

**ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN PSICOSOCIAL DEL CONSUMO DE
SUSTANCIAS PSICOACTIVAS CON NIÑAS Y NIÑOS DE 6 A 11 AÑOS
PERTENECIENTES AL HOGAR BOHÍO DE MARÍA DEL MUNICIPIO DE MEDELLÍN,
ANTIOQUIA.**

AUTOR:

**Claudia Maryuri Mosquera Córdoba
Psicóloga.
Yarley Rodríguez Rivas
Psicóloga.**

ASESOR:

**César Augusto Jaramillo Jaramillo
Psicólogo, Magister en Educación y Desarrollo
Humano y Especialista en Estudios sobre Juventud**

**Fundación Universitaria Luis Amigó.
Escuela de Posgrado y Formación Avanzada.
Especialización en Intervenciones Psicosociales.
Medellín.**

Diciembre de 2013

CONTENIDO

	Pag.
RESUMEN	
PALABRAS CLAVES	
ABSTARC	
KEYWORDS	
1. TITULO.....	7
2. PLATAFORMA DE GESTION.....	8
2.1 Historia.....	9
2.2 Misión.....	9
2.3 Visión.....	9
2.4 Principios Corporativos.....	9
2.5 Objetivos.....	10
2.6 Actividades que Realiza.....	10
2.7 Población que Atiende.....	10
2.8 Experiencia.....	11
3. REFERENTE CONTEXTUAL Y LEGAL.....	12
3.1 Marco Legal.....	12
4. CARACTERIZACION.....	17
5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	19
6. JUSTIFICACION.....	27
7. OBJETIVOS.....	31
7.1 Objetivo General.....	31
7.2 Objetivos Específicos.....	31
8. Referentes Conceptuales.....	31
8.1 Perspectiva Teórica.....	31
8.2 Referente Teóricos.....	34
8.2.1 Problemáticas de uso de s.p.a.....	34

8.2.2	Spas.....	35
8.2.3	La prevención.....	37
8.2.4	Estilos de vida saludable.....	42
8.2.5	Resiliencia.....	43
8.2.6	Resiliente.....	45
8.2.7	Factores de riesgo.....	45
8.2.8	Factores protectores.....	48
8.2.9	Habilidades para la vida.....	50
9.	DISEÑO METODOLOGICO.....	52
9.1	Fundamentación Metodológica.....	52
9.2	Estrategias.....	54
9.3	Acciones.....	55
9.4	Metas.....	58
9.5	Indicadores.....	59
9.6	Recursos.....	60
9.6.1	Recursos humanos.....	60
9.6.2	Recursos físico.....	60
10.	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	61
11.	PRESUPUESTO.....	62
11.1	Presupuesto de la elaboración del proyecto.....	62
11.2	Presupuesto de la ejecución del proyecto.....	63

REFERENCIAS

ANEXOS

RESUMEN

El siguiente trabajo de grado tiene como objetivo identificar conceptos, problemáticas actuales y aplicaciones referidas a la prevención del consumo de sustancias psicoactivas en el contexto escolar, relevando la importancia de las potencialidades y competencias que cada individuo posee como posibilidades para el desarrollo personal y social.

Las categorías que soportan el desarrollo conceptual se realizaron sustentadas en los planteamientos en la Psicología Social, metodológicamente se utilizaron las herramientas propuestas desde la Intervención Psicosocial, la cual es una disciplina dentro de la Psicología Social que trata de comprender, predecir y cambiar los procesos psicosociales para mejorar la calidad de vida, en este caso de poblaciones de niños y niñas escolarizados.

PALABRAS CLAVES: Prevención, Sustancias Psicoactivas, Consumo, psicosocial, niñas y niños.

ABSTRACT

The following undergraduate work aims to identify concepts, current issues which relate to the prevention of substance use in the school applications, relievando the importance of the potential and skills that each individual possesses as possibilities for personal and social development.

The categories that support the conceptual development were performed grounded in the approaches in social psychology, methodological tools proposed were used from the psychosocial intervention, which is a discipline within social psychology that seeks to understand, predict and change the psychosocial processes to improve the quality of life, in this case of populations of children and school girls.

KEYWORDS: Prevention, Psychoactive Substance Consumption, psychosocial and children.

INTRODUCCION

En el siguiente proyecto se propone ejecutar acciones que involucren diversas áreas de desarrollo y socialización de las personas que están interrelacionadas y que se complementan entre sí, buscando contribuir a la mejora de la situación actual y las expectativas de futuro de los colectivos de niños, niñas y jóvenes.

La propuesta incluye el diseño de estrategias de orden metodológico y formativo, de intercambio y trabajo compartido, de elaboración de instrumentos técnicos y, finalmente, de un canal de comunicación abierto y útil, desde el que generar una cultura de intercambio y avance común en el trabajo dirigido a los niños, niñas y adolescentes del hogar Bohío de María.

1. TITULO: PROYECTO DE INTERVENCION

ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN PSICOSOCIAL DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS CON NIÑAS Y NIÑOS DE 6 A 11 AÑOS PERTENECIENTES AL HOGAR BOHÍO DE MARÍA DEL MUNICIPIO DE MEDELLÍN, ANTIOQUIA.

2. PLATAFORMA DE GESTIÓN DE LA PROPUESTA

2.1 Historia

En 1992, el sacerdote mexicano Jorge Villalobos Ortega, llegó a la ciudad de Medellín, contactándose con la realidad de la ciudad Colombiana, dándose cuenta de los cinturones de infortunios que se distribuían por las laderas del Valle de Aburra.

Con el pasar de los años y con el apoyo de jóvenes interesados en servir y a quienes formaba mediante conferencias sobre valores humanos, se le ocurrió una pregunta: ¿Por qué seguir indiferentes ante la situación de pobreza y violencia en Medellín? Este interrogante dio inicio a una experiencia de visitar las familias del barrio Moravia, sector donde anteriormente operaba el basurero de Medellín, permitiéndoles conocer sus necesidades y pensar en ideas y proyectos que mejoraran sus condiciones de vida, esto fue el origen de la institución que actualmente ayuda a personas que no gozan de una adecuada calidad de vida para que estas tengan oportunidades de generar estilos de vida más dignos y humanizados (Gente Unida, 2013).

El Hogar surge a partir de acciones de la Fundación Gente Unida, donde en septiembre de 1993 se adquiere un salón donde comenzó el proceso educativo de 33 niños, teniendo claro que no se trataba de suplir las necesidades inmediatas de ellos, sino de enseñarles y capacitarlos para que fueran los constructores de su propio futuro (Gente Unida, 2013, párr. 3).

En 1994 y 1997, comienza a potencializarse dicha obra, debido a que se establece un nuevo espacio, acogiendo inicialmente 50 niños en condiciones de extrema pobreza, así emerge la esperanza instaurada en el amor y la protección para 50 niños en el Hogar Bohío de María (Gente Unida, 2013).

En este momento son cinco Sedes Educativas ubicadas en los barrios: Moravia, Santo domingo (La Esperanza), Manrique (La Honda), Belén (Villa Café) y Robledo (Pajarito), brindando educación y alimentación a 3.200 niños, niñas y jóvenes desde la primera infancia con el programa Buen Comienzo de la Alcaldía de Medellín y el servicio educativo desde el grado pre-escolar hasta el grado once de básica secundaria y media técnica. En este momento son 170 los niños y jóvenes que moran en este Hogar (Gente

Unida, 2013).

2.2 Misión

“Educamos y formamos a niños, jóvenes y adultos mediante la promoción de valores y competencias necesarias para adquirir las herramientas que permitan transformar su vida y entorno” (Gente Unida, 2013, párr. 1).

2.3 Visión

“Para el 2015, seremos reconocidos en el territorio Antioqueño, como una organización líder en programas sociales razonables e innovadores que contribuyan a la transformación y al desarrollo de nuestros niños, jóvenes y adultos en beneficio de la sociedad” (Gente Unida, 2013, párr. 2).

2.4 Principios corporativos

- Sentido de Pertenencia y Autoestima: con estos valores se pretende que los niños, niñas y jóvenes se sientan conectados y aceptados en su familia y a nivel social, destacando la importancia en el desarrollo saludable del ser y el deber ser.
- Formación del Carácter (de la Voluntad): Teniendo como base los valores y los modelos de convivencia, se lleva al objetivo de que construyan adecuadas relaciones interpersonales evitando situaciones inoportunas generando malestar.
- Formación en la Virtud: Guiarlos hacia una construcción de personalidad humana y fuerte, ayudándolos a construir sus propios criterios permitiéndoles enfocar su propia existencia.
- Auto convicción: Comprobar que cuando se cree firmemente en sí mismo y en las propias posibilidades de logro el resultado final es positivo. Además, permite que cada niño, niña y joven, perciban sus deberes apropiadamente y no que allí sienta la obligación y la carga de la ley llevándolos a la negación de convertir sus sueños en metas alcanzadas.
- Amor: Es el elemento básico y fundamental en la formación ya que, enseña sinceridad, tolerancia y razonamiento, además busca la defensa de los valores respetando a los demás (Gente Unida, 2013, párr. 3).

2.5 Objetivos

- Entregar una educación basada en valores, direccionados en procesos educativos que lleven a los niños y jóvenes del hogar a ser personas integrales y competentes para la vida en sociedad.
- Certificar que el personal a cargo de la educación sean personas eficaces en las competencias garantizando la calidad del servicio.
- Avalar los procesos y servicios que el hogar brinda con miras al progreso permanente entregando satisfacción al cliente (Gente Unida, 2013, párr. 5).

2.6 Actividades que realiza

El modelo pedagógico, está estructurado desde el Plan de Formación Integral del Hogar Bohío de María, como una propuesta metodológica que direcciona la rutina al interior del hogar, el cumplimiento de tareas para el logro de objetivos y el proceso formativo por etapas; desarrollada a partir de la articulación de proyectos tales como: valores, educación, higiene, recreación, sistemas y bebes. El Hogar Bohío María, fundamentalmente opera mediante un proceso formativo por etapas de formación (Adaptación, Integración, Servicio y Liderazgo) (Gente Unida, 2013).

Conjuntamente, tiene actividades recreativas como:

- Hap-kido
- Baile
- Origami
- Teatro
- Música

2.7 Población que atiende

Niños, niñas y jóvenes de la ciudad de Medellín en condición de abandono y sin oportunidades para alcanzar una vida digna (Gente Unida, 2013).

2.8 Experiencia

- Prestación del servicio educativo a 4.200 niños, niñas y jóvenes desde la primaria infancia hasta la básica secundaria.

- Protección integral a 170 niños, niñas y jóvenes cuyos derechos han sido vulnerados.
- Graduación de 765 estudiantes en educación primaria y secundaria. Bajo el convenio con el SENA, 40 jóvenes obtuvieron certificación como Técnicos en Registros de Contabilidad y Finanzas.
- El programa PERLAS desde sus líneas de acción entregó a los niños de primaria 2.600 Laptop XO, herramienta para fortalecer su proceso académico, además como parte del programa de Responsabilidad Social capacitó a 140 padres de familia en Office básico.
- Generación de más de 200 empleos fijos entre personal directivo, docentes y personal operativo que hicieron posible la prestación del servicio educativo.
- El área de Mercadeo y Comunicaciones termina su gestión con el 88% de cumplimiento del indicador captación de recursos. Este logro se debe a los aportes en dinero, bienes y servicios, 38 voluntarios en tiempo, 138 padrinos, en el plan de becas, y donaciones que fueron invertidas en la alimentación, educación y útiles escolares de los niños del Hogar Bohío de María.
- Se destaca la alianza estratégica con la empresa SM Digital, que como parte de su programa de responsabilidad social tiene 11 padrinos, tres voluntarios apoyando la labor del Hogar y cuatro profesionales que apoyan el mejoramiento de la publicidad de la Fundación en la Web.
- Desde su conocimiento algunos voluntarios como Yesid Russi, Omaira Reina, Simón Echavarría y Andrés Felipe Sierra Vásquez han contribuido el mejoramiento del área de Mercadeo de la Fundación (Gente Unida, 2013, p. 33).

