



SERIE **planeación**

modelos preventivos

60 años
de servir a México
1943 - 2003



Consejo Nacional
Contra las Adicciones

CONADIC

Poniendo a México al día y a la vanguardia



modelos preventivos

SECRETARÍA DE SALUD www.salud.gob.mx
 □
 Dr. Julio Frenk Mora □
 SECRETARIO DE SALUD □
 Dr. Enrique Ruelas Barajas □
 SUBSECRETARIO DE INNOVACIÓN Y CALIDAD □
 Dr. Roberto Tapia Conyer □
 SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA □
 SALUD □
 Lic. María Eugenia de León-May □
 SUBSECRETARIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS □
 Dr. Guido Belsasso □
 COMISIONADO DEL CONSEJO NACIONAL □
 CONTRA LAS ADICCIONES □
 Dr. Misael Uribe Esquivel □
 COORDINADOR GENERAL DE LOS INSTITUTOS □
 NACIONALES DE SALUD □
 Dr. Eduardo González Pier □
 COORDINADOR GENERAL DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA □
 Lic. Gustavo Lomelín Cornejo □
 DIRECTOR GENERAL DE COMUNICACIÓN SOCIAL

Modelos Preventivos, es una publicación dirigida a todos aquellos interesados en los temas de prevención de adicciones y salud mental. Los artículos que aparecen firmados son responsabilidad de sus autores y no representan necesariamente la opinión del Consejo Nacional contra las Adicciones. Autorizada su reproducción parcial o total citando la fuente. Este boletín tiene como objetivo fungir como vehículo de comunicación con las instancias y personas cuyo quehacer se relaciona con la atención de las adicciones, por lo que le invitamos a participar en ella con sus comentarios o trabajos. Para mayor información dirigirse a los teléfonos y correos electrónicos del CONADIC.

Institución responsable de la publicación:

CONSEJO NACIONAL CONTRA LAS ADICCIONES

Paseo de la Reforma 450, Col. Juárez,
 Delegación Cuauhtémoc, México, D.F. 06600.

Tels.: 5207 3358 / 5207 3341 / 5208 1040 / 5208 2426
 (extensión 300 y 301)

conadic@salud.gob.mx
pfuente@salud.gob.mx

www.salud.gob.mx/unidades/conadic/

Impreso en México / Printed in Mexico

ISSN: 970-721-136-9

PRESENTACIÓN. Dr. Guido Belsasso	1
MODELO PREVENTIVO <i>Construye tu vida sin adicciones</i> Dr. Agustín Vélez Barajas, Dr. Angel Prado, Profa. Teresa Sánchez Fragoso Dirección General Técnica en Adicciones y Salud Mental del Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC)	2
MODELO DE PREVENCIÓN DE Centros de Integración Juvenil Dr. Luis Solís, Dra. Patricia Gómez, Psic. Manuel Ponce B. Centros de Integración Juvenil	6
MODELO DE PREVENCIÓN DEL uso de alcohol, tabaco y otras drogas en el lugar de trabajo Lic. Silvia Carreño García, Dra. Ma. Elena Medina-Mora, Dr. Arturo Ortiz, Mtra. Guillermina Natera, Lic. Marcela Tiburcio, Dr. Agustín Vélez y otros. Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz"	14
MODELO PREVENTIVO DE riesgos psicosociales para menores, adolescentes y sus familias CHIMALLI-DIF Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia	22
PROGRAMA DE educación preventiva contra las adicciones Dra. Patricia Leonardo y Ramírez, Lic. Patricia Bermúdez Lozano, Lic. Nancy Gigliola Amador Buenabad Subsecretaría de Servicios Educativos para el Distrito Federal. SEP	27
PROGRAMA DE PREVENCIÓN del abuso de sustancias para alumnos de 4º, 5º y 6º grados de primaria. <i>Yo quiero, yo puedo</i> Instituto Mexicano de Investigaciones de la Familia y Población (IMIFAP) - <i>Educación, salud y vida</i>	30
MODELO COMUNITARIO DE integración psicosocial Dr. Rogelio Araujo, Lic. Mónica Cantú de Ainslie, Lic. Víctor Luna Fundación <i>Ama la Vida</i> IAP	36
MODELO DE EDUCACIÓN para la vida y el trabajo <i>aguas con las adicciones</i> Lic. Sara Elena Mendoza Ortega Instituto Nacional de Educación de los Adultos	41
MODELO PREVENTIVO DE riesgos psicosociales CHIMALLI Mtra. María Elena Castro Sariñana, Dr. Jorge Llanes Instituto de Educación Preventiva y Atención de Riesgos, A.C.	45
MODELO DE intervención social profesionalizada Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia	51
MODELO PREVENTIVO ECO ^{2H} Ing. Juan Machín CÁRITAS, A.C.	55

PRESENTACIÓN

La prevención de las adicciones requiere la suma de esfuerzos de los sectores público, social y privado en acciones coordinadas que permitan optimizar recursos y obtener mejores resultados.

La prevención concierne a todos y debe y puede hacerse cada vez mejor, sustentándola en MODELOS PREVENTIVOS, cuyos métodos, procedimientos y técnicas permiten superar las propuestas preventivas basadas únicamente en ideologías y convicciones dando paso a la aplicación de modelos susceptibles de evaluación que propicien la mejora con elementos objetivos y evidencias públicas y replicables.

Esta publicación presenta diez modelos preventivos en materia de adicciones que dan cuenta de los esfuerzos interinstitucionales que se realizan en nuestro país, y que permiten vislumbrar los prometedores frutos que pueden esperarse como resultado de su práctica. De ahí la importancia de su diseminación para propiciar su conocimiento, aplicación, evaluación y mejora.

La Secretaría de Salud a través del Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC) promueve la unión de esfuerzos y el intercambio de experiencias entre instituciones gubernamentales, organizaciones civiles y redes sociales. Esta edición representa el producto de esta valiosa práctica de cooperación, en la que participaron distinguidos investigadores y responsables de programas preventivos en el seno de los grupos de trabajo conformados por el CONADIC en el marco de sus Programas de Acción.

La ciencia nos brinda la técnica para hacer bien la prevención. La cooperación nos da la fuerza para hacerla realidad. La acción corresponsable y comprometida de todos es clave para prevenir las adicciones.

Dr. Guido Belsasso,
Comisionado del Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC)

MODELO PREVENTIVO

construye tu vida sin adicciones

Dr. Agustín Vélez Barajas, Dr. Angel Prado, Profa. Ma. Teresa Sánchez Fragoso
Dirección General Técnica en Adicciones y Salud Mental del Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC)

El Modelo Preventivo *Construye tu vida sin adicciones* es una propuesta preventiva basada en los aportes de la medicina mente-cuerpo elaborada desde el sector salud, la cual pretende fortalecer la responsabilidad individual y social en relación con su salud integral y en especial prevenir adicciones.

Modelo de tipo universal que aborda la prevención como un conjunto de acciones para promover el desarrollo humano y crear ambientes proactivos. En su planteamiento establece el origen multifactorial y complejo de las dependencias considerando que tanto la recuperación, como la prevención de esta enfermedad se vincula más con las actitudes y comportamientos que integran el estilo de vida del individuo y de su grupo social, que simplemente con inhibir el consumo de determinada sustancia.

Bajo este abordaje se considera que el estrés, una inadecuada alimentación, un autoconcepto pobre, falta de espacios para la diversión o una mala comunicación, entre otros, pueden actuar como elementos para alentar el consumo de sustancias psicoactivas, por ello esta propuesta está orientada a desarrollar habilidades para liberar tensiones, construir pensamientos positivos, mejorar hábitos alimenticios, incrementar las capacidades creativas, favorecer la comunicación y la expresión de sentimientos, trabajar con el autoconcepto, dedicar un tiempo para el esparcimiento y reflexionar sobre los patrones de consumo de sustancias adictivas.

Este modelo pretende fortalecer la responsabilidad individual y social acerca de la salud, facilitando la conformación de estilos de vida que permitan desarrollar al máximo el potencial de cada persona y propiciando condiciones que eleven la calidad de vida y de las comunidades.

Para su condición no requiere de expertos o profesionales, el facilitador puede ser cualquier agente de la comunidad que tenga habilidades para propiciar la interacción y el desarrollo de los ejercicios.

METODOLOGÍA

La metodología para el trabajo con los diferentes grupos establece como tarea inicial la elaboración de un diagnóstico del estilo de vida para identificar en su actuar cotidiano prácticas de riesgo susceptibles de ser mejoradas y desarrollar habilidades autogestivas e incorporar factores de protección a su estilo de vida para incrementar el grado de satisfacción personal. Con el propósito de incidir en actitudes, comportamientos, usos y costumbres que integran el estilo de vida, se seleccionaron una serie de recursos que se utilizan en las sesiones preventivas y facilitan la identificación de aspectos en el estilo de vida susceptibles de cambio, estos son:

DISPOSITIVO GRUPAL

Abre la posibilidad de fortalecer el sentimiento de pertenencia y vinculación positiva y trabajar sobre actitudes usos y costumbres. La reflexión grupal implica una experiencia colectiva en la que se comparten experiencias, sentimientos y pensamientos con otras personas. Esto permite la participación activa y por lo tanto reflexiva en el aprendizaje de nuevos modelos y formas de vida. Es el método participativo el que logra la movilización grupal para que los individuos cambien su estilo de vida.

TRABAJO VIVENCIAL

El planteamiento preventivo de *Construye tu vida sin adicciones*, está orientado a llevar a la población atendida a adoptar acciones y actitudes que mejoren su estilo de vida, a partir de la toma de conciencia y una percepción diferente sobre el riesgo, es por esto que los contenidos temáticos se trabajan buscando que los participantes se sientan involucrados y aporten su experiencia para enriquecer al grupo.

TRABAJO CON IMÁGENES

Los aportes de la práctica psicológica explican cómo lograr cambios significativos a través del trabajo con imágenes sin la ayuda de un profesional. Como paso previo a la solución de un problema se crea una imagen del mismo y se contempla desde diferentes posiciones y perspectivas. Este proceso ayuda a esclarecer la naturaleza de lo que se enfrenta y a visualizar con mayor claridad las soluciones.



TRABAJO PSICOCORPORAL

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

El trabajo con el cuerpo en relación con la tensión, tienen un gran valor preventivo porque ayuda a evitar el riesgo de abusar de sustancias psicoactivas.

Las esferas del estilo de vida que se trabajan son:

- **EQUILIBRIO PSICOCORPORAL.** Dentro de la relación mente-cuerpo, es necesario conducir a los participantes a reflexionar sobre los elementos de tensión que llevan al individuo a usar y, después, abusar de las sustancias tóxicas.
Enfatizar que ciertas técnicas de relajación y meditación son una excelente alternativa para el manejo de la tensión.
- **AUTOCONCEPTO.** El concepto que se tiene de sí mismo, es relevante para las personas de todos los grupos de edad. Por lo tanto, se debe promover el reconocimiento de las capacidades individuales, grupales y sociales que refuercen el establecimiento del propio concepto.
- **HÁBITOS ALIMENTICIOS.** Pretende crear conciencia sobre los hábitos alimenticios y la importancia de una adecuada nutrición que incrementa la energía disponible y el sentido de bienestar.
- **USO Y ABUSO DE SUSTANCIAS TÓXICAS.** En este apartado se revisa cómo el uso de drogas legales afectan la salud, disminuye la cantidad de energía disponible para la acción y provoca adicciones.
- **TIEMPO LIBRE.** El propósito de los ejercicios propuestos para desarrollar este rubro es aprender a utilizar el tiempo libre para obtener placer, diversión y relajación sin necesidad de recurrir al uso de drogas.
- **EXPRESIVIDAD.** El propósito de este apartado es llevar a las personas a expresar el afecto, identificar lo que se siente, y después comunicarlo, para protegerlos del uso de bebidas alcohólicas y otras drogas.
- **CREATIVIDAD.** Esta sección fomenta la reflexión sobre la propia capacidad de las personas para ser flexibles, imaginativas y ser creativas en la vida cotidiana, elemento importante para un desarrollo pleno.

La mayor parte de las estrategias del Modelo está diseñada para incidir en pequeños grupos locales de la comunidad y ha sido planeado para fortalecer los tres bloques de factores identificados como primordiales para el desarrollo humano:

- Fortalecer lazos de vinculación positiva con redes de apoyo y afecto
- Fomentar el sentido de pertenencia que permita compartir creencias, valores y respeto a las normas del grupo social de pertenencia.
- Desarrollar habilidades y capacidades individuales para enfrentar y resolver los conflictos de manera sana.

Es importante mencionar que el *Manual del facilitador* destinado a adultos contiene un folleto de autorreflexión (uso de sustancias tóxicas) orientado a que esta población analice la cantidad y el tipo de sustancias que utiliza en su vida cotidiana así como algunas alternativas para modificar el consumo o en su caso solicitar ser canalizado para recibir atención especializada.

PROYECTOS, ESTRATEGIAS Y ACCIONES:

En el marco del Modelo *Construye tu vida sin adicciones* se han desarrollado diversos proyectos, estrategias y documentos como:

- CAMPAÑAS EN MEDIOS DE COMUNICACIÓN. ¿Adicto yo?, Dejar de fumar me conviene y La vida es la meta
- PAQUETES PREVENTIVOS. para atender a población adulta, joven, preadolescente y adolescente. Cada paquete se integra con documentos impresos, videos, carteles, folletos y material para la capacitación de los coordinadores de las sesiones grupales (facilitadores), teniendo como documento rector el *Manual del facilitador* que guía las acciones para elaborar el programa preventivo que responda a las particularidades de cada grupo.
- RED DE ASOCIACIONES ESTUDIANTILES. Ésta propuesta preventiva surge de la población estudiantil del Distrito Federal como respuesta a una convocatoria de CONADIC, esta estrategia propone que en la primera etapa se integre un comité que represente a la población escolar, el cual deberá buscar la participación voluntaria de los alumnos para integrar el programa de trabajo para un ciclo escolar, las normas que deben regular la vida de la asociación y los mecanismos para obtener recursos para el trabajo preventivo.

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

Durante la fase piloto, CONADIC asesoró a los comités para conceptualizar el trabajo preventivo dentro del marco referencial del Modelo y apoyó el trabajo de colaboración e intercambio entre las diferentes escuelas, organizó durante dos años consecutivos hacia el final del ciclo escolar un evento denominado *Encuentro de Asociaciones*.

Es oportuno mencionar que como dato significativo además de los logros reportados por la evaluación, se modificó la interpretación del concepto prevención entre los integrantes de las asociaciones.

BASES TEÓRICAS

El fundamento central de esta propuesta es el acercamiento sanitario mente-cuerpo: una aproximación que afirma que nuestros pensamientos y emociones tienen un fuerte impacto en nuestra salud y bienestar. Dentro de las aportaciones de este abordaje se encuentran la evidencia de la conexiones que existen entre el sistema nervioso central y el sistema inmunológico, así como los logros del trabajo terapéutico con imágenes mentales y técnicas de relajación que apoyan la teoría de que la mente y el cuerpo están vinculados y sus interacciones ejercen una profunda influencia en la salud y la enfermedad de las personas.

Bajo esta teoría se considera que el estrés, los malos hábitos alimenticios, la falta de creatividad, la baja autoestima, las relaciones interpersonales conflictivas, y la baja percepción del riesgo por el uso de sustancias tóxicas, pueden actuar como precursores de múltiples enfermedades y en especial de cursar un proceso adictivo.



EVALUACIÓN

El modelo cumple con los siete postulados básicos de prevención:

- I. Une los elementos teóricos y técnicos con los componentes del programa
- II. Se vincula a un amplio proceso de desarrollo humano
- III. Satisface demandas de diversos sectores de la comunidad
- IV. Presenta objetivos específicos susceptibles de ser evaluados
- V. Toma en consideración el punto de vista de los usuarios
- VI. Facilita una visión compartida de todos los involucrados en la tarea de prevención
- VII. Los participantes aprenden a trabajar en equipo y a valorar las ventajas de éste

EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Construye tu vida sin adicciones es una herramienta útil para trabajar con la población de diversas edades, de manera clara y sistematizada. Se puede considerar un modelo de investigación-acción.

Cada vez que el facilitador pone en marcha un plan de acción, se encuentra en posibilidad de realizar una pequeña investigación al evaluar el funcionamiento del modelo entre el grupo de personas con las que está trabajando.

EVALUACIÓN DE RESULTADOS

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

Objetivos:

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

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

Es importante considerar que el diagnóstico inicial se debe cotejar con el resultado que se obtenga en la aplicación del cuestionario *el estilo de vida* al finalizar las sesiones, pues con esto se logra observar el cambio, otro indicador es la asistencia, participación activa y constancia de los integrantes.

Mientras más reflexivos sean y más recursos encuentre el grupo o el individuo, mayor éxito habrá tenido la movilización grupal, la toma de conciencia y la modificación en *el estilo de vida*, consideradas como metas o ideales de esta propuesta preventiva.

El modelo *Construye tu vida sin adicciones* fue diseñado por el Instituto de Educación Preventiva y Atención de Riesgos (INEPAR), a petición del Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC). La población objetivo a la que se dirige son individuos que trabajan en grupo y que asisten a clínicas de salud.

Durante 2001, el Instituto de Educación Preventiva y Atención de Riesgos A.C. (INEPAR) y los Centros de Integración Juvenil llevaron a cabo un ejercicio de evaluación del Modelo, consistente en un estudio piloto con cuatro grupos (preadolescentes asistentes a curso de verano en Centros del Distrito Federal, escolares de sexto grado y de vocacional, trabajadores de una clínica del IMSS y trabajadores de Compañía de Luz).

Se realizó un análisis estadístico en todas las áreas de los cuestionarios que integran este modelo con mediciones antes y después de la intervención grupal, se utilizaron materiales destinados a adultos, preadolescentes y jóvenes. (Castro ME., Mille C., 1996) (Castro ME., Llanes J., Margain M. 1997, Castro ME., Llanes J., Margain, M., 1999). Los resultados indicaron cambios positivos en el estilo de vida del grupo de trabajadores, datos que no se encontraron cuando el modelo se aplicó a grupos escolares. Por lo tanto, no se recomienda su aplicación en comunidades escolares, para las cuales ya existen modelos preventivos específicos (Castro ME., Llanes, J., Carreño A. 2002). La evaluación también permitió formular una serie de observaciones y recomendaciones para modificar algunos materiales que conforman el Modelo.

- Castro, ME., Mille C. *Manual para adultos. Construye tu Vida sin Adicciones*. Conadic, 1996.
- Castro, ME., Llanes J. Margain M. *Material preventivo para preadolescentes y adolescentes tempranos. Construye tu Vida sin Adicciones*. CONADIC, 1997.
- Castro, ME., Llanes J. Margain M. *Manual de Autoayuda para adolescentes y jóvenes, Construye tu Vida sin Adicciones*. CONADIC, 1999.
- Castro, ME., Llanes J. Carreño A. *Material preventivo Construye tu Vida sin Adicciones. Una evaluación en cinco grupos trabajados por el Centro de Integración Juvenil Gustavo A. Madero*. Liberadictus 60. Revista especializada en Adicciones p. 3-6. junio 2002.

MODELO DE PREVENCIÓN EN Centros de Integración Juvenil, A.C.

Dr. Luis Solís. Director de Prevención de Centros de Integración Juvenil

Dra. Patricia Gómez. Jefa de Proyectos Nacionales

Ps. Manuel Ponce B. Subdirector de Prevención

Durante las últimas décadas el consumo de sustancias en México, tanto legales como ilegales, ha modificado sus tendencias (ENA, 1998; Observatorio Epidemiológico en Drogas, 2001). A partir de un cambio en los patrones de uso, una mayor proporción de mujeres recurre a ellas, es menor la edad en la cual las personas inician el consumo, y se registran variaciones en los procesos por los que trascurre la sociedad, las familias y los individuos.

A lo anterior se agrega la aparición de nuevas drogas y el uso combinado de varias de ellas a través de diferentes vías de administración, lo cual ha cambiado el panorama de las necesidades a cubrir de atención preventiva y de tratamiento a esos problemas.

Hasta hace poco la utilización de heroína era un fenómeno circunscrito a la frontera norte del país (Ortiz A., 1997). Hoy día zonas rurales y entidades en las cuales no había precedente del uso de esa droga (Bustamante J., 2000), presentan núcleos de consumidores de varios tipos de sustancias, muchos de ellos migrantes mexicanos que han regresado a sus comunidades desde los Estados Unidos.

El uso de metanfetaminas y crack, sustancias con gran poder adictivo y que generan graves daños a la salud, se ha esparcido en las grandes ciudades del país, debido a la disminución en los costos de esas sustancias, al incremento en su disponibilidad y a la reconfiguración geofuncional de los procesos del narcotráfico.

La desmesurada exposición de los jóvenes a la promoción de bebidas alcohólicas y los controles relativamente débiles en la regulación de su venta, han incidido en una exacerbación de esta problemática (Hurcom C., Copello A., Orfort J., 2000). Así, el grupo de mujeres ha observado incremento en las tendencias al consumo en los últimos años, comparado con lo que ocurría tan sólo una década atrás (ENA, 1998).

Afortunadamente la respuesta de la sociedad organizada ante el consumo de sustancias inició hace más de 30 años con la participación de instituciones como los Centros de Integración Juvenil, que actualmente tiene presencia en 83 municipios del país, caracterizados como de atención prioritaria, por ser zonas de alto riesgo en materia de adicciones (CIJ, 2002; CIJ, 1998).

En los Centros de Integración Juvenil (CIJ) la atención a las adicciones se fundamenta en las líneas marcadas por los planes nacionales de salud y los programas contra las adicciones. Se basa en los principios derivados de la Salud Pública, la epidemiología y los sistemas de salud mediante dos estrategias fundamentales: la educación para promover la salud y la movilización de la sociedad (SSA, 2001).

DESCRIPCIÓN DEL MODELO

El modelo se concibe a partir de la definición de prevención como un proceso orientado a evitar, retardar, erradicar o disminuir la aparición del proceso y de los daños asociados.

Con base a la conceptualización del Instituto de Medicina (IOM 1994) que clasifica la prevención en tres dimensiones: universal, selectiva e indicada se estratifican las acciones dirigidas a las poblaciones de acuerdo a su nivel de riesgo y sus características específicas.

Resultado de la investigación epidemiológica, el modelo de riesgo-protección explica la susceptibilidad de los sujetos al desarrollo de problemas de abuso de sustancias (Hawkins, Y. Catalano, R., Miller, Y., 1992). Esta investigación refiere que el abuso de drogas depende de las condiciones de riesgo a que están expuestos los individuos, tales como: amigos que son usuarios de drogas, padres alcohólicos o que adoptan una actitud permisiva hacia el consumo, así como normas comunitarias y/o escolares que apoyan el abuso de drogas.

La vulnerabilidad por su parte explica el componente genético de las adicciones, que no necesariamente significa un factor de riesgo, si bien constituye una predisposición al uso o abuso.

Por lo anterior, la prevención universal, selectiva e indicada, tiende a disminuir la vulnerabilidad de los individuos ante el riesgo a través del fortalecimiento de los factores de protección, entendidos como las habilidades que ayudan a reducir o mitigar los efectos del riesgo, en especial con relación al individuo, al grupo de pares, al ambiente familiar y social.

Los insumos del programa se obtienen de los estudios epidemiológicos tanto de la institución como de otras dedicadas al tema, que se procesan mediante el desarrollo de métodos y técnicas.



La intervención para prevenir el consumo de drogas se lleva a cabo en una perspectiva general, por tipo de sustancia específica y por grupos especiales de población. Los componentes normativos se basan tanto en propuestas internacionales como en las nacionales dictadas por la NOM-028-SSA 2-1999.

Un componente importante del programa preventivo es el desarrollo de tecnologías aplicadas para el diseño, instrumentación y evaluación de materiales didácticos, así como de herramientas que permiten la disseminación y replicación de los proyectos de Prevención.

El programa y sus necesidades cambiantes incluyen el diseño, elaboración y evaluación de proyectos piloto, dirigidos a grupos poblacionales especiales y con características de vulnerabilidad para el consumo de drogas.

En los Centros de Integración Juvenil, la movilización social es un proceso que se orienta a potenciar el efecto de las acciones de la sociedad organizada para la prevención de adicciones. Por medio de la participación de personas de la comunidad, técnicos de la salud mental y estudiantes en servicio social, realizan acciones preventivas.

OBJETIVOS DEL MODELO

Objetivo general

Disminuir, atenuar y/o retardar el consumo de drogas en la población considerada de riesgo.

Para cumplir este objetivo la estrategia consiste en elaborar, desarrollar y dar seguimiento a un programa preventivo de alcohol, tabaco y otras drogas con base en las evidencias científicas y empíricas adaptable a las condiciones regionales y locales.

Al interior del paradigma de la educación para la salud, el programa preventivo de Centros de Integración Juvenil, promueve una cultura para evitar el uso y abuso de alcohol, tabaco y otras drogas en la población en sus diferentes momentos del ciclo de la vida.

Para lograr los objetivos, las acciones se realizan con elementos como la transferencia tecnológica, que implican pasar “del qué hacer” al “cómo hacerlo”; de la reflexión a conductas concretas a partir de presupuestos del Reduccionismo metodológico, el cual consiste en circunscribir a elementos esenciales los objetivos operativos.

POBLACIÓN OBJETIVO

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

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

Prevención Universal

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

Para lo anterior se realiza:

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

Prevención selectiva

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

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

Prevención indicada

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

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

Movilización social

Se dirige a formar y vincular redes sociales para generar acciones preventivas del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, así como relacionar a instituciones afines y complementarias, en apoyo a la integración de redes entre grupos que permitan la consolidación de comunidades autogestivas.

