

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SINALOA
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL CULIACÁN
MAESTRÍA EN TRABAJO SOCIAL**



*Como requisito para obtener el grado de Maestro en Trabajo Social
Con acentuación en sistemas de salud*

**TESIS
FORTALEZAS DE LAS Y LOS ESTUDIANTES DE SECUNDARIA ANTE EL
RIESGO AL CONSUMO DE DROGAS**

Presenta:

Lic. Luis Jesús Hernández Aguirre

Directora de tesis:

Dra. Xolyanetzin Montero Pardo

Culiacán, Sinaloa. Octubre 2017

AGRADECIMIENTOS:

Doy gracias de manera cordial a la Facultad de Trabajo Social de la Universidad Autónoma de Sinaloa, por su gran apoyo incondicional y por haber confiado en mí como un futuro prospecto en el ámbito de la academia. Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por haberme aceptado apoyándome en la realización de esta maestría.

Agradezco inmensamente a mi directora de tesis la Dra. Xolyanetzin Montero Pardo por haberme tenido confianza y ser el pilar incondicional en la orientación de este trabajo, a mi cotutor el Dr. Carlos Omar Sánchez Xicotencatl por proporcionarme su amistad y conocimientos en el campo de la investigación, a la Dra. Rosa María Rojas Rivera por ser la primera en respaldarme en el inicio de esta investigación y de colaborar arduamente en el génesis de este proceso.

De manera muy especial le doy infinitas gracias a la Dra. Patricia Andrade Palos, por haberme brindado el cimiento en la investigación cuantitativa y de sembrarme la pasión por el estudio del desarrollo positivo de la juventud. Al Dr. Raúl Gonzales Navar por sus conocimientos y consejos incondicionales en el apoyo de esta investigación. A la Dra. Rosario Olivia Izaguirre Fierro y Dr. Víctor Hugo Aguilar Gaxiola por ayudarme a formarme en sus diversas ópticas de cómo utilizar la metodología en las ciencias sociales.

Mi agradecimiento a mi lectora crítica Dra. Beatriz Yazuko Arita Watanabe por sus grandes comentarios que me acompañaron en el transcurso de esta investigación y mi mayor agradecimiento es para mí entrañable maestro y amigo Dr. Rigoberto Jiménez Lauren por ser el que me impulso y alentó a realizar esta maestría que tanta felicidad y conocimientos me han proporcionado en esta etapa de mi vida.

DEDICATORIA

A Dios...Por tenerme siempre amado y bendecido por él.

A mi madre...por su carácter y amor... Siempre al abordaje.

A mi padre...por ser mi ejemplo a seguir...Hasta la victoria siempre.

A mis hermanos Leonel y Yazmin...Por su cariño y unidad...Nada nos separa

A mis sobrinos Beto y Lio...Por su ternura y alegría...Hola tío manzano.

A mis compañeras de grupo Brenda, Lizbeth, Roxana, Ángela, Lizeth, Cindy, Alma y Matty por compartir su amistad y momentos inolvidables en el acompañamiento de este proceso.

A mis compañeras y colaboradoras de investigación de campo Claudia y Elizabeth, por su incondicional apoyo y camaradería.

A las y los adolescentes de secundaria... Por invitarme a compartir su gran mundo en el transcurso de esta investigación.

A mi entrañable amiga y compañera de maestría Ara Monserrat...Por ser mi secuaz en este camino... y recordarme que en la vida, ningún hombre debe de estar solo.

INDICE

Resumen.....	6
Introducción.....	7
CAPITULO I: LA CONSTRUCCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	9
1. Planteamiento del problema.....	9
1.2 Justificación	9
1.3. Objetivos	24
1.3.1. Objetivo general.....	24
1.3.2. Objetivos específicos	24
1.4 Problema – pregunta de investigación.....	24
1.5 Hipótesis.....	25
1.6 Variables	26
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	27
2.1. Teoría general de sistemas en las ciencias sociales y la teoría sociológica de sarokin.....	27
2.2 La teoría general de sistemas y el Trabajo Social.....	30
2.3 Aplicación de la teoría de sistemas a la práctica del Trabajo Social.....	33
2.4. Teoría de sistemas ecológicos: El modelo de vida y la teoría ecológica del desarrollo humano de bronfenbrener	35
2.5. Historia del concepto y definicion de adolescencia.....	38
2.6 Contextos de socialización de las y los adolescentes: familia, escuela y grupo de pares.....	45
2.7 Relación de la psicología social y el Trabajo Social.	52
2.8 El desarrollo positivo juvenil y la participación de las y los profesionales del Trabajo Social.....	56
2.9 El modelo biopsicosocial de salud y su relación con el Trabajo Social	64
2.10 Aproximaciones biopsicosociales para comprender las adicciones.....	66
2.11 Factores de riesgo que influyen en el consumo de drogas.	68
2.12 El sistema de salud en México y el Plan Nacional de Salud ante el fenomeno de las adicciones.....	72
2.13 Epidemiología en México sobre situacion de las drogas.....	75
2.14 Estado del arte	79

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA.....	84
3.1 Tipo y método de investigación.....	86
3.2 Alcances y limitaciones.....	86
3.3 Sujetos y criterios de inclusión	87
3.4 Universo y muestra.....	87
3.5. Variables e instrumentos	88
3.6.Técnicas de recolección de la información y procedimiento para el trabajo de investigación.....	89
3.7 Análisis de los datos.....	91
CAPÍTULO IV. RESULTADOS.....	91
4.1 Descripción de la muestra	91
4.2 Conductas de riesgo	93
4.3 Fortalezas internas y externas aunadas a conductas de riesgo	97
4.3.1 Diferencias en las fortalezas con respecto al consumo de tabaco.....	98
4.3.2 Diferencias en las fortalezas con respecto al consumo de alcohol	99
4.3.3 Diferencias en las fortalezas con respecto al consumo de marihuana.....	100
4.3.4 Diferencias en las fortalezas con respecto al consumo de inhalantes	101
4.3.5 Diferencias en las fortalezas con respecto al consumo de otras drogas ilegales	102
4.4 Discusion por categorías.	104
4.5 Exposicion referente a las hipótesis.	109
4.6 Respuesta a la comprobacion de los objetivos.....	111
CONCLUSIONES.....	112
RECOMENDACIONES Y ALTERNATIVAS.....	113
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	115
ANEXOS	

RESUMEN

El objetivo general de este estudio, fue analizar las fortalezas internas y externas del enfoque del desarrollo positivo juvenil (Positive Youth Development, PYD) con que cuentan las y los estudiantes de secundaria; ante el riesgo al consumo de drogas tanto lícitas (tabaco y alcohol) como ilícitas (marihuana, inhalantes, metanfetaminas y opioides). En ello en base a la clasificación que hacen Benson, Loeffert y Scales (1998), Benson (2002) de las fortalezas del desarrollo positivo de la juventud y considerando la escasa investigación sobre este tema en México, la finalidad del presente trabajo es identificar las fortalezas personales, familiares y contextuales que tienen los y las adolescentes de secundaria que presentan conductas de riesgo al consumo de drogas. El carácter de esta investigación descriptivo-analítico interpretativo, con un paradigma de corte cuantitativo y con la participación de un plantel escolar de 1035 alumnos apoyándonos con las escalas del instrumento de Andrade (2013) y con el análisis de la prueba T de Student, dio como resultado identificar que fortalezas tanto internas como externas son las que proporcionan escudos a los adolescentes para ser frente a la conducta de riesgo al consumo de drogas. Todo ello en conjunto, da como resultado que el profesional del trabajo social, cuente con elementos suficientes para detectar e intervenir en situaciones donde el fenómeno en estudio se presente, sobre todo en las instituciones de educación media superior, con la finalidad de promover la salud y robustecer el trabajo comunitario en donde la retroalimentación del adolescente con sus grupos sociales permitan crear barreras en contra del consumo de sustancias tóxicas.

ABSTRACT

The general objective of this study was analyze the internal and external of the positive youth development approach strengths (Positive Youth Development, PYD) with that feature and students high school; at some risk to the consumption of drugs both licit (alcohol and tobacco) as illegal (marijuana, inhalants, methamphetamine and opioids). On it in base to the classification that make Benson, Loeffert and Scales (1998), (2002) Benson of the strengths of the positive youth and considering development limited research on this topic in Mexico, the purpose of this study is to identify personal, familial and contextual strengths that have the high school adolescents who present risk to drug use behaviors. The descriptive-analitic character of this research interpretation, with a paradigm of quantitative cut and with the participation of a campus of 1035 pupils with Andrade (2013) instrument scales and with the analysis of the Student's T test, resulted to identify that both internal and external strengths are shields that give teens to be compared to drug use risk behavior. All together, resulting in the social work professional, having sufficient to detect and intervene in situations where the phenomenon in study arises, especially in institutions of education average superior, in order to promote health and to strengthen community work where the feedback of the adolescent with their social groups can create barriers against the consumption of substances toxic.

INTRODUCCIÓN

El fenómeno social de conductas de riesgo a las adicciones ante los jóvenes adolescentes es tan amplia y los conocimientos científicos tan numerosos para condensarla hasta el límite en un trabajo de investigación, donde pudiera ser inteligible, conlleva a un gran esfuerzo de síntesis y comprensión para dar conocimiento a una apreciación relativa de lo que es nuestro Sistema Mexicano de Salud así como de la construcción del proceso salud-enfermedad que se desenvuelve el fenómeno en estudio.

Dichos conceptos repercuten de forma objetiva a una cosmovisión actual de estos elementos y relacionarlos con el trabajo social. A quienes interesen las cuestiones de salud en el área de las ciencias sociales u otra disciplina a fin, como es nuestra visión desde el trabajo social.

Este trabajo investigativo podrá servir para comprender los principios básicos del enfoque del desarrollo positivo juvenil su paso y evolución por el tiempo y deducir y explicar conceptos referentes a las conductas de riesgo al consumo de drogas y las fortalezas que cuentan los adolescentes para serle frente, generando con ello una apreciación en nuestra forma de pensar obteniendo con ello un conocimiento nuevo.

Nos hallaremos con explicaciones y conceptos destinados a dar, al que lea este trabajo, una óptica clara de dicha situación actual así como la relación que tiene esta investigación con las fortalezas del desarrollo positivo de las y los jóvenes ante el riesgo al consumo de drogas en la secundaria. El Trabajo Social en el sistema de salud es un área básica y necesaria para que el investigador social sepa argumentar y justificar sus estudios relacionados en áreas sanitarias. Por lo ya comentado, este trabajo de investigación se conforma de la siguiente manera:

En el capítulo I correspondiente al planteamiento del problema se da un panorama del concepto y definición de juventud y adolescencia, así como la edad cronológica en donde se clasifica cada una de ellas, se justifica el porqué, se realiza dicha investigación y se otorga al lector una introducción sobre el desarrollo positivo de la juventud ante el fenómeno del consumo de drogas en la localidad, proporcionando nuestros objetivos, hipótesis y nuestra pregunta de Investigación. Posteriormente en el capítulo II se muestra el marco teórico de

Nuestro trabajo, donde se edifica el pilar que sostiene las principales teorías, enfoques, antecedentes y estudios científicos que dan referencia y sustento a nuestro problema de investigación.

En el capítulo III se plantea nuestro diseño metodológico el cual es de carácter cuantitativo y nos proporciona la solides para obtener los resultados producto de la aplicación del instrumento de Andrade (2013) en nuestros sujetos de estudio y del análisis estadístico, sobre todo, el proporcionado por la prueba T de Student.

Por ultimo en el capítulo IV se describen los resultados de la investigación los cuales se especifican con más detalle, en la discusión, respuesta a los objetivos de la investigación y a las hipótesis. Finalizando así, con las respectivas conclusiones y recomendaciones.

Para concluir este apartado, es importante decir que esta investigación más que atiborrar la memoria con conceptos, teorías y sistemas, su papel también sea el de generar el gusto del interés intelectual y fortalecer la razón.

"La salud no lo es todo, pero sin ella, todo lo demás es nada."