3 REFERENTE CONTEXTUAL Y LEGAL

3.1 Marco Legal

NORMA	CONTENIDO DE LA NORMATIVIDAD VERSUS PROYECTO
<p>Constitución Política de Colombia. Congreso de la República de Colombia 1991.</p>	<p>Artículo 44. Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. Serán protegidos contra toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos. Gozarán también de los demás derechos consagrados en la Constitución, en las leyes y en los tratados internacionales ratificados por Colombia.</p> <p>La familia, la sociedad y el Estado tienen la obligación de asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos. Cualquier persona puede exigir de la autoridad competente su cumplimiento y la sanción de los infractores.</p> <p>Los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás.</p>

<p>Ley de Educación 115. Por la cual se expide la Ley General de Educación (Congreso de la República de Colombia, 1994).</p>	<p>Artículo 1º.- <i>Objeto de la Ley.</i> La educación es un proceso de formación permanente, personal, cultural y social que se fundamenta en una concepción integral de la persona humana, de su dignidad, de sus derechos y de sus deberes.</p> <p>La presente Ley señala las normas generales para regular el Servicio Público de la Educación que cumple una función social acorde con las necesidades e intereses de las personas, de la familia y de la sociedad. Se fundamenta en los principios de la Constitución Política sobre el derecho a la educación que tiene toda persona,</p>
--	--

	<p>en las libertades de enseñanza, aprendizaje, investigación y cátedra y en su carácter de servicio público.</p> <p>De conformidad con el artículo 67 de la Constitución Política, define y desarrolla la organización y la prestación de la educación formal en sus niveles preescolar, básica (primaria y secundaria) y media, no formal e informal, dirigida a niños y jóvenes en edad escolar, a adultos, a campesinos, a grupos étnicos, a personas con limitaciones físicas, sensoriales y psíquicas, con capacidades excepcionales, y a personas que requieran rehabilitación social.</p> <p>La Educación Superior es regulada por la ley especial, excepto lo dispuesto en la presente Ley.</p> <p>Artículo 6º.- <i>Comunidad educativa.</i> De acuerdo con el artículo 68 de la Constitución Política, la comunidad educativa participará en la dirección de los establecimientos educativos, en los términos de la presente Ley. Ver: Artículo 18. Decreto Nacional 1860 de 1994</p> <p>La comunidad educativa está conformada por estudiantes o educandos, educadores, padres de familia o acudientes de los estudiantes, egresados, directivos docentes y administradores escolares. Todos ellos, según su competencia, participarán en el diseño, ejecución y evaluación del Proyecto Educativo Institucional y en la buena marcha del respectivo establecimiento educativo.</p> <p>Artículo 7º.- <i>La familia.</i> A la familia como núcleo fundamental de la sociedad y primer responsable de la educación de los hijos, hasta la mayoría de edad o hasta cuando ocurra</p>
--	--

	<p>cualquier otra clase o forma de emancipación, le corresponde:</p> <p>a) Matricular a sus hijos en instituciones educativas que respondan a sus expectativas, para que reciban una educación conforme a los fines y objetivos establecidos en la Constitución, la ley y el proyecto educativo institucional. Decreto Nacional 1860 de 1994</p> <p>b) Participar en las asociaciones de padres de familia;</p> <p>c) Informarse sobre el rendimiento académico y el comportamiento de sus hijos, y sobre la marcha de la institución educativa, y en ambos casos, participar en las acciones de mejoramiento;</p> <p>d) Buscar y recibir orientación sobre la educación de los hijos;</p> <p>e) Participar en el Consejo Directivo, asociaciones o comités, para velar por la adecuada prestación del servicio educativo;</p> <p>f) Contribuir solidariamente con la institución educativa para la formación de sus hijos, y</p> <p>g) Educar a sus hijos y proporcionarles en el hogar el ambiente adecuado para su desarrollo integral. Artículo 3. Decreto Nacional 1860 de 1994 Obligaciones de la familia. Ley 1404 de 2010</p> <p>Artículo 87. Reglamento o manual de convivencia. Los establecimientos educativos tendrán un reglamento o manual de convivencia, en el cual se definan los derechos y obligaciones, de los estudiantes. Los padres o tutores y los educandos al firmar la matrícula correspondiente en representación de sus hijos, estarán aceptando el mismo.</p>
--	---

<p>Ley 1098 de 2006 código de infancia y adolescencia</p>	<p>Artículo 7°. Protección integral. Se entiende por protección integral de los niños, niñas y adolescentes el reconocimiento como sujetos de derechos, la garantía y cumplimiento de los mismos, la prevención de su amenaza o vulneración y la seguridad de su restablecimiento inmediato en desarrollo del principio del interés superior.</p> <p>La protección integral se materializa en el conjunto de políticas, planes, programas y acciones que se ejecuten en los ámbitos nacional, departamental, distrital y municipal con la correspondiente asignación de recursos financieros, físicos y humanos.</p> <p>Artículo 8°. Interés superior de los niños, las niñas y los adolescentes. Se entiende por interés superior del niño, niña y adolescente, el imperativo que obliga a todas las personas a garantizar la satisfacción integral y simultánea de todos sus Derechos Humanos, que son universales, prevalentes e interdependientes.</p> <p>Artículo 18. Derecho a la integridad personal. Los niños, las niñas y los adolescentes tienen derecho a ser protegidos contra todas las acciones o conductas que causen muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico. En especial, tienen derecho a la protección contra el maltrato y los abusos de toda índole por parte de sus padres, de sus representantes legales, de las personas responsables de su cuidado y de los miembros de su grupo familiar, escolar y comunitario.</p> <p>Para los efectos de este Código, se entiende por maltrato infantil toda forma de perjuicio, castigo, humillación o abuso físico o psicológico, descuido, omisión o trato</p>
---	---

	negligente, malos tratos o explotación sexual, incluidos los actos sexuales abusivos y la violación y en general toda forma de violencia o agresión sobre el niño, la niña o el adolescente por parte de sus padres, representantes legales o cualquier otra persona.
Ley 1620 del 15 de marzo de 2013. "Por la cual se crea el sistema nacional de convivencia escolar y formación para el ejercicio de los derechos humanos, la educación para la sexualidad y la prevención y mitigación de la violencia escolar"	<p>Artículo 1. Objeto. el objeto de esta leyes contribuir a la formación de ciudadanos activos que aporten a la construcción de una sociedad democrática, participativa, pluralista e intercultural, en concordancia con el mandato constitucional y la ley general de educación -ley 115 de 1994- mediante la creación del sistema nacional de convivencia escolar y formación para los derechos humanos, la educación para la sexualidad y la prevención y mitigación de la violencia escolar, que promueva y fortalezca la formación ciudadana y el ejercicio de los derechos humanos, sexuales y reproductivos de los estudiantes, y de los niveles educativos de preescolar, básica y media y prevenga y mitigue la violencia escolar y el embarazo en la adolescencia.</p> <p>Artículo 2. en el marco de la presente ley se entiende por:</p> <p>Acoso escolar o bullying: Conducta negativa, intencional metódica y sistemática de agresión, intimidación, humillación, ridiculización, difamación, coacción, aislamiento deliberado, amenaza o incitación a la violencia o cualquier forma de maltrato psicológico, verbal, físico o por medios electrónicos contra un niño, niña o adolescente, por parte de un estudiante o varios de sus pares con quienes mantiene una relación de poder asimétrica, que se presenta de forma reiterada o a lo largo de un tiempo determinado.</p>

	<p>También puede ocurrir por parte de docentes contra estudiantes, o por parte de estudiantes contra docentes. Ante la indiferencia o complicidad de su entorno. El acoso escolar tiene consecuencias sobre la salud, el bienestar emocional y el rendimiento escolar de los estudiantes y sobre el ambiente de aprendizaje y el clima escolar del establecimiento educativo.</p>
--	---

4. CARACTERIZACION DE LA POBLACION

El hogar Bohío de María, está ubicado en la calle 12 43B – 77 en el barrio el Poblado de Medellín, sector la Manila, la población a intervenir está constituida por 100 niños y niñas entre los 6 y 11 años de edad, de los cuales el 60% de la población son niños y el 40% restante niñas, quienes se encuentran en situación vulnerable presentando características como el abandono, sin oportunidades de alcanzar una vida digna, con vínculos familiares debilitados o ausentes, con consumo o riesgo de consumo de droga.

Con relación aquellas personas cercanas están sus madres quienes cuentan con la ocupación en servicios domésticos en hogares diferentes al que habitan y/o amas de casa sin remuneración alguna, sus padres dedicados a la albañilería, donde el sustento es poco, trayendo consigo dificultades tanto en lo económico como en la dinámica familiar, dejando como resultado vacíos afectivos que los niños y niñas cubren en actividades inadecuadas para el bienestar de sí mismos y familiar.

Es por esto que se considera como beneficiarios a familias o adultos significativos para dicha población, los cuales pueden habilitarse en el rol parental y también a los pares significativos que pudieran constituirse en agentes importantes de cambio en el proceso de intervención relacionado con la integración social y educativa.

5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad el consumo de sustancias psicoactivas, es un fenómeno universal y constante en la historia de la humanidad. No exclusivo de grupos y edades en condiciones socioeconómicas particulares, por el contrario, se generaliza culturalmente, al punto que grandes sectores de la sociedad encuentran en las drogas un medio “funcional” para afrontar situaciones a veces difíciles de superar, entre todas las sociedades se encuentran que la población infantil y juvenil es la más vulnerable, las cuales se están viendo afectadas de diversas maneras.

Aun cuando el consumo sigue siendo mayoritariamente masculino, se ha referenciado también cierta tendencia a la simetría entre géneros con variaciones importantes a través de los estudios, siendo el alcohol y la marihuana las sustancias de uso más prevalente en el país.

El *Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia (2008)* proporciona una panorámica amplia y detallada de la situación actual del país en materia de consumo de sustancias tanto legales como ilegales, en la población general entre 12 y 65 años, residente en las capitales departamentales y en todos los municipios con 30.000 o más habitantes en el área urbana (126 municipios en total).

Los principales resultados de este estudio son:

- En relación con el uso de sustancias ilícitas, se encontró que 9,1% de las personas encuestadas han usado alguna droga ilícita¹ al menos una vez en su vida, con 14,4% de los hombres y 4,5% de las mujeres.
- El uso reciente o en el último año de alguna sustancia ilícita fue reportado por 2,7% de los encuestados, lo que equivale a cerca de 540 mil personas. El consumo reciente es muy superior entre los hombres (4,5%) que entre las mujeres (1,2%).

- El grupo de edad con mayor prevalencia de uso de sustancias ilícitas en el último año es el de 18 a 24 años, con cerca de 6%, seguido por el grupo de 25 a 34 años, con 3,9%, y el de 12 a 17 años, con 3,4%.
- En cuanto a estratos socioeconómicos, el mayor consumo reciente de sustancias ilícitas se encuentra en el estrato 4, con 4.2% de los encuestados, seguido por los estratos 5 y 6, con 2.9%. En el estrato 3 se reporta consumo reciente en 2.8% de los encuestados, y 2.4% en los estratos 1 y 2.
- Al igual que en la gran mayoría de países del mundo, la marihuana es la sustancia ilícita de mayor consumo en Colombia. 8% de las personas encuestadas dicen haber consumido esta sustancia al menos una vez en la vida, con aproximadamente 13% entre los hombres y 4% entre las mujeres.

Las mayores cifras se concentran entre los hombres y los jóvenes. De los 250 mil clasificados en abuso o dependencia, 200 mil son hombres y 50 mil son mujeres. De otra parte, entre los jóvenes de 18 a 24 años del país, 2,7% clasifican en las categorías de “abuso” o “dependencia” respecto del uso de marihuana (unos 94 mil jóvenes en ese grupo de edad), y entre los jóvenes que declararon uso reciente de esta droga, 53% se encuentran en dichas categorías.

- En términos de estrato socioeconómico, los mayores niveles de “abuso” y “dependencia” se encuentran en los estratos 1 y 2. En efecto, 82% de los consumidores recientes en el estrato 1 clasifican en dichos grupos, mientras que en el estrato 2 son 63%. Las cifras caen a cerca de 30% en los estratos 4, 5 y 6.
- En relación con la facilidad de acceso o disponibilidad de la sustancia, cerca de la mitad de las personas encuestadas (48%) considera “fácil conseguir” marihuana, siendo mayor esta percepción entre los hombres que entre las mujeres (54% y 42%, respectivamente). La percepción de facilidad de acceso es mayor entre los jóvenes de 18 a 24 años (56%) y los adultos con edades entre 25 y 34 años (54%). Entre los más jóvenes (12 a 17 años), 44% consideran que es fácil

conseguir marihuana, y 13% reportan que les han ofrecido esta sustancia durante el último año, ya sea para comprar o probar. (Becoña y Martín. 2004).

Con relación a lo expuesto anteriormente y teniendo en cuenta las cifras en los resultados, cabe mencionar que cuando se escucha hablar de prevención del consumo de sustancias psicoactivas inmediatamente evoca la estrategia más comúnmente utilizada, cual es la difusión de información sobre los efectos y consecuencias de su uso y abuso, pero la prevención es mucho más que eso, significa también promover el desarrollo de habilidades y capacidades en el individuo que le permitan desarrollarse y protegerse ante situaciones de riesgo.

Al revisar el contexto actual específicamente en el hogar Bohío de María y teniendo como base la importancia de prevenir la problemática del consumo de sustancias psicoactivas en menores de edad mediante el método fenomenológico y la observación directa de los y las niños(as) en dichos contextos con características vulnerables, tanto social, estructural, como familiarmente, permite percibir factores de riesgo asociados dentro del ambiente social de dicha población.

Así, mediante el desarrollo de prácticas diarias de socialización con los infantes, sus docentes, y algunos padres de familia se observa que se hace necesario implementar un desarrollo eficiente de los mecanismos de defensa tanto a nivel individual como de sus pares, para que terminen convirtiéndose en apoyo y promuevan la construcción de hábitos de vida saludables, fomentando la adecuada higiene corporal, generando la estimulación temprana de la psico-motricidad para que estas pautas de crianza y educativo-formativas se traduzcan en auto-cuidado y auto-estima, así esto conlleve en general a la prevención de un inicio precoz y luego al incremento acelerado del consumo hasta llegar a la farmacodependencia.