Si bien la tarea de movilizar a la población con un fin preventivo es compleja, se recurren a diversas acciones para el logro de sus fines:

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

EVALUACIÓN

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

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

ALGUNAS EXPERIENCIAS DE EVALUACIÓN EN CIJ

En el transcurso de la labor de los Centros de Integración Juvenil, se han llevado a cabo diversas experiencias de evaluación, mediante el uso de diferentes metodologías. Algunas de las más relevantes se comentan a continuación:

1. Evaluación del Modelo Preventivo a través del proyecto piloto "Tlaquepaque"

Este proyecto tuvo como objetivo evaluar el impacto del programa preventivo por medio de un estudio

de vigilancia seriada a través de un diseño cuasi-experimental, prospectivo, longitudinal y comparativo, entre los años 1996 y 2003.

Para ello se procedió a:

- Efectuar un levantamiento longitudinal de una línea base, para establecer las tendencias y formas del uso de las drogas en la población de estudio.
- Aplicar de forma controlada e intensiva el programa preventivo en cinco escuelas localizadas en zonas de alto riesgo del municipio de Tlaquepaque (1999 al 2002).
- Incluir un grupo testigo conformado por cinco escuelas localizadas en el municipio de Tonalá, aparejadas en función de características sociourbanas o de riesgo.
- Analizar el proceso, contexto y resultados del programa mediante métodos de investigación cuanti-cualitativos. Las fases de evaluación del proyecto se muestran en la tabla 1.

Por su parte, los resultados de la evaluación indican el efecto tanto en el consumo como en el apego escolar, el uso de redes sociales y la búsqueda de figuras de contención (ver tabla 2).

2. Evaluación formativa de alternativas de información preventiva en escuelas primarias

El objetivo fue evaluar la eficacia de una propuesta de intervención preventiva dentro del proyecto informativo Escuelas. Se diseñó para transmitir información que favoreciera la percepción de riesgo del uso de drogas en estudiantes de sexto grado de educación primaria.

Se entendió la percepción de riesgo, como la valoración cognitiva del costo-beneficio sobre la salud de llevar a cabo una determinada conducta.

La información obtenida refirió que de los eventos de riesgo ante el consumo de drogas y del total de niños encuestados, el 42.5% ha sentido curiosidad por probar el cigarro o el alcohol, mientras que el 12.3% manifestó haber experimentado la misma sensación con respecto a las drogas ilegales.

El 20.8% de los niños ha fumado tabaco, el 49.1% ha tomado bebidas alcohólicas y el 1.4% ha probado alguna droga por lo menos alguna vez en su vida.

Por otro lado, el 27.4% de ellos refirió convivir con personas (familiares, amigos, vecinos, etc.), que usan alguna droga.

Un 15.1% señaló que podría conseguir fácilmente drogas si se lo propusiera. Finalmente, al 11.3% refirió que le han ofrecido drogas por lo menos en alguna ocasión.

En lo referente a la percepción de riesgo del consumo de drogas antes de cualquier nivel de intervención preventiva, no se encontraron diferencias estadísticas significativas.

No sucedió así, después de los distintos niveles de intervención, en donde se observaron diferencias estadísticamente significativas en la percepción de riesgo entre el grupo que recibió la intervención preventiva completa y el grupo que no la recibió, así como también entre el grupo que fue intervenido sólo con la sesión informativa y el grupo que no se intervino.

3. Evaluación Formativa de un Programa de Promoción de Estilos de Comunicación Asertiva para el Afrontamiento de la Presión Social, para el Uso de Sustancias Psicoactivas con Estudiantes de Educación Media

Realizado en el 2001, el estudio consistió en un levantamiento sistemático de información, mediante un instrumento pre-post, diseñado ex profeso, que se aplicó a grupos intervenidos y a grupos controles, con el fin de valorar la aplicabilidad, viabilidad y los cambios que se producen entre los participantes. La evaluación incorporó métodos de investigación cuanti-cualitativos. El objetivo de la misma se basó en la funcionalidad del programa y en los cambios observables entre la población atendida al finalizar el curso, en términos del incremento de respuestas asertivas entre los participantes.

Los resultados indican que el estilo de comunicación asertiva se incrementó significativamente en el grupo intervenido, mientras que en el grupo control próximo, se mantuvo, en tanto que en el control distante se observó una disminución significativa. (ver tabla 3).

4. Evaluación de Resultados

En 1986 cualitativamente CIJ realiza estudios para valorar los proyectos institucionales de prevención.

Instrumentos "Panel Prueba-postprueba", destacando que entre el 6% y el 21% presentó cambios favorables de opinión y actitud. Los jóvenes y los padres de familia alcanzaron el 94%, maestros, médicos y paramédicos, un 98%.

En la encuesta de opiniones y actitudes ante la Farmacodependencia y su prevención a 13,917 sujetos; el 95% mostraba actitud favorable acorde a los objetivos preventivos. Los niños y adolescentes, en un 89% tenían una actitud favorable. Los cambios de opinión favorables fueron del 6% al 21% comparativamente con el que requería un cambio de opinión que era del 2% al 48%. Los cambios de opinión y actitud se reducen a una tercera parte de la población susceptible de atención institucional. Con estos datos los resultados de los proyectos fueron favorables.

5. Evaluación de Imagen de Calidad de los Servicios

En 1995 se aplicaron cuestionarios a informantes institucionales, estratégicos y voluntarios de CIJ sobre:

- Problemática social percibida.
- Representación de la participación comunitaria.
- Extensión del consumo de drogas, población afectada y principales sustancias de consumo.
- Imagen de calidad de los servicios de CIJ.

Los resultados fueron que la utilidad de los servicios de CIJ, sirven muchísimo o mucho para el 88%. El interés o motivación que despiertan los servicios es poco. Respecto a la preparación del personal de CIJ, una tercera parte de los informantes institucionales y la mitad de los voluntarios, señalaron que están muy preparados. Sobre la claridad de los mensajes preventivos: en un 87% los resultados fueron satisfactorios o muy satisfactorios.

6. Evaluaciones de los Proyectos: Orientación Preventiva a Adolescentes y Orientación Preventiva Infantil

Mediante la evaluación realizada entre 1998 y 1999 se intentó conocer el efecto del programa preventivo en alumnos de escuelas primarias y secundarias ubicadas en zonas de riesgo y alto riesgo. La muestra fue de tipo no aleatoria, e intencionada asignada por cuotas para cada una de las Unidades participantes.

La evaluación de resultados del proyecto Orientación Preventiva a Adolescentes, implicó el diseño de un instrumento ex profeso pre-post, que estableció tres indicadores a detectar en los adolescentes que tomaron los cursos: Exposición a factores estresores e intensidad del estrés, estrategias de afrontamiento del estrés y bienestar percibido. En contraste, el indicador de bienestar percibido observó mayores cambios en los adolescentes que toman los cursos (ver tabla). Asimismo se midió la imagen de la calidad del proyecto, cuyos resultados que se presentan en la gráfica 2.

En las evaluaciones realizadas al proyecto orientación preventiva infantil, los cambios en todas las áreas fueron mínimos, si bien evidentes; los contenidos evaluados buscan que los niños adquirieran más elementos para el autocuidado de la salud y por ende, prevenir de una mejor manera el problema del consumo de drogas.

7. Evaluación de aceptación del libro "Cómo proteger a tus hijos contra las drogas.

Guía Práctica para padres de familia".

En el 2000, se diseñó un proyecto especial denominado Círculos de lectura del libro "Cómo proteger a tus hijos contra las drogas. Guía práctica para padres de familia", cuyo propósito general es fomentar la lectura de este libro y apoyar la tarea preventiva de CIJ. El proyecto se desarrolla en todo el país en escuelas ubicadas en zonas de alto riesgo prioritarias.

Los Círculos de Lectura tienen como objetivos específicos:

- a) Apoyar a los padres de familia a fortalecer los factores protectores a partir de estrategias acordes con la edad de sus hijos y así disminuir el efecto de los factores de riesgo del consumo de drogas.

- b) Motivar el interés de los padres de familia por aprender las estrategias preventivas más adecuadas de acuerdo con la edad de sus hijos.
- c) Sensibilizar e informar a los padres sobre la situación actual del consumo de drogas en México.
Para la evaluación de este proyecto se diseñó un cuestionario con dos secciones: la primera recoge información socioeconómica; la segunda registra dos dominios: la adecuación de los contenidos del libro y la sensibilidad frente a la prevención del uso de drogas.
La muestra fue de 1,038 padres.
Con relación a los componentes del instrumento, muestra niveles de confiabilidad adecuados (alpha de Cronbach global = 0.892).

Los resultados obtenidos fueron:

- 1) Adecuación de los contenidos del libro
 - a) Comprensión y motivación en la lectura. La calificación promedio obtenida fue muy adecuada (9.79). Indicando que los contenidos del libro son muy accesibles, escritos en forma comprensible y amena, además de que consideran valioso el libro, lo continuarán leyendo por su cuenta y que lo recomendarían a otros padres de familia.
 - b) Satisfacción en la información sobre el cuidado de los hijos y la familia: la mayoría de encuestados consideran que el libro aclaró sus dudas sobre los temas tratados. La calificación promedio también fue muy adecuada (9.23).
 - c) Interés en el libro: La calificación promedio fue similar a los anteriores factores (9.75), ya que despertó el interés por conocer más acerca de cómo prevenir el uso de drogas, además generó especial interés en leer otros capítulos del libro.
- 2) Sensibilización frente a la prevención del uso de drogas
 - a) Conocimiento del problema e importancia atribuida a la prevención. La calificación promedio fue de 9.72, lo que hace suponer que se reconoció que el consumo de drogas está creciendo en México y que el uso de alcohol y tabaco se ha convertido en un problema entre los jóvenes.
 - b) Actitud ante el uso de alcohol y tabaco frente a los hijos: en esta área se tuvo una calificación de 87.3, lo que hace pensar que los padres se resisten a aceptar que al evitar fumar y beber alcohol delante de los hijos reduce el riesgo de que éstos usen drogas y favorecen su salud.
 - c) Actitud ante la disponibilidad de sustancias en el hogar. Esta área obtuvo la calificación promedio más baja de la escala (7.59), lo que significa que algunos padres de familia no consideran necesario tener bajo llave las sustancias de uso médico y los solventes que se encuentran en el hogar. (Gráfica 3).

En términos generales, se puede afirmar que la aceptación, utilidad y contenidos del libro, son muy favorables. Los porcentajes elevados de respuestas afirmativas reflejan que existe una amplia aceptación e indica que los padres de familia encuentran en el libro un instrumento que les provee de información pertinente, útil y relevante para la protección de sus hijos en contra del abuso de drogas.

CONCLUSIÓN

Como consecuencia de las cambiantes necesidades derivadas de la dinámica del consumo de sustancias en México, el modelo preventivo de Centros de Integración Juvenil y sus componentes evaluativos, han sido modificadas en busca de mejores resultados y de mayor impacto. Cada día Centros de Integración Juvenil, trabaja como parte de una sociedad organizada y consciente en la prevención de uno de los más graves problemas de salud que enfrenta el mundo.

Evaluación del modelo preventivo

PROYECTO PILOTO EN TLAQUEPAQUE

TABLA 1.

Fases de la evaluación de impacto

LINEA BASE	INTERVENCIÓN PREVENTIVA	EVALUACIÓN DE IMPACTO
Desde 1998: • Encuestas de prevalencia • Tendencias de consumo en Tlaquepaque y Tonalá	Encuestas de prevalencia: • Grupos Testigo en Tonalá • Plan de Intervención de tres años en Tlaquepaque. • Evaluaciones pre y post intervención para determinar resultados	Dos años más : • Encuestas de prevalencia • Tendencias de consumo en Tlaquepaque y Tonalá

TABLA 2.

Prevalencia del consumo de drogas legales e ilegales en los grupos de alumnos intervenidos, así como las aportaciones del proceso preventivo

	Consumo de alcohol*	Consumo de tabaco*	Consumo de drogas ilícitas*	Aportaciones
Jóvenes de primer grado (11-16 años)	35 %	38.5 %	6.2 %	El apego escolar aumentó de forma significativa al terminar el curso
Jóvenes de segundo grado (12-17 años)	48.4%	39%	7%	Al terminar el curso los estudiantes incrementaron el uso de las redes escolares, las visitas a sus compañeros de escuela, la preparación de alguna clase o examen, etc.
Jóvenes de tercer grado (13-17 años)	34.8%	38.5%	6.2%	Incrementaron la búsqueda de apoyo en las figuras de contención (padres y maestros), que se elevó de forma significativa a poco más de 35%

* Alguna vez en la vida

TABLA 3.

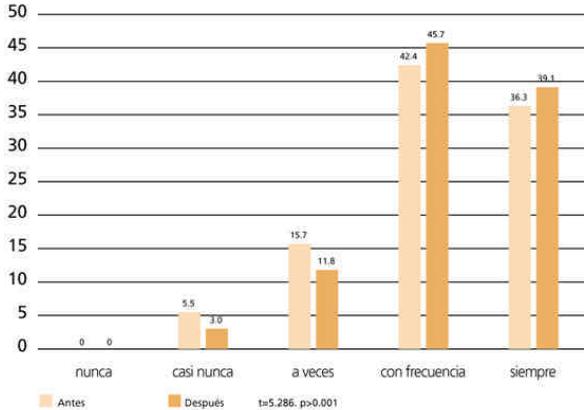
Valores para los cocientes de Correlación de Pearson (r) entre los estilos de comunicación por tipo de grupo antes y después de la intervención

GRUPO		ANTES		DESPUÉS	
		Pasivo	Asertivo	Pasivo	Asertivo
Intervenido	Pasivo	0.27*	—	0.31**	—
	Agresivo	0.26*	0.43**	0.28**	0.36**
Control próximo	Pasivo	0.60**	—	0.13	—
	Agresivo	0.61**	0.66**	0.26*	0.38**
Control distante	Pasivo	0.09	—	0.18	—
	Agresivo	0.24*	0.30**	0.18	0.69**

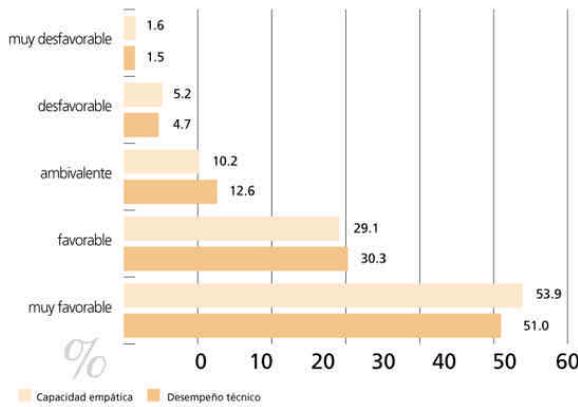
* p < 0.05;

** p < 0.01

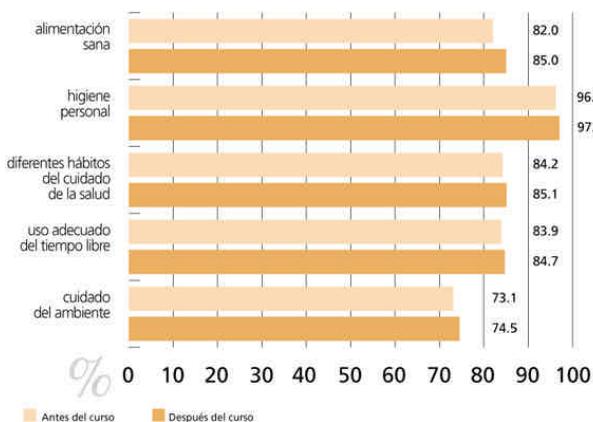
GÁFICA 1
Frecuencia de pautas adecuadas de ajuste marital antes y después de intervención



GÁFICA 2
Imagen de desempeño técnico y de la capacidad empática del coordinador



GÁFICA 3
Áreas evaluadas en los cursos de Orientación Preventiva Infantil y porcentuales de cambio



BIBLIOGRAFÍA

- Bustamante J. *Migración irregular de México a Estados Unidos: 10 años de investigación del proyecto Canon-Zapata*. Frontera Norte 2000; 12, enero-junio.
- Centros de Integración Juvenil A. C. *Estudio de Riesgos Macrosociales, de Farmacodependencia a nivel Municipal y red estratégica de atención en México*. México: CIJ 1998.
- Centros de Integración Juvenil, A. C. Evaluación de imagen de calidad de los servicios institucionales para la atención del consumo de drogas, 1995. Documento de circulación interna, México: CIJ. 1998.
- Centros de Integración Juvenil, A. C. Evaluación de resultados del proyecto *Orientación Preventiva Infantil* (1998-1999). Informe de Investigación: 99 - 04. México: CIJ. 2001.
- Centros de Integración Juvenil, A. C. Evaluación de resultados del proyecto *Orientación Preventiva de Adolescentes* (1998-1999). Informe de Investigación: 99 - 05. México: CIJ. 2001.
- Centros de Integración Juvenil, A. C. Evaluación de resultados del proyecto *Orientación Familiar Preventiva* (1998-1999). Informe de Investigación: 99 - 06. México: CIJ. 2001.
- Centros de Integración Juvenil, A. C. *Intervención Preventiva Controlada*. Tlaquepaque, Jalisco. Informe de Investigación: 02 – 03b. México: CIJ. 2001
- Centros de Integración Juvenil A. C. *Estudio Básico de Comunidad Objetivo* México: CIJ. 2002.
- Centros de Integración Juvenil, A. C. Evaluación de un programa de promoción de estilos de comunicación asertiva con estudiantes de educación media. Informe de Investigación: 01 – 04. México: CIJ. 2002.
- Centros de Integración Juvenil, A. C. Evaluación de un programa alternativo de información preventiva dirigido a incrementar la percepción de riesgo del uso de drogas entre estudiantes de educación básica. Informe de Investigación: 01 – 03. México: CIJ. 2002.
- Encuesta Nacional de Adicciones, México: Secretaría de Salud – Instituto Nacional de Psiquiatría. 1998.
- Hurcom C, Copello A, Orfort J. *The family and alcohol: effects of excessive drinking and concetualizations of spouses over recent decades*. Substance Use Misuse. March, 2000; 35 (4): 473-502.
- Observatorio Epidemiológico en Drogas. El fenómeno de las adicciones en México 2001. México: Secretaría de Salud 2001.
- Ortiz A. et al. *El consumo de heroína y otros opiáceos en México, Datos del sistema de reporte de información en drogas*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría 1997.
- Secretaría de Salud-Consejo Nacional contra las Adicciones. *Programa de Acción: Adicciones, Farmacodependencia*. México. 2001.
- Secretaría de Salud-Consejo Nacional contra las Adicciones. *Programa de Acción: Adicciones, Alcoholismo*. México. 2001.
- Secretaría de Salud-Consejo Nacional contra las Adicciones. *Programa de Acción: Adicciones, Tabaquismo*. México. 2001.
- Wagner E. et al. *Evaluación Cualitativa de Cinco Proyectos Preventivos*, 2da. parte. Evaluación Cualitativa de Acciones en Atención Preventiva y Curativa. México: 1989: 133-257. CONADIC, SSA, CIJ.

MODELO DE PREVENCIÓN DEL uso de alcohol, tabaco y otras drogas en el lugar de trabajo

Lic. Silvia Carreño García, Dra. Ma. Elena Medina-Mora, Dr. Arturo Ortiz, Mtra. Guillermina Natera,
Lic. Marcela Tiburcio, Dr. Agustín Vélez.
CONADIC / Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz"

INTRODUCCIÓN

El uso de alcohol es un problema de salud pública tanto en el ámbito mundial, como en nuestro país lo que ha generado diversas investigaciones orientadas a evaluar el problema en diferentes grupos de la población (Ames and Delaney, 1992; Rosovsky and Romero, 1996; Orford, Natera, Davies, Nava, Mora-Rios, Rigby, Bradbury, Copello, Velleman, 1998; Ames and Grube, 1999; Bray, Fairbank and Marsden, 1999; Medina-Mora, Borges, Villatoro, 2000).

Un grupo en riesgo para desarrollar problemas por el consumo de sustancias es el de trabajadores, porque están predispuestos a diversas situaciones de estrés que se reflejan en su salud, desempeño laboral, accidentes, ausentismo y disminución de la calidad del trabajo, entre otras. Este grupo de la población está en una etapa de su vida en que transcurre la mayor parte de sus horas productivas en el lugar de trabajo y no tiene relación con los servicios de salud.



DESCRIPCIÓN DEL MODELO

El programa modelo de prevención es una iniciativa internacional que ofrece una propuesta a los centros de trabajo para enfrentar el problema de uso y abuso de sustancias como el alcohol, tabaco y otras drogas. El modelo fue diseñado por el Dr. Sverre Fauske, (Fauske, Wilkinson, Shain, 1996) y está dirigido a empresas pequeñas, grandes y medianas.

El modelo fue adaptado a las condiciones culturales de los mexicanos a partir de un amplio programa de investigación llevado a cabo por el Instituto Nacional de Psiquiatría *Ramón de la Fuente Muñiz* (Medina-Mora, Carreño; De la Fuente, 1998) y fue extendido a la familia y a la comunidad (Natera and Tiburcio, 1998).

Los objetivos de este modelo son:

- 1) Establecer una infraestructura que integre tres componentes de la empresa, el **trabajador** (que puede ser a través de su sindicato) y el **departamento de recursos humanos**, para que sean capaces de implantar programas efectivos para la prevención de los problemas asociados al abuso de alcohol, tabaco y otras drogas, además que puedan conjuntar los recursos de la comunidad para dar una respuesta integral a los requerimientos del lugar de trabajo.
- 2) Desarrollar, poner en marcha y evaluar un programa de prevención y ayuda respecto al uso de alcohol, tabaco y otras drogas, que se oriente a los trabajadores y se extienda a la familia y la comunidad.

El cumplimiento de estos dos objetivos es básico para el funcionamiento del modelo dentro de cualquier empresa u organización laboral.

El modelo consta de 9 etapas para la introducción e implantación en las empresas, con la finalidad de asegurar su utilidad, continuidad y permanencia.

1. Formar un comité con la participación de todos los sectores: En este proceso juegan un papel muy importante por un lado *el gerente o directivo* para proporcionar el apoyo necesario, apoyado en su área de recursos humanos para la formación de un comité que se encargue de implantar, desarrollar y evaluar el programa. Y por otro, *la instancia representante de los trabajadores (el sindicato)* para realizar las actividades necesarias para informar a todos los agremiados sobre las acciones que tendrán lugar en el programa y con la confianza de que no es un proceso persecutorio sino que es en beneficio de la misma calidad de vida del trabajador. En algunas empresas ya cuentan con la comisión mixta de seguridad e higiene, que representa a los diferentes sectores de la empresa. Es necesario resaltar la importancia del papel que juega el área de recursos humanos, ya que el modelo se inserta en el Programa Empresarial de Aseguramiento de la Calidad y más específicamente en el componente de promoción de la salud, lo cual permite observar el desarrollo, funcionamiento, evaluación y permanencia del modelo en la empresa.

2. Establecer una política laboral en torno al consumo. Esta política debe, idealmente, elaborarse con el consenso de los niveles gerenciales y de los trabajadores, debe presentarse por escrito y difundirse entre todos los miembros de la empresa.

El diseño, puesta en operación y manejo del programa de prevención de abuso de sustancias en el lugar de trabajo, deberá ser una parte integral de un programa formal de aseguramiento de la calidad en la empresa, que fortalezca las políticas de salud, seguridad y bienestar contemplados en documentos técnicos de la organización.

3. Desarrollar un programa de prevención con énfasis en los niveles primario y secundario. Para realizarlo es recomendable hacer una Evaluación Inicial, tomando en cuenta que es importante conocer cual es el escenario real en el que se actúa, este proceso debe incluir:

- Evaluar las necesidades de un programa general de promoción de salud dentro de la organización y enfocarlo a las actividades de prevención del uso de alcohol y de otras drogas.
- Evaluar el perfil individual del consumo de alcohol y otras drogas. Es importante incluir también datos de tipo demográfico, información proveniente del personal de la empresa y de los servicios de salud ocupacional.
- Evaluar el clima general del ambiente laboral.

A partir de esto, es importante especificar que la prevención es el conjunto de acciones que evitan la aparición o detienen la evolución de un trastorno y disminuyen el riesgo de adquirirla. Existen 2 estrategias fundamentales que orientan a los programas destinados a prevenir el uso de alcohol y otras drogas en el lugar de trabajo: los programas enfocados a la prevención y los programas destinados a los problemas ya existentes en la empresa. El programa se orientará predominantemente a la prevención ya que en los programas orientados a los problemas, la fortaleza de su concepto también es su mayor debilidad: *se enfocan al individuo que ya tiene un problema*. Es más fácil, efectivo y de menor costo ofrecer prevención antes que los trabajadores hayan desarrollado dependencia y hayan transgredido repetidamente las reglas del lugar de trabajo y las políticas de la vida laboral.

Los riesgos más agudos están relacionados con incidentes esporádicos, tales como el beber demasiado o estar bajo la influencia de alcohol o de otras drogas en el momento y lugar equivocados. Todas esas circunstancias afectan los mecanismos que la persona tiene para hacer frente a un determinado riesgo o situación. La tarea crítica ahora es ir más allá del cuidado de los individuos a fin de hacer frente a cuestiones sociales más amplias a través de métodos de prevención que sean parte de la estructura propia de la empresa.

4. Diseñar estrategias de intervención para trabajadores. En los programas que se enfocan a la prevención, la meta principal es la de tipo primaria y secundaria, mientras que se hace un menor énfasis en lo referente al tratamiento y la rehabilitación. Este modelo se basa en la metáfora del semáforo:

- **Luz Verde:** no consumo de drogas, tabaco y no consumo o consumo moderado de bebidas alcohólicas
- **Luz Amarilla:** se requiere de modificar hábitos y conductas con apoyo, a fin volver a la luz verde
- **Luz Roja:** el empleado tiene problemas y requiere de ayuda profesional continua a fin de reintegrarlo a la vida productiva

Esto también significa que es necesario enfocarse al cambio de *Actitudes, Valores y Conductas*. Las actitudes y la experiencia se dan en un contexto social que tiene Reglas y Normas del conocimiento y que a su vez son parte de la red social, el lugar de trabajo o la sociedad en general. Esto hace que el lugar de trabajo tenga una característica única y se considere como un sitio privilegiado para las actividades de prevención.