Schopenhauer, Arthur

CAPITULO I: LA CONSTRUCCION DEL PROBLEMA DE INVESTIGACION

1. Planteamiento del problema

1.2 Justificación

Las y los jóvenes, entre ellos los que están en etapa de adolescencia desempeñan un papel determinante en el país y en el resto del mundo, son parte fundamental para el desarrollo de la sociedad. Este grupo de población tendrá la responsabilidad de proteger y formar a las próximas generaciones de ciudadanas y ciudadanos. Para ello se requiere que dicho grupo poblacional aporte sus recursos y potencial humano, por lo que es necesario de ambientes saludables en el desarrollo de estos individuos.

Es importante precisar que la adolescencia constituye el periodo en que el niño deviene a adulto. Etimológicamente, el término adolescencia proviene del latín “adolescere” significa “adolecer creciendo hacia la adultez”. Autores como Florenzano (2015) menciona que el comienzo de la adolescencia es **biológico**, ya que se produce por cambios bioquímicos generados por las glándulas endocrinas y sus consecuencias fisiológicas en el cuerpo humano, y que su fin es **psicosocial** terminando cuando el joven es capaz de definir elecciones de sus grupos sociales así como el de su pareja y sus vocaciones.

Esta afirmación, abre una amplia gama de interpretaciones en cuanto a los momentos de comienzo y fin de este periodo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha preferido, para evitar confusiones, utilizar criterios cuantitativos, definiendo adolescencia y juventud por grupos de edad.

Para esta institución internacional la adolescencia es la etapa que ocurre entre 10 y 20 años de edad, coincidiendo su inicio con los cambios puberales y finalizando al cumplirse gran parte del crecimiento y desarrollo morfológicos. La juventud, por otra parte, es el periodo entre los 15 y 25 años de edad. Constituye una categoría sociológica, caracterizada por asumir con plenitud, sus derechos y responsabilidades sociales.

Por otro lado, dependencias como la UNICEF (2011). Define que “la adolescencia es el comienzo del periodo juvenil, y la clasifica en tres etapas: adolescencia temprana de 10 a 13 años; adolescencia mediana de 14 a 16 años y adolescencia tardía de 17 a 19 años”.

Por su parte, la Organización Iberoamericana de la Juventud (OIJ, 2010), considera esta etapa como un proceso de transición en el cual los niños se van transformando en personas autónomas, por lo que también puede entenderse como etapa de preparación para que las personas se incorporen a la actividad productiva y se independicen del núcleo familiar de origen, es pues la fase de transición entre la niñez y la adultez.

Con el propósito de homologar un criterio sobre el concepto de juventud en el mundo, la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 1993) la define como “las personas que se encuentran en el rango de entre los 15 y 24 años de edad”. Otorgando a la vez un parámetro para que cada nación o región establezca un rango propio de edad, por ejemplo, en la comunidad europea oscila entre los 15 y 29 años, en cambio en México el rango de edad que se considera dentro de la juventud es de 12 a 29 años (Ley del Instituto Mexicano de la Juventud, 1999).

Según el Banco Mundial en su informe 2010, existen alrededor de 2,000 millones de personas jóvenes entre 12 y 24 años de edad, de los cuales cerca de 1,700 millones viven en países en vías de desarrollo, de acuerdo con esta institución financiera, la juventud ofrece una oportunidad sin precedente, en torno a las potencialidades que tendrían para acelerar el crecimiento económico de las regiones en el mundo y reducir considerablemente la pobreza. Sin embargo, para ello según esta institución financiera es necesario aplicar programas estructurales que inviertan en un proceso de cinco fases que impacten directamente a la juventud:

- 1) La necesidad de seguir estudiando y capacitándose
- 2) El supervisar el inicio de la etapa laboral
- 3) Promover el estilo de una vida saludable
- 4) Formar una familia y
- 5) Ejercer los derechos cívicos

La razón para que organismos internacionales como el Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional y la ONU, pongan especial énfasis en los aspectos antes señalados es que se ha comprobado que estas decisiones son las que más repercuten a largo plazo en la formación y el desarrollo del capital humano en la sociedad.

En este sentido, también se reconoce la necesidad de orientar las políticas e instituciones tanto públicas y privadas de los diferentes gobiernos del mundo hacia cuatro sectores específicos para las y los jóvenes: 1) ampliar las oportunidades hacia el acceso a los servicios de salud; 2) educación de mejor calidad; 3) que la decisión a tomar por las y los jóvenes provenga de una información objetiva, completa y adecuada, así como 4) ofrecer oportunidades de inversión y apoyar actividades productivas.

Lo anterior implica que se valore y considere a esta población de jóvenes y adolescentes como grupos con capacidades y potencialidades, no como población en problemas o en crisis, ya que ocupan una posición importante en el panorama demográfico. A la vez, como ya es conocido, la adolescencia se caracteriza por ser una etapa en la cual se presentan diversas conductas tales como auto reflexión de la identidad, exploración de su contexto social, gran actividad física y emocional, búsqueda de nuevas sensaciones y novedades así como altos niveles de toma de riesgos como lo es la práctica sexual sin protección, embarazos no deseados, así como el consumo de drogas, tanto lícitas (alcohol y tabaco) como ilícitas (marihuana, alcaloides, psicotrópicos, anfetaminas, metanfetaminas y opioides) (Oliva, 2008).

De esta última conducta de riesgo (el consumo de drogas) es de lo que este trabajo de investigación abordará para su estudio desde la disciplina del Trabajo Social. Según el censo de población 2010, en México habitan 36.2 millones de jóvenes entre 12 y 29 años, de los cuales 17.8 millones son varones (49.8 %), mientras 18.4 millones (50.4 %) son mujeres. En Sinaloa, las personas entre 14 y 29 años de edad constituyen el 27.9% de la población total en la entidad, obtenido de un total de 817, 230 personas, de lo cual 50 % son hombres y 50 % son mujeres (INEGI, 2010).

Sin duda la educación es una de las estrategias de atención al desarrollo positivo de esta población, en la medida que la posibilita a que desarrolle sus capacidades y potencialidades, sobre todo si ello se lleva a cabo en entornos familiares, escolares y comunitarios saludables, que permitan contribuir a su potenciación.

Según datos del ámbito educativo formal, en el Estado de Sinaloa, las cifras de la SEP y C en el periodo 2013-2014 indican que se tuvo una población de 149,236 alumnos, de los cuales 73,764 son mujeres y 75,472 son hombres, los cuales oscilan entre los 11 y 16 años de edad, matrícula que se ha incrementado en los últimos cinco años, situación que da pauta para que profesionales y académicos en las diversas disciplinas de atención a la salud, entre ellas el trabajo social, dirijan su mirada hacia la promoción de la salud, y no solo hacia la prevención de los riesgos, al consumo de drogas tanto lícitas como ilícitas, que puede asumir esta población en edad escolar.

Ahora bien, los datos anteriores son por demás interesantes, ya que muestran que un número considerable de adolescentes cursan educación secundaria, lo cual es altamente significativo. Y mucho puede hacerse de manera específica con esta población cautiva, donde las y los trabajadores sociales realicen diagnósticos y programas de intervención para evitar y/o disminuir las conductas de riesgo, específicamente por la esencia de este trabajo, aquellas en donde se asume el consumo de drogas. Para ello se debe contar con la fundamentación científica, obtenido de proceso de investigación, que permitan lograr el diseño de estrategias y acciones enfocadas principalmente a la educación y promoción de la salud.

A decir por Lerner, Fisher y Weinberg (2000; en Andrade, 2013) “prevención no es sinónimo de promoción, y que una adolescencia saludable y una adecuada transición a la adultez requieren de algo más que la evitación de comportamientos de riesgo”. Es conveniente identificar las fortalezas o escudos con las que cuentan las y los estudiantes de secundaria, lo que permite detectar los elementos protectores que poseen ante los riesgos a que se enfrentan de manera cotidiana

Es decir, es importante detectar la relación de las fortalezas que poseen las y los adolescentes ante los riesgos a que están expuestos, con respecto al consumo de drogas, tabaco, alcohol y marihuana, por ser éstas las que generan más alto impacto, no solo en la salud física y mental, sino también por las consecuencias que se presentan en el ámbito familiar, social, educativo, legal y laboral, que atenta sobre la funcionalidad establecida por la sociedad.

Es por ello que en la juventud y tomando como fundamento el enfoque del desarrollo positivo juvenil, se considera necesario la formación de fortalezas, las cuales se definen como: Aquellos factores individuales y contextuales que protegen o inhiben conductas que comprometan el crecimiento y la salud tanto física como mental, favoreciendo así en los jóvenes, el desarrollo de resultados positivos ante las adversidades de la vida (Benson, 2002). Las fortalezas según el enfoque del desarrollo positivo juvenil pueden ser de dos tipos: externas e internas.

A) fortalezas externas.- éstas se integran de la siguiente manera:

1) Aquellas que se obtienen del apoyo que proporciona la familia, los amigos, los maestros, los entrenadores y toda persona que vincule un lazo solidario a favor del joven individuo; 2) el empoderamiento del o la joven; 3) la formación de límites y expectativas, y 4) uso constructivo del tiempo.

B) Fortalezas internas.- conformadas principalmente por: 1) compromiso con el aprendizaje; 2) valores positivos; 3) competencia social, 4) identidad positiva.

La finalidad de las fortalezas tanto externas como internas es buscar un desarrollo firme en lo biológico, lo psicológico y lo social. En general, tanto en Sinaloa como en México, por más de 40 años las problemáticas de las y los adolescentes y jóvenes han sido abordadas con base en el método tradicional del déficit, y en el riesgo ante la situación del consumo de drogas, lo que revela que no se ha tenido una eficacia contundente en la prevención y tratamiento en la atención al consumo de drogas en las y los jóvenes.

Por lo cual nuevos enfoques que enfatizan la competencia y el desarrollo positivo de adolescentes y jóvenes, surgidos del modelo de salud biopsicosocial, proporcionan otra expectativa para la atención a la problemática de salud, referida al consumo de drogas.

Aunque tradicionalmente el predominio del modelo basado en el déficit, es utilizado actualmente, en los últimos diez años se ha desarrollado un nuevo enfoque surgido del modelo centrado en el desarrollo positivo y en la Competencia, de todo ello surge en Estados Unidos de America, un enfoque denominado “Positive Youth Development” (PYD) por sus siglas en inglés (Desarrollo Positivo de la Juventud) (Vimont, 2012).

En este enfoque, la prevención no es sinónimo de promoción solamente, sino que alienta a una buena adolescencia saludable y a una buena transición a la adultez no solo por la evitación de conductas riesgosas, sino que enfatiza en el sujeto adolescente y juvenil su consecución a la etapa adulta por medio de una serie de logros evolutivos que se desarrollan en el núcleo familiar, la escuela, los pares y la comunidad.

El enfoque del desarrollo positivo juvenil, atiende la problemática biopsicosocial de las y los jóvenes, a medida que avanzan a través de la etapa de la adolescencia. Esta perspectiva tiene un gran atractivo para las y los profesionales que participan en la prevención primaria y el desarrollo comunitario; Sin embargo, el uso del marco conceptual no ha sido casi aplicado por la profesión de trabajo social (Vimont, 2012).

Memmo (2004; en Vimont, 2012) proporciona algunos aspectos relacionados con las principales hipótesis del enfoque de desarrollo positivo de la juventud. Estos incluyen en primer lugar, ayudar a las y los jóvenes a alcanzar su pleno potencial, es un método clave para evitar que experimenten conductas de riesgo.

En segundo lugar, a fin de que los jóvenes tengan éxito, necesitan el apoyo y la oportunidad de participación. En tercer lugar, para que los jóvenes obtengan el apoyo, los miembros de su comunidad como la familia, los pares, las y los educadoras y educadores y demás grupos sociales, deben convertirse en una parte integral en el desarrollo de esas oportunidades. Y en cuarto lugar, las y los jóvenes deben ser percibidos como integrantes de la comunidad y no como

Miembros externos que viven con problemas.

Es esencial para las y los trabajadores sociales, así como las profesiones afines, tratar de emplear estrategias de prevención primaria desde el enfoque de desarrollo positivo juvenil para potencializar las cualidades de las y los adolescentes y jóvenes; ofreciéndoles alternativas a sus conflictos y sobre todo, logren esa cohesión entre individuo-comunidad.