Evidentemente, se hace necesaria la formación en valores, un adecuado acompañamiento, desde la formación, el modelamiento y el ejemplo; donde prevalezca la infancia como factor esencial de la futura población. Cabe aquí lo propuesto por Edmund Husserl, quien desde el método fenomenológico expone que este mismo, consiste en examinar todos los contenidos de la conciencia, determinar si tales

contenidos son reales, ideales, imaginarios, etc., suspender la conciencia fenomenológica, de manera tal que resulta posible atenerse a lo dado en cuanto a tal y describirlo en su pureza (Veloza, 1995).

Hablar de lo fenomenológico es hablar de lo que sucede cuando tomamos un objeto en la conciencia. Es “volver a las cosas mismas”, a partir de la experiencia, evitar toda explicación, para que se convierta en una ciencia objetiva e imparcial. Para Husserl, Para poner en marcha el método fenomenológico hay que adoptar una actitud radical, esto es la de la ‘suspensión’ del ‘mundo natural’. De esta manera, podría decirse que la creencia en la realidad del mundo natural así como las proposiciones que dan lugar a esas creencias, son colocadas ‘entre paréntesis’. No se trata, pues, de negar la realidad natural. El método propone colocar un nuevo ‘signo’ a la ‘actitud natural’, lo que significa abstenerse respecto a la existencia espacio-temporal del mundo. En síntesis, el método fenomenológico, consiste en:

- Examinar todos los contenidos de la conciencia
- Determinar si tales contenidos son reales, ideales, imaginarios, etc.
- Suspender la conciencia fenomenológica, de manera tal que resulta posible atenerse a lo dado en cuanto a tal y describirlo en su pureza (Veloza, 1995, p. 12).

Así mismo, para Heidegger desde el punto de vista fenomenológico, todo aquello que se lleva a la experimentación, inevitablemente va en una dirección hacia algo, aún la observación más primitiva, pero no por ello menos fundamental por lo tanto según dicho autor, todo evento psíquico siempre se refiere a un contenido que es fenomenal, o sea, que tal contenido se está haciendo manifiesto. Por consiguiente, este enfoque fenomenológico no ve la psiquis como algo aislado sino como una expansión total donde se encuentran todas las vías posibles que el hombre tiene por el hecho mismo de su estar en el mundo, de existir (Veloza, 1995).

En tal caso, dadas las circunstancias existenciales de esta población, la experimentación directa con la misma se hace relevante puesto que un fenómeno dado, ya sea proveniente de una experiencia interna o externa, sea de objetos, pensamientos,

fantasías o percepciones del mismo espacio ambiental, estará siempre más allá de sí mismo como agente que experimenta.

Posibilitar tanto en los niños como en los adultos a cargo de los mismos, y en general a la comunidad educativa los métodos que faciliten el conocimiento y la conciencia de sí mismos, acerca de sus debilidades y fortalezas, esto hace que se incremente la fe en sí mismos y en el reconocimiento de su propia dignidad; otorgando vías de realización del propio individuo, afirmándose positivamente en su existencia y realizando sus potencialidades, tanto físicas como psíquicas por derecho propio, teniendo en cuenta el rol que desempeñan las intersubjetividades en la construcción de tejido social, y en los estilos de vida saludables.

El niño por moldeamiento llegará a ser de sí mismo un sujeto libre de dependencias a sustancias psicoactivas desde la valoración de un universo simbólico sano. Es decir que el futuro de una sociedad depende de sus nuevas generaciones, que son el segmento poblacional más importante de una nación o comunidad, por esto se debe garantizar su bienestar y este está ligado no solo a las condiciones económicas, sino también a las actitudes sociales y políticas, de forma que el cuidado que se presta a los niños se hace de vital importancia, siendo la prevención una de las principales herramientas de abordaje en las problemáticas subyacentes a la población.

Por lo anterior es que la asistencia y las oportunidades elementales que se presentan como vía de solución a los conflictos, son cuestiones especialmente problemáticas en países con altos índices de pobreza y con vía al desarrollo como Colombia, algunas de las preocupaciones que existen en la actualidad hacen hincapié al cuidado de los derechos del individuo en desventaja e impotencia dentro de la sociedad entre estos las y los niña(os), estos están ligadas a proteger de las situaciones de violencia intrafamiliar, abuso sexual, falta de autoestima, pocas posibilidades de acceso a la educación, escaso fomento de valores y alta exposición a riesgos psicosociales, entre estos el consumo de sustancias psicoactivas y una posible dependencia de estas.

Además lo anterior es afectado y aumentado por los cambios económicos y socio políticos de los últimas décadas que han suscitado nuevas preocupaciones, lo que

ocurre en la vida personal de los padres, por ejemplo el aumento de las separaciones y divorcios, el poco que valor que se le concede a la niñez y a la adolescencia, que se refleja en hechos como la vulneración de sus derechos, hasta la negación de los derechos fundamentales, la poca prioridad que se le otorga a la asistencia sanitaria y a la educación, a las condiciones medio ambientales dignas, la exposición a influencias socio- culturales dañinas por ejemplo cuando se le explota laboralmente, y toda una serie de factores que repercuten diariamente en la calidad de vida de los mismos (Wick, 1997).

Actualmente, los avances en el desarrollo del conocimiento humano respectivos a la prevención, sirven como potencialidades para fomentar los hábitos de vida saludables, y optimizar el desarrollo biopsicosocial adecuado en los individuos desde temprana edad, llegando muy lejos y superando la fase de ver a los niños como simples adultos pequeños comprendiendo así cada vez mejor los factores que influyen en los factores de riesgo y protección, el análisis de se realiza tanto en las cuestiones relativas al comportamiento psico-físico como al social, pocos son los que cuestionan el viejo dicho *“es mejor prevenir” al menos en términos abstractos – que curar.”*

Indica que la prevención es similar al desarrollo del trabajo de un arquitecto cuya meta es construir entornos saludables y bellos, teniendo en mente grandes poblaciones de individuos y como estos se afectan entre sí y su medio ambiente circundante. En muchos casos los trastornos con etiología conocida, que terminan en disfunciones cerebrales, como por ejemplo los trastornos provocados por infecciones y sustancias tóxicas, pueden prevenirse en gran medida. Sin embargo es adecuado tener en cuenta su etiología multifactorial.

El estudio de factores de riesgo y de protección es particularmente provechoso, ya que aporta información sobre lo que se debe evitar y lo que se debe proporcionar o reforzar a través de la investigación, el acompañamiento, y la observación directa de dichos fenómenos comportamentales de los que se pueden determinar correlaciones, entre muchas, las variables biológicas y psicosociales entre las que se incluyen estresores específicos precoces como las disfunciones familiares y la pobreza.

Es importante hacer énfasis en el componente educativo teniendo en cuenta las características étnicas de la comunidad, la situación de salud, haciendo énfasis en la salud física y mental, la importancia de una buena nutrición, y procurar la participación de los padres o adultos responsables para que generen un acompañamiento, tomando parte en la toma de decisiones relativas a las actividades diarias.

Específicamente en Colombia, mientras en 1996 el 5% de la población había consumido drogas al menos una vez en su vida, en 2008 este porcentaje ya era de 8%. Al dividir el consumo en diferentes tipos de droga se encuentra que por ejemplo que la prevalencia de consumo de marihuana, cocaína y heroína alguna vez en la vida se incrementó en 71%, 119% y 73% respectivamente durante el mismo periodo de tiempo. Igual de preocupante es el hecho que este incremento se ha dado para ambos géneros, todas las edades, estratos socioeconómicos y tipos de ocupación (Camacho, Gaviria y Rodríguez, 2011).

Mediante este proyecto de intervención psicosocial se pretende disminuir la problemática del consumo de drogas en los niños y niñas del Hogar el Bohío de María, impactando en esta población mediante estrategias de acción preventivas los siguientes aspectos:

- Identificar los estilos de crianza que favorecen la prevención de las adicciones desde la infancia.
- Explicar el enfoque de habilidades físicas, psicosociales, esto incluye los hábitos de vida saludables, y las prácticas espirituales y/o religiosas para la vida en la familias que así lo permitan, como estrategia para la prevención de adicciones.
- Aplicar estrategias para desarrollar las habilidades cognitivas y de control de las emociones en niños, adolescentes y adultos.

La concientización y reflexión sobre el consumo de drogas y las conductas antisociales, son dos de los problemas de salud que han despertado mayor interés en las últimas décadas. La enorme magnitud que han ido adquiriendo, así como la gravedad de los costos personales y sociales que conllevan, han fortalecido la necesidad de abordar

estos comportamientos, que constituyen lo que, desde el ámbito de la prevención, se ha designado como conducta problema.

La estrategia propone trabajar en el desarrollo de habilidades para el manejo de la conducta de los niños, con el objetivo de que los padres de familia, maestros, y adultos involucrados directamente en la convivencia con los niños mejoren la calidad de su relación con ellos y así reduzcan las posibilidades de que éstos consuman drogas en edades posteriores.

La Orientación para el manejo de problemas de conducta en la infancia es una de las estrategias para detener la aparición y el avance de los problemas de conducta infantil que tiene mayor evidencia empírica es el Programa de Crianza Positiva y Manejo de Problemas de Conducta en la Infancia, el cual propone algo más que simples técnicas de cambio conductual (Morales, Martínez y Vázquez, 2007).

6. JUSTIFICACION

Es la niñez y la adolescencia, es una etapa clave del desarrollo humano, y en la que es necesario educar, formar e introducir en cada persona conocimientos que fortalezcan los valores, la mentalidad sana y la conducta del autocuidado, que en su efecto garantizaran una adecuada formación de la personalidad, para enfrentar con criterio estructurado las exigencias de la vida.

Se estipula que la población que más consume y trafica, está sirviendo de modelo a la de menor consumo, aprovechando la inocencia infantil para vincular nuevos traficantes, contribuyendo a la descomposición familiar y social. De esta forma las drogas les están robando el futuro a los niños y niñas que se hace cada vez más vulnerables ante el fenómeno; en este sentido, las dinámicas actuales del consumo de spa demandan respuestas efectivas, basadas en el conocimiento de la realidad social y cultural de la población, por el impacto nocivo que afecta la salud física mental y social de las personas, fomentando la pérdida de años de vida saludable, aportando a las estadísticas de enfermedades asociadas a trastornos mentales. Además, inciden en la discapacidad funcional, en muertes prematuras, en morbilidad evitable y en lesiones intencionales, sus efectos se consideran el mayor factor de riesgo para la salud general.

La conducta es producto de una multiplicidad de influencias, psicológicas, socioculturales y biológicas que interactúan entre sí, entre los profesionales que trabajan para mejorar los problemas de la infancia y la adolescencia se encuentran los psicólogos, psiquiatras, médicos, trabajadores sociales, profesores en educación especial, entre otros, de estos depende el fomento de un adecuado desarrollo de la salud tanto física como mental y de un comportamiento adecuado a la calidad de vida que se pretende para un normal funcionamiento del individuo en la sociedad.

Por medio del presente trabajo de grado se pretende proponer por medio de una intervención preventiva el fenómeno en la niñez del posible consumo de spas y así poder

prevenir los factores de riesgo concernientes a la farmacodependencia y los factores psicosociales que subyacen a la misma.

El consumo de spas, se inicia generalmente en el hogar o en el contexto social, en el cual, los adultos o los pares son observados realizando prácticas sociales, tales como fiestas y reuniones familiares, en las cuales se fuma o se toma, así indirectamente comienza a reforzarse pasivamente la conducta de la imitación, modelamiento, y por consiguiente, el ejemplo, que es en muchas ocasiones nocivo para los futuros jóvenes y adultos que conformaran la sociedad dentro de los diferentes contextos, es por esto que desde un ambiente cualquiera es posible convivir y evidenciar el consumo de sustancias tanto legales como ilegales (dependiendo del contexto) tales como la cafeína, la nicotina o la marihuana y la cocaína, así se observa, enseña y se practica sobre el uso, abuso, se da la aceptación y administración de dichas sustancias siendo éstas toleradas por la sociedad, el grupo familiar, educativo, y sociocultural, por ello se debate en una crisis de valores que hace notar la falta de elementos preventivos reflejados en hábitos o estilos de vida saludables fomentados desde la niñez.

Es por esto que si no se previenen problemáticas de esta índole desde la niñez, es más común que en la adolescencia, dadas las negativas a la norma que influyen en la misma, la agresividad, los cambios biológicos, la hostilidad inconsciente hacia un mundo cambiante, hacen que los adolescentes sean incapaces de responder ante las demandas sociales impuestas por el adulto, pues carecen de herramientas suficientes para ejercer la libertad, tolerancia y conducta que en ese momento necesitan.