En esta transición hacia la prevención primaria, la idea principal será prevenir que cada miembro de la organización desarrolle problemas asociados al abuso de drogas. El reto será integrar esto en la conciencia de la organización. Por lo anterior es importante tener en cuenta:

- Las estrategias de reducción de la oferta, tales como las medidas para regular la disponibilidad del alcohol en el lugar de trabajo
- Identificar categorías del personal en riesgo dentro del medio laboral
- Dar información y crear una conciencia de alerta en cada uno de los niveles de la fuerza de trabajo incluyendo la gerencia

En una cultura que acepta el uso de alcohol, la prevención primaria tiene que ser pragmática más que dogmática. En vez de pretender evitar que la gente beba, la prevención podría enfocarse recomendar a las personas acerca de cómo enfrentarse con el alcohol y cómo hacerlo en situaciones cotidianas y en ocasiones especiales.

5. Identificar y manejar los problemas. Se propone realizar procedimientos de detección temprana y de intervención breve con los siguientes pasos: i) **Pregunte e investigue** acerca del consumo de alcohol, ii) **Evalúe** los problemas relacionados con el alcohol, iii) **Aconseje** la acción apropiada a tomar. Con base en el resultado de la evaluación se da la recomendación al trabajador y se le apoya para tomar una decisión con respecto a su consumo y iv) **Siga** el progreso del sujeto. En este punto es importante recordar la necesidad de hacer un seguimiento de los logros que está teniendo el trabajador (Romero, y cols. 2001). Para la identificación de casos existe el cuestionario AUDIT que puede ser empleado como un instrumento de auto-evaluación, o como base para una entrevista estructurada. Contiene 10 preguntas con las que se puede determinar un consumo peligroso, dependiente y nocivo para el trabajador. También es posible utilizar la prueba breve compuesta por las tres primeras preguntas del AUDIT relacionadas con el nivel de consumo de alcohol (Medina-Mora, Carreño; De la Fuente, 1998; Carreño, 1998).

6. Entrenar a supervisores y personal de salud. El papel del personal de salud ocupacional es muy importante porque permite la detección temprana del uso de sustancias. En general, es necesario diseñar programas especiales para el entrenamiento de este personal sobre temas relativos al uso de sustancias. Se les deberá capacitar en la detección y manejo de trabajadores en riesgo o con problemas por el consumo de drogas.

La posición de supervisor es excelente para darse cuenta de las variaciones en el rendimiento laboral dentro del grupo de trabajo, los supervisores pueden ser entrenados, para la detección temprana de cambios en la conducta, en donde los indicadores más útiles respecto al uso de sustancia están comprendidos en las siguientes categorías: ausentismo laboral, rendimiento en el trabajo, hábitos y estados de ánimo. Asimismo para identificar cómo, cuándo y dónde referir los casos si se necesitara más ayuda. Su labor primordial es monitorear el rendimiento en el trabajo, para ello requiere: a) estar suficientemente preparado a fin de tener una comunicación adecuada con los trabajadores, b) hacer el seguimiento de los acuerdos logrados y c) referir oportunamente los casos con problemas a los servicios de salud correspondientes.

7. Establecer un programa de referencia a tratamiento. Incluye el desarrollo e instrumentación de una política de manejo de trabajadores con dependencia, para lo cual se cuenta con los programas de prevención terciaria, es decir de tratamiento y rehabilitación. Se parte de que es la responsabilidad principal de centros de tratamiento externos a la empresa. De cualquier manera, la colaboración entre la gerencia y los empleados es absolutamente esencial en la tarea de crear las respuestas adecuadas y necesarias en tales situaciones. Aquí es muy importante el tema de la confidencialidad. El punto principal es asegurar que todas las partes involucradas conozcan las reglas de comunicación y las acciones que se deben tomar cuando hay problemas. Se pueden incluir otras alternativas como son los grupos de autoayuda.

8. Dar seguimiento a las acciones del programa. Evaluar el proceso, resultados e impacto. El programa cuenta con un componente muy importante de evaluación, cuyo objetivo primordial es: Evaluar el impacto de los programas de prevención, de este se desprenden específicamente: a) determinar los obstáculos y posibilidades de instrumentar acciones preventivas en el lugar de trabajo y extenderlas a la familia, b) evaluar y documentar los antecedentes, procesos, resultados e impacto del programa de prevención instrumentado, y c) hacer modificaciones al modelo a fin de aplicarlo a Latinoamericanos. Se cuenta con instructivos e instrumentos que permiten monitorear los progresos del programa, de tal manera que es posible, en caso necesario, modificar o intensificar acciones de acuerdo con las necesidades.

9. Realizar la extensión de los programas a la familia y a la comunidad. Con el fin de crear una cultura de prevención y garantizar los cambios a largo plazo es necesario crear programas de apoyo a la familia. El consumo de sustancias tiene consecuencias adversas en la salud física y psicológica, pero afecta también la vida social de los individuos, gran parte de los efectos negativos recaen principalmente en la familia. Por ello, el objetivo principal es apoyar a las empresas para desarrollar programas y estrategias de prevención del abuso de alcohol y otras drogas orientados a las familias de los trabajadores y a la comunidad.



BASES TEÓRICAS

El modelo está basado en la teoría cognitivo conductual, y más específicamente en El Ciclo del Cambio (Prochaska y DiClemente, 1983), que propone dar información al individuo cuyas conductas le causan problemas como fumar, beber o consumir otras drogas aún cuando no existan síntomas de dependencia. Algunos autores consideran que el abuso en el consumo de sustancias es en gran medida un problema de naturaleza conductual, es decir, se trata de algo que la gente aprende a hacer de la misma forma en que aprende a realizar muchas otras actividades.

Esta forma de observar el consumo de sustancias plantea la posibilidad de intervenir para modificar tanto la conducta, como sus consecuencias. Algunas investigaciones han demostrado que una proporción importante de personas que dejan de fumar, por ejemplo, atraviesan diferentes etapas hasta que logran abandonar completamente esta conducta (Prochaska y DiClemente, 1983).

El punto donde inicia el ciclo de cambio se conoce como **Ignorancia**, esta fase se caracteriza porque las personas son incapaces de reconocer que su conducta (beber, fumar o consumir otras drogas) tiene consecuencias dañinas.

La etapa siguiente se denomina **Precontemplación (reflexión)**. En este momento, las personas pueden reconocer algunos aspectos negativos de la conducta en cuestión, sin embargo, no están convencidas de que es necesario cambiar y por lo tanto siguen consumiendo.

Se espera que después de esa fase las personas lleguen a la etapa de **Contemplación (determinación)**, en donde a pesar de que siguen consumiendo, piensan más seriamente en la necesidad de cambiar su conducta en el futuro inmediato, reconociendo que tienen un problema.

Posteriormente, se llega a la etapa de **Acción**. Como su nombre lo indica, en esta etapa las personas realizan diferentes acciones específicas para modificar su conducta y dejar de consumir.

A continuación sigue la etapa de **Mantenimiento**, en esta parte del proceso los individuos deben realizar diferentes esfuerzos para mantener las ganancias que adquirieron al dejar de consumir y centran su interés en mantenerse alejados de la sustancia que les causaba problemas en las fases iniciales. No obstante, es probable que para algunas personas esta etapa resulte más difícil que para otras y por lo tanto vuelvan a consumir. El regreso al consumo comúnmente se llama **Recaída**.

Para muchos la recaída es sinónimo de fracaso, pero desde el punto de vista del ciclo de cambio una recaída es una oportunidad para el aprendizaje, ya que es necesario revisar las estrategias que se emplearon durante las etapas de Acción y Mantenimiento, detectar cuáles han sido las debilidades, proponer un nuevo plan de acción con base en las observaciones, e intentarlo de nuevo.

La experiencia demuestra que para modificar sus hábitos de consumo, toda la gente no necesariamente pasa por todas las etapas de manera lineal, pero también se ha observado que cuando un individuo atraviesa cada una de las etapas del ciclo de cambio, la probabilidad de recaer o volver a los antiguos patrones de consumo, es menor.

Por ello, la importancia de contar con estrategias dirigidas a las personas que se encuentran en cada una de las etapas para avanzar en el proceso; como se ha visto, el paso más importante es cruzar de la ignorancia a la precontemplación. En este punto, la información juega un papel sumamente importante pues representa el

elemento que permite tomar conciencia del problema a través de la reflexión y la identificación de síntomas.

Una vez que la persona toma conciencia de su problema y decide cambiar su conducta, es necesario que cuente con alternativas de intervención (programas de tratamiento), para facilitar el abandono de la conducta problema y la adquisición de conductas saludables.

El modelo de cambio no es un modelo de tratamiento, por el contrario, es una forma sencilla y práctica de explicar el proceso de modificación de la conducta. Resalta el hecho de que el cambio es posible incluso sin ayuda experta y que no es necesario llegar a tener problemas serios o “tocar fondo” para decidir abandonar un hábito. Asimismo, abre diversas posibilidades para el desarrollo de estrategias específicas que ayuden a las personas a avanzar de manera adecuada a lo largo del proceso de cambio.

La psicología ha realizado importantes aportaciones en la investigación y el desarrollo de intervenciones breves que ayudan a los individuos a reconocer que tienen un problema y favorecen el establecimiento de un compromiso individual para cambiar. De acuerdo con Miller (1995), dichas intervenciones deben:

- **Retroalimentar:** Tradicionalmente, la prevención del consumo de sustancias se ha basado en proporcionar información acerca de los efectos dañinos de las diferentes drogas. Este tipo de intervenciones ha tenido muy poco éxito ya que no favorecen la reflexión sobre la conducta individual. Una forma de retroalimentar consiste en revisar la frecuencia y la cantidad de consumo de un individuo y discutir el resultado, compararlo con datos referentes al total de la población o bien, con límites previamente establecidos.
- **Fomentar la responsabilidad:** Es más factible que alguien logre una meta cuando es él o ella misma quien la ha elegido. En lugar de dar mensajes amenazantes o restrictivos, es mejor dejar claro que la decisión de cambiar es un asunto estrictamente personal y que nadie puede modificar los hábitos de otro, es la persona afectada quien debe comprometerse con su propio proceso de cambio.
- **Aconsejar:** En este contexto aconsejar significa hacer algunas sugerencias sobre cómo puede lograrse el cambio de conducta, esto difiere notoriamente de dar órdenes, dirigir, pero es totalmente compatible con la libertad de elección a que se hizo referencia en el punto anterior.
- **Dar opciones:** Una vez que la persona ha decidido cambiar es conveniente que exista por lo menos una alternativa de intervención científicamente comprobada para ayudarlo a lograr el cambio. Contar con asistencia y apoyo es mejor que intentar cambiar solo.
- **Adoptar una actitud empática:** El concepto “empatía” hace referencia a la capacidad de escuchar atentamente y proporcionar apoyo de una manera cálida. Las personas involucradas en los programas de prevención e intervención deben desarrollar estas habilidades a fin de mantener buenas relaciones con las personas que han decidido cambiar y ser un apoyo a lo largo de todo el proceso.
- **Fortalecer la auto-eficacia:** Significa mantener el optimismo y la confianza en que el cambio es posible para poder transmitir esta actitud a los individuos que desean modificar su conducta.

BASES DE INVESTIGACIÓN

El modelo de prevención del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en trabajadores y sus familiares, fue aplicado en México por el Instituto Nacional de Psiquiatría *Ramón de la Fuente Muñiz* con el apoyo de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Programa de Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas (PNUFID) y el Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC), (Medina-Mora, Carreño y Ortiz, 1998; Natera y Tiburcio, 1998).

Los objetivos principales fueron: a) obtener el diagnóstico inicial del problema en la empresa, b) desarrollar y evaluar el programa y los materiales de intervención y c) evaluación de la intervención y el impacto.

El proceso de introducción del modelo se realizó en una empresa textil, de un área semirural del estado de Hidalgo, es una empresa orientada a la calidad y que cuenta con cinco plantas, el proyecto se inició sólo con una de las plantas a fin de evaluar el proceso completo.

La primera etapa de la investigación fue obtener la evaluación inicial sobre el nivel de consumo de drogas. El estudio fue transversal, descriptivo y de campo ya que es un primer acercamiento a esta población (diagnóstico), se utilizó un cuestionario cerrado y se aplicó a través de entrevista con el trabajador (Medina-Mora, Carreño y Ortiz, 1998; Carreño, 1998).

Los resultados más importantes fueron: el consumo de alcohol en los trabajadores no es diario, pero se beben grandes cantidades de alcohol por ocasión de consumo.

Con la prueba breve del AUDIT, se observó que la mayor parte de los trabajadores no consumían o su consumo era moderado y sin problemas (luz verde, 67.3%), una proporción menor (luz ámbar, 28.7%) tenían riesgo de desarrollar problemas relacionados con el alcohol por su forma de beber y un porcentaje más bajo (luz roja, 3.8%) tenían un consumo peligroso por la cantidad excesiva y frecuencia, y la mayor parte de los accidentes (98%) ocurrieron entre las personas que se clasificaron en luz verde y ámbar.

Con respecto al uso de otras drogas, el 9% del total de la muestra dice fumar de 11 a 20 cigarros diarios y la edad de inicio para el uso del tabaco es de 15 a 18 años. La droga que más reportan son los inhalables (17.6%), de la misma manera hay más usuarios experimentales (10.4%).

ADAPTACIÓN DEL MODELO A LA CULTURA MEXICANA

Los principales cambios realizados en cuanto a la forma de consumo fueron; en vez de un consumo diario, se propone el consumo de alcohol ocasional de acuerdo con la forma de beber en México, el establecimiento de niveles de consumo de menor riesgo, cambio en el foco de atención del alcoholismo al consumo excesivo, de tal manera que se promueve el no consumo y el consumo moderado de bebidas alcohólicas, se desarrolló la prueba rápida del AUDIT, para tener un instrumento breve (tres preguntas) que le ayude al trabajador a identificarse con la metáfora del semáforo, se establecieron límites de consumo de menos riesgo para hombres y mujeres. Asimismo se desarrollaron materiales de apoyo en español para facilitar la instrumentación del modelo en las empresas mexicanas.

A partir de los datos, se estableció la estrategia de intervención haciendo énfasis en la prevención del consumo de alcohol como uno de los problemas más extendidos entre la población. Se desarrolló el material educativo que incluyó: i) una primera serie de carteles, diseñados con imágenes de la empresa y con mensajes relacionados con los conceptos del programa; ii) una segunda serie de carteles, diseñados para enseñar a los trabajadores a contar lo que beben; iii) un video que fue desarrollado para el proceso de inducción de los trabajadores de nuevo ingreso a la empresa, incluyendo la política de la empresa acerca del abuso de sustancias, iv) un folleto (tríptico), que contenía la prueba breve de AUDIT y que se desarrolló con la finalidad de que el trabajador se auto-evalúe y tome la acción recomendada de acuerdo con su ubicación en el semáforo. Además contenía una tabla con la equivalencia de bebida alcohólicas, usando fotos con las bebidas acostumbradas en la localidad y recomendaciones para la familia, v) capacitación al personal de salud.

Los objetivos principales de la intervención fueron: i) evaluar la asociación de colores con las luces de la metáfora del semáforo verde-ámbar y rojo; ii) evaluar los cambios en conocimientos y actitudes acerca de los efectos del alcohol; iii) determinar las variaciones en la conducta y iv) evaluar el impacto de los problemas relacionados con el consumo de alcohol en el lugar de trabajo.

Se aplicó un cuestionario antes de iniciar la intervención y seis meses después en una muestra representativa de trabajadores, se utilizó un cuestionario cerrado que contenía características generales, asociación de colores con consumo de alcohol, la prueba breve de AUDIT y preguntas sobre problemas familiares.

Entre los resultados más importantes, se encontró que hay una aceptación de la metáfora del semáforo para la introducción del concepto de riesgo asociado a los niveles de consumo de alcohol, se realizó la adaptación y metodología del material, lugares y tiempo de exposición, se observó un bajo impacto en la estrategia de luz verde en conocimientos y creencias, ya que éste se espera más a largo plazo y se obtuvo un cambio satisfactorio en la conducta por la disminución en el número copas que consumen los trabajadores antes y después de la intervención.

EVALUACIÓN

Los objetivos de investigación de la evaluación del modelo fueron: i) identificar los elementos que favorecen o restringen la prevención de abuso de sustancias en los ámbitos laboral y familiar, ii) obtener información necesaria del proceso y resultados de la instrumentación, iii) elaborar recomendaciones para la adaptación del programa al contexto mexicano y iv) extender el programa a la familia.

Para lograr cada uno de los objetivos, se utilizó una combinación de métodos cualitativos (focales con trabajadores, entrevistas con gerentes y representantes sindicales) y cuantitativos (cuestionario de detección de necesidades), (Medina-Mora, Carreño y Ortiz, 1998). Los resultados más importantes muestran que los obstáculos de introducción del modelo en la empresa fueron:

Las empresas privadas regularmente no quieren asumir costos, en algunos casos este problema estuvo asociado a la situación económica del país que se traducía en una crisis económica interna de la empresa. Para lo cual se recomienda capacitar a los directivos y líderes sindicales acerca del costo-efectividad que tiene la prevención en el lugar de trabajo.

Por otro lado, en las empresas públicas los cambios en la dirección o gerencias determinan un cambio en las prioridades, lo cual implica que se pierde la continuidad en el desarrollo del modelo en la organización.

Otro punto que puede obstaculizar el proceso es la postura del sindicato, por lo que se hace especial énfasis en la formación del comité en donde estén representados todos los sectores y de esta manera, se puede lograr el acuerdo con la Gerencia.

Si el programa no se inserta en el componente promoción de la salud del trabajador, las posibilidades de permanecer se reducen, ya que no se establece la infraestructura. Aunado a este punto una de las estrategias que funciona mejor es la introducción a través del área de recursos humanos y no por el área médica, ya que la visión de esta área está más orientada hacia el tratamiento-rehabilitación por lo que su participación es mucho más útil dentro de las estrategias de luz ámbar. Mientras que por la de recursos humanos se puede insertar también en la capacitación de superación personal y desarrollo organizacional.

En el proceso del establecimiento de las estrategias preventivas es importante realizar una etapa de sensibilización a través de avisos a los trabajadores sobre el programa que se inicia, en la aplicación de cuestionarios asegurar el anonimato de las respuestas para evitar la desconfianza de los trabajadores, se recomienda que la aplicación esté a cargo de personal externo a la empresa.

La recomendación más importante es realizar la adaptación del Modelo a la empresa y el desarrollo de las estrategias de acuerdo con las necesidades específicas a la problemática de cada lugar de trabajo.

En este proyecto se realizó la extensión de programa a la familia encontrándose que el trabajador es un vector idóneo para transmitir prevención a la familia, asimismo se identificó que la familia y el grupo médico de la empresa son buenos promotores para la prevención, se hace especial énfasis en el fortalecimiento del vínculo **Empresa-Familia-Comunidad**, así como la evaluación continua del impacto. (Natera y Tiburcio, 1998).

DISEMINACIÓN

La diseminación del modelo se ha realizado a través de diferentes formas:

- a) presentaciones en eventos científicos como seminarios, congresos, coloquios, mesas redondas tanto nacionales como internacionales.
- b) también se ha diseminado en foros educativos como carreras de psicología, especialidades en adicciones de universidades tanto públicas como privadas, y en
- c) empresas específicas interesadas en la introducción del Modelo. Asimismo se ha proporcionado capacitación a empresas de la rama textil, química, gastronómica, hotelera y azucarera, en el desarrollo de estrategias de prevención basadas en el modelo.

MATERIALES

- **Manual General del Programa Modelo de Prevención del Consumo de Alcohol, Tabaco y Drogas en Trabajadores y sus Familias. Cómo Introducir el Programa a su Centro de Trabajo.** Carreño S., Ortiz, A., Medina-Mora, M. E., Natera, G., Tiburcio, M., Martínez, N. Vélez, A. y Fauske, S. (2000). Instituto Nacional de Psiquiatría *Ramón de la Fuente Muñiz*, México No. ISBN: 986-7652-37-3. Reimpresión CONADIC.
- **Uso responsable de Bebidas Alcohólicas. Cómo lograr abstinencia o beber en forma moderada. Una adaptación al contexto mexicano.** Carreño, S., Berenzon, S. Medina-Mora, M.E., Ortiz, A. y Juárez, F. (2000) Instituto Nacional de Psiquiatría *Ramón de la Fuente Muñiz*, México, D.F. Reimpresión CONADIC.
- **Uso Responsable de Bebidas Alcohólicas. Instructivo para el Orientador. Cómo lograr abstinencia o beber en forma moderada. Una adaptación al contexto mexicano.** (2000) Romero, M., Rivera, E. Martínez-Vélez, N. y Carreño, S. Instituto Nacional de Psiquiatría *Ramón de la Fuente*, México. Reimpresión CONADIC.
- **Orientación para las familias de los trabajadores. Prevención para el Consumo de Alcohol y Drogas.** (1998). Natera, G., Orford, J. y Tiburcio, M. Instituto Nacional de Psiquiatría *Ramón de la Fuente*, México. Reimpresión CONADIC.
- **Prevención del Consumo de Alcohol y Drogas en el Trabajador y sus Familiares. Manual para el Orientador.** (1998). Natera, G., Orford, J., Tiburcio, M. y Mora, J. IMP, México. Reimpresión CONADIC.

REFERENCIAS

- Ames, G. and Delaney, W. Minimization of Workplace Alcohol Problems: The Supervisor's Role. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 16(2), March/April, 1992
- Ames, G. PH.D. and Grube J. W. Alcohol Availability and Workplace Drinking: Mixed Method Analyses. *Journal of Studies on Alcohol*, 60(3):352-361, 1999
- Bray, R., Fairbank, J. and Marsden, M. Stress Substance Use Among Military Women and Men. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 25(2), 239-256, 1999
- Carreño, S. (1998). El consumo de alcohol en trabajadores de una empresa textil. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM. México.
- Fauske, S.; Wilkinson, A.; Shain, M. (1996). Communicating Alcohol and Drug Prevention Strategies and Models across Cultural Boundaries: Preliminary Report on An ILO/WHO/UNDCP (International Labour Office/World Health Organization/ United Nations International Drug Control Program) Interagency Program. *Substance Use & Misuse*, 31(11 & 12), 1599-1617.
- Medina-Mora, M.E., Borges, G., Villatoro, J. (2000). The measurement of drinking patterns and consequences in México. *Journal of Substance Abuse*, 12, 186-196
- Medina-Mora, M.E., Carreño, S. and De la Fuente, J.R. (1998). "Experience with the alcohol use disorder identification test". In: *Recent Developments in Alcoholism, Vol. 14: The Consequences of Alcoholism*. Edited: Marc Galanter. ISBN: 0-306-45747-4, 383-396.
- Medina-Mora, M.E., Carreño, S. and Ortiz A. (1998). Model Program for the Prevention of Drug and Alcohol Abuse among Workers and their Families. Results from the Research Component. **Reporte Técnico. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz** (cisma@imp.edu.mx)
- Miller W. R. (1995): Increasing motivation for change. In: Hester R. K.; Miller W. R. (eds.): **Handbook of alcoholism treatment approaches. Effective alternatives**. Allyn and Bacon, Needham Heights, Massachusetts
- Natera, G. Carreño, S. and Tiburcio, M. (1998). Model Program for the Prevention of Drug and Alcohol Abuse among Workers and their Families. Results from Family Component. **Reporte Técnico. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz**
- Orford, J.; Natera, G.; Davies, J.; Nava, A.; Mora-Rios, J.; Rigby, K.; Bradbury, C.; Copello, A.; Velleman, R. (1998). Stresses and strains for family members living with drinking or drug problems in England and Mexico. *Salud Mental*, 21, 1
- Prochaska & DiClemente (1983): Stages and Processes of Self-change of Smoking: Towards and Integrated Model of Change, *Journal of Consulting Clinical*
- Rosovsky, H. and Romero, M. (1996). Prevention issues in a multicultural developing country: The Mexican case. *Substance Use & Misuse*, 31 (11 & 12), 1657-1988

MODELO PREVENTIVO DE riesgos psicosociales para menores, adolescentes y sus familias

CHIMALLI-DIF

Dirección de Protección a la Infancia

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

INTRODUCCIÓN

La política de asistencia social del Gobierno de México que desde 1978 es responsabilidad del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, ha tenido a lo largo de los últimos años una transformación paulatina, que se expresa en una clara tendencia a evolucionar del campo de las necesidades al de los derechos.

Aún cuando la creación del DIF respondió a una necesidad de modernizar la asistencia social, teniendo por primera vez como referentes de su labor a la familia y la comunidad, colocándola como política en la perspectiva del desarrollo social, todavía en los años 70's y 80's y con esto es particularmente válido en el caso de la niñez, se siguió privilegiando de la instrumentación de modelos de atención que enfatizaban los procesos rehabilitatorios y de institucionalización mediante albergues y casas asistenciales, para producir un sistema de vida autógeno, es decir, transmisor de experiencias de aprendizaje. En el fondo se trataba de una visión tutelar que consideraba a la infancia solo como sujeto de necesidades y que la atendía básicamente desde la perspectiva de su condición jurídica. Ello incluso frente a la emergencia de fenómenos sociales inéditos en nuestro país para ese entonces, como la proliferación de los menores en situación de calle.