Para las y los profesionales del Trabajo Social que intervienen en los problemas de la sociedad vinculados a las adicciones y a la familia, que estudian y trabajan con conceptos referidos al comportamiento humano, en su relación con el entorno social, el desarrollo positivo de la juventud, cuyas siglas en inglés le denominan (PYD) puede ser visto como un concepto teórico que ayude a investigar e intervenir a través de la práctica basada en evidencias.

Por tanto, es esencial que las y los profesionales del Trabajo Social y de otras áreas afines, se familiaricen en su praxis con diversos instrumentos para estudiar el enfoque del PYD y con ello lograr conocimientos y estrategias que les permitan promover la salud, así como contribuir en la prevención y atención exitosa de las conductas de riesgo en adolescentes y jóvenes.

Ahora bien, en la adolescencia se transita por una etapa de autodefinición personal, que aunado a las estructuras intelectuales y características socio afectivas de esta población ponen en peligro a las y los jóvenes a manejar las tensiones a través del consumo de drogas.

Asimismo, de acuerdo con el tipo de sustancia, cantidad y frecuencia el efecto en la salud puede ser a corto, mediano o a largo plazo; efectos que se asocian con otras conductas riesgosas como accidentes de tránsito, violencia, delincuencia, embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual (Oliva, 2008).

Los seres humanos a través de la historia, han consumido sustancias psicoactivas o psicodépresoras (es decir que impactan su capacidad para modificar las funciones habituales del cerebro) ya sea por causas religiosas, socioculturales, de salud o simplemente como un acto de escape de la realidad ante situaciones emocionales o tensionales de origen diverso.

En la actualidad el uso y abuso de drogas, lícitas o ilícitas (entre ellas el tabaco, alcohol y marihuana) conforman uno de los complejos fenómenos sociales de nuestro tiempo (Gutiérrez 2010).

Se entiende por drogas, siguiendo a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1993) “cualquier sustancia que, administrada a un organismo vivo, puede modificar su percepción, su conducta, su pensamiento o su función motora”.

Hombres y mujeres consumen las citadas sustancias para modificar su conciencia y su estado de ánimo, para sedarse, para estimularse; pero también lo han hecho para paliar el sufrimiento provocado por la enfermedad, abatir el cansancio, mitigar el miedo o el duelo por la pérdida de un ser querido o meramente por curiosidad u ocio (Gutiérrez, 2010).

El consumo de sustancias por parte de las personas, para psicoactivarse o para psicodeprimirse, ha sido al mismo tiempo objeto de preocupación y de control para la sociedad. Control que pasa a ejercerse desde la familia hacia el Estado, contando en ese tránsito con especialistas o profesionales de la medicina, psicología, trabajo social y educación, entre otros, que participan en la materia.

El consumo de estas sustancias al paso del tiempo dio lugar a modos de hacerlo altamente patológico a partir del abuso de ellas, apareciendo una serie de consecuencias ligadas a este alto consumo, algunos de los factores que potencializaron dicho incremento fueron:

A) La introducción de cambios en las sociedades por influencias del intercambio comercial y cultural que origina rupturas en las estructuras.

B) La prohibición de una sustancia y su sustitución por otra, no siempre da buenos resultados.

C) El desarrollo de la farmacología por las ciencias médicas y químicas así como la industrialización y su comercialización.

D) Los intereses socioeconómicos dominantes de cada momento se superponen a los intereses sociales de las mayorías.

E) La distribución y consumo de dichas sustancias en el desarrollo de las Guerras.

F) El empleo inadecuado de fármacos legitimados con el afán de obtener ganancias económicas (Becoña 2003 en Gutiérrez, 2010).

De todo ello se desprende que el problema en el consumo de sustancias

Adictivas o drogas, ya sean en su modalidad de legales o ilegales, como lo conceptualiza la OMS (1964) es un problema latente y actual en las y los adolescentes, a pesar que desde mediados de los años 60s y principios de los 70s ya lo determinaban como conductas de riesgo sobre todo para la salud.

En este tipo de conductas, la disciplina del trabajo social tiene la oportunidad de ser parte de estos inicios de la aplicación del enfoque del desarrollo positivo, en la prevención e intervención de las conductas de riesgo en adolescentes y jóvenes en el apartado de las adicciones o drogodependencias. Aportando con ello a la promoción de la salud y de la medicina social, conocimientos científicos en beneficio de la humanidad. Con el énfasis en que mejore la capacidad de los jóvenes de convertirse en miembros adultos productivos y felices dentro de las familias y de la sociedad.

México cuenta con diversos programas de atención y prevención a las drogas y dependencias tanto gubernamentales como son los centros de atención primaria para adolescentes (CAPA) y los centros Nueva Vida de la Secretaria de Salud, así como también dependencias no gubernamentales como son los centros de integración juvenil, en donde el campo profesional del trabajador social en este ámbito sanitario tiene un rol importante y determinante en este rubro.

Otro campo significativo de investigación e intervención de las y los profesionales del trabajo social en la promoción y prevención del consumo de drogas es el área educativa institucional, debido que la escuela ofrece ese punto cautivo donde pueden hacerse ejecutables los proyectos de intervención y promoción contra las drogas abordando no solo al individuo sino a la familia y su comunidad.

Es por ello que esta investigación, bajo una óptica de la disciplina del Trabajo Social pone el énfasis en la salud, busca hacer un análisis de las y los jóvenes, específicamente de las y los adolescentes entre 12 y 16 años de edad, que cursan el periodo de educación media básica de manera escolarizada, quienes son importantes en la población, no solo por su número que es muy representativo, además que en el periodo de la juventud, es donde se asumen mayores conductas de riesgo (Andrade, 2013).

En esta indagación se delimita a estudiar desde el enfoque del desarrollo juvenil positivo a los estudiantes de secundaria, específicamente en un plantel de

Secundaria técnica ubicado al sur de la ciudad de Culiacán Sinaloa. Se ha elegido tal espacio y a estos sujetos de investigación debido al resultado de la práctica profesional comunitaria de atención primaria en el área de la salud en la colonia donde se encuentra ubicado dicho plantel escolar, en ese lugar se han observado Problemas sanitarios en adolescentes, los que son referidos en mayor grado al consumo de drogas como tabaco, alcohol y marihuana, lo cual incide en sus formas de comportamiento y desarrollo de su vida cotidiana. Estas conductas de riesgo a la salud van desde lesiones por accidentes, riñas o deportes extremos y, en algunos casos se observan complicaciones de padecimientos patológicos que no son atendidos de manera oportuna, dadas las expresiones de rebeldía que en esta edad se presentan, tanto en hombres como en mujeres.

Estos padecimientos se ha incrementado en los últimos tres años en un 30% de las cuales 15% están estrechamente relacionadas con el consumo y adicción a drogas legales como es el tabaco y el alcohol, pero a la vez, también se ha incrementado en un 10% cuadros patológicos muy estrechos con el consumo de drogas ilegales sobresaliendo la marihuana, donde se reflejan no solo daños físicos en el organismo, sino también en la salud mental. Según datos obtenidos de los archivos del centro comunitario de salud del sector sur de la ciudad de Culiacán, Sinaloa (2013).

Estos datos se complementan a otros que propiamente se observaron en el área de atención médica, según expedientes proporcionados por las autoridades de la escuela secundaria técnica, la cual registró un aumento de 20% de la consulta de primer contacto en el ciclo escolar 2013-2014 por efecto de abuso en el consumo de sustancias lícitas como el tabaco y el alcohol en comparación al ciclo anterior (Archivo Clínico, Servicio Médico, EST-80).

El panorama de daños a la salud en torno a las adicciones, se expresa a través de los siguientes datos: en Sinaloa el consumo de tabaco, alcohol y marihuana han sido de los más presentes y recurrentes sobre todo en los y las adolescentes, según estudios epidemiológicos de pacientes atendidos en Centros de Integración Juvenil, A.C. del departamento de Investigación Clínica y Epidemiológica, de la ciudad de Culiacán, Sinaloa en año 2014, indican que el consumo de alcohol fue de 86.9% solo 0.1 % debajo de la media nacional que es

Del 87% mientras que el consumo de tabaco fue de 83.7% solo 0.3% debajo de la media nacional que es del 84%, respectivamente.

Los grupos de edad de inicio en el consumo de drogas ilícitas que concentraron mayores porcentajes en Sinaloa fueron de 15 a 19 años (50.7%) y De 10 a 14 años (30.6%). Que la razón de consumo 2013, incluyendo alcohol y tabaco fue de 7.5 hombres por una mujer.

En cuanto a drogas ilícitas de mayor consumo entre los pacientes de primer ingreso a tratamiento en el Estado de Sinaloa son: marihuana, cocaína, metanfetaminas y benzodiazepinas.

Las drogas ilícitas que se encuentran arriba de la media nacional en la entidad son: cocaína 58.4 % (la media nacional es 35%) las benzodiazepinas 19.7% (la media nacional es 14%) y las metanfetaminas en un 53.9% (cuya media nacional es de 84%) (Centro de Integración Juvenil Sinaloa, 2014).

Otros datos oficiales como los del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA, 2013) revelan que entre 2003 y 2012, han fallecido 31,905 personas por trastornos mentales y del comportamiento por consumo de sustancias psicotrópicas, así mismo el reporte del año 2012, alerta sobre la muerte anual de más de 4,000 personas, por actos violentos asociados directamente al consumo de sustancias adictivas.

Con estos datos preliminares, de antemano se conoce que el comportamiento de los seres humanos son variados y complejos; y que en la etapa de la adolescencia existe un periodo de experimentación donde el consumo de tabaco, alcohol y de ciertas drogas ilegales se han tratado de explicar por modelos teóricos como lo es el de la “piedra angular” el de “puerta de entrada” o el de “conducta problema” (Andrade, 2013).

Diversas y variadas investigaciones se han realizado en este rubro, desde la perspectiva psicológica, como las realizadas por, Andrade, 2013; Benson, 2002; Jassor y Jassor 1977-1980 y Oliva, 2011. Sin embargo, esta investigación estará enmarcada dentro de la perspectiva del Trabajo Social en el área de salud, debido a la gran importancia que esta disciplina mediante su metodología de intervención, proporciona conocimiento y transformación de los procesos sociales, para incidir en la participación de los sujetos y en el desarrollo de la sociedad.

Las y los profesionales del Trabajo Social, buscan contribuir al desarrollo de las potencialidades de las personas a partir de la interacción social de éstas; para ello, es fundamental el respeto a los derechos humanos, una actitud positiva hacia el cambio para mejorar las condiciones de vida de los individuos y las colectividades, así como el trabajo multi e interdisciplinario (Chavez, 2008).

De esta manera las y los profesionales del Trabajo Social, conocen e interpretan necesidades, carencias y demandas de los sujetos sociales a fin de desarrollar políticas y programas de carácter social, organiza y capacita a la población para su participación en la búsqueda de opciones para resolver los Problemas detectados y mejorar su nivel y condiciones de vida (Programa de formación ENTS-UNAM, 2014).

Por ello las y los trabajadores sociales que trabajan en adicciones tienen por objeto la intervención y evaluación en las necesidades sociales que inducen a la población en el consumo y dependencia de las drogas. De allí que uno de los campos de estudio y método de intervención del Trabajo Social sea la salud (Montecinos, 2012).

A la vez Montecinos (2012), señala que las y los profesionales del trabajo social tiene un papel fundamental en la investigación- intervención, a la hora de estudiar, diseñar, organizar, ejecutar y evaluar acciones preventivo – promocionales para fortalecer la salud de las personas, sus familias y la comunidad. Así su rol de planificador social se combina con el de educador, para impulsar conjuntamente con la comunidad, nuevas condiciones de vida de las personas con las cuales se vincula en un determinado territorio.

Bajo este panorama, ya desde la segunda mitad del siglo XX las ciencias sociales comenzaron a construir de manera sistemática, como objetos legítimos de investigación al proceso salud-enfermedad. En este proceso fue decisivo el trabajo de autores como Dubos (1975) y Mckeown (1982), quienes en pleno auge de las teorías microbianas, demostraron que los asombrosos avances en las condiciones de salud en la primera mitad del siglo XIX no se debieron a “hazañas” médicas, sino a una serie de factores de orden social que se tradujeron en mejores condiciones de trabajo, alimentación, educación, vivienda y saneamiento ambiental.