Así es que la obtención o protección de la salud mental, el desarrollo psicomotriz, y el adecuado desenvolvimiento de la infancia, hace que estas problemáticas no se conviertan en uno más de los desafíos de la adolescencia. La farmacodependencia es sin duda alguna un fenómeno que ha cobrado creciente importancia en todo el mundo siendo los consumidores potenciales los adolescentes desde los doce a los dieciocho años de edad (Cabuzelo, 2010).

Lo mencionado genera conflictos y malestar por situaciones creadas en el medio ambiente, esto sin mencionar los problemas intrafamiliares, abusos, maltrato violencia, falta de educación, motivación y valores entre otros. El desarrollo anormal principia en la niñez, ya que es allí donde se crea la identidad y personalidad adecuada, se crean los mecanismos de defensa internos (psíquicos) y externos (los sociales).

Es por esto que por medio de este trabajo se pretende realizar una aproximación en el abordaje del tema de la prevención de consumo de sustancias psicoactivas en la niñez e inicios de la adolescencia, para ello se abordará un material relativamente reciente en los aspectos anteriormente señalados, también el proveniente de la observación directa de aspectos fenomenológicos en la niñez reunida en poblaciones vulnerables tal y como es el caso del Hogar Bohío de María en el cual se encuentran dichas problemáticas.

Así se hace necesario para trabajar la Prevención en la escuela en general, en este caso particular el hogar Bohío de María y que ésta sea lo más efectiva posible, hay que saber que:

La escuela es un espacio de intervención idóneo para formar a las personas globalmente.

- El profesor es la persona más idónea para trabajar la prevención del consumo de spas.
- La Educación para la Salud es la estrategia más adecuada.
- La escuela está en condiciones de detectar de forma temprana los factores de riesgo de los niños que asisten a ella.
- Prevenir el consumo de spas es solo hablar de ellas conociéndolas desmitificándolas y sabiendo que son perjudiciales para la salud física y mental.
- Cuanto antes se trabaje con los alumnos más posibilidades de éxito se obtendrá.

Las acciones preventivas son eficaces si se desarrollan de forma estable y continuada a lo largo del periodo escolar., dado que la escuela o los espacios formativos, que incluyen las diversas formas de institucionalidad son un lugar ideal tanto para la observación, investigación, y a su vez la puesta en escena para las diferentes estrategias preventivas

respecto a los variados fenómenos de farmacodependencia en menores de edad y/o su posible aparición en los miembros de la misma, este trabajo posibilita un acercamiento a una población vulnerable en la cual se pueden implementar estrategias de abordaje, con el fin de modificar algunos hábitos que pueden resultar perjudiciales, la generación de información en las aulas termina siendo beneficioso ya que los esfuerzos unidos en el proyecto, se convierten en un trabajo comunitario, donde padres, docentes y gestores sociales se encuentran con objetivos comunes respecto a la prevención del consumo de drogas teniendo en cuenta que la apuesta por la salud es el método más adecuado ya que hay que evitar esperar que surjan los problemas para trabajar su prevención. Lo ideal sería así que cada institución genere sus propias estrategias preventivas basadas en las particularidades de la población y en su propio proyecto educativo.

7. OBJETIVOS

7.1 Objetivo General

- Ofrecer herramientas para el fortalecimiento de los estilos de vida saludables en los niños y las niñas del Hogar el Bohío de María, con el fin de aportar en su desarrollo integral y resiliente, de manera que esto permita minimizar los factores de riesgo y potenciar los factores protectores frente al uso de spas.

7.2 Objetivos Específicos

- Promover el desarrollo de las competencias internas en los niños y niñas del Hogar, de manera que cuenten con factores protectores ante los factores riesgo de consumo de spa.

- Efectuar procesos de educación y formación para el fortalecimiento de habilidades para la vida en los niños y niñas del hogar, que contribuyan al desarrollo de las actitudes y aptitudes resilientes ante los diferentes eventos que puedan afectar negativamente sus estilos de vida saludables.

8. REFERENTES CONCEPTUALES

8.1 Perspectiva Teórica

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

La teoría de la conducta problema se basa en tres sistemas explicativos interrelacionados y organizados entre sí:

- La personalidad (factores cognitivos que reflejan el significado y la experiencia social, como son los valores, las expectativas, las creencias, las actitudes y las orientaciones hacia sí mismo y hacia los otros)
- El ambiente (factores que pueden ser conocidos o percibidos teniendo significado para la persona (como son los apoyos, influencia, controles, modelos y expectativas de los otros)
- La conducta (resultado de la interacción de la personalidad y la influencia ambiental, se entiende por conducta los propósitos aprendidos socialmente, funciones o significados) (Jessor y Jessor, 1980).

Además, existen una serie de variables antecedentes que incluyen, tanto las características demográficas (la educación, ocupación y religión de los padres y la estructura familiar), como el proceso de socialización (la ideología parental, el clima familiar, la influencia de los iguales y la influencia de los medios de comunicación) (Jessor y Jessor 1980).

Ahora, la teoría para la Conducta de Riesgo de los niños y adolescentes más recientemente, basándose en la epidemiología conductual y la psicología del desarrollo y social, ha propuesto una teoría más comprensiva, bajo el nombre de la Teoría para la conducta de riesgo de los niños y adolescentes, la cual se basa en considerar los factores de riesgo y de protección (biológico/genéticos, medio social, medio percibido, personalidad y conducta), conductas de riesgo (conductas problema, relacionadas con la salud y la escuela) y resultados de riesgo (salud, roles sociales, desarrollo personal y preparación para la vida adulta (Jessor y Jessor 1980).

El autor, propugna una visión comprensiva y simultánea de todas las conductas de riesgo, sugiriendo que la intervención debe orientarse a cambiar las circunstancias que sostienen un grupo o síndrome de conducta de riesgo en la niñez y la adolescencia. Más concretamente, el objetivo sería reducir los factores de riesgo y aumentar los de protección con la idea de orientar un cambio en el estilo de vida, especialmente en aquellos sujetos que viven en ambientes sociales adversos; en otras palabras, que se consideren los factores de riesgo y se trabaje o coordinen programas donde surjan factores de protección para cada uno de los factores de riesgo diagnosticados, con la finalidad de atacar la problemática de las drogas a tiempo (Jessor y Jessor 1980).

La Teoría del Aprendizaje Social, integra los principios del condicionamiento clásico y condicionamiento operante para explicar el comportamiento humano (aprendizaje, mantenimiento y abandono de la conducta) y las corrientes psicológicas actuales donde prevalece el papel de la cognición (creencias, actitudes, pensamientos) (Bandura, 1977)

En este caso, el consumo de sustancias se conceptualiza como una conducta intencional, funcional y socialmente aprendida a través de un proceso de modelado y reforzamiento, además de la interacción de otros factores personales y socio ambientales. A través de estas influencias, el niño o adolescente aprende que el fumar, el beber o el consumir drogas es una práctica común entre los que le rodean y, por lo tanto, es algo socialmente aceptable y necesario si se pretende conseguir cierto reconocimiento entre sus iguales, incrementando, así, de forma paralela, su susceptibilidad ante las influencias sociales (Bandura, 1977).

Posteriormente, Bandura (1986), re denominó esta teoría como Teoría Cognitiva Social e introdujo el término de autoeficacia como elemento cognitivo esencial, sin dejar de considerar las otras variables mencionadas. Este término se centra en los pensamientos que los individuos tienen acerca de su capacidad para actuar. La autoeficacia se ve afectada por cuatro tipos de experiencias: directa, vicaria, persuasión verbal y estados afectivos y psicológicos. Así, establece su modelo de determinismo recíproco entre la conducta, los factores cognitivos y/o otros factores personales y las influencias ambientales, en las que unos factores interactúan sobre otros de modo recíproco. Desde este modelo, la influencia de estos tres factores varía dependiendo de las distintas actividades, individuos y circunstancias y se rechaza la existencia en la persona de factores fijos, tales como la personalidad predisponente o factores intrapsíquicos.

8.2 Referentes Teóricos:

8.2.1 Problemática de uso de spas:

El problema del consumo de SPA es complejo por su multicausalidad, por lo cual es necesario comprender que las diferentes teorías y modelos que se han desarrollado desde diferentes vertientes y desde ellas actuar hacia la prevención, esto supone tener en cuenta los factores psicosociales que cada una de las teorías y modelos manejan.

Los factores psicosociales, son todos aquellos fenómenos psicológicos sociales que permiten el establecimiento de las relaciones causales de las enfermedades y su distribución en los grupos de una población, pueden ser operacionalizados en tres dimensiones, la primera, que es la macro social, que se refiere a la sociedad en su conjunto y a su sistema de relaciones que sitúan al individuo en una posición por su pertenencia a una clase determinada; esta dimensión comprende ciertas características nacionales, culturales religiosas (Morales, 1999).

Las consecuencias son numerosas e inciden tanto en el plano individual como también en el ámbito familiar, académico y social. El consumo acarrea graves daños físicos y psíquicos, perdiendo lo mejor de sí mismo: el autocontrol y la fuerza de voluntad. Se adopta una posición apática, desinteresada, ansiosa. Perdiendo el estímulo por los logros personales y profesionales. Se aísla, desprecia los vínculos familiares y

amistosos y se encierra en círculos por lo general marginales, donde le resulta fácil conseguir la droga (Tapia, 1999).

Las repercusiones en el ámbito familiar también son importantes. La familia de una persona adicta casi siempre se ve desbordada en un intento de hacer frente al problema ya que se producen conductas delictivas.

En el ámbito social, las consecuencias más graves del consumo de drogas probablemente sean la marginación y la delincuencia. Por un lado, la distribución de drogas ilegales está controlada por organizaciones criminales, con las secuelas de corrupción y violencia que ello lleva aparejado, y por otro lado, el consumidor suele recurrir a conductas delictivas para poder adquirirlas (Tapia, 1999).

De este fenómeno derivan los sangrientos episodios de terrorismo relacionados con el narcotráfico y los ajustes de cuentas entre bandas de los que con frecuencia llega noticia a través de la prensa y la televisión. Esto como consecuencia de la farmacodependencia, generalizada en ciertos sectores sociales y la inseguridad en las calles, motivada ciertamente por la identificación del concepto de farmacodependiente con el de delincuente potencial (Tapia, 1999).

8.2.2 Spas

Se denomina sustancia psicoactiva a aquellas que actúan sobre el sistema nervioso central produciendo alteraciones, que tienen que ver con el aumento o disminución del funcionamiento o con la modificación de los estados de conciencia. En general se considera que las sustancias psicoactivas alteran las condiciones emocionales y conductuales de quien las consume y causa adicción y dependencia. Las sustancias psicoactivas al ser consumidas por el individuo son llevadas al cerebro por el torrente sanguíneo y luego se distribuyen por todo el tejido cerebral o alterando su funcionamiento (Tapia, 2001).

Sustancias psicoactivas es cualquier sustancia natural o artificial que al ser introducidas por cualquier vía (oral, nasal, intravenosa o intramuscular) ejerce un efecto sobre el Sistema Nervioso Central y son capaces de alterar las emociones, percepciones, estado

de ánimo o inhibir el dolor de la persona que las consume. Con el uso repetido de cualquiera de estas sustancias la persona empieza a notar una disminución progresiva de sus efectos ante dosis iguales; a este fenómeno se le llama Tolerancia (Tapia, 2001).

Las sustancias psicoactivas se clasifican según su acción en el Sistema Nervioso Central de la siguiente manera:

Depresoras de Sistema Nervioso Central:

- Opiáceos: en este grupo encontramos la morfina, metadona y la más conocida por todos la Heroína.
- Alcohol: Cualquier bebida alcohólica
- Hipnóticos y sedantes: Tranquilizantes y somníferos (medicamentos inductores del sueño)

Estimulantes del Sistema Nervioso Central:

- Anfetaminas, metanfetaminas
- Cocaína
- Tabaco, cafeína, cacao
- Alucinógenos:
 - LSD, mescalína
 - Cannabis: Marihuana
- Drogas de diseño químico: éxtasis
- Inhalantes: Disolventes, pegamentos (Tapia, 2001).

El consumo de estas sustancias implica una alteración per se en el sistema Nervioso central generando cambios bioquímicos que pueden traer consigo problemas serios como es la dependencia física y psicológica a cualquiera de estas. Es importante conocer de las sustancias psicoactivas, conocer sus riesgos y las complicaciones de su uso y de esta manera prevenir la enfermedad de la adicción que tanto dolor y pena trae a las personas que la padecen así como a su familia y su entorno (Tapia, 2001).

8.2.3 La Prevención:

La prevención es sobre todo, definida como la protección contra los riesgos, las amenazas del ambiente, lo que significa, inevitablemente la acción mancomunada de las instituciones de salud, de las comunidades, y de las personas que más que integrarlas las instituyen. En la Primera Conferencia Internacional de Promoción de Salud, realizada en Ottawa en 1986 con el patrocinio de la OMS se señala que es necesario facilitar el proceso según el cual se puede movilizar a la gente para aumentar su control sobre la salud y mejorarla, para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente (OMS, 1986).