No es hasta los albores de la presente década, en que se empieza a considerar a la infancia como sujeto de derechos. La Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, fue el punto de inflexión que impulsó un cambio a favor de la infancia y que permitió pasar de una política orientada a garantizar un piso básico de bienestar para la niñez, a una política que le reconoce, además, derechos iguales al del resto de la población y por tanto la considera como un sujeto activo social, económica y políticamente. Este nuevo enfoque no permeó y orientó de manera inmediata la política y los programas gubernamentales; en muchos de los casos se siguieron reproduciendo actitudes que en la práctica dejaban de lado esta nueva perspectiva.

En este contexto, el DIF procesó en los últimos años un cambio en su enfoque institucional para constituir una perspectiva más amplia que incorpora:

- **El replanteamiento de la asistencia social.** Que va más allá de concebirla como una política de ayuda y reparación de daños, para orientarla hacia la prevención de riesgos.
- **La integración social.** Entendida como una discriminación positiva, que busca equilibrar oportunidades en favor de aquellos grupos y personas que por sus desventajas jurídicas, sociales o físicas se ven incapacitados para ejercer sus derechos y acceder a la justicia.
- **El fortalecimiento familiar.** Para apuntalar con acciones afirmativas a la familia, como el espacio de seguridades y bienestar para todos sus miembros, en particular los más vulnerables, las niñas y los niños entre ellos, y el acceso al bienestar. Entendido éste no solo en su dimensión material, sino en su sentido más amplio que se refleje de manera importante en las capacidades y oportunidades para el ejercicio pleno de derechos, en el fortalecimiento del autoestima, la dignidad y el respeto.

La base del replanteamiento en la atención a los niños en situación de calle, la constituyen los resultados del **Estudio de niñas, niños y adolescentes trabajadores en 100 ciudades**, (UNICEF, DIF, PNUFID, 1999) el cual permitió por primera vez, disponer de información confiable sobre los riesgos psicosociales presentes en el medio en que se desenvuelven estos menores; tal es el caso del uso y abuso de drogas. Ahora sabemos por ejemplo, que hasta en un 28% de los varones y en un 22% de las niñas en situación de calle, se desenvuelven en ambientes altamente propicios al consumo de sustancias tóxicas; que las han consumido 7 de cada 100 varones y 3 de cada 100 niñas. En el caso extremo, se encuentran las niñas y niños que han roto su vínculo con la familia, en quienes el consumo de sustancias llega al 55%.

Si bien es cierto que ya existen en las calles un porcentaje de menores adictos y con trastornos emocionales que requieren atención especializada por parte de los servicios de salud de las ciudades y localidades, es un hecho que dichas estrategias se focalizan en aquellos sujetos que ya presentan un cuadro de adicción dejando de lado a muchos otros grupos que sin ser adictos, se encuentran en ambientes de riesgos. En este sentido, la tarea del DIF, deberá ser la de proteger el desarrollo de aquellos menores que trabajan o se desenvuelven en un medio ambiente adverso, pero que mostrando ya conductas de riesgo psicosocial, aun no desarrollan trastornos.

Pero no solo los resultados del Estudio citado dan cuenta de la necesidad de abordar esta problemática con una estrategia homogénea y nacional, ésta ha sido una preocupación constante del sistema DIF en los estados y municipios, pues son ellos, la primera instancia que recibe las demandas de los padres de familia e incluso de la comunidad.

Es precisamente este contacto con los problemas más íntimos de la familia y la presencia permanente del DIF a escala nacional en la atención a la niñez en condiciones de vulnerabilidad, lo que le da a la institución la posibilidad de contribuir en la disminución de las causas que generan el fenómeno de las adicciones en este grupo infantil, a través de la prevención y la sensibilización de los propios menores sujetos de riesgo, así como de sus familias y la comunidad en que se desarrollan.

Sin embargo, esta estrategia preventiva debe ir más allá de la mera orientación. Si desean lograrse resultados, se debe trabajar en incrementar las fortalezas de los individuos, ayudando a las niñas, los niños y jóvenes a construir proyectos de vida positivos con metas alcanzables que les permitan decir no a las drogas, favorecer la participación comunitaria para mejorar las condiciones familiares y sociales que propician las adicciones y disponer de información confiable y oportuna para orientar las actividades de prevención primordial, es decir, aquella que se lleva a cabo en las escuelas y los hogares que pretenden promover y proteger el desarrollo humano más allá de curar o evitar enfermedades.

Ese es el sentido del Modelo Preventivo de Riesgos Psicosociales para Menores, Adolescentes y sus Familias Chimalli-DIF, que busca ser una herramienta útil para los promotores infantiles comunitarios (PIC) de los programas del DIF relacionados con los riesgos psicosociales.

El Modelo Chimalli-DIF se orienta hacia el incremento de habilidades de protección por dirigirse a lograr competencia social, resolución de problemas y adopción de un sentido propositivo en las familias de niñas, niños, y adolescentes, y sus familias. Asimismo, constituye una base o punto de arranque para el desarrollo de materiales preventivos y programas regionales específicos de prevención del uso y abuso de drogas, la conducta antisocial, los eventos negativos de la vida y el estilo de vida, abordando todo esto de forma integral y con la participación de la comunidad misma; ello supone modificar viejos paradigmas para el diseño de los planes de acción o intervenciones preventivas, cambios en nuestras maneras de enfocar el fenómeno y de hacerle frente.

DESCRIPCIÓN DEL MODELO

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

ANTECEDENTES

El Modelo Chimalli pareció conveniente para atender las necesidades del DIF, en primer lugar por su fuerte componente comunitario, que permitía transformar el papel de educador de calle en el de un promotor infantil comunitario, que promueve redes vecinales a favor de la prevención, además de que por su componente de investigación – le permite diagnosticar conductas de riesgo – protección, actitudes y habilidades de protección, además de evaluarlas antes y después de un ciclo preventivo – establecer una evaluación confiable, y, finalmente, porque permite construir fácilmente materiales preventivos a partir de lineamientos básicos utilizando técnicas psicosociales, psicocorporales y psicoeducativas adaptables a grupos de menores y familiares en comunidades abiertas. (Castro M.E., Llanes J., 1997; Castro M.E., Llanes J., 1998; Castro, M.E., Millé, C. 1997). Es decir, se trata de un modelo cuyos componentes permiten una evolución sistemática a partir de la aplicación de los conocimientos científicos a la transformación de la realidad con el que se pueden diseñar programas y materiales preventivos diferentes para cada región del país y con la especificidad que cada comunidad tiene y exige.

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

Las bases de investigación están constituidas por los estudios epidemiológicos llevados a cabo en población escolar de 1976 a la fecha, en los que se comprueba que los adolescentes que reportan usar drogas también presentan otras conductas de riesgo relacionadas con salud, sexualidad, conductas antisociales, consumistas o compulsivas y el manejo de los eventos negativos de la vida con sus padres, maestros y amigos. (Castro. M.E. 1994). Además, para lograr la adaptación Chimalli-DIF, resultó de gran utilidad para dicho estudio, porque abrió la posibilidad de ver con claridad que del total de menores trabajadores estudiados en la calle y en lugares cerrados de trabajo y en los espacios públicos en los que ejercen sus labores, únicamente pueden ser considerados como reales niños de la calle, del 2 al 8 %, según los factores que se consideren, lo cual amplía en forma importante las posibilidades de llevar a cabo acciones preventivas con la familia en más del 90%. Además, pudo observarse que la mayoría de los menores que trabajan también asisten a la escuela (64%), lo cual permite hacer una verdadera labor de prevención reforzando el binomio familia-escuela. El panorama epidemiológico sobre uso y abuso de drogas y problemas asociados que arroja el estudio en cuanto a los menores que trabajan es impresionante, principalmente si se compara con cifras epidemiológicas obtenidas en otro tipo de población, como la escolar o la población de menores estudiados a través de encuestas de hogares: los menores que trabajan llegan a presentar cifras muy superiores de consumo de drogas que otros grupos juveniles, también se observa que a diferencia de otras poblaciones de jóvenes, los menores trabajadores tienen mayores conductas de riesgo relacionadas con la sexualidad, actos antisociales o con el estilo de vida con relación a su trabajo.

COMPONENTES DEL MODELO

BASES TEÓRICAS

Los desarrollos teóricos más recientes sostienen que una asociación entre hogar-escuela-comunidad produce "resiliencia", es decir, fortalece a las comunidades en su capacidad de enfrentar con éxito los estresores del medio porque se vuelve "protectora" si emplea normas y modelos claros de conducta, promueve habilidades para resistir influencias sociales, solucionar problemas, tomar decisiones y colaborar con los demás; por otro lado, esta asociación reconoce a los grupos, esto es, los extrae del anonimato y los invita a participar activamente en grupos positivos (Kotliarenco, MA., Castro A. Y Cáceres, I., 1993). El entrenamiento en habilidades sociales contribuye como factor protector otorgando al individuo la posibilidad de: 1) Identificar, resistir y refutar influencias ambientales; 2) Reconocer y desarrollar sus habilidades; 3) Obtener la seguridad necesaria para desenvolverse socialmente. Department of Health and Human Services, 1994).

Actualmente existe una clara evidencia científica sobre la relación entre el desarrollo de habilidades sociales y el retardo en el inicio de conductas de riesgo (Enríquez, B., 1999 y Grotberg, E., 1996).

Con las bases teóricas de la aproximación riesgo-protección, las teorías de la resiliencia, del cambio social y el desarrollo comunitario, se desarrollaron los dispositivos y técnicas de intervención que maneja el modelo.

DISPOSITIVOS Y TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

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

1. **USO DE DROGAS Y CONDUCTA ANTISOCIAL:** disfrutar sin drogas; meditación activa; abrirse a nuevos aprendizajes; unificar sentimientos, pensamientos y acciones; controlar la atención con la respiración; desarrollo del sentido de pertenencia; tomar decisiones de protección; cuidarse del daño; participación en la comunidad y ayudar a un compañero adicto.
2. **EVENTOS NEGATIVOS DE LA VIDA:** conocer el cuerpo del hombre y la mujer; ser capaz de relacionarse y mantener comunicación significativa; hacer frente a situaciones relacionadas con adictos; lograr estabilidad interna; asumir pérdidas y negociar con la familia.

3. **ESTILO DE VIDA:** establecimiento de relaciones sexuales sanas; cómo cuidar la alimentación; cómo conservar la salud; aprender a usar el tiempo libre; tener una sexualidad sana; detectar necesidades sexuales y afectivas; establecimiento de relaciones afecto-protectoras; gestiones administrativas y de negociación con el dinero y el trabajo.

Estas habilidades fueron diseñadas con base en los resultados de los estudios de perfiles de riesgo psicosocial en menores y adolescentes (INEPAR, 1993 1998), cada una de las cuales neutraliza un indicador de riesgo.

El modelo Chimalli-DIF establece lineamientos básicos para el desarrollo del material preventivo, recomendando una estructura específica para los ejercicios, que no debe ser alternada por el promotor infantil comunitario (PIC), de quien será la tarea de construir los materiales (o modificar los existentes) de acuerdo a sus recursos y a las características socioculturales y sociodemográficas de su población. Toda sesión preventiva (con duración de aproximadamente una hora) deberá tener 4 momentos básicos: 1.- Información pertinente sobre factores de riesgo y de protección en el tema y la habilidad a desarrollar. 2.- Concientización a través de técnicas de reflexión de tipo psicocorporal para traer el tema manejado en información a la vida cotidiana. 3.- Modelamiento de habilidades protectoras, en donde se busca que los grupos de niñas, niños, adolescentes y adultos aprendan técnicas de protección, es decir, diferentes maneras de lidiar con los conflictos o estresores para que se orienten hacia la solución de sus dificultades. 4.- Práctica semanal, en cada sesión preventiva el promotor infantil comunitario especifica una tarea semanal en relación con la habilidad que se pretende moldear.

Además de estos cuatro momentos, el modelo ofrece un apartado de razones y fundamento en el cual se presenta la relación que existe entre cada uno de los ejercicios y habilidades a desarrollar con las bases teóricas que fundamentan el modelo, así como algunos indicadores de evaluación para facilitar la tarea del promotor infantil comunitario durante la intervención preventiva, y evaluar si la habilidad trabajada ha sido adquirida por el grupo y si es posible pasar a la siguiente.

INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN Y DIAGNÓSTICO.

El componente de investigación del modelo consta de tres instrumentos básicos:

- **ÍNDICE-DIF:** Inventario de Disposición al cambio de la Comunidad, instrumento que se aplica con la técnica del informante calificado a grupos representativos y típicos de la comunidad en la que se trabaja, quienes conforman la red vecinal. Tiene como objetivo: evaluar qué tan preparada está la comunidad para involucrarse dentro de un plan de acción preventivo.
- **IRPCO-DIF:** Inventario de Riesgo-Protección Comunitario, instrumento que se aplica con la técnica del informante calificado; pretende conocer las conductas de riesgo que son detectadas por la comunidad, mediante la sistematización de opiniones de los miembros de la red sobre cómo es percibida la presencia o ausencia de los riesgos psicosociales dentro de la pequeña comunidad en la que se interviene.
- **CHP-DIF:** Cuestionario de Habilidades de Protección, con 52 preguntas que responde el promotor infantil comunitario de acuerdo con su propia percepción durante el trabajo con los grupos de niñas, niños, adolescentes y adultos de la comunidad, y que tiene como objetivo evaluar la presencia o ausencia de cada una de las 26 habilidades que trabaja el modelo, en cada ciclo preventivo.

Estos tres instrumentos se aplican como diagnóstico al inicio del plan de acción y como evaluación de resultados y de impacto al término del mismo.

PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

La participación se inicia en realidad con el diagnóstico comunitario, ya que los miembros de la comunidad son los informantes calificados que reportan sobre los riesgos psicosociales de las niñas, niños, adolescentes y sus familias, así como sobre la disposición de la comunidad para participar dentro de un plan de acción preventiva para el desarrollo de los integrantes de la misma comunidad.

Los “Instrumentos” comunitarios que propone este modelo son la formación de redes comunitarias y el desarrollo de planes de acción cíclicos, pues Chimalli-DIF es una fuerza colectiva que promueve el desarrollo humano para hacer una efectiva prevención de las adicciones. Formar una red es crear un nexo, una alianza, una fuerza que se mantenga con un propósito definido, unidos en un círculo de vínculos e interconexiones que permita proteger a las niñas, niños y adolescentes.

El promotor infantil comunitario es la "pieza clave" para impulsar la participación comunitaria, pues sus tareas son precisamente: promover las acciones, coordinar los esfuerzos, realizar el diagnóstico e integrar los resultados del plan de acción para reiniciar el ciclo.

Un plan de acción supone en realidad un ciclo preventivo que incluye aproximadamente 24 semanas, abarcando el diagnóstico, 14 sesiones de intervención y la evaluación. El ciclo del plan de acción tiene 4 pasos básicos, a saber: Paso uno: Integración de la Red comunitaria y diagnóstico; Paso dos: Programación del contenido del ciclo de actividades; Paso tres: Evaluación; y Paso cuatro: difusión de resultados y avance a un nuevo ciclo.

De acuerdo con la experiencia, es el componente de participación comunitaria y formación de redes el más importante para el éxito de la intervención, pues sin él la experiencia no permanece y las actitudes y habilidades de protección adquiridas por los grupos participantes pierden fuerza y efectividad con el paso del tiempo. El concepto de comunidad vigilante que anima y hace que el proceso de protección sea posible es lo que a la larga facilita el proceso de cambio. Otro aspecto fundamental es efectuar ciclos preventivos breves y susceptibles de ser evaluados y por tanto modificados en la siguiente intervención. Las labores de promoción y difusión de mensajes protectores, por parte de la red vecinal, harán de cada plan de acción un proceso vivo y diferente en cada pequeña comunidad y/o unidad de intervención.

COBERTURA ACTUAL

Actualmente el Modelo Preventivo de Riesgos Psicosociales para Menores, Adolescentes y sus familias, Chimalli-DIF opera en 24 estados de la República: Baja California, Baja California Sur, Chihuahua, Coahuila, Nuevo León, Sinaloa, Durango, Zacatecas, San Luis Potosí, Nayarit, Aguascalientes, Colima, Querétaro, Hidalgo, Puebla, Veracruz, Tlaxcala, Guerrero, Morelos, Oaxaca, Chiapas, Tabasco, Campeche, Yucatán; abarcando 80 municipios, 197 comunidades, en donde 160 redes comunitarias trabajan con 202 grupos con 5398 niñas, niños y adolescentes, y 94 grupos con 2926 adultos y padres de familia.

BIBLIOGRAFÍA

- Castro M.E., "Factores de riesgo asociados al consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes mexicanos", en: Tapia Conyer, R.: Las Adicciones en México, El Manual Moderno, México, 1994.
- Llanes J., Bonifaz R., Margain, M., Modelo de prevención de los riesgos Psicosociales en la Adolescencia CHIMALLI, México, Pax, 1997.
- Millé, C., Construye tu vida sin adicciones: material preventivo para preadolescentes y adolescentes tempranos, 1997.
- Llanes, J., Construye tu vida sin adicciones: material preventivo para preadolescentes y adolescentes tempranos, CONADIC, México, 1998.
- Enriquez, Bárbara. "Factores de riesgo psicosocial entre jóvenes estudiantes de una universidad privada", Tesis para optar por el grado de Lic. en Psicología, UIA, México, 1999.
- Grotberg, E., "Guía de promoción de la resiliencia en los niños para fortalecer el espíritu humano", informes de trabajo sobre el desarrollo de la primera infancia, núm. 18. Fundación Bernard Van Leer, Agosto de 1996.
- Department of Health and Human Services: Preventive tobacco use among young people. A report of The Surgeon General. Department of Health and Human Services, Washington D.C., 1994.
- Instituto de Educación Preventiva y Atención de Riesgos, A.C., "Perfiles de riesgo psicosocial en diversas muestras de estudiantes mexicanos 1993-1998", Documentos internos (4), México.
- Organización Panamericana de la Salud: Lineamientos para la promoción de la salud integral del adolescente. Washington D.C., Noviembre 1993.
- UNICEF-DIF-PNUFID, ¡Yo también cuento! Estudio de niñas, niños y adolescentes. Trabajadores en 100 Ciudades. Resultados definitivos. Informe Ejecutivo. México, 1999.

PROGRAMA DE educación preventiva contra las adicciones

Dra. Patricia de Leonardo y Ramírez.

Directora General de Extensión Educativa de la Subsecretaría de Servicios Educativos para el Distrito Federal. SEP

Lic. Patricia Bermúdez Lozano.

Directora de Salud Escolar de la Dirección General de Extensión Educativa.

Lic. Nancy Gigliola Amador Buenabad.

Subdirectora de Coordinación Interinstitucional para la Prevención y Atención de Riesgos de la Dirección de Salud Escolar.

INTRODUCCIÓN

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

El PEPCA surge como una alternativa encaminada a prevenir el desarrollo de las adicciones en la comunidad educativa, derivándose de la investigación de los sustentos teóricos de diversos modelos preventivos, de investigaciones epidemiológicas, del análisis de la base jurídica de la educación y de un diagnóstico de la problemática actual (crisis de valores, ruptura del equilibrio sujeto-entorno y aumento en el consumo de drogas), así como de recomendaciones de organismos internacionales, como la Comisión Interamericana Contra el Abuso de Drogas (CICAD) de la Organización de Estados Americanos (OEA).

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

Para ofrecer una atención más específica y acorde con las necesidades de cada plantel, integra su propuesta de prevención a partir del desarrollo de una autoestima sana, de la formación de valores y de habilidades sociales que generen un pensamiento crítico en los escolares.

SITUACIÓN ACTUAL EN MATERIA DE ADICCIONES

El problema del uso y abuso de fármacos en el país es cada vez más preocupante, especialmente entre los niños y adolescentes; por ello, la Secretaría de Educación Pública en colaboración con el Instituto Nacional de Psiquiatría (INP) realiza desde 1975, monitoreos que permitan conocer cifras de consumo y características de los grupos de estudiantes que enfrentan el problema de las adicciones. Estos estudios epidemiológicos demuestran en forma alarmante la reducción en la edad de inicio del consumo de fármacos así como los cambios en el tipo de drogas que se utilizan siendo la cocaína la droga de mayor incidencia. No podemos dejar de lado las drogas de carácter legal, que representan los fármacos adictivos de mayor uso experimental entre los estudiantes de educación media y media superior del Distrito Federal.

Datos arrojados por el estudio, muestran que el 51.4% de los adolescentes consideran que es fácil conseguir drogas, asimismo reportan en su mayoría que un amigo (51.5%) fue quien les proporcionó por primera vez la sustancia adictiva. Un dato importante es que el lugar en donde obtuvieron la droga varía según el tipo: la cocaína la consiguieron por primera vez en la calle (27.1) y en alguna fiesta (25.8); la heroína en fiestas (25.6%) y en la calle (20.9%).

Sin embargo, consideramos que la gran mayoría de los estudiantes nunca han consumido drogas en su vida, el principal reto de la SEP sigue siendo identificar y fortalecer todos los aspectos que permitieron que estos estudiantes se mantuvieran alejados del consumo de las drogas a fin de ofrecer alternativas de prevención para que la gran mayoría de los estudiantes no se inicie en un proceso adictivo, así como prestar especial atención a aquellos alumnos considerados vulnerables o bien susceptibles de canalización y que enfrentan el problema del consumo de drogas.

Diversas encuestas nacionales y locales revelan la importancia de generar actividades preventivas al interior de los planteles educativos, ya que se ha demostrado que la escuela y los docentes son los principales factores de protección para los alumnos. A partir de los datos obtenidos de las encuestas, en el Distrito Federal se ha observado, que los menores porcentajes de consumo de tabaco, alcohol y OTRAS drogas, corresponden a los adolescentes que asistieron de tiempo completo a estudiar y por supuesto el porcentaje más alto de consumo regular corresponde a los que no asistieron a la escuela el año anterior al estudio. Otro punto a favor de la escuela es que los alumnos

consideran que es un lugar seguro y que sus maestros son personas amables (40% y 45% de los adolescentes hombres y mujeres respectivamente) que les enseñan cosas prácticas y actuales (61%). El 94% y el 72% de los estudiantes consideran que los docentes son poco tolerantes hacia el consumo de cualquier droga, incluyendo el alcohol y el tabaco. Esto indica que el docente, es una figura de autoridad, apoyo y respeto importante para el alumno, permitiéndole tomar decisiones sanas y acertadas ante cualquier problema que pudiesen tener, relacionado con el uso de drogas, embarazos a temprana edad, infecciones de transmisión sexual, etc.

Para diseñar la estrategia de educación preventiva, la SEP se sustenta en el conocimiento de los índices de uso de sustancias tóxicas entre los estudiantes, investiga el proceso de deterioro de autoestima, así como el impacto que las distintas relaciones e interacciones tienen en la formación de la personalidad de los alumnos y que pueden propiciar la generación de conductas antisociales. En este contexto, la SEP configuró el **Programa de Educación Preventiva Contra las Adicciones (PEPCA)** de aplicación en las diferentes instancias de educación básica, principalmente en el nivel primaria y secundaria.

PROGRAMA DE EDUCACIÓN PREVENTIVA CONTRA LAS ADICCIONES

El programa se fundamenta en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Ley General de Salud y de Educación, la Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones, así como en el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006, el Plan Nacional Contra las Drogas 2001-2006 y diversos Programas Sectoriales. Su principal objetivo es *incorporar en el proceso educativo la estrategia de educación preventiva integral sustentada en la promoción y fomento de valores que fortalezcan en los educandos la capacidad de discernimiento para hacer frente a problemas sociales que puedan limitar su desarrollo armónico.*

Para lograr este propósito el programa sienta sus bases teóricas y metodológicas en dos grandes corrientes:

- **La Humanista**, en donde se considera al individuo como un ser integral, no predeterminado.
- **El Modelo Ecológico de Desarrollo Humano**, que considera de vital importancia entender al individuo en su relación con el medio circundante, en este modelo se resalta la creación de ambientes proactivos, se favorece el fortalecimiento de la personalidad y se busca potencializar el desarrollo humano.
- **El enfoque riesgo-protección**, es importante enfatizar la identificación de factores de riesgo, con la finalidad de generar factores de protección que permitan neutralizar a los primeros en un efecto de cascada, que se traduzca en la formación de ambientes y personas saludables.

METODOLOGÍA PREVENTIVA

La metodología plantea la forma en que se puede realizar la labor preventiva contra las adicciones desde la actividad escolar. La tarea de informar, recae en los y las docentes, coordinar y dirigir las actividades en cada escuela, de tal manera que las acciones coordinadas desde los planteles escolares se extiendan a la comunidad y desde luego a los hogares para promover la participación conjunta entre los maestros, alumnos y padres de familia.

Para alcanzar estos objetivos es necesario el planteamiento de una Escuela Activa, donde el alumno sea participativo y se involucre más en el proceso de enseñanza aprendizaje; otro aspecto es, procurar que el docente incorpore en su actividad cotidiana un estilo no directivo, donde lejos de ser el maestro tradicional, se convierta en un Facilitador de Aprendizaje y los conocimientos que se adquieran en el aula sean de utilidad en la vida cotidiana, es decir, convertir el proceso de aprendizaje en una experiencia significativa. En la labor preventiva contra las adicciones juega un papel determinante la escuela, de ahí que ésta debe propiciar no solamente el adecuado desarrollo intelectual de los educandos sino también procurar que mediante este proceso de enseñanza-aprendizaje el alumno satisfaga sus necesidades emocionales básicas.

A través de esta metodología se pretende que el alumno desarrolle un pensamiento crítico, es decir, que cuente con los elementos académicos y las experiencias suficientes que le permitan desarrollar una autoestima sana para que pueda conformar un sólido juicio moral, cimentado en la práctica cotidiana de los valores, para que de manera personal pueda llegar a una toma de decisiones por convicción.