Así, al ser de los determinantes sociales de la salud, uno de los objetos de estudio de las ciencias sociales abrieron la posibilidad de colaborar en el papel del proceso salud-enfermedad y de otorgar un carácter social a los sujetos que interesan a esa disciplina (Vergara, 2007).

La OMS (1948), conceptualiza a la “salud” como un “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o Enfermedades” La salud desde la perspectiva de la OMS, toma en cuenta no sólo lo biológico, incorpora lo psicológico y social, sin embargo hace referencia a ese “completo estado”, lo cual niega que la salud es producto del desarrollo histórico y dinamismo social, que la salud es social y va a estar modificada por las condiciones de vida de las personas en donde la cultura es factor importante.

Donati (1994) menciona que la salud se convierte en un hecho de compromiso colectivo - tanto en el sentido que cada vez más necesita de actividades preventivas de la enfermedad, como en el sentido de que implica al conjunto de las relaciones sociales en el que el individuo está inserto -.Un hecho de comunicación interpersonal con el fin de utilizar todos los recursos a disposición del individuo. Entre los cuales la promoción de la salud es parte fundamental para mantener condiciones sanitarias que permitan el desarrollo de las personas.

Con relación a la promoción de la salud, se considera toda acción que proporcione a los individuos y sus poblaciones, los medios y recursos necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma, para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social (OMS, Carta de Ottawa de 1986).

Este concepto emanado de dicha carta tiene como finalidad que la persona o grupo de personas, sean capaces de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente en beneficio de su salud, percibiéndola así no como un objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana.

La promoción de la salud es una de las acciones de estudio e intervención del trabajo social, jugando un papel importante para la prevención del consumo de sustancias lícitas e ilícitas que generan adicción. De ello da cuenta la carta de Ottawa (1986), en donde especifica cinco funciones básicas necesarias que

Estimulan a que las personas se preparen para las diferentes etapas de la vida y afronten con más recursos las enfermedades, lesiones y sus secuelas, dichas funciones son: Desarrollar aptitudes personales para la salud; desarrollar entornos favorables; reforzar la acción comunitaria; reorientar los servicios de salud e impulsar políticas públicas saludables.

En el campo de las adicciones o drogodependencias, las y los profesionales del trabajo social han considerado la promoción de la salud, a partir de las orientaciones postuladas por la UNESCO y la Comisión Nacional Contra las Adicciones de la SSA (2011). Con los elementos mencionados se busca no solo encontrar un sentido epistemológico y metodológico de este fenómeno sino a la vez, se pretende sustentar procedimientos de prevención.

La promoción de la salud en las y los adolescentes tiene un papel importante, ya que en esta etapa de la vida, están en un momento de desconexión de la familia de origen, la prueba de las normas establecidas, y la experimentación de nuevas ideas y conceptos internos del individuo. Además, la adolescencia es también el momento para cambios sorprendentes en el aprendizaje biológico, psicológico y social (Vela, 2008).

Justo es el momento, en que estos individuos están en sus últimas etapas de crecimiento antes de su entrada en la edad adulta, muchos optan por modificar su camino con un comportamiento que a menudo es contraproducente para un desarrollo saludable.

El impacto de este trabajo de investigación es el de aportar datos y conocimientos científicos que logren no solo descubrir realidades y hechos objetivos de la problemática, sino que también contribuya en el aspecto científico de la disciplina y, en lo educativo de las personas interesadas en el estudio y análisis en este campo, fomentando con ello más interés en la investigación de sus efectos, que sigue postergándose hasta nuestros días.

Esta investigación es factible de realizarse, debido a que el acceso en la materia sobre el objeto de estudio es rico en la región. Los accesos a los conocimientos de otras disciplinas de las ciencias sociales, a los conocimientos médicos y legislativos, al acervo bibliográfico, de los servicios de salud, educativos y las instituciones públicas y privadas, así como de las organizaciones no gubernamentales, y la herramienta del internet, permitirán realizar este trabajo

De una forma científica y objetiva, además de la coordinación de la universidad con otras instituciones de nivel superior. La disposición de las autoridades educativas y de las familias, así como del grupo de estudiantes, posibilita y viabiliza la realización de la investigación.

En este trabajo, por la situación profesional que se ha tenido en el área comunitaria, es como se ha detectado esta problemática y la cual, al estar inmersa en una cosmovisión social, nos hace reflexionar en investigar bajo la disciplina del trabajo social, por contar con una de sus grandes áreas disciplinares que es la intervención.

El reconocimiento de las conductas de riesgo de los y las adolescentes a la dependencia de drogas lícitas o ilícitas o bien a la combinación de éstas, como un fenómeno complejo (multideterminado), Dinámico y cambiante ha contribuido a que se consoliden algunos postulados en la previsión e intervención en drogodependencias que reconocen el protagonismo de lo social como son:

1) La intervención en el consumo de sustancias adictivas exige de actuaciones en una serie de áreas o dimensiones básicas (social, de salud, educativa, psicológica y orgánica).

2) La interdisciplina se convierte en un requisito imprescindible para asegurar el éxito de las actuaciones a promover en este ámbito.

3) El proceso de las conductas de riesgo de los y las adolescentes al consumo de tabaco, alcohol y marihuana (la diferenciación entre uso, abuso y dependencia) requerirá de políticas amplias, que incluyan acciones preventivas como de carácter interventivo y aquellas que favorezcan la inserción social.

4) Intervenir en este fenómeno, tanto de una perspectiva preventiva como interventiva, exige actuaciones no solo sobre los individuos, sino sobre los contextos micro sociales en que se desenvuelven éstos (familia, pares, grupos) y macro sociales (la comunidad, Estado) (Gutiérrez, 2010).

Lo anterior, lleva a plantear los siguientes objetivos:

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Analizar las fortalezas internas y externas con que cuentan las y los estudiantes de la escuela secundaria técnica ubicada al sur del municipio de Culiacán, Sinaloa; ante el riesgo al consumo de drogas: tabaco, alcohol y marihuana.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1.3.2.1. Identificar las fortalezas internas y externas que poseen las y los estudiantes de la escuela secundaria técnica ubicada al sur del municipio de Culiacán, Sinaloa.

1.3.2.2. Detectar las conductas de riesgo que se relacionan con el consumo de drogas: lícitas e ilícitas, que asumen las y los estudiantes de la escuela secundaria técnica ubicada al sur del municipio de Culiacán, Sinaloa.

1.3.2.3. Analizar la relación de las fortalezas (tanto externas como internas) con la conducta de riesgo al consumo de alcohol, tabaco y drogas ilícitas en los adolescentes de secundaria.

1.4 PROBLEMA – PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

En esta perspectiva, se formula la siguiente interrogante:

¿Cuáles son las principales fortalezas internas y externas con las que cuentan las y los estudiantes de la escuela secundaria técnica ubicada al sur del municipio de Culiacán, Sinaloa, ante el riesgo al consumo de drogas tanto lícitas como ilícitas?

1.5 HIPÓTESIS.

- 1.5.1. Las principales fortalezas externas con las que cuentan las y los estudiantes de la escuela secundaria técnica ubicada al sur del municipio de Culiacán, Sinaloa, son: la comunicación y supervisión de la madre, apoyo y supervisión del padre, reglas en casa y amigos saludables y sin conducta de riesgo.

- 1.5.2. Las principales fortalezas internas con las que cuentan las y los estudiantes de la escuela secundaria técnica ubicada al sur del municipio de Culiacán, Sinaloa, son: la importancia de la religión, la resistencia a presión de pares, la responsabilidad, la importancia de la salud, la toma de decisiones y evitación del consumo de sustancias.

- 1.5.3. A mayores fortalezas externas e internas (ya especificadas) menor es el riesgo al consumo de drogas licitas e ilicitas.

1.6 VARIABLES

CATEGORÍAS GENERALES

PRINCIPALES AUTORES

Fortalezas externas
e internas

Benson (2002)
Vimont (2012)
Andrade (2013)

Conductas de riesgo
al consumo de
drogas

Becoña (2003)
Alfonso, Huedo-
Medina, Espada (2009)
Andrade (2013).

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1. TEORÍA GENERAL DE SISTEMAS EN LAS CIENCIAS SOCIALES Y LA TEORÍA SOCIOLÓGICA DE SAROKIN.

Como primer apartado dentro del marco teórico, se tiene como finalidad dar un argumento científico social a esta investigación, para ello, se tiene el sustento en la Teoría General de Sistemas (TGS) debido a que el fenómeno de estudio parte de la óptica sistémica, más específicamente de la teoría ecológica de Bronferbremer y, correlacionándose a la vez con la teoría sociológica en el aspecto del papel que juega la cultura y las instituciones generadas por la sociedad.

Iniciando con el vocablo “sistema”, a esta palabra siempre se le hallaron connotaciones que lo hacían parecer algo mecánico, un proceso con cierta regularidad e igualmente identificado con las ciencias naturales, (medicina, biología y química) así como también con las ciencias exactas (la física y las matemáticas).

Teóricos positivistas citados por Bertalanffy (1977) como Acroff (1959) y Scott (1963) desarrollaron la analogía de la sociedad con el organismo humano y apoyándose fundamentalmente en el concepto de función, dieron lugar al organicismo funcionalista, donde el todo (la totalidad) está conformado por partes, que a su vez, integran un sistema en el cual la realización de la función, es lo que hace que éste se desarrolle armónicamente.

Aquí, lo importante es la función. La unidad viviente, como una máquina cuyo motor la impulsa a realizar las actividades para las que su engranaje se encuentra diseñado, no puede sobrevivir si algunos de sus órganos vitales (en el funcionamiento del sistema correspondiente) se encuentran dañados o desgastado por el uso natural y continuo (Bertalanffy ,1977).

Si se ve afectada una función de alguno de sus órganos, el sistema también deja de funcionar, y si deja de funcionar el sistema, se afectan igualmente los demás subsistemas, porque son interdependientes, y la falla de alguno de ellos desequilibra la totalidad, poniendo en peligro de muerte la unidad viviente. De la misma forma, la sociedad se encuentra organizada en sistemas interdependientes: el sistema político, el económico, el educativo, el social, etc.

Después de un exhaustivo y cuidadoso análisis de los procesos que desarrollan los organismos vivos, Bertalanffy, llega a la conclusión de que, en analogía con un organismo vivo en el campo de las ciencias sociales los sistemas se caracterizan por ser abiertos; intercambian materia con el medio circundante (en referencia en un organismo vivo) que exhibe importación y exportación, constitución y degradación de sus componentes materiales.

No obstante, es a los científicos sociales a quienes corresponden avanzar en la definición de los sistemas sociales, siendo una importante contribución la de Guy Duval (1970); en Bertalanffy, (1977) quien –desde la perspectiva constructivista de Jean Piaget- desarrolla el concepto de SISTEMA COMPLEJO en ciencias sociales, cuyas características más importantes son:

1. El sistema complejo es una propuesta de organización (en el nivel cognoscitivo) de un recorte de la realidad.
2. El sistema complejo se concibe necesariamente abierto. Guarda relaciones con factores externos cuyas dinámicas propias son autónomas en relación con él.

Estas condiciones se traducen en flujos de entrada y salida específicos para el sistema establecido: insumos (créditos, tecnología, materia prima, mano de obra, etc.), productos (mercancías, emigraciones, etc.). Por todo ello, es que la Teoría General de Sistemas (TGS) tiene como uno de sus principales objetivos, la posibilidad de ofrecer a los científicos sociales un cúmulo conceptual que les permita “romper” con las parcelas del conocimiento y tener una mayor fluidez en la comunicación científica, aun cuando se pertenezca a diversos campos disciplinares (Bertalanffy, 1977). De este modo, la meta de la TGS no es buscar analogías entre las ciencias, sino trata de evitar la superficialidad científica que ha estancado a todas las disciplinas.