Para lograr verdaderamente esto es imprescindible comprender que el desarrollo de la Salud no se puede reducir a la lucha contra la enfermedad, a las prácticas clínicas tradicionales. Las prácticas de prevención no se pueden quedar entonces amarradas a viejos problemas y esquemas, insistiendo fundamentalmente y apenas en lo que muchos llaman los "comportamientos sanos" que se asocian a diversos aspectos, ámbitos y procesos vitales del ser humano pero vistos muy puntualmente, y además han estado, al menos parcialmente, viciadas de formalismos y deficiencias conceptuales fundamentales, abrir nuevas perspectivas en este sentido implica la realización de un análisis crítico que pase por el sostén conceptual, técnico e instrumental que han avalado estas prácticas (Kasl y Cobb, 1966).

Un primer análisis debería ir por la vía de la delimitación de los obstáculos, de aquellas cosas que dificultan la tarea de prevención, a continuación los más significativos, tomando como punto de partida una visión autocrítica de algunas características, de ciertos modos en que muchas veces han desarrollado las acciones de salud.

Lo anterior está basado en los trabajos del Dr. Manuel Calviño, donde ha abordado esta problemática (Calviño, 1995 y 1996), él ha encontrado un primer obstáculo que consiste en la forma de modelar lo que se ha concebido por las prácticas de salud. En esencia se trata de un paradigma de funcionamiento muy arraigado en todas las prácticas profesionales, especialmente las del Modelo Médico tradicional, según el cual la

condición de profesional da una posición de predominio sobre la determinación de las conductas a seguir en una cierta relación por parte de los que serían el objeto de la acción profesional (Calviño, 1995).

El lugar del profesional se representa, como el lugar del dominio de un modelo a alcanzar (puede ser un modelo teórico o incluso personal). Se da una diada, donde de una parte está el médico concebido como el único que tiene que saber qué es lo que hay que hacer, y de otra parte, el paciente, como el que tiene que hacer lo que le digan, el primero oferta un modelo a seguir y el segundo lo realiza. Este enfoque modelar esconde relaciones de poder-subordinación, dando una suerte de "hegemonismo paradigmático" al médico, y por ende a la comprensión "medicalista" de la enfermedad y la salud. Esto reduce considerablemente la posibilidad de una acción con una participación equiparada y de colaboración, elementos imprescindibles en las acciones de prevención.

El segundo obstáculo viene dado por el concepto estático del sujeto receptor de la acción de salud, queda claramente establecido en la denominación de "el paciente", aquél sobre quien recae la acción y cuya función parece ser esperar pacientemente. Esto se expresa de diferentes maneras en las prácticas de salud. En ocasiones parece que lo único que se pide a las personas sobre quien recae el trabajo es que "se dejen llevar". Son como cuerpos inertes que serán movidos por la acción. Otras veces las ideas y procedimientos de trabajo son los mismos para todos los pacientes y grupos poblacionales. Contreras, concentrándose sobre todo en lo que a investigación y evaluación se refiere, llama la atención sobre "el poco uso que se ha dado a esta considerable objetivación de los estados - y procesos inclusive - de conocimientos, creencias, prácticas y comportamientos de grupos poblacionales específicos en ámbitos asimismo muy determinados y concretos" (1994, p. 117).

Stolkiner, plantea que " los programas preventivos y comunitarios deben reconocer y promover las formas espontáneas de re-afiliación de los grupos sociales" (1994, p. 52). En pocas ocasiones los problemas de prevención pretenden resolverse en la mesa de

trabajo, o en el buró de los funcionarios de la zona en la que se supone se realiza una intervención.

El concepto de grupo de riesgo no ha servido más que para legitimar acciones de control y de exclusión social sobre diversos sectores de la población. Se fomenta la idea imaginaria de que existiría una especie de inmortalidad para los puros, o sea para aquellos que están fuera de las situaciones de riesgo (Saidón, 1994, p. 17).

Calviño, plantea que el modelo de actuación predominante en las prácticas de prevención ha estado marcado en lo fundamental por:

- Poca importancia e interés de los profesionales médicos por las tareas propias de la prevención.
- Desprofesionalización de las acciones de prevención.
- Estilos de actuación impropios a los fines reales y esenciales de la prevención.
- Subvaloración de las prácticas de prevención.
- Predominio de un modelo "médico centrista" autocrático, que no propende a la participación (Calviño, 1996).

Para continuar se señala la presencia de ciertos principios básicos que son necesarios considerar a la hora de emprender las acciones de prevención. Uno de los principios más importantes es el relativo a los niveles de prevención, delimitación de suma importancia, dado que de acuerdo a los niveles en que se trabaje la prevención, la definición de las acciones preventivas varía. Las clasificaciones sobre los niveles de prevención se han realizado atendiendo a varios referentes tales como:

- Los tipos de prevención correspondientes a los diferentes momentos o estadios de evolución de las distintas enfermedades (Modelo Clínico).
- Los correspondientes a los diferentes niveles de atención en salud (primario, secundario y terciario) con las especificidades que cada uno de ellos implica (Modelo Organizativo).
- En correspondencia con los ámbitos donde se realiza la prevención (Modelo Funcional) (Bleger, 1994).

Las clasificaciones centradas en un modelo clínico de abordaje, establecen los diferentes niveles de prevención basándose en una clasificación en función de lo que ocurre en un proceso de enfermedad.

Caplan, se refiere a la existencia de una prevención primaria que se dirigiría a la reducción del riesgo de la enfermedad. La prevención secundaria que tendría como objetivo la reducción de la duración de la enfermedad, su diagnóstico precoz y su tratamiento efectivo y la prevención terciaria que estaría volcada sobre evitar la aparición de secuelas, complicaciones y rehabilitar al sujeto para su reinserción social (Citado en Bleger, 1994).

Stevenson realiza la clasificación en prevención presuntiva como aquella que trata de modificar una condición asociada o previa a la enfermedad vinculada a su etiología, prevención relativa la que una vez aparecido el trastorno se trata para evitar mayores consecuencias, y la prevención absoluta que va hacia la anulación de las causas y la aplicación de medidas científicas (Citado en Bleger, 1994).

Guiofantes, plantea la aceptación de los grados de primaria y secundaria en la conceptualización de la prevención en el marco de la Psicología de la Salud, basándose en lo planteado por Santacreu, Márquez y Zaccagnini (Citados en Guiofantes, 1996). Entiéndase por:

Prevención primaria aquellas acciones encaminadas a la obtención de la información que permitan un conocimiento de variables o factores biopsicosociales que pueden provocar la aparición de un determinado problema, con el fin de evitar el origen de un deterioro de la salud. Mientras que por el contrario, una vez obtenida la información anterior, las actividades dirigidas a eludir o reducir los factores que pueden agravar una situación específica constituyen la prevención secundaria, en la medida que el problema ya ha ocurrido, toda intervención destinada a remediar el daño o deterioro ocasionado no se puede denominar prevención, sino que debe ser conceptualizada como tratamiento (Guiofantes, 1996, p. 31).

Estas clasificaciones, de una manera u otra han estado presentes en las prácticas de prevención en salud que durante muchos años se han estado realizando, constituyen criterios útiles a tener en cuenta para reconocer el tipo de labor que se está realizando, pero se limitan a una concepción cerrada y arcaica del proceso salud- enfermedad. Tiene entonces una validez relativa, ya que su conocimiento es necesario como uno de los principios generales a aplicar en las acciones de prevención.

Basándose en un modelo dirigido por el modo en que está organizado el Sistema de Salud, se ha igualado el nivel de prevención con el nivel de atención en salud. Así muchos profesionales hablan de que la prevención primaria es aquella que se hace directamente con la comunidad, con los diferentes grupos poblacionales, en los policlínicos y consultorios y que la prevención a nivel secundario y terciario es aquella que se realiza en los hospitales y centros especializados. Esta clasificación regional, si bien es útil para la ubicación geográfica, puede llevar, entendida en un contexto aislado, a la ejecución de errores garrafales.

Estaría justificada este tipo de clasificación, si se refiere a la especificidad y las particularidades distintivas que tendría la realización de las acciones de prevención en los diferentes niveles de salud, donde se pudiera hablar de tipos de acciones preventivas más frecuentes y probables. Por ejemplo:

La prevención en el nivel hospitalario de salud, significa evitar complicaciones, disminuir riesgos, facilitar la rehabilitación y la calidad de vida del paciente, es prepararlo para que asuma la responsabilidad por su autocuidado, para un mejor afrontamiento y control de su enfermedad. Si esto lo relacionáramos con las clasificaciones anteriormente expuestas puede decirse que en la prevención hospitalaria o secundaria son más frecuentes las acciones preventivas secundarias y terciarias al decir de Caplan (Rodríguez, 1997).

Suele entenderse por prevención aquellas medidas que se ponen en marcha para que un problema no aparezca o para que se pueda retrasar el inicio del mismo. Por tanto, ciertos problemas existen, que es probable que surjan en ciertas personas y, por ello, se ponen medidas en marcha para evitarlos, porque en muchos casos el hecho de ponerlas

o no en marcha va a depender el que la persona padezca o no graves problemas o incluso le lleve a la muerte a corto, medio o a largo plazo, dependiendo de a qué problema, trastorno o enfermedad se refiera. Esta es la diferencia fundamental entre prevención y tratamiento.

Actualmente se puede afirmar que la ciencia de la prevención aplicada a las drogodependencias y adicciones ha dado enormes pasos en poco tiempo (Institute of Medicine, 1994). Disponiendo de los medios teóricos, científicos y técnicos para poder hacerla.

La prevención en drogodependencias es efectiva, aunque sigue siendo necesario hacer más investigación sobre muchas cuestiones que sólo se conoce en parte. La prevención se lleva a cabo en distintos ámbitos, como son principalmente el escolar, el familiar y el comunitario. Cualquier otro ámbito de la vida humana es un medio en el que se puede hacer prevención. Sin embargo, la prevención en drogodependencias tiene una gran relevancia en la etapa adolescente, que es cuando comienza el consumo de drogas y el objetivo es que la persona no consuma o se retrase la edad de inicio (Becoña y Cortes 2011).

8.2.4 Estilos de Vida Saludables

Definidos como los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida.

Los estilos de vida son determinados de la presencia de factores de riesgo y/o de factores protectores para el bienestar, por lo cual deben ser vistos como un proceso dinámico que no solo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social (Balaguer, 2005).

En esta forma se puede elaborar un listado de estilos de vida saludables o comportamientos saludables o factores protectores de la calidad de vida como prefiero llamarlos, que al asumirlos responsablemente ayudan a prevenir desajustes

biopsicosociales y espirituales, y mantener el bienestar para generar calidad de vida, satisfacción de necesidades y desarrollo humano. Algunos de estos factores protectores o estilos de vida saludables podrían ser:

- Tener sentido de vida, objetivos de vida y plan de acción.
- Mantener la autoestima, el sentido de pertenencia y la identidad.
- Mantener la autodecisión, la autogestión y el deseo de aprender.
- Brindar afecto y mantener la integración social y familiar.
- Tener satisfacción con la vida.
- Promover la convivencia, solidaridad, tolerancia y negociación.
- Capacidad de autocuidado.
- Seguridad social en salud y control de factores de riesgo como obesidad, vida sedentaria, tabaquismo, alcoholismo, abuso de medicamentos, estrés, y algunas patologías como hipertensión y diabetes.
- Ocupación de tiempo libre y disfrute del ocio.
- Comunicación y participación a nivel familiar y social.
- Accesibilidad a programas de bienestar, salud, educación, culturales, recreativos, entre otros.
- Seguridad económica (Balaguer, 2005).

La estrategia para desarrollar estos estilos de vida saludables es en un solo término el compromiso individual y social convencido de que sólo así se satisfacen necesidades fundamentales, se mejora la calidad de vida y se alcanza el desarrollo humano en términos de la dignidad de la persona (Balaguer, 2005).

8.2.5 Resiliencia:

Es la capacidad de una persona o grupo para seguir proyectándose en el futuro a pesar de acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y de traumas a veces graves. La resiliencia se sitúa en una corriente de psicología positiva y dinámica de fomento de la salud mental y parece una realidad confirmada por el testimonio de

muchísimas personas que, aun habiendo vivido una situación traumática, han conseguido encajarla y seguir desenvolviéndose y viviendo, incluso, en un nivel superior, como si el trauma vivido y asumido hubiera desarrollado en ellos recursos latentes e insospechados. Aunque durante mucho tiempo las respuestas de resiliencia han sido consideradas como inusuales e incluso patológicas por los expertos, la literatura científica actual demuestra de forma contundente que la resiliencia es una respuesta común y su aparición no indica patología, sino un ajuste saludable a la adversidad (Forés y Grané, 2008).

La resiliencia aparece actualmente como una palabra común en la vida cotidiana, sin embargo no existe un consenso sobre su definición ya que son muchos los autores, incluso las marcas comerciales, que incorporan el concepto en sus trabajos, desde la disciplina de Trabajo Social, han sugerido que la resiliencia implica:

- Sobreponerse a las dificultades y tener éxito a pesar de estar expuestos a situaciones de alto riesgo.
- Mantener la competencia bajo presión, esto quiere decir saber adaptarse con éxito al alto riesgo.
- Recuperarse de un trauma ajustándose de forma exitosa a los acontecimientos negativos de la vida (Fraser, Richman y Galinsky 1999).