El PEPCA, plantea que antes de emprender acciones encaminadas a la prevención, es necesario realizar un análisis sobre el estilo de vida de los individuos, es decir contemplar desde un punto de vista objetivo el conjunto de hábitos, costumbres y formas de afrontar la vida. Debemos convertirnos en observadores agudos, capaces, tanto de detectar oportunamente los factores de riesgo que incrementan la probabilidad de que algún niño(a) o adolescente se inicie en un proceso adictivo, como de conocer los factores protectores que nos permiten neutralizar o mitigar esos riesgos.

OPERACIÓN Y SERVICIOS DE PEPCA

ESTRATEGIAS OPERATIVAS

CAPACITACIÓN

Actualmente el PEPCA se instrumenta en Educación Secundaria a través de dos estrategias:

1. **Estrategia General de Prevención de Adicciones y Conductas de Riesgo.** Se desarrolla en las instalaciones de la Dirección de Salud Escolar y consiste en convocar a todas las escuelas del nivel secundaria para que un representante del Sistema de Asistencia Educativa participe en ciclo de capacitación del programa. Posteriormente cada escuela diseña y opera un plan de acción en el que involucra a toda la comunidad educativa y en el que se plantean estrategias y actividades de prevención y difusión.
2. **Estrategia Focalizada de Prevención de Adicciones y Conductas de Riesgo.** La operación de esta estrategia inicia con la realización de un análisis para ubicar a las escuelas que se encuentran en zonas de alto riesgo. Posteriormente y previo acuerdo con las autoridades del nivel, un especialista de la Dirección de Salud Escolar acude directamente al plantel educativo para acordar un Plan de Acción con el Director(a), incorporar el programa de prevención y brindar asesorías al personal docente, alumnos y padres de familia a lo largo del ciclo escolar bajo la participación coordinada de los representantes del Sistema de Asistencia Educativa.

SERVICIOS DE ORIENTACIÓN

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

ESTRATEGIAS DE MOVILIZACIÓN COMUNITARIA

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

DIFUSIÓN DE CAMPAÑAS DE COMUNICACIÓN SOCIAL

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

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

Esta estrategia se implementó hace dos años. En una primera fase con el objetivo de conocer la apreciación de los usuarios de las acciones del programa y sus necesidades para incorporarlo a las actividades escolares cotidianas. Se elaboró un cuestionario para docentes y alumnos respectivamente, en el análisis de datos, ambas poblaciones coincidían en que era muy importante desarrollar un programa preventivo y permanente en los planteles escolares, siempre que se actualizara y respondiera a las necesidades particulares del sector educativo. Derivado de este primer esfuerzo se inició la actualización de los contenidos teóricos y metodológicos del programa, así como de su forma de operación. En una segunda fase, se elaboró otro instrumento en coordinación con el Instituto Nacional de Psiquiatría a fin de dar seguimiento a la primera evaluación y realizar los ajustes pertinentes. Actualmente el Programa se encuentra en la tercera fase que corresponde a la actualización y formal renovación del programa preventivo y al desarrollo de un sistema de evaluación del mismo que permita obtener indicadores del proceso, resultado e impacto de las acciones preventivas que se realizan en las escuelas.

Finalmente, se ha previsto que la actualización de los programas y la coordinación interinstitucional, incidirán de manera preventiva desde edades más tempranas, abarcando niveles de educación preescolar y primaria como los ejes que nos permitirán obtener mayores y mejores resultados a futuro, pues estaremos propiciando desde pequeños la formación de un pensamiento crítico, de habilidades sociales y de una toma de decisiones que redunde en la generación de estilos de vida saludables.

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL ABUSO DE SUSTANCIAS para alumnos de 4º, 5º y 6º grados de primaria Yo quiero, yo puedo

IMIFAP - Educación, salud y vida

Desde su fundación en 1986, el Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población (IMIFAP) ha desarrollado, instrumentado y diseminado investigaciones en el campo de la educación para la vida, la salud y la sexualidad en México. A partir de estas investigaciones, se han diseñado programas e intervenciones específicas para diversos grupos (docentes, padres y madres de familia, personal de salud, adolescentes, niños y niñas). Dichos programas tienen como objetivo mejorar la calidad de vida de personas, familias y comunidades y se ha desarrollado de acuerdo con el conocimiento de que los programas más efectivos relacionados con las conductas tendientes a preservar la salud física y mental son aquellos que integran la información con el desarrollo de habilidades psicosociales que sirven para enfrentarse a las demandas y los retos de la vida diaria. Las investigaciones más recientes al respecto han llevado a acuerdos internacionales que reconocen un grupo de habilidades básicas como el núcleo de la realización de los programas de promoción de la salud física y mental (OMS, 1997). Entre éstas se encuentran:

- Toma de decisiones
- Solución de problemas
- Pensamiento creativo
- Pensamiento crítico
- Comunicación efectiva
- Establecer y mantener relaciones interpersonales positivas.
- Conocimiento de sí mismo
- Establecer empatía
- Manejo de emociones
- Manejo de tensiones

Los programas de IMIFAP han sido instrumentados en la mayoría de los estados de la República Mexicana. Más de 24,000 docentes y promotores de salud se han capacitado como replicadores llegando a 4,000,000 de adolescentes, mujeres, hombres, niños y niñas. A través de convenios y colaboraciones con la Secretaría de Educación Pública (SEP), la Secretaría de Salud (SSA), el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), entre otras instituciones públicas, y con el valioso financiamiento de organismos internacionales. También se han instrumentado en varios países de América Latina.

En los últimos diez años IMIFAP ha colaborado con la Secretaría de Educación Pública a nivel nacional en diferentes actividades. Entre las principales destaca el desarrollo y piloteo del programa de educación para la vida "Yo quiero, yo puedo" desde el nivel preescolar a 6º de primaria en 1997 y la elaboración de tres textos, uno para cada grado escolar en el nivel secundaria, para la materia Formación Cívica y Ética en 1998. Estos textos fueron seleccionados como libros oficiales.

El programa "Yo quiero, yo puedo" favorece el desarrollo de habilidades para la vida en los estudiantes, con el fin de prevenir problemas de educación y salud pública. Se instrumenta en escuelas públicas y privadas a través de la formación de docentes y orientadores, para que estos sean los replicadores del programa con los y las estudiantes. El programa cumple con los criterios de la OMS, 1997 que dan un sustento básico de habilidades para la vida, las cuáles promueven la salud física y mental.

Para replicar el programa el personal capacitado se apoya en la serie de libros "Yo quiero, Yo puedo" que va desde preescolar hasta tercero de secundaria. (Pick, S. y Givaudan M., 1997; Pick y cols., 1999). La serie cuenta con ejemplares para cada grado escolar y dos guías para docentes: de nivel preescolar y primaria y 3 videos que presentan propuestas educativas.

En 1998 IMIFAP llevó a cabo un proyecto para fortalecer el contenido del programa "Yo quiero, yo puedo" en una de las áreas que más afectan actualmente al mundo y particularmente a la población mexicana, el uso y abuso de sustancias adictivas. El objetivo del programa es desarrollar en los niños y las niñas habilidades que les permitirán manejar adecuadamente las situaciones de riesgo y fortalecer factores protectores como la comunicación y la unidad familiar, para prevenir las conductas antisociales, como el abuso de sustancias psicoactivas.

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

BASES TEÓRICAS Y DE INVESTIGACIÓN

Para la realización del programa se llevaron a cabo las actividades siguientes.

1. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

- a) Se revisaron los programas desarrollados por organizaciones que se dedican a la prevención de adicciones tales como Centros de Integración Juvenil y el Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC), así como programas similares existentes en otros países.
- b) La investigación bibliográfica permitió identificar factores protectores y de riesgo de consumo. A través de esta revisión se establecieron las áreas prioritarias para el desarrollo del contenido del programa para niños y niñas, así como ejercicios y materiales de apoyo que se utilizaron en la capacitación.

2. ELABORACIÓN DEL MANUAL PARA EL TALLER DE CAPACITACIÓN A DOCENTES

IMIFAP desarrolló los contenidos, ejercicios del manual y materiales de apoyo que se utilizaron para la capacitación en prevención del abuso de sustancias.

En el mes de mayo de 1999, se capacitó a 7 facilitadores(as) de IMIFAP expertos(as) en el manejo de programas de habilidades para la vida y en el programa de abuso de sustancias. La capacitación tuvo una duración de 24 horas que se trabajaron en una semana; durante este proceso los y las participantes hicieron observaciones a los contenidos, ejercicios y materiales que fueron tomadas en cuenta para realizar la versión preliminar del manual de capacitación.

3. PILOTEO DEL MANUAL CON DOCENTES

Una vez revisado, el programa se aplicó con docentes de 4º, 5º y 6º de primaria en la escuela *República de Bulgaria* en la Ciudad de México. Este piloteo fue útil para hacer las últimas modificaciones a los contenidos, ejercicios y materiales con base en los comentarios expresados por los y las docentes durante el mismo.

El manual para la capacitación a docentes quedó conformado por cuatro sesiones programadas para trabajarse en 20 horas, también incluye los objetivos de las sesiones, actividades y sugerencias para la enseñanza, así como los mensajes básicos para la conclusión de cada una de las sesiones. Los videos del programa "Yo quiero, Yo puedo" también fueron utilizados como material de apoyo.

4. DESARROLLO DE CONTENIDOS Y EJERCICIOS SOBRE LA PREVENCIÓN DEL ABUSO DE SUSTANCIAS PARA NIÑOS Y NIÑAS

- a) **Encuesta para detectar indicadores de contenido.** Con el objeto de identificar las dudas e intereses de los y las menores con respecto al abuso de sustancias, se realizaron entrevistas con niñas y niños voluntarios de 4º, 5º y 6º grado, en cuatro escuelas públicas ubicadas en la Ciudad de México.
- b) **Elaboración de unidades adicionales.** Con la información recabada se establecieron los temas para cada grado escolar, lo que permitió la elaboración de contenidos, actividades y ejercicios específicos para la prevención de adicciones de 4º a 6º grados de primaria, que se agregaron al programa inicial "Yo quiero, yo puedo" en los niveles correspondientes.

Tabla1.

UNIDADES ADICIONALES SOBRE USO DE SUSTANCIAS PARA CADA GRADO

4° grado	5° grado	6° grado
Qué son las adicciones	Elijo lo mejor	Aprendo a buscar tranquilidad y salud
Digo lo que pienso y siento	Enfrento y resuelvo los problemas	Utilizo mi tiempo libre
Puedo cuidarme	No me dejo presionar	En acción contra las drogas

Las lecciones contenidas en estas unidades abarcaron las áreas siguientes:

1. Introducción a las sustancias psicoactivas (incluyendo tabaco y alcohol)
2. Factores de riesgo y consecuencias del abuso de sustancias
3. Prevención del abuso de sustancias
4. Habilidades para tomar decisiones
5. Comunicación
6. Cómo resistir a la presión de pares
7. Autoestima saludable
8. Cómo controlar los impulsos y posponer la gratificación
9. Toma de riesgos
10. Habilidades para enfrentar efectivamente los sentimientos, las frustraciones, la soledad y las tensiones.

El objetivo de incluir estos contenidos es favorecer los siguientes aspectos:

- Habilidades para rehusar la oferta de sustancias.
- Habilidad para conducirse en situaciones en las que se ofrecen drogas.
- Conciencia y conocimiento de las sustancias incluyendo las medicinas, drogas de prescripción, drogas socialmente aceptadas e ilegales.
- Conciencia de efectos a corto y largo plazo del uso de drogas en sí mismos(as), en la familia y en otros (as) (física, social y emocional) y la habilidad para evaluar consecuencias y alternativas.
- Conciencia de y habilidad para responder a presiones de grupo negativas y cómo promover influencia positiva de pares.
- Conciencia de la existencia de diferentes actitudes hacia las sustancias y su uso, incluyendo actitudes culturales regionales.
- Conciencia de las influencias y causas que llevan al uso de drogas.
- Habilidad para analizar críticamente las contribuciones y mensajes en los medios y su impacto social.
- Conciencia de los beneficios y daños relacionados con las sustancias y su uso.

- a) **Piloteo de las lecciones.** Una vez desarrollados los contenidos específicos se realizaron grupos focales con niños y niñas, quienes hicieron comentarios importantes para mejorar la comprensión de algunos conceptos y contenidos de las lecciones.

5. DESARROLLO DE INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

- a) **Instrumentos cualitativos.** La Dra. Ma. Elena Medina-Mora diseñó entrevistas a profundidad para aplicar a los y las docentes dirigidas a obtener información sobre la instrumentación del programa, su habilidad para replicarlo y posibles dificultades, así como guías para realizar grupos focales con padres madres y niños y niñas y obtener información cualitativa sobre el impacto del programa relacionada con el conocimiento, actitudes comunicación e intenciones conductuales en relación con el uso de sustancias.
- b) **Instrumentos cuantitativos.** Se realizaron 6 sesiones de grupos focales (2 de cada grupo escolar) con un promedio de 15 niños por sesión, para conocer el significado de los conceptos principales que se abordan en cada una de las unidades del curso. Con base en el análisis de los grupos focales, se redactaron los reactivos que conformaron el instrumento y se aplicaron a un total de 231 niños y niñas de 4°, 5° y 6° año de primaria de dos escuelas públicas del Distrito Federal, cuya edad promedio fue de 10.6 años de edad.

Finalmente se diseñó un instrumento (uno por cada grado escolar) para detectar los cambios en conocimientos, actitudes y conductas de niños y niñas que llevaron el programa.

Para hacer este instrumento válido y confiable, se llevaron a cabo 3 tipos de análisis: descriptivos de los reactivos, factorial y de consistencia interna (alfa de Cronbach) para cada dimensión y se conservaron los reactivos que discriminaron y fueron consistentes, quedando una escala de 71 reactivos para 4° año, 75 para 5° año y de 63 para 6° año.

Respecto al factorial conceptual, éste se conformó de acuerdo con el contenido de cada uno de los ejes que integran el programa "Yo quiero, yo puedo" para cada uno de los grados (4°, 5°, 6°) respectivamente y se agruparon en tres factores generales que conformaron los indicadores a evaluar, mismos que se agruparon en las siguientes escalas:

- Disposición al cambio: Se refiere a las condiciones mínimas necesarias, para que un programa preventivo tenga efectos positivos. Incluye actitudes hacia el rechazo de uso de sustancias, expresión de sentimientos y respeto a las normas.
- Conocimientos: Se refiere al manejo de información objetiva y científica sobre el uso y abuso de sustancias, toma de riesgos, y alternativas de prevención.
- Habilidades: son las aptitudes necesarias para tener un comportamiento que permita enfrentar positiva y eficazmente las exigencias y retos de la vida diaria (conductas de rechazo de sustancias, expresión de sentimientos y capacidad de enfrentarse y resolver problemas).

El anexo 4 muestra las preguntas que se agruparon por factor para cada grado escolar.

Con el fin de profundizar en los análisis, los reactivos también fueron agrupados por tema de la siguiente manera:

- Prevención, el alcohol es una droga (los comerciales de alcohol y cigarrillos no dicen la verdad).
- Respeto a las normas (por ejemplo, respeto las reglas de la escuela, respeto las reglas de la familia).
- Expresión de sentimientos (por ejemplo, demuestro lo que siento, digo lo que siento, digo por qué estoy enojado).
- Autoeficacia (por ejemplo, reconozco cuando cometo errores, puedo tomar mis propias decisiones, pido ayuda cuando tengo un problema).

6. SELECCIÓN DE LOS ESTADOS PARTICIPANTES

Con base en la revisión de datos epidemiológicos, se decidió evaluar el programa en dos ciudades con características diferentes: Tizayuca, Hidalgo y Guadalajara, Jalisco.

- a) **Selección de la muestra.** Para llevar a cabo la capacitación de docentes que posteriormente trabajaran con sus alumnos(as) fueron seleccionadas al azar las escuelas de los grupos experimental y control tanto en el estado de Hidalgo, como en Jalisco. Para realizar la selección se contó con el apoyo de las secretarías de Educación Pública y de Salud en cada entidad.
- b) **Capacitación a docentes.** Se capacitó a 58 docentes de nivel primaria 28 en Tizayuca, Hidalgo y 30 en Guadalajara, Jalisco. El taller tuvo una duración de 40 horas durante las cuales los docentes tuvieron oportunidad de reflexionar sobre sus propias actitudes y conductas lo cual les permitió sensibilizarse acerca de su papel en la prevención del abuso de sustancias y desarrollo de habilidades para la vida. Se abordaron los siguientes temas:
 - Habilidades para la vida
 - Autoestima
 - Toma de decisiones
 - Asertividad
 - Valores
 - La concepción del abuso de sustancias
 - Evaluación de riesgos hacia la salud
 - Las influencias sociales
 - El manejo de riesgos personales
 - Manejo de emociones
 - Tiempo de ocio
 - Participación en la prevención del abuso de sustancias en el ámbito escolar

OBJETIVOS DE LA CAPACITACIÓN

- Introducir a los y las participantes al manejo del programa “ Yo quiero yo puedo” .
 - Proporcionar a los y las participantes elementos básicos para el manejo de la información sobre sustancias adictivas.
 - Brindar elementos para que impartan el programa “ Yo quiero, yo puedo” a sus alumnos(as) en el segundo semestre del ciclo escolar 1999-2000.
- c) **Distribución de materiales.** Al concluir la capacitación de docentes se distribuyeron en las escuelas correspondientes los materiales para niños y niñas, consistentes en un libro de texto para cada alumno (a), un manual del programa para cada docente y un juego de videos para cada escuela. También se elaboró un plan de trabajo para ejecutarse en el aula por los y las docentes, con el fin de unificar las actividades en el grupo experimental.

EVALUACIÓN Y RESULTADOS

Con el objetivo de entender la contribución de proveer materiales –en contraste con materiales y capacitación, se compararon tres condiciones (control, materiales y materiales y capacitación), con respecto a las escalas de conocimientos, habilidades para la prevención del abuso de sustancias psicoactivas y disposición al cambio. Para realizar las comparaciones se igualaron las medias de calificación en la línea base para los tres grupos.

Se llevó a cabo una evaluación mediante la aplicación de un cuestionario a 5,890 niños y niñas tanto del grupo control, como del experimental, antes de iniciar el programa y al finalizar el mismo. Los indicadores a evaluar se agruparon en las siguientes escalas:

- Disposición al cambio: Se refiere a las condiciones mínimas necesarias, para que un programa preventivo tenga efectos positivos. Incluye actitudes hacia el rechazo de uso de sustancias, expresión de sentimientos y respeto a las normas.
- Conocimientos: Se refiere al manejo de información objetiva y científica sobre el uso y abuso de sustancias, toma de riesgos, y alternativas de prevención.
- Habilidades: son las aptitudes necesarias para tener un comportamiento que permita enfrentar positiva y eficazmente las exigencias y retos de la vida diaria (conductas de rechazo de sustancias, expresión de sentimientos y capacidad de enfrentarse y resolver problemas).

Como parte de la evaluación, se llevaron a cabo dos grupos focales con niños y niñas y uno con madres y padres en las escuelas experimentales; y en las escuelas control se llevó a cabo un grupo focal con padres y madres y uno con niños y niñas. Finalmente se realizó una visita de seguimiento a los docentes que participaron en el programa.

PRINCIPALES RESULTADOS

A continuación se presentan los principales resultados obtenidos con docentes y niños y niñas.

DOCENTES. Cambios significativos en desarrollo de habilidades.

Los docentes de Tizayuca y Guadalajara que recibieron la capacitación tienen una evaluación más favorable de sí mismos (autoestima), analizan más alternativas (toma de decisiones), muestran una mayor capacidad de expresarse abiertamente (comunicación asertiva) y mayor conocimiento y respeto por los valores y normas propios de la sociedad (valores) a diferencia de los grupos de docentes que no recibieron la capacitación.

NIÑOS Y NIÑAS. Cambios significativos en conocimientos de los efectos de las sustancias, rechazo al abuso de sustancias, expresión de sentimientos y toma de decisiones, control y solución de problemas tanto en el grupo experimental como en el que sólo trabajó con materiales, en tanto que en el grupo control no se observó cambio.

IMPACTO DE MATERIALES. En general los resultados muestran que los materiales ayudan a incrementar los conocimientos en niños y niñas y que cuando se cuenta con materiales y capacitación, las tres variables se incrementan (conocimientos, habilidades para la prevención del abuso de sustancias psicoactivas y disposición al cambio) y por lo tanto se incrementa la prevención del uso y abuso de sustancias psicoactivas.

CONCLUSIONES

En conclusión los datos de la intervención concuerdan con lo establecido en el campo de la prevención de abuso de sustancias:

- Los programas de prevención de abuso de sustancias obtienen mejores resultados cuando se enfocan en el desarrollo de habilidades (manejo de tensiones, expresión de sentimientos, autoeficacia, etc.).
- La disposición al cambio que existe en edades tempranas es un factor determinante para el éxito de este tipo de programas, por ello su aplicación en este periodo debe ser un criterio primordial.
- Es necesario contar con la capacitación a docentes en programas dirigidos al desarrollo de habilidades aun en los casos donde el contexto es favorable y en general el nivel de conocimientos es elevado (como pudo observarse en los resultados de los grupos control), para que logren impulsar el último paso del proceso y favorezcan que se lleven a cabo conductas preventivas. De no ser así, los alumnos podrán continuar incrementando los conocimientos sin que esto garantice que los puedan aplicar a la vida diaria.
- Es necesario brindar conocimientos específicos sobre el problema que se pretende prevenir o atacar y se requiere de técnicas específicas que faciliten el proceso enseñanza-aprendizaje para lograr que se desarrollen las habilidades, se fortalezcan las ya existentes y poner en práctica lo aprendido, ante situaciones de riesgo.
- Es importante que existan programas paralelos para padres y madres y otros familiares que les permitan reconocer el papel que juegan en la promoción o prevención del uso de sustancias en sus hijos e hijas, pues como ya lo muestran los resultados, la familia en muchos casos es la principal promotora de estas conductas.
- Es importante involucrar a toda la comunidad escolar (estudiantes, docentes, directivos, padres y madres de familia) en el desarrollo de los programas de habilidades para la vida para reducir los factores de riesgo y aumentar la disposición al cambio.
- Los resultados muestran que el programa "Yo quiero, yo puedo" favorece la adquisición de habilidades relacionadas con la prevención de abuso de sustancias.
- La continuidad en este tipo de programas garantizaría la permanencia de las habilidades adquiridas.

REFERENCIAS.

1. Botvin, G.J. Schinke, S., & Orlandi, M.A. (1995). School-based health promotion: Substance abuse and sexual behavior. *Applied & Preventive Psychology*, 4(3) 167-184.
2. Medina-Mora ME. y cols. (1991). Encuestas de consumo de drogas en estudiantes, Secretaría de Educación Pública - Instituto Nacional de Psiquiatría (CD).
3. Medina-Mora ME. y cols. (1998). Consumo de alcohol y drogas en estudiantes de Pachuca, Hidalgo. *Revista de Salud Pública de México*, vol. 41, no. 4, jul-ago 1999.
4. World Health Organization (1997). Life Skills Education in Schools. Programme of Mental Health. División of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. Geneva, Switzerland.

MODELO COMUNITARIO DE integración psicosocial

Lic. Simón Tavera, Lic. Mónica Cantú de Ainslie, Lic. Víctor Luna
Fundación "Ama la Vida" IAP

La **Fundación Ama la Vida** inicia su labor de servicio especializado en el tratamiento de la farmacodependencia en 1991 en la Delegación Iztacalco con el Centro Contra las Adicciones (CENCA), como un proyecto novedoso que pretendía integrar un modelo doble de intervención terapéutica. Este modelo consistía en articular el tratamiento psicoterapéutico en el ámbito individual y familiar, reforzándolo con el trabajo de grupos de autoayuda del modelo de Alcohólicos Anónimos.

Una evaluación de esta primera etapa y experiencia terapéutica del programa institucional, condujo a la búsqueda de nuevos métodos de trabajo que incidieran en áreas problemáticas de los casos obtenidos anteriormente: tratamientos breves y proyectos preventivos sin posibilidad de evaluación sistemática. El trabajo con esta modalidad de intervención se desarrolla durante los siguientes cinco años.

Posteriormente, surge la necesidad de revisar los resultados para evaluar la intervención que se está desarrollando. A partir de este cuestionamiento se inicia la estructuración de una modalidad diferente de intervención centrada en el Método de Comunidad Terapéutica.

La novedad que representa este modelo lleva a la revisión de los métodos instrumentados en otros lugares, tanto en país como en otras naciones, y construyendo un modelo al que se denomina Método Holístico de Intervención Comunitaria. Su finalidad era integrar un conjunto de actividades educativas, asistenciales y terapéuticas centradas en la formación integral de mujeres en situaciones vulnerables. La filosofía del programa consistía en una intervención centrada en los valores humanos y el carácter espiritual de las personas atendidas.

Las dificultades encontradas en la organización terapéutica del programa llevó pronto a replantear las condiciones sobre las cuales se desarrollaba la atención de las jóvenes y a buscar una posibilidad más sólida en las estrategias de atención. Esto permitió iniciar una reestructuración de las modalidades de trabajo comenzando la construcción de una Comunidad Terapéutica como método científico de tratamiento de la farmacodependencia.

Durante 1997 se tiene la oportunidad de establecer contacto con el Modelo de Prevención Primaria, Reducción del Daño, Rehabilitación y Cura, Reinserción Social y Profesional de la Farmacodependencia y situaciones asociadas que coordina Cáritas Arquidiócesis de México, I.A.P., financiado por Cáritas Alemania y asesorado por 4 especialistas extranjeros en el tratamiento de adicciones, la prevención y el desarrollo institucional.

Este contacto sirve para establecer los primeros lineamientos operativos y la participación activa en la red de instituciones sobre farmacodependencia y situaciones críticas asociadas. La gestión de un modelo comunitario de intervención se produce a partir de la participación en una serie de seminarios de formación y supervisiones del modelo antes citado.