Para ello emplea como instrumento, modelos utilizables y transferibles entre varios continentes científicos, toda vez que dicha extrapolación sea posible e integrable a las respectivas disciplinas. La Teoría General de sistemas se basa en dos pilares básicos: los aportes semánticos y los aportes metodológicos.

Los primeros se originan cuando las especializaciones de las ciencias, obligan a la creación de nuevas palabras y conceptos, los cuales se van acumulando y van avanzando a medida que la especialización va continuando, llegando a formar un

lenguaje que solo es manejado por los especialistas. Por lo cual la TGS sirve para solucionar los inconvenientes de la semántica de las diferentes disciplinas cuando trabajan en conjunto, pretendiendo introducir una semántica científica de utilización universal.

Los aportes metodológicos. Se derivan de aquellos procesos que analizan y explican los diversos fenómenos individuales o colectivos surgidos en la naturaleza o bien en la sociedad creada por el ser humano. Ambos aportes pretenden los siguientes objetivos:

A) Impulsar el desarrollo de una terminología general que permita describir las características, funciones y comportamientos sistemáticos.

B) Desarrollar un conjunto de leyes aplicables a todos estos comportamientos

C) Promover una formalización (matemática) de estas leyes. (Bertalanffy, 1977).

Como se observa, la formulación primaria es atribuible al biólogo Ludwig Von Bertalanffy, quien acuñó la denominación “Teoría General de sistemas” (TGS). Para él, la TGS debería constituirse en un mecanismo de integración entre las ciencias naturales y sociales, y ser al mismo tiempo, un instrumento básico para la formación y preparación de científicos.

Por otro lado, la teoría sociológica del presente consiste en gran medida en intentos por definir el sistema sociocultural y en discutir el funcionalismo, es decir, la consideración de los fenómenos sociales con respecto al todo al que sirven. Es así, como llegamos a la teoría elaborada por Sorokin (1957). Denominado sistema sociocultural como causal-lógico-significativo (según preferiría designarlo el presente autor, sin mucho rigor; son los niveles biológicos, simbólicos y de valor) con múltiples aspectos, complejamente inter-conectados.

Es claro que la teoría general de los sistemas en la forma aquí preconizada está a salvo de esta objeción, ya que incorpora por igual, mantenimiento y cambio, preservación del sistema y conflicto interno; conviene pues, como esqueleto lógico para una teoría sociológica mejorada.

Especialmente donde el enfoque de sistema no se limita a entidades materiales en física, biología y otras ciencias. Si no que es aplicable a entidades que son en parte inmateriales y heterogéneas en alto grado. Las dificultades no están solo en

la complejidad de los fenómenos sino en la definición de las entidades consideradas (Sorokin, 1957).

La ciencia natural, tiene que ver con entidades físicas en el tiempo y el espacio con partículas, átomos y moléculas, sistemas vivientes en varios niveles según el caso: La ciencia social se ve con seres humanos con cultura creado por ello, el **universo cultural es ante todo un universo simbólico**, los animales están rodeados de un universo físico, al cual se enfrentan: Medio ambiente, presa que atrapar, depredadores que evitar, y así sucesivamente. (Sorokin, 1957).

En cambio al hombre lo rodea un universo de símbolos partiendo del lenguaje, condición previa de la cultura hasta relaciones simbólicas con sus semejantes, estatus social, leyes, ciencia, arte, moral, religión y otras innumerables cosas; la conducta humana, aparta los aspectos básicos de las necesidades biológicas como el hambre y el sexo, está gobernado por entidades simbólicas más que biológicas y que trascienden la esfera del mundo físico, estos valores culturales llegan a ser jerárquicamente superiores a los biológicos, dejando que muchas veces éstos se dejen ver impertinentes y hasta perniciosos (Sorokin, 1957).

En este trabajo la (TGS), juega un papel determinante en la explicación del planteamiento del problema de investigación, debido a que las y los sujetos de estudio (estudiantes de secundaria) provienen de un subsistema que es la familia, éste a la vez, es parte del sistema social, que de la misma forma está inmerso dentro del sistema del Estado.

De esta misma manera podemos analizar la situación de la escuela secundaria como parte del sistema institucionalizado, el consumo de alcohol, tabaco y drogas en relación con el sistema de salud y la aplicación del enfoque de desarrollo juvenil positivo como parte del sistema de la psicología social y su interrelación con el microsistema de los jóvenes. Esa concepción de sistema, aplicándolo en los aspectos sociológicos nos da la pauta para entender y comprender de una forma clara y sencilla cómo es que ésta se desenvuelve en esa interrelación entre la naturaleza del contexto y el individuo.

2.2 LA TEORÍA GENERAL DE SISTEMAS Y EL TRABAJO SOCIAL.

La teoría general de sistemas se viene aplicando desde hace tiempo y ha cobrado actualidad en el ámbito académico del Trabajo Social a partir de una propuesta de

las y los trabajadores sociales de abordar la realidad en la práctica cotidiana, que contiene primordialmente, elementos de esta teoría generalista.

Desde tiempo atrás se ha sustentado que el Trabajo Social no genera su propia teoría, sino que la retoma de las ciencias sociales para convertirse en el brazo praxiológico de ésta como síntesis del conocimiento en la atención de un determinado problema social o individual. Sin embargo, el Trabajo Social ha generado ya su propio “lenguaje” conceptual, que aun cuando en ocasiones puede considerársele analógico al de otras disciplinas sociales resulta válido y perfectamente recuperable para ser considerado como “propio” de la profesión (Bautista, 2008).

En la práctica profesional del Trabajo Social, debido fundamentalmente a la diversidad de temas y aspectos sociales en los que participa, la principal aplicación de la Teoría de Sistemas se encuentra en el Trabajo Social con familias, En el área de la terapia familiar, de amistad, del medio social o laboral donde se desenvuelve el individuo. También se puede encontrar la aplicación de esta teoría en los diagnósticos y participación comunitarios, así como en las posturas metodológicas para analizar determinados temas sociales.

Por las características de la familia nuclear norteamericana, la Teoría de Sistemas fue adoptada como marco referencial en los estudios de caso social, porque se visualiza al individuo en problema social o en conflicto personal, como parte de una red familiar que, una vez analizada desde una perspectiva sistémica, permitía conocer el origen de los problemas de personalidad del sujeto en estudio y establecer los apoyos que pudieran obtenerse de su entorno familiar.

Un ejemplo concreto se encuentra en la obra de Mary Paul Janchill, en el campo de la rehabilitación social. Desde las primeras formulaciones de Mary Richmond, en la década de 1920 a 1930, así como en la incorporación que hace Gordon Hamilton de la teoría freudiana a la práctica de la rehabilitación social.

Janchill propone a la TGS como el marco de referencia que podrá establecer el puente entre la teoría psicoanalítica (de análisis profundo de la personalidad) y la teoría social (las estructuras sociales concomitantes a la personalidad individual) (Bautista, 2008).

La teoría de sistemas, sin suponer patología, busca localizar las fuerzas que actúan sobre el individuo; es decir, enriquecer la comprensión de la sintomatología en términos de sus funciones mediante los sistemas. La Teoría de Sistemas ha tenido mucho que ofrecer a diversas disciplinas científicas y también puede servir en el Trabajo Social para investigar e intervenir el conflicto perenne de la sociedad y el individuo, al cual se percibe como parte de una red o sistema de los procesos cognitivos y afectivos generados por la familia. Se considera que no sirve mucho tratar al individuo independientemente de esta red, por lo que en el estudio de caso y familia se aplican sin reservas los conceptos de la Teoría de Sistemas (Bautista, 2008).

Tanto el genograma como el familiograma, como técnicas de abordaje en la indagación y atención de la familia, permiten realizar un análisis más preciso de los orígenes de los problemas de personalidad que repercuten en conductas consideradas antisociales, y que hacen de un individuo una persona necesitada del apoyo social para resolver sus necesidades.

De igual forma, ambos instrumentos también permiten establecer la red de apoyo familiar de que dispone el individuo para contribuir a la solución de su necesidad inmediata. Así, por un lado permiten conocer mejor al individuo y el posible origen de su disfuncionalidad social y, por otro, también permiten conocer a los miembros de la familia que están dispuestos a contribuir o a apoyarlo (Bautista, 2008).

Con todos estos elementos, podemos deducir que el trabajo social con la teoría de sistemas ofrece al investigador en esta disciplina, una perspectiva de abordar la realidad de los fenómenos sociales en forma de engranajes que se integran para formar un todo, pero cada engrane (subsistemas) cuenta con su función determinada, con sus características propias, los cuales pueden estudiarse independientemente, para posteriormente volverlos a integrar a un todo (sistema)

Y de esa forma conocer y comprender científicamente esa realidad social que fue sometida a estudio. Otra ventaja que ofrece esta teoría es la posibilidad de integrar otras disciplinas inclusive de las ciencias naturales, ofreciendo así a los científicos de ambas áreas (sociales y naturales) la posibilidad de integrar conocimientos sin rebasar sus fronteras específicas como disciplinas, cuyo

objetivo, es de complementarse y retroalimentarse para nutrir y ampliar más el conocimiento y obtención de la verdad, el cual es el principio fundamental de la ciencia en general.

En este trabajo de investigación, en donde se integran los conocimientos que ofrece la psicología social a través del enfoque del desarrollo positivo juvenil y de los aportes de la disciplina del trabajo social los cuales se integran en un todo, para comprender el consumo de drogas lícitas e ilícitas en adolescentes de secundaria ya que la primera, ofrece un conocimiento teórico de la conductas humanas más específicamente en la adolescencia y el efecto que produce en su entorno, y la segunda, brinda el conocimiento del contexto social y la facultad del contacto directo de intervención con el individuo. Ambos, al vincularse, buscan una finalidad: Lograr un estado saludable tanto físico como mental en el individuo, pero sobre todo, potencializarlo para enfrentar adversidades propias de la vida y hacerlo un ser humano funcionalmente acreditado para la sociedad, retroalimentándolo y solidarizándolo con los demás miembros de su misma especie en búsqueda del bien común.

2.3 APLICACIÓN DE LA TEORÍA DE SISTEMAS A LA PRÁCTICA DEL TRABAJO SOCIAL.

Pincus y Minahan (1973) ofrecen un enfoque del trabajo social que explícitamente aplica ideas de sistemas. Este enfoque está sustentado por el principio de que las personas, para llevar una vida satisfactoria, depende de los sistemas de su entorno social inmediato, por lo que el trabajo social debe volcarse sobre tales sistemas, hay tres clases de sistemas que pueden ayudar a dichas personas y los cuales son:

- 1) Los sistemas informales o naturales tales como la familia, los amigos o los compañeros de trabajo.
- 2) Los sistemas formales como pueden ser los grupos comunitarios o las corporaciones sindicales o las organizaciones no gubernamentales.
- 3) Los sistemas socializados como son las instituciones públicas como lo son los hospitales o las escuelas.

El trabajo social intenta detectar cuáles son los elementos de las interacciones entre los clientes y su entorno causantes de los problemas. Ya que estos pueden ser que no estén ni en el cliente ni en su entorno, sino en la interacción entre ellos.

La finalidad es tratar de potencializar a los individuos a desarrollar tareas vitales, a que resuelvan sus problemas ya sean materiales o subjetivos y alcancen metas y posiciones importantes. Aquí llamamos tarea vital a esas actividades de la vida que tienen algún significado o importancia para las personas.

Es de la incumbencia de las y los trabajadores sociales conocer la relación que existe entre las dificultades privadas y los problemas públicos. Ellos se afanan y trabajan sobre las consecuencias generales de los problemas personales y sobre el efecto que causa en los individuos problemas más genéricos. Las tareas del trabajo social son las siguientes:

- A) Ayudar a las personas a utilizar y mejorar sus propias capacidades en la solución de problemas (por ejemplo, aprender nuevos métodos para orientar a menores a fin de mejorar las relaciones familiares).
- B) Facilitar los contactos entre los individuos y los sistemas de recursos (por ejemplo, ayudar a un hombre recién impedido a integrarse a un centro social de la localidad, preparando su presentación y asegurando que sea bien recibido y no rechazado debido a su situación).
- C) Propugnar o modificar las interacciones entre las personas y los sistemas de recursos (por ejemplo, ayudar a un reclamante de la seguridad social a presentar su caso de tal forma que tenga una mayor posibilidad de éxito).
- D) Mejorar la interacción entre las personas dentro de los sistemas de recursos. (en las familias, en los organismos sociales, etc.).
- E) Contribuir al desarrollo y cambio de la política social.
- F) Dispensar ayuda práctica.
- G) Actuar como agentes de cambio social.

