan desde la educación y la seguridad social, a una planificación económica y una legislación social que asegure una atención sanitaria adecuada para todos.

MEMORIAS



**Escuela para padres 2012-2013
Colegio Particular ITE**



Trabajos artísticos grupales y Socio drama



Actividades Comunitarias



Taller de desarrollo Habilidades Sociales



Desarrollo de Actividades Comunitarias con estudiantes



Grupo Élite en Formación –Colegio ITE- 2012-2013