Esta labor de atención comunitaria se desarrolla, en una primera etapa en 1998 con experiencias de trabajo con mujeres jóvenes en procesos de reinserción social que habían tenido un problema de farmacodependencia y, una vez consolidada la organización de un equipo de trabajo, se inicia de manera formal el método psicosocial de tratamiento basado en el Modelo Comunitario de prevención primaria, reducción del daño, rehabilitación y cura y reinserción social y profesional de la farmacodependencia y situaciones asociadas en la nueva sede de la institución en el barrio de Tacubaya en junio de 1999.

Actualmente la Fundación pertenece a la red de instituciones sobre farmacodependencia y situaciones críticas asociadas que coordina Cáritas Arquidiócesis de México, al conjunto de instituciones que participan en la Delegación Miguel Hidalgo, a la Red de Organizaciones que apoyan el proyecto de trabajo con niños de la calle que coordina el DIF Nacional, y a INEPAR. En el año 2000, Ama la Vida, I.A.P. recibió el reconocimiento de la Secretaría de Salud como una institución especializada en el trabajo con la farmacodependencia y colaboró en la creación de la Norma Oficial Mexicana 028 y actualmente está en un grupo de trabajo con el DIF Nacional y CONADIC en la revisión de modelos y metodología de prevención y tratamiento.

En los 10 años de existencia de la institución, se ha consolidado una experiencia de trabajo que se capitaliza en un equipo profesional de tratamiento, programas de trabajo y estructuras terapéuticas debidamente organizadas, instalaciones para la realización de los proyectos y la formación permanente de los miembros del equipo para continuar con el plan de trabajo que contempla los próximos ocho años en la comunidad de Tacubaya.

Estos antecedentes nos capacitan ampliamente para la realización de los diferentes proyectos específicos que el programa contempla en el futuro. El proyecto que presentamos forma parte de esta experiencia acumulada en el pasado y su pertinencia para desarrollarla en el presente.

EL PROYECTO INSTITUCIONAL

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

La intervención estratégica de este trabajo se planea en diferentes escalas de incidencia: en la prevención primaria, reducción del daño, la rehabilitación y cura, la reinserción social y la investigación del fenómeno de la farmacodependencia en las personas, los sistemas familiares y las comunidades.

Para llevar a cabo esta labor en los próximos cinco años (2001-2006), la **Fundación Ama la vida** planea un trabajo centrado en el *Modelo comunitario de prevención primaria, reducción del daño, rehabilitación y cura de las farmacodependencias*. Esta modalidad de intervención es un método de trabajo que integra una experiencia de investigación en la acción: experimentación de un modelo de tratamiento en una unidad residencial de atención especializada; la formación y supervisión de las experiencias operativas a través de un sistema de evaluación y seguimiento de los casos atendidos; y la implementación de un programa de clínica comunitaria de la farmacodependencia en los contextos donde se gesta el problema.

Con esta integración de tres momentos distintos se pretende implementar una experiencia científica que evalúe los resultados de las diferentes experiencias terapéuticas que se pongan en marcha.

Una respuesta institucional con características integrales significa que la participación comunitaria y el fortalecimiento de los vínculos de colaboración en las redes sociales de la localidad, es una condición básica para el logro de los objetivos del plan general de acción. Desde esta perspectiva, la implementación de acciones terapéuticas no son exclusivas de un individuo o una organización actuando aisladas, sino una experiencia articulada de esfuerzos que involucra a personas, organizaciones e instituciones con objetivos en la promoción social de la seguridad colectiva.

La acción que llamamos terapéutica es fundamentalmente un conjunto de procesos educativos y de participación comunitaria que favorezcan el cambio y el manejo responsable de los problemas y los conflictos de la vida en las comunidades.

El esfuerzo institucional de **Fundación Ama la vida** es articular la expresión de una necesidad de la comunidad mexicana, como es el problema de la farmacodependencia, con los recursos institucionales que la sociedad en su conjunto tiene para enfrentarlo con responsabilidad y compromiso social.

El principal reto es el de conjuntar los esfuerzos de las instituciones sociales, educativas, de salud, de promoción social en una tarea de carácter público y social. La complejidad del fenómeno de la farmacodependencia requiere una respuesta competente, una planeación general y una programación específica para poder orientar y conducir acciones pertinentes y factibles de evaluación científica.

PROGRAMA DE TRABAJO

De 1999 a 2001 se ha desarrollado un plan de trabajo con el modelo comunitario de intervención psicosocial para el tratamiento de la farmacodependencia que contempla la organización de un programa de actividades con cuatro proyectos o iniciativas organizadas estratégicamente.

- A. Unidad Residencial de Tratamiento
- B. Programa de clínica comunitaria de tratamiento de la farmacodependencia en el Barrio de Tacubaya
- C. Diplomado sobre Adicciones
- D. Centro de Investigación e Información

OBJETIVO GENERAL

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

A mediano plazo, la tarea consistirá en tener una base de participación social de actores de la propia comunidad a la que pertenecen los afectados por el problema de la farmacodependencia, para que conduzcan el proceso de rehabilitación, sin que esto implique el desarraigo de las personas de su propio hogar y comunidad de vida.

Se requiere la formación de profesionales competentes y especializados en el ámbito de la farmacodependencia para responder al fenómeno social que nos atañe. Sin embargo, la formación de operadores únicamente puede consolidarse a través de la experimentación científica de los procesos operativos que se llevan a cabo en la práctica cotidiana, la publicación de la sistematización de la misma en espacios científicos para ser puestos en la mesa de discusión, así como en la formación teórica que permita darle un sustento académico profesional.

De esta forma, la Fundación Ama la Vida con sus recursos y su experiencia, intenta contribuir a la formación de una respuesta institucional, integral, científica y humanitaria en favor de las personas, los grupos y las comunidades afectadas por el problema de la farmacodependencia.

DESCRIPCIÓN DE LOS PROGRAMAS

A.- LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA FARMACODEPENDIENTE

La construcción y organización de una Unidad de Tratamiento Residencial (CTF) con el modelo de Comunidad Terapéutica con capacidad de 10 residentes mujeres, 20 pacientes semi-residenciales y 30 pacientes ambulatorios, los cuales promedian un total de 60 familias en tratamiento permanente en un proceso de tres años de duración en promedio. En el último año se ha dado atención en este espacio a familias y a jóvenes en rehabilitación.

El trabajo en la comunidad terapéutica se desarrolla los 365 días del año en un programa de 24 horas al día. Esto implica que el trabajo permanece constante con todos los integrantes de la comunidad involucrados en diferentes responsabilidades educativas (pacientes, familias, integrantes de la comunidad de Tacubaya contactados y operadores). Este programa favorece la incorporación de las personas al contexto de su vida social y al desarrollo de su formación personal, teniendo la posibilidad de colaborar con las organizaciones y servicios de toda la comunidad después de haber culminado su programa de rehabilitación.

Los servicios que ofrece la Comunidad Terapéutica (CT) se conjuntan en tres áreas de trabajo básicamente:

1. RECEPCIÓN. En ésta se realiza el primer contacto con las personas que solicitan ayuda, se da seguimiento al caso por medio de entrevistas o coloquios familiares y se concluye en el momento de ofrecer una respuesta a la demanda original mediante la firma de un contrato terapéutico en el que se propone alguna de las tres modalidades de tratamiento (Residencial, Semiresidencial o Ambulatorio); lo anterior dependerá de la evaluación y/o análisis del caso en particular.

Los servicios que ofrece esta área son: Diagnóstico, Valoración y Evaluación del Caso; Orientación Psicológica, Orientación Institucional; Trabajo Grupal; y Actividades de Prevención.

2. **REHABILITACIÓN Y CURA.** Esta área consiste en un conjunto organizado de acciones grupales, que brindan la posibilidad de la formación educativa, el desarrollo de actividades sociales, culturales, recreativas y el trabajo psicoterapéutico, que brindará a quienes están en tratamiento los recursos o elementos suficientes para incorporarse a las actividades de la comunidad en su conjunto. Existen tres modalidades particulares de tratamiento: Residencial (mixto); Semiresidencial (mixto), y Ambulatorio o externo (mixto).
El tratamiento tiene una duración aproximada de tres años para cada caso en sus diferentes etapas de seguimiento y evaluación. Las actividades que se llevan a cabo son: terapia grupal e individual; dinámicas grupales; actividades educativo-formativas; recuperación escolar; actividades lúdico-recreativas; actividades productivas; actividades de capacitación e inserción laboral a través de proyectos productivos y talleres de trabajo; actividades culturales y artísticas; así como orientación y evaluación.
3. **REINSERCIÓN SOCIAL Y PROFESIONAL.** La reinserción consiste básicamente en favorecer la incorporación de aquellas personas que han vivido la experiencia terapéutica al contexto de su vida social y al desarrollo de su formación personal, teniendo la posibilidad de colaborar con las organizaciones y servicios de la comunidad en su conjunto después de haber culminado su programa de rehabilitación en cualquiera de sus modalidades de tratamiento. Esto es el inicio del seguimiento y evaluación de los pacientes en un periodo de cinco años después del tratamiento. Las actividades de reinserción consisten en: la participación en grupos de psicoterapia; actividades de participación y servicio comunitario; y contactos con Instituciones.

B.- PROGRAMA DE CLÍNICA COMUNITARIA: TRATAMIENTO DE LA FARMACODEPENDENCIA EN TACUBAYA

En este programa se aplica la misma estructura de trabajo que en la unidad residencial (CTF): de recepción, rehabilitación y cura, reinserción social y profesional, con la diferencia de que el proceso implica la participación y la intervención de toda la comunidad local.

El plan de tratamiento incluye aquellos elementos en donde se identifican recursos humanos y materiales potenciales que propicien mayor seguridad social para los mismos a partir de acciones preventivas y de reducción del daño, al que denominamos Barrios Terapéuticos.

Las actividades que conforman las áreas de trabajo cambian en su esencia por el lugar donde se desarrollan; este programa consiste en la experimentación de un plan de trabajo que pretende realizar la rehabilitación y la cura en los escenarios de la propia colonia donde las personas consumen sustancias, y tratar de que la comunidad, con sus experiencias y sus propios recursos, se hagan cargo de los problemas y los conflictos que el uso de sustancias lleva paralelamente, sin recurrir al desarraigo de los afectados.

Estas acciones se llevan a cabo según la dinámica o el momento en el que se encuentre la comunidad misma identificada a través de un proceso de diagnóstico comunitario. Este panorama permite generar líneas de intervención para alcanzar el objetivo final de la creación de una clínica comunitaria de tratamiento de la farmacodependencia en Tacubaya.

Para desarrollar este trabajo de largo plazo es necesario un proceso paulatino de establecimiento de objetivos estratégicos que consoliden un plan articulado de las siguientes metas: la prevención primaria, la reducción del daño, la rehabilitación y cura así como la reinserción social y profesional de los farmacodependientes y de la comunidad en general. Este proceso de construcción, formación y elaboración de procesos se llevará a cabo en un lapso de seis a ocho años en un trabajo continuo de evaluación y seguimiento de estrategias de trabajo supervisadas permanentemente.

A la fecha se han desarrollado las siguientes etapas del proceso comunitario:

1. **DIAGNÓSTICO COMUNITARIO:** Se realiza a partir de las actividades que cotidianamente lleva a cabo el equipo de trabajo en la comunidad de Tacubaya, en un periodo de 2 años aproximadamente. El objetivo es trabajar para organizar una red interinstitucional de colaboración a favor de la identidad cultural de la comunidad y favorecer la formación educativa de la población, así como de realizar proyectos de prevención con la población estudiantil, padres de familia y profesores. La estrategia busca el fortalecimiento del trabajo de la comunidad, a través de otras instituciones.
La descripción de actividades y los resultados inmediatos de las iniciativas realizadas en cada área de trabajo cuentan con los instrumentos técnicos necesarios para realizar una evaluación de la eficacia y la eficiencia de las acciones en lo general y lo particular.

C.- DIPLOMADO SOBRE ADICCIONES

A partir de 1993 se ofrece un Diplomado sobre Adicciones avalado por la UAM-Xochimilco y la Secretaría de Salud a través de CONADIC, con 240 horas de trabajo y con acreditación curricular en 8 meses. A la fecha se han capacitado 350 alumnos de diversas disciplinas relacionadas con la farmacodependencia. El Diplomado sobre Adicciones continua sus actividades de formación y actualización en las adicciones a profesionales de instituciones educativas y de salud con objetivos de promoción de la seguridad pública. Este proyecto establece un servicio de becas para ofrecer a diversos profesionales la oportunidad de actualización en este campo. El diplomado tiene un valor central en la organización de los otros proyectos de la Institución.

D.- CENTRO DE INVESTIGACIÓN E INFORMACIÓN

En la actualidad se tiene planeada la apertura de un Centro de Investigación e Información con tres áreas de trabajo que comprendería las siguientes funciones: documentación general y bibliográfica, asesoría estadística y técnica y coordinaciones de investigaciones y evaluación para la publicación de las distintas experiencias sistematizadas.

Las demandas correspondientes a esta área se incrementan en relación con la participación en redes institucionales, apoyo en la participación de experiencias formativas, supervisión de proyectos de investigación, asesoría de programas de tratamiento y prevención, difusión de campañas preventivas y la planeación de publicaciones especializadas sobre el tema de la farmacodependencia.

Por el momento no contamos con los recursos materiales y financieros para constituir esta importante fase de elaboración del equipo de trabajo, pero paulatinamente esperamos incorporar los recursos necesarios para tal meta.

Se han publicado a la fecha dos libros producto de las actividades de la Institución y dos más se encuentran en proceso de publicación:

- *Curso básico sobre adicciones*. Obra colectiva del cuerpo docente del diplomado.
- *Barrios terapéuticos: identidades sociales y cura comunitaria*. Del Dr. Rogelio Araujo Monroy, Director General de la Institución.
- *El imaginario social de Tacubaya: el cuento de la pérdida*. Coordinado por Dr. Rogelio Araujo Monroy (en prensa).
- *Territorio, parentesco y drogadicción: la cultura filicida en ámbitos urbanos*. Dr. Rogelio Araujo Monroy

MODELO EDUCACIÓN PARA LA VIDA Y EL TRABAJO

aguas con las adicciones

Lic. Sara Elena Mendoza Ortega

El modelo Educación para la Vida y el Trabajo del Instituto Nacional para la Educación de los Adultos (INEA), tiene como finalidad ofrecer a jóvenes y adultos, un proceso educativo congruente con sus ámbitos particulares, y con sus necesidades e intereses. Aborda una serie de aspectos vinculados a los jóvenes, en particular cuestiones de adicciones, género y sexualidad, también de gran interés para los adultos y sus familias.

El (INEA), surgió en 1981 con el propósito de dar respuesta a un número creciente de personas de quince años de edad o más, jóvenes y adultas, hombres y mujeres, con necesidades concretas de aprender a leer y a escribir o de cubrir sus estudios de educación primaria o secundaria. A partir de entonces, las propuestas de acción y trabajo con esta población han experimentado etapas sucesivas de transformaciones y reorientaciones, en las que la concepción de una educación flexible, pertinente, útil y significativa, ha venido evolucionando tanto en la propia operación de los servicios, como en la generación de diversas estrategias y proyectos, con la finalidad de enriquecer su oferta tradicional.

Actualmente, el número de personas mayores de quince años que en nuestro país no tienen cubierta la educación básica, asciende a 32.5 millones. Ello supone un reto de magnitudes desproporcionadas, en la medida que se ubican en una gran diversidad de ámbitos y espacios geográficos y socioculturales, desarrollan una multiplicidad de actividades productivas y laborales y se plantean intereses, necesidades y proyectos distintos.

Lo anterior ha supuesto la necesidad de considerar a la educación más allá de sus ámbitos formales, es decir, de aquella que se desarrolla en la escuela en torno a materias o asignaturas definidas por "los avances en el conocimiento", para incorporar también lo que se relaciona de manera más directa e inmediata con las actividades, intereses y necesidades cotidianas de las personas.

Estos planteamientos, así como el marco jurídico y de política educativa en México, brindaron los elementos para que, a partir de 1996, la Dirección Académica del INEA iniciara los trabajos que llevarían a la conformación del modelo **Educación para la Vida y el Trabajo**.

Educación para la Vida y el Trabajo, es una propuesta que busca ofrecer una educación cada vez más pertinente a las condiciones en que se desenvuelven las personas jóvenes y adultas de 15 años de edad o más, que por diferentes razones no pudieron iniciar o concluir su educación básica. También está dirigida a aquellas personas que deseen seguir aprendiendo.

El modelo constituye una forma particular de orientar y organizar estrategias y actividades educativas para abordar contenidos significativos, tomando en cuenta las situaciones y condiciones de vida de las personas jóvenes y adultas. Asimismo, busca ofrecer una educación que les sea útil y les sirva en su vida cotidiana, en la que los contenidos se refieran a sus necesidades e intereses reales, mediante la cual se recupere lo que ya saben y se propicie la aplicación de lo aprendido en su quehacer cotidiano. Se trata de una educación relevante y de calidad en su vida y para la vida.

La propuesta educativa estructura los contenidos en 42 módulos de aprendizaje que giran alrededor de temas de interés relacionados ya sea con áreas del conocimiento o con el ámbito de diversos grupos de población.

Cuenta con una estructura flexible que facilita que las personas organicen su propia carrera educativa y sus rutas de estudio, en las que si bien son importantes las constancias y la certificación, de igual manera lo son el conocimiento y el aprendizaje que les permita evolucionar en su trabajo, así como el desarrollo de habilidades, actitudes y valores para vivir mejor.

Sus tres niveles: inicial, intermedio y avanzado, permiten dar un marco a los procesos de acreditación y certificación, ya que el nivel inicial e intermedio, una vez acreditados, permiten certificar la primaria mientras que el nivel avanzado corresponde a la secundaria.

Cada módulo contiene un paquete de materiales integrado por libros, revistas, folletos, juegos, mapas, o lo que cada tema requiera. En estos materiales, se sugieren actividades de aprendizaje a desarrollar, se da la oportunidad de analizar y reflexionar de manera compartida, ya sea con los y las compañeras del círculo o con los familiares, amigos y vecinos, se brinda información y la persona misma puede hacer una evaluación de cómo y qué ha aprendido.

La evaluación del aprendizaje constituye un proceso formativo, permanente y continuo, que sirve a la persona para reconocer sus avances y limitaciones en el aprendizaje y para orientar y realimentar su proceso educativo.

De igual manera, existe un sistema de acreditación y certificación que se desarrolla mediante la valoración de evidencias de desempeño de las personas dentro de los módulos y de la presentación de un examen final.

Con la acreditación de las competencias y habilidades de la educación básica se expedirá el certificado de primaria o el de secundaria, según corresponda.

La inclusión de la diversidad como un concepto y característica fundamental del modelo **Educación para la Vida y el Trabajo**, constituyó el contexto a partir del cual se diseñaron y llevaron a la práctica dos proyectos educativos de particular importancia: familia y género, y atención a jóvenes, en los cuales se introdujeron, estratégicamente, enfoques, contenidos y materiales que culminaron con la elaboración de siete módulos que, así, permiten aprender al mismo tiempo que resuelven inquietudes y problemas que se enfrentan en la vida y que pueden ser seleccionados en forma diversificada. Uno de ellos es "Aguas con las Adicciones".

El módulo "Aguas con las Adicciones" cuenta con un paquete de materiales:

- El "libro de los y las jóvenes" con bibliografía de consulta para obtener la información sobre cada tema, los contenidos y las indicaciones para realizar distintos tipos de actividades que favorecen la reflexión sobre experiencias así como el análisis y comprensión de la información para llegar a conclusiones y tomar decisiones sobre un asunto determinado;
- Seis fichas técnicas indispensables para desarrollar las diferentes actividades que propone el libro (sobre los aspectos siguientes: los sentimientos, nuestro cerebro, el uso y abuso de la marihuana, la cocaína, los inhalables y sus efectos, tranquilizantes y anfetaminas);
- Un "cuaderno de trabajo" y una revista con distintos contenidos sobre el tema y otros folletos relacionados.

La importancia de este esfuerzo de fortalecer habilidades para prevenir el consumo de drogas puede apreciarse mejor si se consideran algunos datos demográficos. Más del 36% de los jóvenes de entre 15 y 24 años de edad se encuentran en situación de rezago educativo, la mayor parte de ellos en cuanto a la secundaria. La circunstancia de no haber podido asistir o terminar la escuela, implica también la carencia de oportunidades de tener información y de desarrollar habilidades básicas para aprovecharlas de manera que impacten positivamente en sus condiciones de vida.

A este hecho se aúna que, muchas y muchos jóvenes en nuestro medio social, sufren diversas formas de marginación y discriminación que tienen como criterio la edad, ya que la edad socialmente considerada ideal, de consolidación, de madurez y, de experiencia, es la edad adulta (Sagrera 1992).

Por eso, en el modelo educativo, las y los jóvenes son vistos y abordados como sujetos dinámicos que se desenvuelven en muy diversas condiciones y que se encuentra en un proceso de cambios, búsqueda de patrones, identidades y oportunidades; que requieren estudiar o trabajar; que se enfrentan a una serie de riesgos de carácter social como la violencia y las adicciones, y que potencialmente son creativos e innovadores.

En consecuencia el enfoque de trabajo con esta población es, fundamentalmente preventivo, parte de los estilos de vida, factores de riesgo y sobre todo, factores de protección que se presentan y se pueden asumir en su entorno. Retoma la capacidad que las y los jóvenes tienen para enfrentar condiciones adversas. Contempla situaciones, ejemplos e imágenes positivas y sugerentes. Pretende favorecer la perspectiva de hablar de joven a joven, partiendo de sus vivencias y evitando los consejos y la descalificación. Promueve la reflexión, la toma de decisiones informadas y la recuperación de los valores propios, en un contexto propositivo y de cultura de equidad de género, derechos humanos y educación para la paz.

Conceptualmente los temas suponen un manejo cruzado de aspectos informativos y formativos, donde se observan las diversas implicaciones de un hecho, situación o concepto, ya que se tiende al desarrollo de competencias y no de conocimientos aislados.

El concepto metodológico se sustenta en el trabajo con situaciones de aprendizaje que permiten ese desarrollo de competencias como procesos compartidos para actuar y transformar. Por ello, en primer término, se fundamenta en la interacción. Ya sea dentro un grupo de estudio o con otras personas que forman parte del entorno del sujeto que aprende.

El tratamiento metodológico se organiza en tres momentos fundamentales que se relaciona entre sí y se reciclan continuamente:

- Recuperación de conocimientos y experiencias de las personas adultas, en relación con el tema, a través de actividades como relatos y anécdotas, preguntas directas, escritura de historias, etc.
- Búsqueda y análisis de información, reflexión y confrontación con lo que ya se sabe, mediante actividades de intercambio, lectura, indagación en diversos materiales y fuentes; comparaciones, complementaciones, discusiones, preguntas, etc.
- Cierre, conclusión y aplicación de lo aprendido, con base en actividades de elaboración de conclusiones, lectura y elaboración de textos, resolución de situaciones reales o hipotéticas, relatos, etc.

En este marco, existe la posibilidad de trabajar tanto con materiales elaborados ex profeso, como con aquéllos que el propio medio proporciona: folletos informativos, carteles, trípticos, historietas, cuentos, videos y películas, información especializada disponible en libros o la Internet.

Los materiales elaborados tienen las características siguientes: dialógicos e interactivos, utilizan la comunicación del riesgo, son variados, permiten la evaluación, promueven la reflexión y la interacción con otras personas y el medio social.

En el caso de aspectos vinculados a situaciones de riesgo social, particularmente el módulo referido a adicciones, se plantearon como propósitos fundamentales los siguientes:

- Propiciar en los y las jóvenes la reflexión y el análisis sobre los riesgos a los que están expuestos frente a las adicciones.
- Promover una cultura de protección y autocuidado.
- Impulsar la participación comunitaria para el desarrollo de una conciencia de prevención.

ENFOQUE DE TRABAJO:

- Se centra en la prevención de riesgos.
- Privilegia los factores de protección.
- Recupera la experiencia de los y las jóvenes.
- Favorece la reflexión.
- Promueve la comunicación de riesgos.
- Favorece el desarrollo de competencias.
- Propicia la toma de decisiones informadas.
- Se basa en intencionalidades educativas definidas: identidad y pertenencia, valores, género, derechos humanos y visión de futuro.

Factores de riesgo identificados:

- Dificultades con la autoestima
- Poca capacidad asertiva
- Dificultades de comunicación
- Hábitos inadecuados
- Problemas familiares
- Adicciones en el entorno inmediato

Los factores de protección a trabajar:

- Autoestima
- Asertividad
- Autocuidado
- Hábitos para el cuidado de la salud física y mental
- Competencias comunicativas
- Respeto y tolerancia interpersonal
- Capacidad reflexiva
- Integración grupal

Por ello, el material enfatiza el desarrollo de habilidades que permitan a las y los jóvenes una mejor comunicación, vinculación afectiva y reflexión sobre cómo abordar los problemas familiares y sus propias conductas de riesgo; la responsabilidad de cada uno de los miembros de la familia y el análisis de sus estilos de vida (es decir, organización y comunicación familiar, hábitos de consumo, actividades recreativas, ámbitos en los que viven y se desenvuelven, entre otros). Esto último les permitirá hacer una evaluación más objetiva de los factores de riesgo a los que se encuentran expuestos.

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

Se establecieron acciones estratégicas congruentes con el proceso educativo que permitieron obtener información sobre: la pertinencia y relevancia de los materiales educativos, las opiniones y expectativas de las personas jóvenes y adultas, la calidad de la práctica educativa, a efecto de tomar decisiones oportunas y adecuadas en relación con las dificultades y problemas que enfrentó durante la primera fase la implantación del modelo. Entre estas acciones se encuentran:

- Registrar el acontecer de la práctica educativa a través de una bitácora o diario de campo de la asesoría.
- Observar y recabar la experiencia educativa de los adultos y de las y los asesores.
- Realizar talleres de actualización pedagógica de acuerdo con las necesidades o dificultades detectadas.
- Realizar talleres colegiados sobre los módulos, con la participación de coordinadores operativos, asesores y personas jóvenes y adultas.