La teoría de sistemas ha tenido un gran impacto en el trabajo social desde los años setenta y ha estado sujeta a controversia casi desde entonces. Es tradicional distinguir en el trabajo social dos modalidades de la teoría de sistemas:

- La teoría de sistemas generales.
- La teoría de sistemas ecológicos (Pincus y Minahan, 1973).

2.4. TEORÍA DE SISTEMAS ECOLÓGICOS: EL MODELO DE VIDA Y LA TEORÍA ECOLÓGICA DEL DESARROLLO HUMANO DE BRONFENBRENER

El modelo de vida de la práctica del trabajo social de Germain y Gitterman (1980), constituye la principal formulación de la teoría de sistemas ecológicos. Germain ha publicado una colección de artículos demostrando su aplicación sobre una parcela del trabajo social. Esta autora cree que existe un estrecho paralelismo con la psicología del ego en la importancia que se le da al medio ambiente, a la acción, a la autogestión y a la identidad (Germain, 1980).

Aunque ambos conjuntos de ideas sean conceptualmente distintos y puedan ser usados independientemente. El modelo de vida considera que los individuos están constantemente en una situación de intercambio adaptativo con muchos diferentes aspectos de su entorno.

Ambos cambian y son cambiados por el entorno cuando somos susceptibles de desarrollo mediante el cambio y estamos apoyados en esto por el entorno, se dice entonces que hay adaptación recíproca. Los problemas sociales (pobreza, discriminación, degradación, etc.) contaminan el entorno social reduciendo las posibilidades de una adaptación recíproca (Germain, 1980).

Los sistemas vitales (individuos y grupos) deben tratar de mantener un buen acoplamiento con su medio ambiente.

Todos necesitamos los adecuados “inputs” (información, alimentos, recursos, etc.) para subsistir y desarrollarnos. Cuando las transacciones rompen el equilibrio adaptativo, aparece el estrés lo que produce problemas en el acoplamiento de nuestras necesidades y capacidades con el entorno, es allí donde el trabajo social, desempeña sus conocimientos y técnicas en búsqueda de que el individuo potencialice sus cualidades y habilidades en el enfrentamiento y solución de dichos problemas con la finalidad de resolverlos en beneficio de él y de su colectividad. (Germain, 1980).

La teoría ecológica del desarrollo humano de Bronfenbrenner propone una perspectiva ecológica del desarrollo de la conducta humana. Esta perspectiva concibe al ambiente ecológico como un conjunto de estructuras seriadas y estructuradas en diferentes niveles, en donde cada uno de esos niveles contiene al otro. (Bronfenbrenner, 1987; en Ceci, 1994).

Bronfenbrenner (1987), denomina a esos niveles en microsistemas, el mesosistema, el exosistema y el macro sistema. El microsistema constituye el nivel más inmediato en el que se desarrolla el individuo usualmente es la familia; el mesosistema constituye las interrelaciones de dos o más entornos en que la persona en desarrollo participa activamente (el vecindario, la escuela, los grupo de pares); al exosistema lo integran contextos más amplios que no influye a las personas como sujetos activos (como el gobierno local, la iglesia y los medios de comunicación) finalmente al macrosistema lo configuran la cultura y la subcultura en la que se desenvuelve la persona y todos los individuos de su sociedad. (Gobierno Nacional, el sistema político-económico-social del país e internacional, el sistema estructural religioso).

Bronfenbrenner (1987; en Ceci, 1994), argumenta que la capacidad de formación de un sistema depende de la existencia de las interconexiones sociales entre ese sistema y otros. Todos los niveles del modelo ecológico propuesto dependen unos de otros, por lo tanto requieren de una participación conjunta de los diferentes contextos y de una comunicación entre ellos.

Bronfenbrenner (1987; en Ceci,1994), han modificado su teoría original y plantean una nueva concepción del desarrollo humano en su teoría bio-ecológica. Dentro de esta teoría el desarrollo es concebido como un fenómeno de continuidad y cambio de las características biopsicológicas de los seres humanos, tanto de los grupos como de los individuos.

El elemento crítico de este modelo es la experiencia que incluye no solo las propiedades objetivas sino las que son subjetivamente experimentales que viven los individuos que se interrelacionan en ese ambiente. Argumentando que en el

transcurso de la vida, el desarrollo toma lugar de procesos cada vez más complejos en un organismo activo biopsicológico (Ceci, 1994).

Por lo tanto, el crecimiento en los individuos es un proceso que se deriva de las características de las personas (incluyendo hasta los aspectos genéticos) y de ambiente, tanto en el inmediato como el remoto y dentro de una continuidad de cambios que ocurren en éste a través del tiempo. El modelo teórico es recibido como un modelo proceso-personal-contexto-tiempo (Ceci, 1994).

En este trabajo de investigación, donde las y los sujetos de estudio que son estudiantes de secundaria entre 12 a 16 años los podemos ubicar dentro del microsistema, debido al ser un Ente biológico que tiene el contacto inmediato con la realidad de la naturaleza y la sociedad donde empieza su desarrollo, siendo esto el primer nivel.

Siguiendo con el argumento de la teoría ecológica los pares inmediatos, la escuela y los centros recreativos cercanos al hogar que se refieren a las relaciones más próximas del individuo, conformarían el segundo nivel, que es el mesosistema, formando así el contexto inmediato que puede funcionar de una forma efectiva y positiva del desarrollo humano o puede desempeñar un papel destructivo o disruptor de este mismo.

En esta investigación, la escuela juega un papel importante debido al constituir, un lugar preponderante en el ambiente de los jóvenes, ellos permanecen una gran parte de su tiempo en este lugar, el que contribuye a su desarrollo intelectual, emocional y social, además de que el plantel educativo permite tener cautivo a las y los sujetos de estudio pudiendo así observar patrones de comportamiento, estableciendo una relación de comunicación y con ello, información y datos que sean útil para este estudio.

Dentro del exosistema que es el tercer nivel, está compuesto por la comunidad. Ésta incluye a las instituciones mediadoras entre los niveles de la cultura y el individuo, como pueden ser los clubes deportivos, las redes sociales, los medios de comunicación, las instituciones recreativas, la iglesia y las instituciones de seguridad.

Por último tenemos al macrosistema, ésta aborda mucho más allá de la situación inmediata que afecta a la persona. Es el contexto más amplio y remite a las formas de organización social, los sistemas de gobierno y de creencias, los

estilos de vida que prevalecen en una cultura o subcultura creada o aceptada por la sociedad (Bronfenbrenner; 1987 en Ceci, 1994).

En este último nivel se considera que el individuo se ve afectado profundamente por hechos en los que ni siquiera está presente. La integración en la sociedad es parte de la cultura de los individuos a las instituciones convencionales, las normas y las costumbres.

En este estudio lo que se ubica dentro del macrosistema es la situación sociocultural que tienen las y los adolescentes en torno al consumo de tabaco, alcohol y marihuana, las políticas sociales y sus programas para prevenirlas y/o atenderlas, el rol que juega el sistema de salud en el fenómeno de las conductas de riesgo a las adicciones, así como el papel que tienen otras dependencias tanto nacionales (SSA) e internacionales (OMS) con dicho fenómeno.

En síntesis, el modelo ecológico de Bronfenbrenner (1987). Ayuda a analizar con mayor claridad el planteamiento al problema, ya que establece al individuo, la familia, la escuela y los pares como el contexto más inmediato (primero y segundo nivel). El tercer nivel lo constituyen las cualidades de la comunidad en las que están inmersas, las instituciones de servicios y religiosas, los club sociales y deportivos, los medios masivos de comunicación y las redes sociales y el cuarto nivel, el contexto sociocultural que da pauta a las políticas públicas en cuanto a prevenir y tratar conductas de riesgo que propicien consumo de drogas y con ello el daño a la salud.

2.5. HISTORIA DEL CONCEPTO Y DEFINICION DE ADOLESCENCIA

El estudio científico de la adolescencia es un tema propio desde finales del Siglo XIX. Su desarrollo conceptual coincide con el nacimiento de la psicología infantil, siendo quizá, el primer autor que la estudio el Dr. Hall, a final del siglo XIX. La publicación de su texto clásico sobre el tema en 1904, titulado *“Adolescence: Its Psychology and its relations to Physiology, Anthropology, Sociology, Sex, Crime,*

Religion and Education”, enuncia las mismas afinidades disciplinarias que continúan vinculándose día a día al tema hasta hoy. (Florenzano, 1997)

El hecho de que el estudio científico del adolescente sea relativamente reciente, no quiere decir sin embargo que anteriormente no existiera una preocupación social por los jóvenes. Tan es así, que Aristóteles, en la Grecia Clásica, describió en forma detallada los cambios del período puberal en términos de cambios de voz, desarrollo de caracteres sexuales secundarios, determinando a qué edades, y en qué momentos se producían la menarquia en la mujer y la aparición del vello pubiano en el varón. Sin embargo, el ciclo vital para el estagirita abarcaba solo tres edades (niñez, juventud y senectud), denominando jóvenes a individuos entre los siete y cuarenta años de edad (Florenzano, 1997)

Los romanos fueron los primeros en usar el término *adolescent* pero tampoco hicieron una distinción nítida entre *puer* (niño) y *adolescens*, ya que la mayoría los concebían como sinónimos frecuentemente y aplicando este último aún a muchos adultos jóvenes.

Fue el emperador Constantino de Bizancio el primero en delimitar a seis o siete edades en el periodo de la vida humana. La tercera fue denominada adolescencia, definiéndola como “el momento en que la persona crece hasta el tamaño que le asigno la naturaleza”.

Durante la edad media, el niño se transformaba en adulto entre los cinco y siete años, norma que se mantuvo prácticamente hasta el presente entre los grupos socio-económicamente marginados. En el momento de comenzar a trabajar, el niño se transformaba de golpe en adulto, lo que era muy frecuentemente en el medievo, especialmente entre los siervos (Florenzano, 1997).

Aries, ha escrito un libro apasionante acerca de la emergencia histórica de la niñez en Occidente, describiendo el rol que cumplieron las escuelas en crear la conciencia de la existencia del niño y del adolescente como individuos con características diversas del adulto. Este hecho ha sido explicado por razones centralmente demográficas: La expectativa promedio de vida era tan corta que las diversas edades no eran en general percibida. Las personas de edad no eran

muy comunes, difícilmente se llegaban a conocer a los abuelos como hoy en día los percibimos (Florenzano, 1997).

Otro factor que influía en esta situación, es que la estructura social extremadamente rígida y estratificada provocaba también que la mayor parte de las personas dependieran toda su vida de una minoría rica y noble. Finalmente, no había mayor interés en explorar las diferencias cognitivas ni el nivel de destrezas de las personas, ya que en general no se requería mayor habilidad para enfrentar las demandas promedio de la vida, con excepción, si solo se ingresaba a la actividad militar o a la vida religiosa como monasterios o seminarios.

Para los fines de este trabajo de investigación el concepto de juventud lo retomaremos desde dos perspectivas: Una desde el punto de vista biopsicológico y la otra desde el punto de vista relacional. En el plano biopsicológico, este se complementa de dos elementos: Lo biológico y lo psicológico.

En lo biológico se señala que la juventud comienza durante la adolescencia y culmina con la madurez o ingreso a la vida adulta; durante este periodo los sujetos sufren grandes cambios físicos, emocionales y de personalidad que van teniendo durante el desarrollo pleno de las personas.

Los principales cambios simultáneos que se llevan a cabo en esta etapa son: En la mujer, el aumento de los tejidos adiposos en el abdomen y la cadera, el aumento del tamaño de los huesos de la cintura pélvica, el desarrollo de las glándulas mamarias, la maduración de los genitales externos e internos junto con las primeras menstruaciones.