En una visión similar se había sostenido que la resiliencia se refiere a:

- Personas de grupos de alto riesgo que han obtenido mejores resultados de los esperados
- Buena adaptación a pesar de experiencias (comunes) estresantes (cuando los estresores son extremos la resiliencia se refiere a patrones de recuperación)
- Recuperarse de un trauma. A pesar de las diferencias en terminología, la resiliencia tiene que entenderse como un proceso (Masten, 1994).

En este sentido se entienden la resiliencia como constructo dinámico que incluye una amplia clase de fenómenos implicados en las adaptaciones exitosas en el contexto de amenazas significativas para el desarrollo. La resiliencia, aunque requiere una respuesta individual, no es una característica individual ya que está condicionada tanto por factores individuales como ambientales, emergiendo de una gran heterogeneidad de influencias ecológicas que confluyen para producir una reacción excepcional frente a una amenaza importante (Masten y Coatsworth, 1998).

8.2.6 Resiliente

Ser resiliente no significa no sentir malestar, dolor emocional o dificultad ante las adversidades. La muerte de un ser querido, una enfermedad grave, la pérdida del trabajo, problemas financiero serios, etc., son sucesos que tienen un gran impacto en las personas, produciendo una sensación de inseguridad, incertidumbre y dolor emocional. Aún así, las personas logran, por lo general, sobreponerse a esos sucesos y adaptarse bien a lo largo del tiempo. Las personas resilientes poseen tres características principales: saben aceptar la realidad tal y como es; tienen una profunda creencia en que la vida tiene sentido; y tienen una inquebrantable capacidad para mejorar.

Además, presentan las siguientes habilidades:

- Son capaces de identificar de manera precisa las causas de los problemas para impedir que vuelvan a repetirse en el futuro.
- Son capaces de controlar sus emociones, sobre todo ante la adversidad y pueden permanecer centrados en situaciones de crisis.
- Saben controlar sus impulsos y su conducta en situaciones de alta presión.
- Tienen un optimismo realista. Es decir, piensan que las cosas pueden ir bien, tienen una visión positiva del futuro y piensan que pueden controlar el curso de sus vidas, pero sin dejarse llevar por la irrealidad o las fantasías.
- Se consideran competentes y confían en sus propias capacidades.

- Son empáticos. Es decir, tienen una buena capacidad para leer las emociones de los demás y conectar con ellas.
- Son capaces de buscar nuevas oportunidades, retos y relaciones para lograr más éxito y satisfacción en sus vidas (Forés y Grané, 2008).

Una persona resiliente no se deja vencer ante las adversidades sino, por el contrario, frente a las crisis ve una oportunidad y utiliza sus recursos internos para aprender y crecer con la experiencia. A veces, ante obstáculos o circunstancias difíciles de la vida, muchos responden de una manera negativa pensando o diciendo frases como “no puedo” o “por qué siempre me sucede a mí”.

A pesar de ser muy común, existe otra cara, el “lado B” de este disco, es la resiliencia, capacidad que tienen todas las personas de reaccionar positivamente, buscar en forma activa alternativas que permitan enfrentar las adversidades y aprender incluso de las experiencias malas. La persona que posee esta virtud se adapta favorablemente a las nuevas situaciones, no deja que el temor la paralice y sabe aprovechar los embates de la vida para salir fortalecida.

8.2.7 Factores de Riesgo

Son aquellas situaciones, conductas o elementos de las personas y el contexto que hacen más probable el consumo. Es posible identificar factores como la inestabilidad emocional, poca tolerancia a la frustración, problemas conductuales y psicológicos, entre otros. Así como factores sociales relacionados con la desintegración familiar, contextos en que se favorece el consumo de las drogas a través de ciertos valores y estilos de vida. A la hora de planificar una intervención se deben tener en cuenta los factores de riesgo y la relación existente con el objetivo.

Se considera factor de riesgo de un determinado tipo de daño aquella condición de trabajo, que, cuando está presente, incrementa la probabilidad de aparición de ese daño. Podría decirse que todo factor de riesgo denota la ausencia de una medida de control apropiada. Vistos desde la perspectiva del daño ya producido, los factores de

riesgo aparecen como causas en la investigación del caso. Otras denominaciones que se usan en el campo de la prevención de riesgos para referirse, en general, al mismo concepto, y que, por tanto, aquí se considerarán sinónimos, son “peligro” y “deficiencia o defecto de control”. Obsérvese que el campo semántico del término “factor de riesgo” está aquí restringido a las que hemos llamado causas ambientales, a diferencia de lo que ocurre en otras disciplinas, como la Medicina o la Epidemiología, que lo extienden también a las causas individuales (Villalobos, 1999).

Algunos factores de riesgo psicológicos son:

- Insatisfacción de las necesidades psicológicas básicas. Dentro de ellas se destacan la necesidad de autoafirmación, de independencia, de relación íntima personal y la aceptación por parte del grupo (Bozhovich, 1996).

Los patrones inadecuados de educación y crianza pueden ser:

- Sobreprotección: Se puede manifestar de una manera ansiosa (al crear sentimientos de culpa en el adolescente) o de una manera autoritaria (al provocar rebeldía y desobediencia).
- Autoritarismo: Limita la necesidad de independencia del adolescente y mutila el libre desarrollo de su personalidad, para provocar como respuesta en la mayoría de los casos, rebeldía y enfrentamientos con la figura autoritaria y pérdida de la comunicación con los padres.
- Agresión: Tanto física como verbal, menoscaba la integridad del adolescente, su autoimagen y dificulta en gran medida la comunicación familiar.
- Permisividad: Esta tendencia educativa propicia la adopción de conductas inadecuadas en los adolescentes por carencia de límites claros.
- Autoridad dividida: Este tipo de educación no permite claridad en las normas y reglas de comportamiento, y provoca la desmoralización de las figuras familiares responsables de su educación (Bozhovich, 1996).

De manera general podría decirse que el manejo de estos factores de riesgo permite identificar a aquellas personas que están más expuestas a sufrir los daños que los aquejan, como accidentes, embarazos precoces, abuso de sustancias psico-activas, enfermedades de transmisión sexual y el suicidio; por lo que la sociedad y el sistema de salud deben propiciar el desarrollo de factores protectores que apoyen el crecimiento y la maduración sana del adolescente, como son el establecimiento y el logro de una adecuada autoestima, que le brinde posibilidades de enfrentar problemas con responsabilidad; además de oportunidades de autoafirmación positiva, y le proporcione espacios sociales adecuados para lograr un soporte familiar abierto y brindar oportunidad de superación educacional y cultural que le faciliten la solución a los problemas, pues la ausencia de vías para la solución puede llevar al adolescente a alcanzar altos niveles de desesperación y sentimientos de impotencia y por tanto a la autodestrucción y al suicidio.

8.2.8 Factores Protectores

Son elementos que en constante interacción, pueden contribuir a minimizar las posibilidades de que aparezcan problemas relacionados con la droga, apoyando el desarrollo del individuo dado que sirven como amortiguadores o moderadores de los factores de riesgo. En este tipo de factores también es posible distinguir entre los de origen psicológico y los sociales relacionados con un adecuado sistema de relaciones familiares, calidad en la comunicación y expresión de afecto dentro del sistema familiar.

La mayor parte de los estudios relacionados con el tema de la familia y el abuso de SPA se ha centrado en la identificación de los factores de “riesgo”, es decir aquellos que facilitan su aparición y mantenimiento, sea dentro de los núcleos familiares, la estructura familiar o en el contexto (Contradrogas, 1999).

El estado de salud psicológica y física de un sujeto, más que ser producto únicamente de factores biológicos, se encuentra determinado en gran medida por las condiciones de la realidad social que lo rodean. Es probable que la familia, siendo el círculo social en el que se da el mayor número de relaciones de carácter afectivo y el principal contexto de

aprendizaje de un individuo, es posible afirmar que el comportamiento de una persona depende en gran medida del buen funcionamiento de la situación familiar (Contradrogas, 1999).

Ahora bien, para Rutter (1992), se denomina factores protectores a las circunstancias, características, condiciones y atributos que facilitan el logro de la salud integral del adolescente y sus relaciones con la calidad de vida y el desarrollo de estos como individuos y como grupo.

Alguno de estos factores puede estar en las personas mismas: Son las características, logros o atributos presentes, antes, durante y después de la adolescencia; otros pueden estar presentes y operar en el ámbito de la familia o de las comunidades y sus organizaciones en los programas de los diversos sectores de beneficio social (Contradrogas, 1999).

En términos generales podría considerarse que:

- La existencia de factores aislados puede no tener un efecto visible, en comparación con una masa crítica de elementos complementarios atribuidos en las diversas instancias señaladas. La coparticipación de esas instancias refuerza los factores.
- Las personas, familias y sociedades deben estar conscientes de las ventajas de los factores protectores, valorarlos, asumir la responsabilidad de su incorporación, refuerzo y conservación.
- Deben reconocerse los efectos positivos de estos factores no solo durante el período de la adolescencia sino a lo largo de las etapas del ciclo vital y a lo largo de generaciones.
- Así como los factores de riesgo no son el resultado del azar ni surgen espontáneamente, lo mismo ocurre con los factores protectores. Ambas clases de factores muchas veces son el resultado de procesos iniciados tiempo atrás

y en ocasiones se han incorporado a los valores culturales como patrimonio social.

- Los factores protectores son susceptibles de fortalecimiento y también pueden debilitarse y aún desaparecer. En otras palabras tienen su historia en el tiempo y en el espacio. (Contradrogas, 1999).

8.2.9 Habilidades para la Vida

Habilidades para la Vida en las Escuelas es una iniciativa internacional promovida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) a partir de 1993, con el objetivo de que niñas, niños y jóvenes adquieran herramientas psicosociales que les permitan acceder a estilos de vida saludables.

La OMS basó su iniciativa en dos características añadidas. Primera: la importancia de la competencia psicosocial en la promoción de la salud, es decir, en el bienestar físico, mental y social de las personas. Segunda: como consecuencia de los cambios sociales, culturales y familiares de las últimas décadas, es difícil que desde los hogares se realice un aprendizaje suficiente de estas competencias. Así, propuso que la enseñanza de las diez habilidades se trasladara al contexto de la educación formal: autoconocimiento, empatía, comunicación asertiva, relaciones interpersonales, toma de decisiones, solución de problemas y conflictos, pensamiento creativo, pensamiento crítico, manejo de emociones y sentimientos, y por último, manejo de tensiones y estrés.

Según la OMS estas habilidades son “aquellas aptitudes necesarias para tener un comportamiento adecuado y positivo, que permiten enfrentar eficazmente las exigencias y retos de la vida diaria”

Comentado [C1]: Falta año y página entre paréntesis

Los fundamentos teóricos en los que se apoya el enfoque de habilidades para la vida son muy amplios. Diversas teorías provenientes de distintas disciplinas y áreas del conocimiento, relacionadas con el desarrollo humano, el comportamiento y el aprendizaje, entre otras, dan cuerpo a este enfoque:

- La teoría del aprendizaje social, también conocida como la teoría del Modelo Cognitivo de Aprendizaje Social, está basada en el trabajo de Bandura (1986).

Este autor concluyó que los niños aprenden a comportarse tanto por medio de la instrucción como de la observación. Las influencias que ejerció sobre las habilidades que estamos exponiendo son:

- La necesidad de proveer a los niños con métodos para enfrentar aspectos internos de su vida social, incluyendo reducción de estrés, autocontrol y toma de decisiones.
- Para que este enfoque de habilidades para la vida sea efectivo hay que duplicar el proceso por el que los niños aprenden conductas, incluyendo observación y representaciones, además de la simple instrucción.

La teoría de la influencia social, basada en el trabajo de Bandura y en la teoría de la inoculación psicosocial. Desde aquí se reconoce que los niños y adolescentes bajo presión, se involucrarán en conductas de riesgo (Bandura 1986).

La solución cognitiva de problemas, basado en la teoría de que la enseñanza de habilidades interpersonales de solución cognitiva del problema en niños a temprana edad puede reducir y prevenir conductas negativas (Bandura 1986).

Teoría de las inteligencias múltiples de Howard Gardner, que postula que todos los seres humanos nacen con ocho inteligencias, pero que se desarrollan en grados distintos según las diferencias individuales y que al desarrollar habilidades o resolver problemas, los individuos usan sus inteligencias de formas diferentes (Bandura 1986).

Teoría de la resiliencia y riesgo de Bernard, trata de explicar por qué algunas personas responden mejor al estrés y la adversidad que otras (Bandura 1986).

Psicología constructivista con las teorías de Piaget y Vygotsky, sugieren que el desarrollo cognitivo está centrado en el individuo y sus interacciones sociales. Teoría del desarrollo infantil y adolescente (teorías sobre desarrollo humano). Los cambios biológicos, sociales y cognitivos que ocurren desde la infancia hasta la adolescencia constituyen la

base de la mayoría de las teorías sobre desarrollo humano (Bandura 1986).