Los primeros resultados mostraron que la aceptación y demanda por los módulos diversificados superaron las expectativas planteadas teniendo una gran aceptación los temas y contenidos, como se ha constatado durante los talleres colegiados realizados en diversas partes del país, en los que se han recabado testimonios y comentarios de asesores y participantes. Las actividades como la entrevista y las opiniones personales escritas, en principio causaron cierto temor, que fue superado al realizarlas en grupo. La calidad en la impresión de los materiales, las ilustraciones y los juegos aumentaron el interés y el gusto por el estudio de los módulos.

La experiencia desarrollada hasta ahora permite concluir que **Educación para la Vida y el Trabajo** es un avance conceptual en estructura, contenidos, enfoques y metodología de la educación básica para personas jóvenes y adultas, que permite que sus procesos y logros sean de mejor calidad en cuanto a los fines sustantivos de la propia educación y en el caso de "Aguas contra las adicciones" una importante aportación preventiva en su contexto particular.

1. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, XII Censo General de Población y Vivienda 2000 México.
2. Artículo 3º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos: "...todo individuo tiene derecho a recibir educación y ésta, en los niveles de primaria y secundaria, es obligatoria...". Ley General de Educación (Ley reglamentaria aprobada y promulgada en julio de 1993): artículo 7º. Fines de la educación: contribuir al desarrollo integral, individual y social, de las personas; fortalecer la conciencia de la nacionalidad y de la soberanía, promover los valores de la democracia, la justicia, la observancia de la ley y el respeto de los derechos humanos, y fomentar la investigación y la innovación científica y tecnológica, así como actitudes solidarias y positivas hacia el trabajo y el bienestar general. Artículo 32º ...el derecho pleno a la educación de cada individuo, a través de una mayor equidad educativa y de una o regiones con mayor rezago educativo que enfrenten condiciones económicas y sociales de desventaja. Artículo 43 ...la educación de adultos está destinada a individuos de 15 años o más que no hayan cursado o concluido la educación básica y comprende, entre otras, la alfabetización, la educación primaria y la secundaria, así como la formación para el trabajo..."
3. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, XII Censo General de Población y Vivienda 2000. México.
4. Sagrera, M. (1992) *Edadismo: Contra Jóvenes y viejos. La discriminación universal*. Edit. Fundamentos. Madrid.

MODELO PREVENTIVO DE riesgos psicosociales CHIMALLI

Mtra. María Elena Castro Sariñana, Dr. Jorge Llanes. INEPAR

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

Desde 1976 a la fecha, los estudios epidemiológicos nacionales y locales de jóvenes y estudiantes han permitido identificar los indicadores de riesgo que sirvieran de base para el diseño inicial del modelo. Éste ha involucrado desde su primera versión hasta la actual a distintas poblaciones objetivo (escuela primaria, secundaria y educación media superior; comunidades abiertas y otros complementarios para padres de familia y maestros), por ello comprende la elaboración de diversos materiales.

Actualmente se considera que el Chimalli tiene tres componentes primordiales, a saber: una red voluntaria (vecinal, escolar y/o de grupos específicos, como pueden ser menores trabajadores); trabajo grupal para el desarrollo de actitudes y habilidades de protección; y, autoevaluación con instrumentos sistematizados de resultados, de proceso y de impacto que permiten observar la disminución del consumo experimental, evitar del primer contacto y reducir el abuso. Y estos componentes se articulan en el plan de acción siguen una metodología definida que inicia con la integración de la red. Esta realiza un diagnóstico con los instrumentos de autoevaluación (Inventario de Disposición al Cambio: ÍNDICE e Inventario de Riesgo Protección Comunitario: IRPACO) que sirven de guía para programar las actividades que se desarrollan en la intervención, definidas por la propia red en el contexto de la " Campaña Chimalli ". La campaña mantiene la animación del plan y el trabajo grupal para el desarrollo de habilidades y el moldeamiento de las actitudes de protección que se apoyan con los materiales; finalmente se hace una evaluación del proceso, de los resultados y del impacto, misma que al difundirse sirve de plataforma de avance a un nuevo ciclo de actividades.

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

La resiliencia, entendida como la actitud de tener plasticidad, de aguantar los choques de la vida y adaptarse a la adversidad cotidiana, es la capacidad de desarrollar competencia social, de dar resolución adecuada al estrés. Se construye en contacto con otros seres humanos por lo que se afirma que el vínculo interpersonal es un componente básico en tanto promueve el desarrollo de habilidades y competencias socioafectivas.

Esta perspectiva teórica se articula en la siguiente hipótesis básica: A mayor resiliencia, es decir vínculos afectivos al servicio del desarrollo humano y la promoción social que transformen los ambientes proximales de las comunidades donde se llevan a cabo planes de acción (escuelas, barrios...), encontramos menor prevalencia de conductas de riesgo. Esto se opera a través de las técnicas descritas (psicocorporales, psicosociales, etc.) que enseñan a los grupos, cambian actitudes y desarrollan habilidades socioafectivas, por su parte y a través de la autoevaluación la red de voluntarios se empodera y transforma los ambientes y disminuye el estrés, medido por la prevalencia de conductas de riesgo.

BASES DE INVESTIGACIÓN

El INEPAR como institución líder del Modelo Chimalli ha procurado su diseminación¹ y promueve activamente la investigación de evaluación. Ello permite registrar incrementos estadísticamente significativos de actitudes protectoras en grupos escolares, frente a los grupos que recibieron conferencias y grupos que no fueron objeto de ninguna intervención, así como el incremento de habilidades de protección después de las intervenciones preventivas.

Estos datos se complementan con el impacto en la reducción de consumo de drogas y, en general con el incremento neto de no consumidores medidos antes y después de la intervención. Debe señalarse que cuando no se aplica alguno de los componentes del modelo, los resultados tienden a ser menos consistentes, por ejemplo, cuando las comunidades no trabajaron con el soporte de una red, no lograron reducciones significativas de consumo de drogas.

Cronológicamente, la evolución del Modelo Chimalli se observa en el siguiente esquema:

1. 1989

Financiamiento:	Colegio de Bachilleres. SEP
Investigación:	Diseño del inventario IRPA con base en 33 indicadores de riesgo tomados de investigaciones epidemiológicas.
Productos:	Inventario de Riesgo Psicosocial para Adolescentes IRPA. Castro M.E. "Indicadores de riesgo para el consumo problemático de drogas en jóvenes estudiantes. Aplicaciones en investigación y atención primaria en el plantel escolar" Salud Pública de México Vol. 32, No. 3, 1990.
INVESTIGACIÓN	Sistematización de resultados de 11 estudios epidemiológicos, 2 a nivel nacional, con muestras representativas de estudiantes de enseñanza media y media superior, y 9 estudios locales en la Ciudad de México (se incluye estudios con jóvenes que asisten a Centros de Integración Juvenil).
RESULTADOS	33 indicadores de riesgo conceptualizados dentro del modelo epidemiológico clásico. Tres fuentes de variación: ambiente facilitador: familia, medio social y variables demográficas, factores de la droga (agente): patrón de consumo y tipo de droga consumida y características del individuo: sociodemográficas y de historia de vida.
APLICACIONALMODELO	Modelo Integral con seis áreas: Uso de drogas, manejo de la sexualidad conducta compulsiva o consumista, manejo de la salud, conducta antisocial y eventos negativos de la vida. Se inicia el diseño de los materiales para el conductor de secundarias.

2 1990-1992

Financiamiento:	Agencia Internacional de Desarrollo, administrado por CONAFE.
Investigación:	1990 piloteo de IRPA. 1991 (análisis factorial) y programa de cómputo. 1991-1992 Diseño de material para jóvenes conductor y libro del joven.
Productos:	CONAFE: Carpetas del Modelo de Prevención de Riesgos.
Psicosociales CHIMALLI:	del Joven, del Conductor, del IRPA, y de Recursos Didácticos.
INVESTIGACIÓN	Aplicación del IRPA a una muestra de 500 jóvenes de escuelas privadas, de gobierno, militarizadas, jóvenes banda y jóvenes que asisten a C.I.J. Análisis: Cruces de variables, direccionalidad del puntaje y análisis factorial. Programa de cómputo para obtener perfiles de riesgo (puntaje bruto y calificación Z con la media de la población).
RESULTADOS	El cuestionario de 141 preguntas califica alto a los de alto riesgo: Jóvenes banda y los que asisten a C.I.J. y bajo a los estudiantes más protegidos (los escolarizados). Con el análisis factorial se seleccionaron los reactivos con peso factorial mayor de 40 agrupados en 26 factores y se eliminaron 10 preguntas.
APLICACIONESALMODELO	Se agrupan las seis áreas de intervención y de investigación en tres: Uso de Drogas y Conducta Antisocial, Eventos Negativos de la Vida y Estilo de Vida (salud, sexualidad y tiempo libre). Los diagnósticos entre las comunidades estudiadas varían significativamente de los diagnósticos locales y nacionales, por lo que el Modelo debe proponer diagnóstico específico de factores de riesgo-protección, antes de cada intervención.

1. Actualmente está integrado el Modelo Chimalli a muchos programas de prevención, entre los que destacan: en el ámbito nacional, con el DIF (Sistema Integral de Desarrollo de la Familia); a nivel estatal en Jalisco, Colima, San Luis Potosí, Guanajuato, San Luis Potosí y Zacatecas y en diversas instituciones educativas y de asistencia social como el Colegio de Bachilleres y Salud Pública en el Distrito Federal.

3. 1993-1994

Financiamiento:	INEPAR convenio con Procuraduría General de Justicia del D.F.
Investigación:	1993 Estudio Piloto en escuelas secundarias del D.F. con grupos de control para el cambio de actitud en grupos escolares.
Productos:	1994 Publicación Conapo-Conafe. Castro M.E. Mata M.E. Amador, C. Chimalli: un programa de prevención de los factores de riesgo psicosocial en la adolescencia. Evaluación de Resultados. La Psicología Social en México. Asociación Mexicana de Psicología Social, 1994. Castro M.E. Autogestión en prevención. CONADIC-Infoma, 1993.
INVESTIGACIÓN	Se prueban los materiales elaborados, en escuelas secundarias con un diseño de dos grupos control: con conferencias y sin intervención y un grupo experimental: Grupo Chimalli, también se prueba conductores entrenados con un curso de 10 horas y conductores sin curso.
RESULTADOS	El grupo experimental incrementa significativamente sus actitudes de protección antes y después de la intervención grupal, en comparación con los grupos control. Los orientadores entrenados lograron cambiar 33 actitudes en los grupos y los no entrenados, sólo 8. La intervención funcionó mejor en las escuelas que la solicitaron en comparación con las escuelas en las que se solicitó intervenir. Los jóvenes solicitaron la integración de sus padres en la intervención. Después de las 15 sesiones en los grupos, las escuelas no continuaron la intervención y las actitudes de protección disminuyeron en una aplicación realizada seis meses después de la intervención. (reporte de Mata M.E. datos no publicados. Se probó la validez de los reactivos de la escala de actitud, y de 91 reactivos, fueron seleccionados 42.
APLICACIÓN DEL MODELO	Se amplía el Modelo con el fin de que lograra un impacto más duradero en los jóvenes intervenidos: se incluye a los padres de familia y a los maestros y se implementa una red de voluntarios que anime y guíe el proceso. Se prepara la publicación del material evaluado.

4. 1995-1997

Financiamiento:	INEPAR, Universidad Iberoamericana, Gobierno del Estado de Querétaro, Dirección General del Bachillerato SEP.
Investigación:	Planes de acción en diversos planteles escolares de enseñanza media y media superior del Distrito Federal para la prueba del Modelo ampliado a redes de trabajo con padres. Bases epidemiológicas para investigar factores de protección en población universitaria en secundarias de Querétaro e implementación de redes de prevención en escuelas secundarias de Querétaro.
Productos:	Castro M.E. Llanes J. Bonifaz Rosa, Gally, N. Margáin M. Chimalli Modelo Preventivo de Riesgos Psicosociales en la Adolescencia. Editorial Pax. Libro del Joven y Libro del Conductor. Castro M.E. Llanes, J. Guía para padres de Familia. Modelo Chimalli Editorial Pax (En prensa). Castro M.E., Enríquez B. Factores de Riesgo en una muestra de estudiantes universitarios, (Reporte Interno y tesis profesional). Castro M.E. Rivera J. J. Ravel, E. Estudio epidemiológico de perfiles riesgo psicosocial en secundarias del municipio de Querétaro, 1995-1996. (reporte interno no publicado).
INVESTIGACIÓN	Factores de protección con análisis de Odd-Ratios, con base de datos de muestra universitaria, Implementación de redes en secundarias de Querétaro (datos no publicados), Diseño de Redes, prueba en una escuela particular (reporte interno del INEPAR).
RESULTADOS	Los factores de Protección encontrados (Odd Ratios significativos y negativos) fueron: Los padres de familia reaccionaron muy positivamente al trabajo conjunto tanto en la red como en forma grupal: los directivos y las escuelas viven esto como amenazante. La organización escolar se muestra resistente, amenazada, frente a la discusión abierta de conductas de riesgo. Los maestros y los directivos tienden a construir "chivos expiatorios". En provincia las reacciones son diferentes a la Ciudad de México, los maestros cooperan más.
APLICACIÓN DEL MODELO	Se diseña una intervención grupal con más énfasis en habilidades que en actitudes (que las personas además de reflexionar, como en el material de secundarias, aprendan técnicas de protección para controlar enojo y emociones (técnicas antiestrés que se incluyen en el nuevo manual de padres), así como técnicas de interacción psicosocial con sus padres y grupos de amigos. Se toman como guía para el desarrollo de habilidades, los 26 factores de riesgo detectados en el IRPA. Se incluyen en el Modelo las Técnicas Psicorporales además de las psicosociales.

5. 1998

- Financiamiento:** INEPAR en acuerdo con DIF San Luis Potosí, DIF Zacatecas, Universidad del Bajío y Consejo Estatal contra las Adicciones de Jalisco.
- Investigación:** 1998 Protocolo de Investigación para Prueba Piloto de la aplicación del Modelo Completo en Escuelas.
- Productos:** Chimalli: "Un modelo de prevención de Riesgos Psicosociales. Cambios de actitud y modificación de los niveles de Protección en seis planteles escolares situados en cuatro ciudades del país" *Psicología Iberoamericana* (1999) Vol. 7 No. 4.
- INVESTIGACIÓN** Se propone un protocolo de investigación, a los estados que estaban usando el Chimalli para probar el Modelo ampliado (Red, énfasis en habilidades, investigación de actitudes, trabajo con padres). Se denominó Protocolo Bajío, por haber sido en Querétaro la reunión. San Luis Potosí, León, Zacatecas, Ciudad de México, Jalisco, Querétaro y Aguascalientes. Muestra de 800 adolescentes intervenidos. Diseño, medición de conductas de riesgo antes y después de la intervención con el IRPA y de actitudes con la escala de actitud CHIMALLI.
- RESULTADOS** Querétaro no concluye por cambio de autoridades, Aguascalientes no implementó el plan de acción y Jalisco llevó a cabo muchos planes de acción, pero no pudo aplicar adecuadamente el instrumento de impacto (IRPA). Con el Trabajo en San Luis Potosí, León, Zacatecas y la Ciudad de México, se concluyó que en los planteles se encontraba un aumento significativo de las conductas protectoras después de la intervención, pero que las escuelas que no desarrollaron el Modelo completo no lograron disminuciones significativas del consumo de drogas en los últimos 30 días después de la intervención. También se observó que los estudiantes que el IRPA situaba en alto riesgo no reportaron cambios significativos antes y después de la intervención, únicamente los de bajo y mediano riesgo.
- APLICACIONALMODELO** A pesar de ser un instrumento relativamente sencillo, por tener el programa sistematizado, el IRPA parece difícil de manejar por las escuelas y las instituciones, de ahí que se reserva para evaluaciones de impacto, para la prueba de modelos, por parte de INEPAR. Es necesario incluir materiales para los jóvenes de alto riesgo y modificar el concepto de inclusión del maestro dentro del Modelo, proporcionándole técnicas de protección para sus propios riesgos con un manual de autoayuda, dándole sugerencias de actitudes protectoras con sus alumnos dentro del aula, y sensibilizándolo sobre la importancia de la prevención, sin exigir participación activa en la conducción de grupos, sino tan solo aceptación a la intervención en la escuela.

6. 1998-2000

- Financiamiento:** Convenio con UNICEF a fin de elaborar una carpeta para la aplicación del Modelo en el programa PAMAR del DIF Nacional.
- Investigación:** 1999-2000 Prueba Piloto de la carpeta y elaboración y publicación del material definitivo.
- Productos:** Castro M.E. Modelo Preventivo de Riesgos Psicosociales en la Adolescencia Chimalli. Unidos por una sociedad libre de drogas: contribución de expertos en la reducción de la demanda de Drogas de México y Centroamérica. Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de drogas (PNUFID). Oficina regional para México y Centroamérica, México 1998. Unicef-DIF Modelo Preventivo de Riesgos Psicosociales Para Menores Adolescentes y sus Familias Vol. I Bases Teóricas y Plan de Acción, Vol. 11 Intervención preventiva. Castro M.E. Llanes J. Margain Castro. Modelo Chimalli Comunitario. Estrategia para la intervención preventiva en la comunidad. Editorial Pax (En prensa). Castro M.E. Llanes. J. Carreño A. Margain C. Evaluación de las aplicaciones del Modelo Chimalli DIF en 14 comunidades marginadas. *Psicología Iberoamericana* (1999) Vol. 7, No 4.
- INVESTIGACIÓN** El DIF Nacional solicita adaptación del Modelo a las comunidades marginadas con las que trabaja el programa PAMAR. Se diseña una investigación para probar la carpeta adaptada con el Modelo ampliado a la red, trabajo con énfasis en habilidades, e investigación con un IRPA más sencillo, métodos comunitarios probados previamente (informante calificado y discusión grupal con la comunidad). Se prueban los efectos de la capacitación a directivos, y al promotor, así como la supervisión directa de un plan de acción, con un diseño de seguimiento a través de una cédula circunstanciada de la capacitación dada a los directivos de prácticamente todos los estados de la República.
- RESULTADOS** Se encontró que la mejor aproximación planes de acción fue la supervisión directa en campo de un plan de acción previo el estudio grupal del manual.
- Del curso a Directivos no se llegó a ningún plan de acción a la comunidad, de la capacitación a promotores si pero incompletos, la mayoría utilizaron únicamente el componente grupal del Modelo y no utilizaron la red ni instrumentos de investigación. Los planes supervisados completos, trabajados en 14 comunidades marginadas de tres estados de la República (San Luis Potosí, Baja California y Guerrero), obtuvieron puntajes significativamente mayores de habilidades de protección antes y después de la intervención, así como mayores niveles de participación comunitaria. En el IRPA se pudieron apreciar decrementos de los niveles de riesgo (26.3 a 21.6) sin embargo estos no fueron estadísticamente significativos. Se detectaron dentro del DIF 20 paradigmas que facilitan la existencia de planes de acción preventiva y 20 paradigmas que los obstaculizan, los cuales será necesario tomar en cuenta y en su caso, modificar para la exitosa diseminación del Modelo Chimalli dentro del programa PAMAR.

APLICACIONES AL MODELO Para modificar niveles de riesgo en comunidades marginadas son necesarios al menos dos ciclos preventivos dentro de la misma comunidad. El componente de red debe ser enfatizado entre los promotores, para que el Modelo no quede reducido a una intervención de desarrollo de habilidades en grupos de personas, ya que pierde efectividad para disminuir prevalencias de conductas de riesgo. Es necesario enfatizar en el DIF el uso del componente de investigación, ya que los resultados pueden informar sobre prevalencias de conductas de riesgo en comunidades marginadas que no son captadas por ningún sistema de información o por ninguna encuesta realizada en el país.

Debe evitarse la capacitación y privilegiarse la supervisión de planes de acción, para tener como resultado más prevención en el país y no más cursos de capacitación. Los mejores supervisores son aquellos que ya han realizado al menos un ciclo preventivo completo con el Modelo en su propia entidad.

7. 1999

- Financiamiento:** Consejo Estatal contra las Adicciones de Jalisco y acuerdo con la Dirección General del Bachillerato SEP.
- Investigación:** Sistematización de experiencias con maestros en cursos de prevención.
- Productos:** Llanes J. Castro M.E. "Yo Maestro" Editorial Pax, 1999.
- INVESTIGACIÓN** Con la experiencia de capacitación que se llevó a cabo en 1995 y 1996 sobre el Modelo, se evaluaron los planes de acción que realmente se estaban llevando a cabo en los planteles. Se sistematizó la experiencia para elaborar el libro Chimalli para el Maestro.
- RESULTADOS** Se encontró que del total de 800 maestros entrenados únicamente 40 estaban aplicando el Modelo. El principal obstáculo fue la falta de apoyo de las autoridades para aplicar las 15 semanas de trabajo, además de registrarse quejas sobre su propia situación dentro del plantel.
- APLICACIÓN AL MODELO** Se diseñó el Manual de Autoayuda para introducir al maestro de una manera sencilla y natural y sobre todo para que el mismo se sintiera ayudado por el mismo Modelo al igual que los padres, lo cual ha demostrado ser una estrategia exitosa.

8. 1999-2000

- Financiamiento:** Secretaría de Educación del Gobierno del Estado de San Luis Potosí.
- Investigación:** Línea base epidemiológica en una muestra representativa de quinto y sexto grado de primaria de la ciudad de San Luis Potosí y zona conurbada.
Elaboración del material para la escuela primaria. Prueba Piloto del Material en 40 escuelas, elaboración del material definitivo y del artículo de evaluación.
- Productos:** Margain M. Castro M. E. Llanes J. Modelo Preventivo de Riesgos Psicosociales Chimalli para primarias Libro del Conductor, Libro del Niño. Editorial Pax (En Prensa). Margain M. Castro M.E. Llanes J. "Evaluación de cinco planes de acción implementados en escuelas primarias de San Luis Potosí. INEPAR. En prensa.
- INVESTIGACIÓN** Línea base epidemiológica de perfiles de riesgo en una muestra representativa de los estudiantes de quinto y sexto grados de primaria de la ciudad de San Luis Potosí y zona Conurbada. Evaluación de 5 planes de acción llevados a cabo con el Modelo Chimalli.
- RESULTADOS** La escuela primaria que reportó cambios significativos en el consumo de drogas en los últimos 30 días, antes y después de la intervención, fue la que aplicó completo el Modelo, que fue supervisada y que además ya había tenido una experiencia importante de gestión escolar con métodos participativos tanto con maestros como con padres de familia. Se encontraron disminuciones significativas de alto riesgo. Los padres de familia se mostraron muy interesados y participativos. La línea base epidemiológica mostró porcentajes altos de consumo de alcohol, tabaco y marihuana, así como de sexualidad negativa problemas familiares y escolares, lo cual fue comprobado con los propios maestros de las escuelas.
- APLICACIÓN AL MODELO** La introducción de la post-actividad en casa con los niños de primaria garantiza un alto impacto de la intervención preventiva en el aula. Los datos epidemiológicos comprueban la necesidad de empezar la prevención en las primarias, los resultados son mejores que en las escuelas secundarias así como en las preparatorias ya que sí es posible disminuir el alto riesgo. La organización escolar de cada plantel se muestra menos resistente, pero la organización a nivel central aún no está totalmente sensibilizada. Se diseñó el material definitivo para la escuela primaria.

9. 2000-2001

Financiamiento: INEPAR con acuerdo con DGB/SEP.

Investigación: Estudio epidemiológico a Nivel Nacional en preparatoria abierta.

Productos: " Estudio nacional de factores de Riesgo entre usuarios del sistema de preparatoria abierta de la Secretaría de Educación Pública, Observatorio Epidemiológico CONADIC SSA" (En prensa). Manuales de preparatoria escolarizada y preparatoria no escolarizada (en elaboración).

INVESTIGACIÓN Se lleva a cabo una línea base epidemiológica en los usuarios de preparatoria abierta inscritos en la SEP a nivel nacional. Se aplicaron a un total de 16615 estudiantes inscritos en el sistema en todas las entidades del país, el número de usuarios captados en cada entidad es proporcional al nivel de demanda por parte de los jóvenes en cada entidad.

RESULTADOS Se detectan mayores niveles de consumo de algunas drogas que en otros sistemas escolarizados, sobre todo de anfetaminas, alcohol, marihuana, y sedantes. Lo mismo sucede con eventos negativos de la vida, relacionados con la sexualidad y en la relación con los padres, así como mayores dificultades con la escolaridad. El nivel de actos antisociales es mucho mayor en esta población.

APLICACIONESALMODELO Se conceptualiza a esta población como de alto riesgo lo cual se constituye en un reto para el Modelo, por lo que se están diseñando manuales de alto riesgo para la preparatoria abierta y para los estudiantes escolarizados que puedan ser utilizados en el manejo grupal de aquellas escuelas y comunidades, que medidos por el IRPA o por cualquier otro instrumento, superen determinados niveles de riesgo psicosocial, lo cual se ubica en la prevención secundaria dentro de las mismas comunidades y no en centros especializados.

10. 2001-2002

Financiamiento: Fundación *Gonzalo Rio Arrente*.

Investigación: Estrategias Chimalli para la Prevención de Adicciones y otros Riesgos Psicosociales.

Productos: Escala de vulnerabilidad psicosocial, libros preventivos para primarias, secundarias, padres de familia, artículos de investigación epidemiológica, artículos de evaluación, análisis epidemiológicos en muestras ya levantadas, líneas base en muestras de estudiantes, protocolo de investigación evaluativa (testimonios, seguimiento de ciclos preventivos INEPAR, 2002).