En el hombre, el desarrollo de los músculos y huesos de tórax, la maduración de los genitales externos e Internos, el desarrollo de la laringe con el consecuente cambio de voz, el alargamiento de las extremidades superiores e inferiores. En ambos sexos, con el desarrollo sexual, llega la capacidad de reproducción.

En lo psicológico, las teorías cognitivas, según Florenzano (1997), nos dicen de los jóvenes que los cambios corporales, el desarrollo psicosexual, el descubrimiento del yo y la autoafirmación de la personalidad son acompañados por un desarrollo intelectual que permiten al individuo la construcción y elaboración de sistemas y teorías abstractas (paso del pensamiento concreto al pensamiento formal).

Piaget (1975 en Florenzano, 1997) afirma que la característica del adolescente o del joven es la libre actividad de la reflexión espontánea (desligada de lo real) y que por una parte, están llenos de sentimientos generosos, de proyectos altruistas o de fervor místico, y por otra, son inquietantes por su megalomanía y su egocentrismo consiente.

Por ello mismo, no es extraña su voluntad mesiánica y transformadora que intenta ponerse a la par de sus mayores. Sin embargo, más importante aún es la adaptación social que se produce cuando el joven pasa de reformador a realizador.

El otro concepto que es la juventud desde el punto de vista relacional se establece una relación muy útil y esclarecedora sobre la juventud ya que la definen como modalidades que dependen de la edad, la generación, el crédito vital, la clase social, el marco institucional y el género (Margulis y Urresti, 1998).

Se deduce así, que el término generación nos remite al carácter histórico del concepto de juventud (contexto nacional y mundial) marcando un historial de vida diferente (memorias social). No es lo mismo un joven de los años '70 que uno de los '90 ya que sus problemáticas y necesidades están atravesadas por un contexto social, político, económico y cultural notoriamente diferentes.

Los jóvenes son producto de procesos históricos, una generación es producto de una coyuntura en el tiempo con códigos culturales donde se conjugan los planos políticos, tecnológicos, artísticos e ideológicos. Es lo que vincula y diferencia a los sujetos que transitan un mismo periodo histórico. En ello se observa cómo la clase social nos muestra el lugar que se ocupa en la estructura de acuerdo al nivel socioeconómico y grado relacional o vincular. Esto se ve reflejado en la situación habitacional (casa, barrio, medio ambiente) como también en las redes vinculares y las oportunidades laborales y educativas (Urcola, 2003). Son muy diferentes las relaciones de un joven que vive en un asentamiento irregular de la gran ciudad a uno que lo hace en un barrio céntrico de la misma. Sus urgencias, expectativas e inquietudes marcan la juventud de maneras diferentes y también podríamos decir, de maneras opuestas. Sus trayectorias de vida están marcadas por un abanico de opciones y restricciones que condicionan desigualmente sus estrategias y expectativas de vida, ya que, como dice

Przerwoeski (1982).“La gente opta, lo hace en condiciones sociales que determinan objetivamente las consecuencias de sus actos.”

El género nos presenta las diferencias para el varón y la mujer en la asignación de roles y división social del trabajo. El género no refiere únicamente a la dimensión sexual de las personas, sino que es también un agregado cultural que apela al grado relacional de la clasificación hombre – mujer. Un sistema de producción de espacios, responsabilidades y jerarquías de acuerdo con el sexo en un sistema de producción y reproducción de relaciones sociales aprendidas e internalizadas (socialización de género) por las personas.

Si bien la coyuntura histórica marca grandes cambios en la asignación de responsabilidades y prescripciones, todavía se asocia al hombre como el apropiador del ámbito público (mundo del trabajo y de la producción) y a la mujer restringida al ámbito privado (mundo de la casa y la familia) (Urcola, 2003).

Sin embargo, más esclarecedor nos parece lo dicho por Touraine (1997) en cuanto a la distinción entre ambos sexos, el cual menciona que hombres y mujeres son a la vez semejantes como:

“Seres que piensan, trabajan y obran racionalmente y diferentes biológica y culturalmente, en la formación de su personalidad, su imagen de sí mismo y su relación con el otro”. El marco institucional expresa las reglas que definen el lugar y los roles socialmente asignados. Es decir, instituciones como la familia, los partidos políticos, la iglesia, los clubes, los establecimientos educativos, etc. Pueden definirse como organizaciones que dan forma al desempeño de una determinada función social.

Las instituciones proporcionan el cuadro normativo que regula las relaciones de clase, de género y generación entre las personas de una sociedad. El individuo es agente de estas instituciones y redes vinculares que sostienen el Orden social y que definen día a día las posiciones y roles que desempeñan los actores, en este caso los jóvenes y más específicamente los adolescentes.

La familia es una de las instituciones donde se definen principalmente estas condiciones comprendiéndola como el ámbito de regulación de la sexualidad y la filiación, pero también, como el ámbito de la socialización primaria en el que los individuos aprenden e interiorizan las estructuras económicas

sociales y culturales que regulan el escenario social condicionando así, la acción del individuo (Urcola, 2003).

En este sentido, es interesante la distinción hecha entre Unidad Domestica y familia: la primera representa el conjunto de actividades que garantizan el mantenimiento cotidiano del grupo familiar de acuerdo a las capacidades y recursos de cada uno de sus miembros, mientras que el segundo se constituye como el ámbito de reclutamiento de la unidad doméstica.

En tanto aceptan el significado social de la familia, los individuos entran en relaciones de producción, reproducción y consumo – se casan, tienen hijos, trabajan para mantener a sus dependientes, trasmite y hereda recursos culturales y materiales. En todas estas actividades, el concepto de familia al mismo tiempo refleja y enmascara la realidad de la formación y sostenimiento de la unidad domestica (Raap y Jelin, 1984).

En síntesis; la juventud se debe mostrar como un fenómeno moderno que implica el retraso en el ingreso al mercado laboral de una porción del conjunto social para permitir un desarrollo educativo más elevado y que esto dé como resultado, personas con calificaciones acordes a los nuevos desafíos de la producción y división social del trabajo.

Es decir, un periodo (cada vez más prolongado) en el que se retrasa el ingreso al mercado laboral y a la vida de responsabilidades matrimoniales, una especie de “lapso” que media entre la madurez física y la madurez social, periodo que los jóvenes dedican al aprendizaje y capacitación captados básicamente por las instituciones educativas, así como también el ocio y las actividades lúdicas que complementan su formación cultural y social (Veron, 2002).

A estos conceptos podríamos añadir también el de etnia, raza y cultura que distingue y vincula a las personas como integrantes de un grupo humano o poblacional a través de un sistema de valores arraigados a una unidad territorial o A una tradición histórica o mítica. Los grupos étnicos no son estáticos, están en constante cambio e intercambio con otros grupos con los que Pueden fusionarse o imponerse uno al otro hasta provocar su desaparición (etnocidio). En este sentido cada grupo étnico condiciona particularmente la realidad de los jóvenes en la construcción de sus identidades y en la asignación de roles protagónicos o de obediencia y sumisión en el desarrollo de la vida comunitaria. Si tenemos en

cuenta todas estas categorías que desglosan y atraviesan el concepto de juventud nos damos cuenta de que podemos encontrar múltiples formas de vivir esta etapa de la vida (Veron 2002).

Reducirla al modelo (hegemónico) de juventud que funciona como forma idealizada en toda sociedad (“juventud dorada”) nos permitirá indagar solo las condiciones de vida de una minoría y nos hará correr el peligro de generalizarla como experiencia compartida homogéneamente por todas las partes que conforman una sociedad.

La cultura juvenil es otro aspecto a tener en cuenta es la adhesión de significados y consumos culturales como forma de identificación del resto del colectivo social. Existe una cultura de lo juvenil. Mientras que lo institucional tiende a acotarlo y restringirlo como sujeto pasivo (familia, escuela, gobierno), el campo de las expresiones culturales se muestran como principal ámbito en la manifestación juvenil.

En efecto, el campo cultural o contracultural se convierte en el ámbito de identificación juvenil por excelencia. Unos y otros pueden ser identificados en el campo de la producción (y reproducción) de bienes y consumos culturales con signo (valores) que los distinguen del resto del colectivo social así como también dentro del complejo y heterogéneo cuerpo juvenil. (Veron, 2002)

Lo juvenil se define por los valores y símbolos con los que la sociedad da orden y sentido a las cosas. De este modo, cobran gran importancia simbólica las modalidades éticas y estéticas, la vestimenta, el uso de drogas, el lenguaje (verbal o gestual), los gustos musicales y demás expresiones artísticas (literatura, pintura, cine, etc.) como forma de rebeldía, diferenciación, construcciones alternativas de vida o como estrategias de supervivencia frente a la adversidad del entorno social.

Sin lugar a dudas, como ya se mencionó antes, en la sociedad de consumo la juventud se ha transformado en un valor positivo y de este modo, los jóvenes, en su producción cultural, van sumando valores a la construcción del todo social en una dinámica que se juegan en el campo de lo instituido– instituyente. Las prácticas culturales se construyen históricamente y se van resinificando continuamente en constante dialogo con la sociedad. Así como en épocas precedentes la ancianidad era asociada positivamente a las imágenes de

Sabiduría y autoridad, hoy la juventud irrumpe no solo como el periodo de transito de una etapa de la vida a otra, sino como un valor en el que no importa la edad biológica sino una apariencia exterior acorde a los modelos simbólicos que expresa la cultura juvenil.

Se fue construyendo como modelo mítico gracias a la importancia que cobran los medios masivos de comunicación y sus “empresas” publicitarias en esta época. Margulis y Urresti (1998) describen la situación planteada diciéndonos que:

“La juventud es procesada como motivo estético o como fetiche publicitario, y su conversión en mito más mediático contribuye a evaporar la historia acumulada en el cuerpo y en la memoria. Esto constituye el auge actual de prótesis y cirugías, dietas y gimnasias, orientadas hacia los signos exteriores de la juventud y no hacia la juventud misma, con sus posibilidades, opciones y promesas que, como es obvio, transcurre en un tiempo irreversible

2.6 CONTEXTOS DE SOCIALIZACIÓN DE LAS Y LOS ADOLESCENTES: FAMILIA, ESCUELA Y GRUPO DE PARES

Como ya se mencionó anteriormente en la teoría ecológica de Bronfenbrenner (1987). El individuo tiene niveles de interacción en su proceso de desarrollo, en este caso es el adolescente en donde sus contextos más inmediatos de socialización son: La familia, la escuela y el grupo de pares.

La familia: En su obra, el manual de la sociología de la familia (1994), Donati, reconoce los méritos de Luhmann (1993; en Donatti 1994). En su reconstrucción del lugar de la familia en la ontogénesis y en la filogénesis humana, pero considera insuficiente el mero análisis funcionalista de esta institución.

Según Donatti (1994), la familia debe ser considerada como un mediador universal de las relaciones sociales, que a su vez tiene un carácter auto regulador o autopoietico, en el sentido de que todas las relaciones sociales mantienen una relación primordial respecto a la familia, en cuando constituye una de sus respectivas condiciones de posibilidad, nada en la sociedad humana nace fuera de la familia.

Pero a la vez, la institución familiar también es el lugar privilegiado de entrecruzamiento del conjunto de las relaciones sociales haciendo posible una

relación de mestizaje que permite modular su respectiva compenetración, sin que esta modulación sea en ningún caso indiferente.

En concreto, la familia es el lugar primordial de las relaciones entre géneros, entre generaciones y entre parentelas y grupos sociales de procedencia muy distinta, desempeñando un papel decisivo en la configuración de la separación entre lo humano y no humano, la naturaleza y la cultura, así como entre lo privado y lo público.

En cualquier caso la familia tiene un núcleo esencial que permanece a través de una morfogénesis familiar, que le permite subsistir a través de las más diferentes transformaciones sociales, en la medida que ella misma se constituye en el autor regulador de aquellas mismas transformaciones, sin poder ser considerada en ningún caso como una pieza supletoria de la que se puede prescindir a libre antojo.

Se puede acertar más o menos en su forma de regularla, de igual modo que nos podemos equivocar al asignarle unas funciones u otras, pero lo que ahora no cabe duda es del lugar tan preciso que desempeña en el entramado social.