9. DISEÑO METODOLOGICO

9.1 Fundamentación Metodológica

La intervención psicosocial se puede aplicar en diferentes campos como el laboral, la salud, el educativo, el comunitario y en las organizaciones entre otras. Igualmente en estos campos, es susceptible de albergar diferentes objetos de intervención como, estructuras grupales, sociales o fenómenos sociales.

Para realizar intervención psicosocial comunitaria, primero tendremos que reconocer que el hombre como ser social, crea y recrea la sociedad a la cual pertenece, la misma que lo regula a través de sus diferentes normas. Es así, como la concepción de la sociedad ha evolucionado como ella misma a través de las diferentes épocas (Ender-Egg, 1995).

El objetivo de la intervención es resolver los problemas de la comunidad. En la investigación e intervención sobre los problemas sociales hemos de tener en cuenta factores sociales y de apoyo social que influyen en los problemas.

Cabe decir que para realizar intervención psicosocial en el campo comunitario, además de los planteamientos expuestos, resulta de gran utilidad identificar las influencias que permean el escenario comunitario intervenido, así por ejemplo, si este se encuentra dominado por intereses económicos, primaran en sus prácticas sociales los valores, comerciales y materiales, si prevalece la influencia familiar se destacarían en sus interacciones los vínculos de parentesco y el status social estará mediado por el criterio de la ascendencia, así mismo, si en el campo comunitario existe predominio de lo religioso este aspecto será la directriz de todos los comportamientos de sus miembros entre otras.

De acuerdo con lo expuesto, la intervención psicosocial en lo comunitario, inevitablemente tendrá que tener en cuenta el contexto en el que se está desarrollando la problemática y adaptar la intervención al mismo, para poder exitosamente prevenir, y apoyar la resolución de los problemas y necesidades que se presenten en las comunidades, teniendo en cuenta que, la intervención debe propender por dotar a los sujetos ya sea individual o colectivamente de herramientas que le permitan controlar el medio, las condiciones adversas que se puedan presentar y los cambios sociales de la que es objeto, dichas herramientas para que sean operativizables, tendrán que ser accesibles a sus condiciones psicosociales, intelectuales, emocionales y económicas entre otras.

Por consiguiente en este tipo de intervención psicosocial, el sujeto a la vez que es protagonista de su desarrollo es copartícipe del desarrollo de otros, en tanto participa en el control de su entorno a la par que trabaja por sus propios objetivos, lo que va en la vía de la promoción de la salud y el bienestar individual y colectivo (Ender-Egg, 1995).

Desde el punto de vista de la prevención, encontrar el plan de acción presentado destaca, desde el enfoque de los factores de riesgo, como se pretende en el medio reducir los factores de riesgo que han resultado significativos en los análisis previos y fomentar el desarrollo de los factores de protección.

El plan de acción que se ha presentado se ha centrado tanto en prevenir como en manejar aquellas características de carácter psicológico que sitúan a la población en una situación de mayor riesgo a la vez que se han potenciado aquellas otras que le protegen frente al inicio en el consumo. Además, se plantean actividades específicas para afrontar y manejar, la poderosa influencia que ejercen los iguales en el consumo de sustancias. En este sentido, se han incluido tareas para preparar a la población a tener recursos suficientes y eficaces para resistir las presiones del grupo cuando éstas comiencen a aparecer, incluyendo el entrenamiento en habilidades tanto generales (asertividad) como específicas (aprender a decir no, saber rechazar ofertas).

Por otro lado, la importancia constatada de variables como el tipo de actividades que realiza el grupo de amigos, ha llevado a mencionar actividades alternativas saludables

de ocio y tiempo libre que satisfagan las necesidades personales (búsqueda de situaciones novedosas, curiosidad) y que logren, en alguna medida, crear otras fuentes distintas de gratificación que se sumen a lo que hoy en día es prácticamente la única vía de distracción.

9.2 Estrategias

Taller reflexivo

La implementación de la metodología del taller reflexivo y participativo, supone pensar a los sujetos como actores activos y concibe a cada una de personas con autonomía, capaces de pensar por sí mismas, con sentido crítico, que toman en cuenta tanto su punto de vista como el de los demás; como pensadores críticos que cuenta con su propia opinión bien fundada teniendo en cuenta la de los demás (García e Ibañez, 1986).

Nombre del taller: Quien Soy yo

Tiene como objetivo, tomar conciencia de las características personales propias, las mismas que servirán de base para establecer la relación con sí mismos, encaminados a un encuentro personal. Para ello se le pedirá a cada participante que responda a la pregunta ¿Quién soy yo? Dar un tiempo prudencial para que se realice la tarea. Posteriormente se motivara el dialogo respecto a la condición de ser persona (Anexo 1).

Entrevistas mixtas

En la práctica, los entrevistadores despliegan una estrategia mixta, con preguntas estructuradas y con preguntas no estructuradas. La parte estructural proporciona una base informativa que permite las comparaciones entre los entrevistados y la parte no estructurada añade interés al proceso y permite un conocimiento inicial de las características específicas del entrevistado (García e Ibañez, 1986).

Tiene como objetivo ampliar la información que se tiene del paciente, cuando el terapeuta requiera de una información objetiva tenderá que utilizar el tipo cerrado y cuando su

objetivo sea averiguar carácter y personalidad usará más la entrevista abierta. Para este fin se llamara de forma individual a cada uno de los participantes del proyecto para que la información sea de manera confidencial (Anexo 2).

El Sociodrama

Es una representación o práctica simulada en la cual se utilizan gestos, acciones y palabras para representar algún hecho o situación de la vida real y hacerle un profundo análisis. Implica el manejo del espacio íntimo, en tanto exige una ubicación espacial que permita una visión cercana entre los participantes, generándose formas de interacción y de intercambio que inciden en los resultados esperados (García e Ibañez, 1986).

Tiene como objetivo establecer un contacto personal, como un punto de partida para saber cómo se sienten los participantes en sus relaciones más cercanas con sus compañeros. Se debe establecer un tiempo prudencial para el desarrollo de esta. Los facilitadores dejan para que el grupo elija libremente el grupo que hará la representación del tema que ellos mismos elijan.

El Árbol de Problemas:

La implementación de la técnica del árbol de problemas, permite a los participantes hacer un análisis y una reflexión sobre un tema o situación determinada, dándole una mirada integral, mediante un análisis de causas, que conlleva a visualizar la situación analizada como un todo interrelacionado que se puede entender y transformar (García e Ibañez, 1986).

Se entrega a cada uno la figura de un árbol donde el tronco, las raíces y las ramas ayudan a analizar un problema en toda su magnitud, haciendo de la raíz el lugar donde se escriben las causas, en el tronco el problema y en las hojas y en los frutos las posibles soluciones. Esta actividad se realiza en un espacio abierto donde los participantes tengan la posibilidad de que su inconsciente no se limite a la hora de imaginar (Anexo 3).

9.3 Acciones

Reflexión

Consiste en una reflexión acerca de la temática a tratar en la sesión y generalmente consiste en la socialización lúdica (a través de dramatizaciones u otras dinámicas) de la temática a tratar.

Integrar

Constituye una actividad dirigida a incrementar la interacción e integración entre los asistentes con el fin de generar un clima proporcional para el desarrollo de la temática.

Personalizar

En esta fase los asistentes comparten sus nociones personales acerca de la temática que se trabaja.

Conceptualizar

Es la llegada a un consenso acerca de la temática tratada.

Evaluar y Compromiso

Radica en la evaluación del desempeño del grupo en la actividad, en cuanto al valor o temática trabajada y finaliza con la determinación de un compromiso de aplicar lo aprendido en otros ámbitos de la vida. Una vez se hayan realizado todas las actividades con el grupo, se invita a que compartan los asuntos más relevantes que surgieron durante el proceso, promoviendo un espacio de socialización y así fortalecer al grupo.

Esquema de plan operativo

Objetivos	Estrategias	Acciones	Indicadores	Recursos
Promover el desarrollo de las competencias internas en los niños y niñas del Hogar, de manera que cuenten con factores protectores ante los factores riesgo de consumo de spa.	Promover Competencias	Entrevistas Mixtas	Se aplican entrevistas al 90% de la población Entrevistas aplicadas/ Participantes	Profesionales Fotocopias
		Talleres Reflexivos	Se realizan talleres al 90% de la población para el conocimiento de sí mismo/Participantes	Profesionales Participantes
		Sociodramas	Se ejecutan Dramatizaciones con el 90% de la Población, potenciando sus habilidades/ Participantes	Profesionales Participantes
		Árbol de Problemas	Se desarrolla la técnica con el 90% de la Población, identificando sus debilidades / Participantes	Profesionales Participantes Hojas de Block
Efectuar procesos de educación y formación para el fortalecimiento de habilidades para la vida en los niños y niñas del hogar, que contribuyan al desarrollo de las actitudes y aptitudes resilientes ante los diferentes eventos que puedan afectar negativamente sus estilos de vida saludables.	Procesos Educativos Formativos	Talleres Reflexivos	Se realizan talleres al 90% de la población, apuntando al crecimiento del ser / Participantes	Profesionales Participantes
		Sociodramas	Se ejecutan Dramatizaciones al 90 % de la población, donde descubran sus potenciales y debilidades/ Participante	Profesionales Participantes
		Árbol de Problemas	Se desarrolla la técnica con el 90% de la población, donde identifiquen la raíz de	Profesionales Participantes

			sus dificultades/ Participantes	Hojas de Block
--	--	--	------------------------------------	----------------

9.4 Metas

- Promover políticas en la población de cero tolerancias con respecto al uso de drogas ilícitas, alcohol y tabaco en la persona, familia, la escuela y la comunidad.
- Realizar 100 psicoterapias individuales, familiares o grupales.
- Realizar 5 talleres cada uno con asistencia de 20 personas sobre, prevención y promoción de la salud psicosocial.
- Optimizar la situación de la población de modo de prevenir y disminuir el consumo de drogas o su cronificación.
- Realizar 5 talleres cada uno con participación de la población con el fin de concertar estrategias de seguimiento y evaluación del proyecto.
- Mejorar el conocimiento sobre el fenómeno de droga, con el fin de participar en la implementación de estrategias preventivas.
- Realizar 100 valoraciones psicológicas.
- Fortalecer la actitud reflexiva, crítica y creativa en relación con el problema de la droga.
- Ejecutar el proyecto sobre prevención de consumo de drogas, en la comunidad para prevenir su consumo.

9.5 Indicadores

Objetivo Especifico	Actividad	Meta /Indicador
Promover el desarrollo de las competencias internas en los niños y niñas del Hogar	Entrevistas Mixtas	Se aplican entrevistas al 90% de la población Entrevistas aplicadas/ Participantes
	Talleres Reflexivos	Se dictan talleres al 90% de la población. / Participantes
	Sociodramas	Se dramatizan casos con el 90% de la población/ Participantes
	Árbol de Problemas	Se aplica la técnica al 90% de la población/ Participantes
Efectuar procesos de educación y formación para el fortalecimiento de habilidades para la vida en los niños y niñas del hogar	Talleres Reflexivos	Se dictan talleres al 90% de la población. / Participantes
	Sociodramas	Se dramatizan casos con el 90% de la población/ Participantes
	Árbol de Problemas	Se aplica la técnica al 90% de la población/ Participantes

Comentado [C2]: Lo anterior Mal elaborados. El primero es un ejemplo de cómo se debe hacer el resto

--	--	--

9.6 Recursos

9.6.1 Recurso Humano

Asesor metodológico del proyecto, Estudiantes ejecutores del proyecto, Población a intervenir del hogar Bohío de María, Personal administrativo del Hogar Bohío de María, Familia y/o Cuidador significativo.

9.6.2 Recurso Físico

Instalaciones físicas del Hogar Bohío de María, Carteleras, Lapiceros, Lápices, Papelografo, Portátil, Proyector y Hojas de Block.

10. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Para la ejecución de esta propuesta de intervención, se plantearán 2 estrategias bajo las cuales se emergen los elementos teóricos y/o conceptuales, los cuales servirán de fundamento para lograr movilizaciones y/o transformaciones en los sujetos que participan. Por tal motivo, se plantea el cronograma en 2 etapas: etapa 1 de planeación y diseño de la propuesta, etapa 2 de ejecución de la propuesta y evaluación y presentación de informes.

Etapa 1: Planeación y diseño de la propuesta de intervención.

CRONOGRAMA DE ELABORACIÓN DEL PROYECTO												
TIEMPO ACTIVIDADES	Mes I	Mes II	Mes III	Mes IV	Mes V	Mes VI	Mes VII	Mes VIII	Mes IX	Mes X	Mes XI	Mes XII
Asesorías para la elaboración de la propuesta de intervención	x	x	x	x	X	x	X	X	X	X	X	X
Rastreo Bibliográfico	x	x	x	x	X	x	X	X	X	X	X	X
Visitas al Hogar Bohío de María	x	x	x	X	X	X	X	X	X			
Socializaciones de la Propuesta de Intervención Psicosocial				x				x				X

Etapa 2: Ejecución de la propuesta de intervención.