INVESTIGACIÓN Se llevaron a cabo análisis estadísticos en tres muestras representativas de jóvenes estudiantes, la muestra nacional de estudiantes de preparatoria abierta, con 16615 jóvenes, una muestra de estudiantes de enseñanza media superior una muestra de estudiantes universitarios y una muestra de estudiantes de secundaria y primaria de San Luis Potosí.

Evaluación con grupos de control y seguimiento en comunidades del D.F. San Luis Potosí, Guadalajara y Ciudad Juárez.

RESULTADOS Se detectan 21 conductas de riesgo capaces de predecir el consumo de drogas. Se construye una escala de vulnerabilidad psicosocial, útil para evaluar el impacto de las intervenciones preventivas y para delinear 4 grupos de estudiantes de acuerdo con grados de vulnerabilidad y de consumo de sustancias.

Se analizan las distribuciones de los consumidores de sustancias, y en algunas poblaciones como la del sistema abierto se encuentra que los consumidores de tabaco y alcohol se distribuyen de manera diferente a los consumidores de droga. Se detecta una distribución bimodal en los consumidores de tabaco y alcohol y una distribución continua y unimodal para los usuarios de droga. En otras poblaciones de estudiantes de enseñanza media y media superior la distribución de usuarios de alcohol y tabaco al igual que los consumidores de drogas aún es continua y unimodal, lo que indica que las medidas preventivas que tiendan a reducir el consumo promedio, también reducirán el consumo excesivo (Modelo de Lederman). Estos resultados indican que las políticas preventivas tendrán más éxito que la medida de reducción de daño en poblaciones con pocos usuarios excesivos, como es el caso de nuestros estudiantes. Las mujeres enfrentan riesgos diferentes que los hombres. Se detallan evaluaciones del proceso preventivo en comunidades escolares y de asistencia social, a través de la técnica de paradigmas.

APLICACIONESALMODELO Mayor precisión en los criterios de evaluación para el protocolo que se está realizando actualmente a través de la escala de vulnerabilidad.

Los materiales preventivos dirigidos a los jóvenes de preparatoria abierta deben concentrarse más en uso de drogas y conducta antisocial, y deben considerar que ya existen usuarios excesivos de alcohol y tabaco.

Las poblaciones que ya están usando drogas pero que aún no desarrollan adicción requieren de materiales específicos distintos a los usuarios de mediano y bajo riesgo.

Será necesario desarrollar materiales con enfoque de género en los que se aproveche el potencial protector de las mujeres para las comunidades.

El Modelo reconsiderará el valor de mediación de las instituciones en el proceso preventivo, y desarrollara técnicas de diseminación y transferencia tecnológica que se dirijan directamente a las poblaciones y comunidades que lo requieren, pues un resultado de evaluación con algunas instituciones indica que la propia inercia institucional hace imposible que el beneficio llegue a las comunidades que lo requieren. Se intentará por tanto una transferencia directa a las familias, y a promotores populares voluntarios de las mismas comunidades que ya han participado en un plan de acción Chimalli.

MODELO DE intervención social profesionalizada

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

La política de asistencia social en México demanda trascender del asistencialismo tradicional a una intervención social profesionalizada bajo criterios de calidad, en donde los sujetos sean promotores de su propio desarrollo.

Esta visión implica el desarrollo de proyectos, programas y modelos de asistencia social con un rigor metodológico para impactar y potenciar las capacidades de la población objeto de la asistencia social, propiciando condiciones y oportunidades para su integración al desarrollo y el acceso a una vida digna y equitativa.

El desarrollo de modelos de intervención permitirá:

- Profesionalizar los servicios asistenciales existentes
- Medir y evaluar los alcances del quehacer asistencial
- Dirigir y optimizar esfuerzos
- Replantear la asistencia social según la nueva visión
- Generar nuevos modelos de atención e intervención que respondan a las demandas y necesidades de la población vulnerable
- Replicar experiencias exitosas de intervención

La estrategia para la profesionalización de los servicios asistenciales consiste en las siguientes fases:

I. **ASESORÍA Y ACOMPAÑAMIENTO METODOLÓGICO PARA LA ESTRUCTURACIÓN, ESTANDARIZACIÓN Y EVALUACIÓN DE MODELOS DE INTERVENCIÓN:**

A. **EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA.** Antes de iniciar un proceso de estructuración de modelos en dos de sus opciones como lo es la sistematización de la experiencia y el ajuste de los modelos se hace necesario conocer la situación actual que guardan los programas, proyectos o modelos que desean llevar a cabo dichos procesos. Para llevar a cabo la evaluación diagnóstica se emplean herramientas como el trabajo con grupos de expertos, técnicas para la validación de criterios y para la obtención de indicadores. La evaluación diagnóstica pretende ser el insumo principal para el ajuste de los modelos y el punto de partida para la sistematización de la experiencia, donde queden delimitados los estándares mínimos de la atención y del servicio así como los procesos de operación que contempla el modelo.

B. **ESTRUCTURACIÓN DE MODELOS.** Esta vertiente ofrece tres posibles alternativas:

- **Desarrollo de modelos a partir de necesidades y problemas detectados.** Esta metodología se refiere a la generación de un nuevo modelo de intervención a partir de una circunstancia particular, identificada y parcialmente abordada. La tarea aquí es establecer la metodología que permita revisar la problemática, explicarla y analizar experiencias similares, si las hubiera. Con estos elementos básicos, y a partir de una instancia interesada en el desarrollo del modelo, se inician las asesorías que derivarán en la creación de un modelo nuevo que atienda e intervenga, de manera que el producto final sea capaz de responder y replicarse a otras regiones distintas a la originaria. Esta modalidad permite desarrollar respuestas dirigidas y específicas, con lo cual se incrementa su eficacia en tanto que estarán diseñadas para responder a una problemática determinada y, por otro lado, se eleva su eficiencia, pues la forma de abordar y desarrollar la atención o intervención responderá a una planeación debidamente sustentada.

- **Sistematización de la experiencia.** Los programas existentes, dedicados a abordar determinada problemática, no siempre fueron desarrollados con anticipada planeación debido, por lo general, a la premura que exige dar respuesta inmediata a las demandas o necesidades que se presentan. Esos programas funcionan y atienden, se adecuan o se modifican según las circunstancias; sin embargo, la constante que se presenta es una incipiente planeación, derivada de que los programas no están debidamente sustentados, es decir, la experiencia no está contrastada con la teoría y, en muchos casos, no está documentada, esto es, sistematizada.

Este hecho impide o resta eficacia en las respuestas, dificulta la réplica del programa o modelo y duplica funciones o reduce la eficiencia operativa. Muchos programas eventualmente exitosos, no están en capacidad de continuar en ese estatus o bien, otros muchos, no logran concretar lo que inicialmente se planteó como su objetivo fundamental.

Se responde a esa necesidad, a través de una metodología para la sistematización de esos programas, encaminada a transformarlos en modelos de intervención, de manera que se documenten los procesos, se contrasten con la experiencia, la teoría y la realidad, para adecuar o transformar los programas, las estrategias y las acciones encaminadas a una problemática determinada.

- **Ajuste de Modelos.** Las condiciones sociales evolucionan y se transforman de manera permanente. La flexibilidad de un modelo derivado de una adecuada planeación no siempre es suficiente para enfrentar esas transformaciones, existe pues un límite impuesto por circunstancias que rebasan lo establecido en un modelo. Estas variables pueden modificar los escenarios que dieron origen al planteamiento inicial del modelo que identificaba, por ejemplo, a una población determinada y excluyente, o proponía una estrategia particular, o quizá impulsaba programas dirigidos a cierta problemática. La aplicación y operación del modelo, su réplica en otra región, modificaciones al marco jurídico, incluso, alteraciones mismas dentro de determinado estrato social, obligarán a tomar las acciones necesarias para replantear el modelo.

C. ESTANDARIZACIÓN DE PROCESOS

Se refiere al conjunto de reglas que norman la dinámica de un modelo de intervención en asistencia social en función del volumen y ritmo de sus operaciones. La metodología para la estandarización consiste en el seguimiento del desarrollo del modelo y la identificación de la normatividad que regirá el modelo a través de visualizar la estructura del mismo y el desglose de cada uno de sus componentes con el fin de que se reestructure el desarrollo organizacional del modelo y a su vez que este proceso permita contar con elementos necesarios y suficientes para una adecuada evaluación de sus procesos. La estandarización generalmente se expresa en manuales de organización y de procedimientos de la institución que interviene en el modelo.

D. SISTEMA DE EVALUACIÓN DE MODELOS

Consiste en una estrategia metodológica propuesta por la Dirección de Modelos de Atención para capacitar en procesos de evaluación, principalmente, **evaluación de desempeño** y **evaluación de impacto** de proyectos, programas y modelos de asistencia social con el propósito de mejorar la prestación de los servicios asistenciales que se brindan a la población vulnerable, mediante la definición y validación de los criterios mínimos de calidad estándares del servicio que cada modelo desea alcanzar.

La asesoría y el acompañamiento metodológico de la propuesta de evaluación se apoya en un paquete de cursos y talleres enfocados a brindar la capacitación necesaria y suficiente a fin de ofrecer herramientas e instrumentos teórico-metodológicos para el diseño y la operación de un sistema de evaluación que forme parte del modelo, programa o proyecto de manera permanente y que los procesos de auto evaluación sean una constante así como de las instancias dedicadas a la asistencia social que así lo requieran.

La propuesta del sistema de evaluación de modelos busca fomentar la **cultura de la evaluación** como práctica continua en el ámbito del quehacer asistencial, conformar gradualmente un sistema de información alimentado de los resultados de la evaluación y, con ello, generar un banco de indicadores de asistencia social.

Así también, la asesoría para la puesta en marcha de sistemas de evaluación pretende **mejorar, reorientar e innovar** el quehacer asistencial a través de la detección de fortalezas, áreas de oportunidad y focos de atención para apoyar y/o reorientar la toma de decisiones con información útil y oportuna, así como la incorporación de criterios de calidad y divulgar así las mejores prácticas en modelos de intervención de asistencia social.

II. DESARROLLO DE INSTRUMENTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS PARA LA ESTRUCTURACIÓN, LA ESTANDARIZACIÓN Y LA EVALUACIÓN DE MODELOS

- Diseño de metodologías
- Elaboración de herramientas e instrumentos, tales como guías, manuales, estudios y otros encaminados a orientar procesos metodológicos y a establecer procedimientos para el desarrollo de determinadas etapas del diseño de modelos

III. CAPACITACIÓN

La capacitación está orientada a impulsar el desarrollo de modelos por medio de la impartición de cursos, talleres y pláticas; apoyando la profesionalización del quehacer asistencial.

La mecánica de operación para llevar a cabo la capacitación se da en las siguientes vertientes:

A. CAPACITACIÓN PARA LA PROMOCIÓN DE LAS METODOLOGÍAS PARA EL DESARROLLO DE MODELOS

- Diseño de modelos a partir de la sistematización de experiencias, estructuración y ajuste.
- Normalización, proporciona las herramientas necesarias para la normalización y elaboración de manuales de organización y procedimientos de los modelos de intervención diseñados.
- Evaluación, encaminada a proporcionar los elementos necesarios para el diseño de procesos de evaluación de los modelos, programas y proyectos de asistencia social.

En esta vertiente se ejerce una función introductoria a las metodologías ya mencionadas, a través de cursos-taller que se realizan en coordinación con los especialistas de la institución.

B. ASESORÍA Y ACOMPAÑAMIENTO EN LA ELABORACIÓN DE PROPUESTAS DE CAPACITACIÓN PARA LA OPERACIÓN DE MODELOS VARIADOS

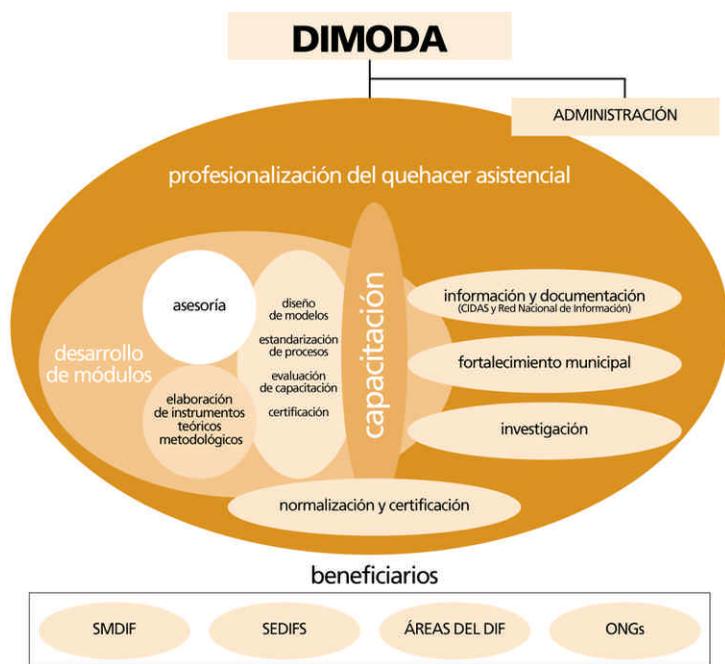
- A partir de la observación y seguimiento en el diseño del modelo y la elaboración de manuales de procedimientos del mismo, conjuntamente con la institución responsable del modelo se diseñará la propuesta de capacitación más adecuada al personal encargado de su operación.
 - a. Se diseñará el paquete didáctico que orientará al personal responsable del modelo para su operación o para ser reproducido y aplicado por otras instituciones u organizaciones afines.

C. CAPACITACIÓN PARA PROMOVER LA PROFESIONALIZACIÓN DEL PERSONAL DEDICADO A LA ASISTENCIA SOCIAL

- Inducción a la asistencia social para personal directivo que se incorpora a las nuevas administraciones estatales y municipales.
- Formación de facilitadores, orientada a potenciar las habilidades y potencialidades para la capacitación vinculada a modelos de intervención.

En este sentido se impulsa la **profesionalización de los servicios asistenciales a través de modelos de intervención** en cada una de las 10 líneas temáticas fundamentales de la asistencia social, para que las acciones derivadas respondan a las demandas y necesidades de la población vulnerable y a la nueva visión de la asistencia social y del Sistema Nacional DIF:

1. Alimentación
2. Rehabilitación
3. Infancia
4. Desarrollo comunitario
5. Niños de la calle
6. Menores repatriados
7. Explotación sexual infantil
8. Violencia familiar
9. Adultos mayores
10. Adopciones



MODELO PREVENTIVO

ECO²

Ing. Juan Machín

1. ANTECEDENTES DEL MODELO

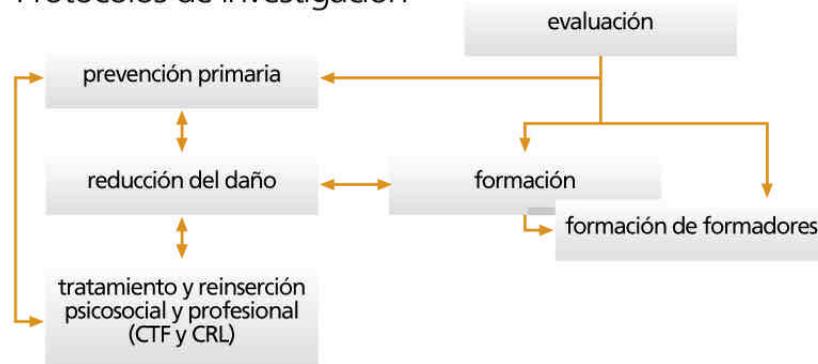
El Centro Cáritas de Formación para la Atención sobre Farmacodependencias y Situaciones Críticas Asociadas A.C., es resultado de un proceso de coordinación interinstitucional para realizar una investigación en la acción, convocado y coordinado por Cáritas Arquidiócesis de México I.A.P. con tres organizaciones civiles: Hogar Integral de Juventud I.A.P., Centro Juvenil Promoción Integral A.C. y Cultura Joven A.C.

- Cáritas es el organismo oficial del Arzobispado para el servicio caritativo de la Iglesia Católica y desde hace varios años ha venido impulsando, alentando y promoviendo muy diversos proyectos de asistencia, promoción y desarrollo social de grupos, comunidades y ONG.
- Hogar Integral de Juventud es una institución de asistencia privada, cuyo trabajo pionero con la farmacodependencia se remota a 1970.
- El Centro Juvenil Promoción Integral es una institución fundada en 1982 con el objetivo de contribuir al desarrollo integral de los sectores más amplios de la población juvenil en México.
- Cultura Joven es una organización civil que surge de la convergencia en 1987 de una red de experiencias juveniles en Morelos.

De 1995 a 1998 se desarrolló el proyecto de investigación en la acción, con el aval y el financiamiento de la Unión Europea y Cáritas de Alemania, sobre prevención, reducción del daño, tratamiento de farmacodependencias y formación de agentes sociales.

Con el desarrollo de la investigación se fue dando un proceso complejo de articulación más profunda y sistemática que produjo como resultado la creación de este Centro de Formación en 1999.

Protocolos de investigación



MISIÓN

El Centro busca formar en la acción a equipos de agentes sociales para:

- Incrementar la eficacia de la acción social,
- Crear una cultura consensuada en torno a fenómenos de sufrimiento social, desde una epistemología de la complejidad e
- Incidir en las políticas públicas relacionadas

Impacto actual

El modelo de intervención del Centro es implementado por 26 organizaciones y redes mexicanas y centroamericanas entre las que destacan Hogar Integral, Cejuv, Cultura Joven, Casa, Reintegra, Fundación Ama la Vida, Ediac, Daya. Superación Humana y social, Clubes Juventud Siglo XXI, Hogares Providencia San Felipe de Jesús, Hermanos Indígenas y Migrantes, etc.

Algunos elementos esenciales de la intervención

- Empleo de instrumentos (Diarios de campo, Sistema de Diagnóstico Estratégico, Hoja de Iniciativas, etc.)
- Planeación estratégica con base en diagnóstico (investigación en la acción)
- Revisión de la tarea (en equipo, supervisiones externas) y la coherencia de objetivos en los diferentes niveles
- Se interviene en territorios sobre redes y representaciones sociales, sistemas simbólicos de control social
- Construcción de minorías activas

Principales acercamientos teóricos

- Psicología de comunidad
- Psicología social
- Sociología
- Antropología social
- Teoría psicoanalítica
- Fenomenología
- Epistemología de la complejidad

2. BASES TEÓRICAS Y DE INVESTIGACIÓN

Acercamiento conceptual al fenómeno de las farmacodependencias

Las farmacodependencias son un fenómeno hipercomplejo que involucra aspectos tan diversos que van desde las relacionadas con nuestra propia fisiología, de la mano de la bioquímica de las sustancias y las consecuencias que su consumo tiene para la salud, hasta la sociedad red en su conjunto (expresada como marcos jurídicos-políticos internacionales y/o como redes internacionales de crimen organizado), pasando por perspectivas epidemiológicas, psicosociales, históricas, legales, etc. Todo esto atravesando por representaciones sociales, la diversidad cultural y las relaciones de poder, por citar algunos de los elementos relevantes.

Criterios básicos de la prevención

- La prevención de la farmacodependencia es prioritariamente un problema de promoción y gestión de la seguridad y de la salud de las ciudadanas, drogadictas o no.
- La labor de prevención primaria puede consistir en contrarrestar los procesos de exclusión en la participación de la vida social, privilegiando la construcción de la seguridad para todos los actores sociales.
- La prevención es local o no es.
- La prevención es sobre los sistemas y sus interacciones.
- La prevención es sobre la situación crítica.
- La prevención no tiene como fin la desaparición de la situación crítica.
- La prevención es en lo cotidiano.
- La prevención no es información.
- La prevención presupone competencia previsional y manipulativa.
- La prevención presupone un sistema de conocimientos y de hipótesis “adecuado”.
- La prevención es estrategia.

acrónimos y siglas

CONADIC	Consejo Nacional Contra las Adicciones
CIJ	Centros de Integración Juvenil
Caritas	Centro Caritas de Formación para la Atención sobre Farmacodependencias y Situaciones Críticas Asociadas, AC
DIF	Sistema Nacional de Desarrollo Integral de la Familia
IMIFAP-Educación, salud y vida-	Instituto Mexicano de Investigaciones de Familia y Población
INEA	Instituto Nacional de Educación de Adultos
INEPAR	Instituto de Educación Preventiva y Atención de Riesgos, AC
PEPCA	Programa de Educación Preventiva Contra las Adicciones
SEP	Secretaría de Educación Pública
SSA	Secretaría de Salud
UNAM	Universidad Nacional Autónoma de México

Participantes en el Grupo Interinstitucional de Evaluación de Modelos Preventivos

Consejo Nacional contra las Adicciones

Agustín Vélez Barajas, Ángel Prado, Manuel Tovilla, Ma. Teresa Sánchez Fragoso

Centros de Integración Juvenil

Victor M. Guisa, Luis Solís, Manuel Ponce, Patricia Gómez, David B. Díaz

Centro de Formación Caritas AC.

Juan Machin, Joaquín del Bosque

Facultad de Psicología (UNAM)

Jennifer Lira

Fundación Ama la Vida IAP

Mónica Cantú de Ainslie, Rogelio Araujo, Víctor Luna

IMIFAP-Educación, Salud y vida-

Susan Pick, Patricia Merlo

Instituto Nacional de Educación de Adultos

Sara Elena Mendoza

Instituto Nacional de Psiquiatría "Dr. Ramón de la Fuente Muñiz"

Silvia Carreño

Instituto de Educación Preventiva y Atención de Riesgos, AC (INEPAR)

Jorge Llanes, María Elena Castro

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

Monserrat Maussan, Angélica Elizondo, Sofía Villa, Lourdes Núñez, Ma. Teresa Canseco, Socorro Vaca, Rocío Arroyo

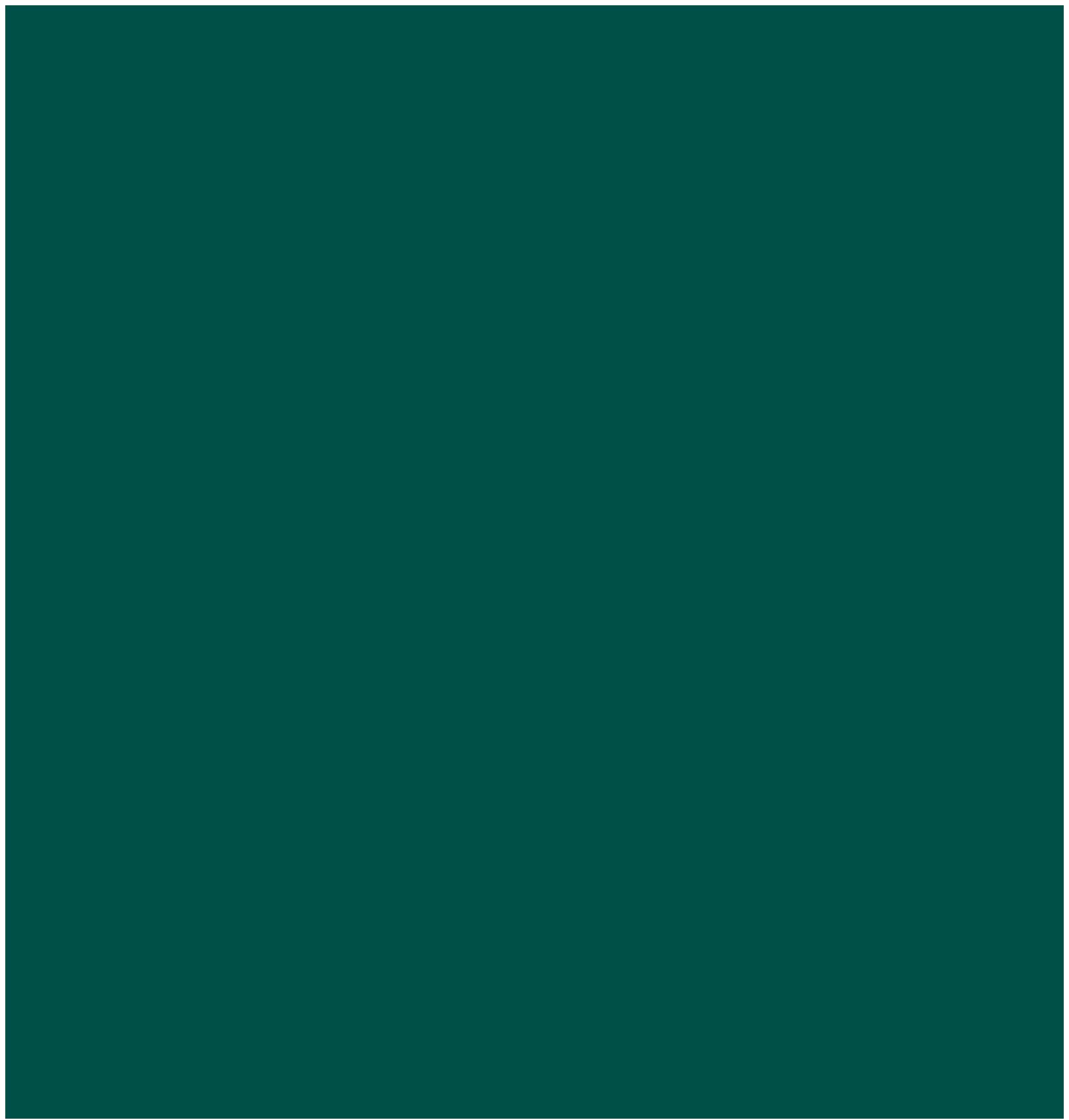
Secretaría de Educación Pública

Subsecretaría de Servicios Educativos del Distrito Federal

Patricia Bermúdez, Nancy G. Buenabad

Dirección General del Bachillerato

Abigail González Peña



CONADIC



Salud

60 años
de servir a México
1943 - 2003



www.salud.gob.mx/unidades/conadic

TIEV-MEXICO