CRONOGRAMA DE ELABORACIÓN DEL PROYECTO
--

TIEMPO ACTIVIDADES	Mes I	Mes II	Mes III	Mes IV	Mes V	Mes VI	Mes VII	Mes VIII	Mes IX	Mes X	Mes XI	Mes XII
Reencuadre	X											
Rompiendo el Hielo		X	X									
Quien soy Yo				X	X							
Prevenimos el Consumo						X	X					
Descubriendo mis Debilidades								X	X			
Cierre-retroalimentación	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Evaluación del Encuentro	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

11. PRESUPUESTO

Para la elaboración del presupuesto se plantea 2 momentos: presupuesto de la elaboración del proyecto y presupuesto de la ejecución del proyecto.

11.1 Presupuesto de la Elaboración del Proyecto

PRESUPUESTO GLOBAL DE LA ELABORACIÓN DEL PROYECTO					
RUBROS	FUENTES		TOTAL		
	Estudiante	Externo.			
Descripción de los gastos de personal	\$2.000.000	\$720.000	\$2.720.000		
Descripción de material y suministro	\$99.000	0	\$99.000		
Descripción de salidas de campo	\$180.000	0	\$180.000		
Descripción de equipos	\$1.299.000	0	\$1.299.000		
Descripción de otros gastos financiados	\$600.000	0	\$600.000		
TOTAL	\$2.999.000	\$720.000	\$3.719.000		
DESCRIPCIÓN DE LOS GASTOS DE PERSONAL					
Nombre del Interventor	Función en el proyecto	Dedicación Horas	Costo		Total
			Estudiantes	Externa	
Claudia Mosquera	Psicóloga	32	1.000.000	0	1.000.000
Yarley Rodríguez	Psicóloga	32	1.000.000	0	1.000.000
César Jaramillo	Asesor	16	720.000	720.000	720.000
TOTAL			\$2.000.000	720.000	\$2.720.000
DESCRIPCIÓN DE MATERIAL Y SUMINISTRO					
Descripción de tipo de Material y/o suministro	Costo		Total		
	Estudiantes	Externa			
1 Resma tamaño carta	\$9.000	0	\$9.000		

1 Memoria de 8GB	\$50.000		\$50.000
100 Lapiceros negros	\$ 40.000	0	\$40.000
1 Computador Portátil	\$ 1.200.000		\$1.200.000
TOTAL	\$1.299.000	0	\$1.299.000

DESCRIPCIÓN DE SALIDAS DE CAMPO			
Descripción de las salidas	Costo		Total
	Estudiante	Externa	
Desplazamientos al Hogar Bohío de María	\$100.000	0	\$100.000
Desplazamientos FUNLAM	\$80.000	0	\$80.000
TOTAL	\$180.000	0	\$180.000

DESCRIPCIÓN DE MATERIAL BIBLIOGRÁFICO			
Descripción de compra de material bibliográfico	Costo		Total
	Estudiante	Externa	
		0	
		0	
TOTAL		0	

DESCRIPCIÓN DE EQUIPOS			
Descripción de compra de equipos	Costo		Total
	Estudiante	Externa	
1 Memorias USB de 8GB	\$50.000	0	\$25.000
Llamadas Telefónicas	\$30.000	0	\$50.000
Internet	\$40.000	0	\$40.000
TOTAL	\$120.000	0	\$120.000

DESCRIPCIÓN DE OTROS GASTOS FINANCIADOS			
Descripción de otros gastos	Costo		Total
	Estudiante	Externa	
Refrigerios	\$600.000	0	\$600.000
TOTAL	\$600.000	0	\$600.000

11.2 Presupuesto para la Ejecución del Proyecto

PRESUPUESTO GLOBAL DE LA EJECUCIÓN PROYECTO			
RUBROS	FUENTES		TOTAL
	Institución Beneficiaria		
Descripción de los gastos de personal	\$3.840.000		\$3.840.000
Descripción de material y suministro	\$1.791.500		\$1.791.500
Descripción de salidas de campo	\$180.000		\$180.000
Descripción de material bibliográfico	\$0		\$0
Descripción de equipos	\$120.000		\$120.000
Descripción de otros gastos financiados	\$0		\$0
Subtotal	\$		\$11.286.500
Imprevistos 5%	\$564.325		\$564.325
TOTAL	\$6.495.825		\$6.495.825
DESCRIPCIÓN DE LOS GASTOS DE PERSONAL			
	Dedicación	Costo unitario	Total

Nombre del Interventor	Función en el proyecto	Horas		
Claudia Mosquera	Psicóloga - Interventora	64	\$30.000	\$1.920.000
Yarley Rodriguez	Psicóloga-interventora	64	\$30.000	\$1.920.000
TOTAL			\$60.000	\$3.840.000

DESCRIPCIÓN DE MATERIAL Y SUMINISTRO

Descripción de tipo de Material y/o suministro	Costo unitario	Total
50 Cartón paja tamaño carta	\$200	\$10.000
2 Block de hojas de colores	\$2.500	\$5.000
2 Resma de papel	\$9.000	\$18.000
5 Cartulina – pliegos	\$800	\$4.000
100 Papel periódico – pliegos	\$200	\$20.000
25 Papel craft	\$400	\$10.000
23 Libreta para notas	\$2.500	\$57.500
100 Lapiceros	\$200	\$20.000
100 Lápices	\$100	\$10.000
25 Sacapuntas	\$350	\$8.750
25 Borrador	\$150	\$3.750
10 Reglas	\$400	\$4.000
5 Colbón de 50mg	\$1.800	\$9.000
10 Tijeras	\$500	\$5.000
5 Bisturí	\$800	\$4.000
5 Cinta transparente	\$800	\$4.000
5 Cinta de enmascarar	\$1.000	\$5.000
15 Marcadores (5 de cada color: azul, rojo, verde)	\$900	\$13.500
25 Marcadores negros	\$1.200	\$30.000
5 Colores (caja pequeña de 12)	\$2.000	\$10.000
2 CD de música de relajación	\$20.000	\$40.000
10 Memorias USB de 8GB	\$50.000	\$500.000
400 Refrigerios (50 x encuentro)	\$1.500	\$600.000
50 Almuerzos	\$ 8.000	\$400.000
TOTAL	\$ 105.300	\$ 1.791.500

DESCRIPCIÓN DE SALIDAS DE CAMPO

Descripción de las salidas	Costo	Total
Desplazamientos Hogar Bohío de María	\$100.000	\$100.000
Desplazamiento FUNLAM	\$80.000	\$80.000
TOTAL	\$180.000	\$180.000

DESCRIPCIÓN DE EQUIPOS

Descripción de compra de equipos	Costo	Total
		Estudiante
1 Memorias USB de 8GB	\$50.000	\$50.000
Llamadas Telefónicas	\$30.000	\$30.000
Internet	\$40.000	\$40.000

TOTAL	\$120.000	\$120.000
--------------	-----------	-----------

REFERENCIAS

Ander-Egg, E. (1995). *Técnicas de investigación social*. Buenos Aires: LUMEN.

Balaguer, I. (2005). *Un análisis de los factores determinantes de los estilos de vida saludables de los adolescentes*. México. Editorial Interamericana. 3ra. Ed.

Bandura, A. (1977). *La teoría del aprendizaje social*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice Hall.

Bandura, A. (1986). *Teoría del Aprendizaje Social*. Madrid: Espasa Universitaria. 2da. ed.

Becoña, E. y Martín, E. (2004). *Manual de intervención en drogodependencias*. Madrid: Síntesis

Becoña, E. y Cortés, M. (2011). *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones*. Barcelona: Socidrogalcohol.

Bozhovich L.I. (1996). *La personalidad y su formación en la edad infantil*. La Habana; Editorial Pueblo y Educación.

Bleger J. (1994). *Psicohigiene y Psicología Institucional*. Buenos Aires. Ediciones Paidós.

Cabezuelo, G. (2010). *El Desarrollo Psicomotor desde la Infancia hasta la Adolescencia*. España: Narcea Ediciones.

Calviño, M. (1996). *Creatividad y comunicación en la educación y promoción de salud*. (Apuntes para una reflexión necesaria). Versión escrita y revisada de la Conferencia pronunciada en el XI Taller Internacional de Comunicación Social en Salud. La Habana, Cuba.

Camacho, A., Gaviria, A. y Rodríguez, C. (2011). "El Consumo de Droga en Colombia" *En Políticas Antidroga en Colombia: Éxitos, fracasos y extravíos*. Compiladores Alejandro Gaviria and Daniel Mejía. Bogotá: Ediciones Unidades.

Contreras, E. (1994). *Investigación y evaluación en comunicación para la salud*. En: *Por una política de comunicación para la promoción de la salud en América Latina*. Quito.

Forés, A. y Grané, J. (2008). *La resiliencia. Crecer desde la adversidad*. Barcelona: Plataforma Editorial

Fraser, M.W., Rischman, J.M. y Galinsky, M.J. (1999). *Riesgo, protección y resiliencia: Hacia un marco conceptual para la práctica del trabajo social*. Trabajo Social Investigación.

García, F. e Ibañez, J. (1986). *El análisis de la realidad social: métodos y técnicas de investigación*. Madrid: Alianza.

Gente Unida. (2013). *Hogar Bohío de María - Gente Unida*. Recuperado de <http://www.genteunida.org.co/index.php/obras/hogar-bohio-de-maria>

Guiofantes, S. (1996). *Salud y prevención desde el punto de vista psicológico*. En *Salud Laboral y Ciencias de la Conducta*. España. Fundación MAPFRE Medicina.

Husserl, E. (1913). *Ideas Relativas a una Fenomenología Pura y una Filosofía Fenomenológica*. FCE. México. 1986.

Jessor, R. y Jessor, S.L. (1980). *Los problemas de comportamiento y el desarrollo psicosocial: un estudio longitudinal de los jóvenes*. Nueva York: Academic.

Kasl, S. y Cobb, S. (1966), *Conducta de salud, el comportamiento de la enfermedad y el comportamiento papel de enfermo*. Archivos de Salud Ambiental.

Masten, A. (1994). *Resiliencia en el desarrollo individual: éxito de la adaptación a pesar de los riesgos y la adversidad*. Nueva York: Lawrence Erlbaum.

Masten, A. S., y Coatsworth, J. D. (1998). *El desarrollo de la competencia en entornos favorables y desfavorables*. Nueva York: American Psychologist.

Morales, F. (1999). *Introducción a la Psicología de la Salud*. Buenos Aires: Paidós

Morales, S., Martínez, M. J. y Vázquez, F. (2007). *Módulo de orientación para manejo de problemas en la infancia y la promoción de la salud familiar*. Consejo Nacional contra las Adicciones, México.

Rodríguez, G. (1997). *Experiencia de trabajo multidisciplinario en Clínicas Psicoeducativas para el tratamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles*. Ponencia presentada en el Taller

Saidón, O. (1994) *La salud mental en los tiempos de ajuste*. En Políticas en Salud Mental. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.

Stolkiner A. (1994) *Tiempos "posmodernos": ajuste y salud mental en Políticas en Salud Mental*. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.

Tapia, R. (1999). *Adicciones: Dimensiones, Impacto y Perspectiva*. México: Ed. Manual Moderno.

Tapia, R. (2001). *Las Adicciones: Dimensiones, Impacto y Perspectivas*. México: Ed. Manual Moderno.

Velozo, R. (1995). *Seminario Fenomenología y Ética*. Departamento de Filosofía. Universidad de Chile.

Villalobos. F.G. (1999). *Identificación y Evaluación de los factores de riesgo Psicosocial 32 vo Congreso de Seguridad Integral, Higiene y Medicina del Trabajo Consejo Colombiano de Seguridad*. Ecuador. Editado por la División de Promoción y Protección de la Salud, OPS, OMS.

Wick-Nelson, R. (1997). *Psicopatología del niño y del adolescente*. España: Pearson Prentice Hall.

ANEXOS

Anexo 1. Autoevaluación

¿QUIEN SOY YO?	
CUALIDADES	DEFECTOS
HABILIDADES	DESTREZAS

--	--

Anexo 2. Entrevista mixta

ENTREVISTA PSICOLOGICA	
1.	
Nombres y apellidos:	
Identificación:	Fecha de nacimiento:
Edad:	Escolaridad:
Dirección:	Teléfono:
2. Familiograma: Dibuje el mapa de la estructura familiar.	
3. Antecedentes personales: (Habilidades, Destrezas, Proyecto de Vida, Cualidades, Defectos, Temores, Pasatiempos).	

4. ¿Cómo es la relación con tu familia?:

5. ¿Qué te gusta hacer en los tiempos libres?:

6. ¿Cómo se llama tu mejor amig@?:

7. ¿Qué es lo que más te gusta de tí?:

8. ¿Qué esperas de este proyecto?:

Anexo 3. Árbol de Problemas