Precisamente el rechazo tan generalizado que la postmodernidad ha hecho de este presupuesto de la vida social el que ha permitido recuperar el papel tan decisivo desempeñado por la familia en la constitución de la sociedad a lo largo de la historia, aunque posiblemente sea hoy en día, cuando se pueda apreciar su papel tan decisivo, a pesar de ser aparentemente más concreto. En cualquier caso Donati (1994). Para justificar estas conclusiones divide su investigación en Cuatro partes: ¿Por qué existe la familia?, ¿cómo se organiza la familia?, la morfogénesis familiar y el lugar de la familia en la sociedad posmoderna.

1) ¿Por qué existe la familia?, justifica el carácter primordial de la familia y su papel tan decisivo en la génesis de la sociedad, en virtud de dos rasgos esenciales de la morfogénesis familiar:

Su universalidad y su capacidad de transformación, en virtud de la triple mediación que ejerce, entre el individuo y la sociedad, entre la naturaleza y la cultura, así como entre la esfera privada y pública, siendo necesaria su presencia en la configuración de cualquier fenómeno social.

En efecto, solo comprendiendo esta morfogénesis familiar es posible leer la intimidad de los demás y compartir la nuestra con el otro, al modo como ahora

Exige cualquier proyecto de hacer familia. En cualquier caso el análisis de este fenómeno primordial requiere adoptar un punto de vista relacional peculiar, donde lo prioritario es comprender la matriz genética de la familia que permanece por detrás de todas sus transformaciones, sin reducirla a una forma singular de comunicación, más amplia y a la vez más profunda, como hace Luhmann(1993, en Donati,1994). Cuando más decisivo todavía es su consideración como fenómeno emergente, cuya comprensión remite a una matriz genética más profunda.

2) ¿Cómo se organiza la familia?, describe el triple vínculo que establece la familia entre géneros, generaciones y entre parentelas o grupos sociales diversos. Hacer familia sólo es posible si se acepta una diferenciación entre géneros, reforzando los respectivos roles de identificación sexual, así como las posibles variaciones ontogenéticas y filogenéticas en sus modos de concreción, abiertos siempre a los futuros cambios generacionales.

La familia es el espacio donde tiene lugar el cambio generacional, dando paso a relación de interacción muy profunda entre la familia y la sociedad, justificándose así los subsiguientes procesos de fragmentación y de redefinición funcional, que a su vez permiten efectuar una relectura interpretativa del ahora llamado “ciclo de vida de las generaciones”.

3) La morfogénesis familiar en la sociedad contemporánea, analiza la emergencia, las nuevas formas de relaciones familiares, así como la influencia de los posibles factores sociales en las transformaciones experimentadas por la familia, sin por ello modificar su núcleo primordial.

En cualquier caso ahora se interpretan las más variadas manifestaciones de la vida familiar como variaciones de un fenómeno primordial que en ocasiones puede ser difícil de identificar, pero que siempre persiste y da sentido a esas uniones. A este respecto se comprueba cómo las nuevas dinámicas de la pareja refuerzan algunos aspectos de la vida familiar, como son la privacidad, la identidad pública y el establecimiento de nuevas redes de relaciones, aunque otros queden obscurecidos.

Finalmente, se hace notar como la referencia intencional a la procreación sigue siendo la condición de sentido de las uniones familiares, como lo ponen de manifiesto las demandas de la fecundación artificial, o la indudable proyección

social del propio fenómeno de la procreación, generando en ocasiones abusos que a su vez ponen de manifiesto el carácter autopoiético de este tipo de relaciones.

4) El lugar de la familia en la sociedad postmoderna, analiza su creciente protagonismo ya sea por el interés que despierta al método sociológico como en el ámbito estrictamente político.

En cualquier caso, la tesis de la irrelevancia pública de la familia hoy día está desmentido por los hechos sociales más elementales, ya sea el cambio generacional, las migraciones o el carácter multiétnico de la sociedad futura.

Por otro lado se resalta la importancia de la familia en las políticas del bienestar. Por ser un índice decisivo de calidad de vida, que pone de manifiesto la relación cada vez más fluida entre familia y sociedad, así como el creciente protagonismo de las familias en las políticas sociales, tanto a un nivel nacional como mundial.

Donati (1994). Justifica la capacidad autopoiética de la familia y su carácter de mediador universal en virtud del carácter autopoiético que se atribuye a la sociedad en su conjunto. En este sentido la justificación del carácter autopoiético de la familia debería ir acompañado de la justificación del carácter autopoiético de otras instituciones, o más bien metainstituciones humanas, como puede ser el lenguaje, la ciencia o la propia sociedad.

En síntesis, la familia es el primer contacto directo del individuo con las personas que lo gestaron y que le proporcionaron los primeros cuidados básicos para su subsistencia, en esa unidad básica de la sociedad se desarrolla como individuo conviviendo no solo con sus padres sino también con sus hermanos (si los llegase a tener) familiares muy cercanos como abuelos, tíos y primos y conformando con ello los primeros patrones de conducta y aprendizaje proporcionados por el núcleo familiar (Vela, 2008).

El individuo al llegar a la adolescencia dentro del núcleo familiar sufre un periodo vulnerable, debido al proceso de ruptura de las figuras parentales de la infancia, es un momento de transición, de búsqueda de nuevas figuras, el adolescente pasa por cambios importantes en la identidad y en las relaciones con los otros, formando nuevos vínculos y espacios de sociabilidad diferentes a los familiares.

La manera de relacionarse en la familia representa un modelo de conducta para los hijos. Si los padres tienen dificultades para manejar los conflictos, es más probable que los hijos también los tengan, así las y los adolescentes con dificultades de relación o con problemas para controlar los impulsos, tienden a presentar más comportamientos conflictivos y de conductas de riesgos como en este caso, el consumo de drogas (Vela, 2008).

La escuela es el segundo lugar de socialización del adolescente, es en esa institución donde se forma al individuo a desarrollar e incentivar las actividades intelectuales, físicas, artísticas y culturales. El objetivo principal de la escuela es el de generar la disciplina y responsabilidad, al mismo tiempo, de ampliar la convivencia y las relaciones interpersonales posibilitándole al adolescente la interacción con otros grupos sociales, el empleo de su tiempo en una actividad productiva que lo aleje del ocio y de las conductas riesgosas.

Otro aporte fundamental de la escuela a las y los adolescentes, es el reconocimiento de su persona con respecto a una funcionalidad aceptada por la sociedad, en donde el adolescente se sienta plenamente identificado (Toro, 2011).

Baquero (1997). Deduce que la actividad donde se involucra la transformación del medio es a través de instrumentos, debido a que estos contribuyen en la formación de la conciencia, permitiendo de esta manera la regulación de la conducta.

El instrumento surgido, no es más que el lenguaje ya que mediante éste, el menor puede comunicarse y es la herramienta que más influye en su desarrollo cognitivo. De esta forma es como revoluciona la psicología al introducir métodos Filosóficos y sociales dentro de su teoría, aprovechando el método dialéctico y el materialismo histórico. Pero estos aportes sobresalen en el campo de la pedagogía, creando un nuevo enfoque: el sociocultural.

El autor, explica estos procesos cognitivos de forma evolutiva, lo cual hace que la teoría sea entendida en etapas. El fenómeno de la actividad social ayuda a explicar los cambios en la conciencia y fundamenta una teoría psicológica que unifica el comportamiento y la mente.

El entorno social influye en la cognición por medio de sus "instrumentos", es decir, sus objetos culturales (autos, máquinas) y su lenguaje e instituciones sociales (iglesias, escuelas). El cambio cognoscitivo es el resultado de utilizar los

Instrumentos culturales en las interrelaciones sociales y de internalizarlas y transformarlas mentalmente.

El constructivismo dialéctico, recalca la interacción de los individuos y su entorno. Su aporte más significativo es establecer la relación entre lenguaje y pensamiento. Indica la separación de la lengua y pensamiento por ciertos momentos del desarrollo humano, pero en determinado tiempo ambos se encuentran y se complementan mutuamente, logrando una evolución en el desarrollo del ser humano. Vemos aquí el aporte del método dialéctico

Para mejorar esta característica y aplicarla en la sociedad, se proponen instrumentos mediadores para entender los procesos sociales. Pero estos mediadores solo afectan al objeto, más no a su operación psicológica, que está dentro del mismo objeto. Se aclara que en el aprendizaje escolar, el individuo trae conocimientos y saberes previos; en consecuencia, tanto aprendizaje como conocimiento están presentes desde el nacimiento.

En síntesis para Baquero (1997). “La evaluación de logros en el aprendizaje se valora a partir de la mayor o menor necesidad que tenga el aprendiz de los otros para aprender y desarrollarse.

Por ende, Vygotski (1994). Consideraba que el medio social-cultural es crucial para el aprendizaje, pensaba que lo produce la integración de los factores sociales y personales. De este modo el fenómeno de la actividad social ayuda a explicar los cambios en la conciencia y fundamenta una teoría psicológica que unifica el comportamiento y la mente.

La escuela debe no solo desarrollar su tarea específica de enseñanza, sino también poder brindar a sus alumnos una formación de vida, es decir, las y los adolescentes también deben poder recibir en el aula, herramientas que lo conformen en la construcción de sus valores y su identidad, conciencia social y su formación hacia una vida saludable.

En esta institución es una recuperación de la funcionalidad humana y su encausamiento en el campo del saber. Por lo tanto es una tarea conjunta e interdisciplinaria (de allí la importancia del trabajo social en este contexto) orientar la formación de cada individuo, labor que requiere compromiso y responsabilidad que involucra a alumnos, docentes, padres, autoridades y demás eslabones del sistema social para su concreción.

Por último el contexto del grupo de amigos o grupo de pares, es muy importante, ya que es en ese espacio social, donde se evidencia el poder de decisión personal, es en las relaciones interpersonales con los amigos donde gira el mundo del adolescente (Vela, 2008).

En el grupo de iguales, las y los adolescentes aprenden y ponen a prueba multitud de habilidades que les van a ser necesarios en la vida adulta. El grupo de iguales es necesario para el adolescente porque en el encuentra sus señales de identidad. Y satisface necesidades básicas como el afecto, la aceptación y el apoyo mutuo aprendiendo aceptar otras opiniones, por lo tanto, es necesario que las y los jóvenes se relacionen con otros de su misma edad.

Es fácil reconocer la presión de que ejercen los grupos, sobre todo en la adolescencia, que exigen el acuerdo en sus actitudes, decisiones y formas de actuar, lo cual se traduce a veces en actitudes y conductas de algunos individuos netamente dependientes del grupo al que pertenecen.

Pero la presión ejercida por el grupo de iguales es uno de los factores que más se asocian a las conductas de riesgo y que se encuentran íntimamente ligadas a la autoestima. Para fortalecer tal comportamiento responsable y autónomo es necesario desarrollar estrategias que le permitan llegar a sus propias decisiones, así como habilidades de resistencia, como la capacidad de decir "NO" frente a la presión de grupo (Vela, 2008).

Las y los adolescentes necesitan sentirse partícipes del grupo, compartir los rasgos que lo definen, tener un papel que desempeñar en él, sentirse valorado por sus pares. Si una droga (ejemplo: Cannabis) o una forma de consumo (ejemplo: emborracharse todos los fines de semana) es parte de los rituales del grupo de amigos, las y los adolescentes se sentirán presionados a incorporarse a dicho hábito. El hacerlo así, afirma su pertenencia al grupo y el aprecio de sus pares, el no hacerlo puede entrañar el riesgo de ser expulsado del grupo.

En síntesis se deduce que esa interrelación entre los tres entornos como son la familia, escuela y los grupos de pares generan una cosmovisión estructural en las y los adolescentes, en donde su proceso de pensamiento cognitivo y las percepciones construidas por las sensaciones de la realidad, forman en estos individuos, interrogantes sobre el paso de la vida y el efecto de lo que puede pasar, la falta de experiencia de lo vivido enciende la chispa hacia el arrojamiento de

conocer ya sea para corroborar lo que se le ha dicho o para conocerlo por sí mismo.

Es en ese momento, donde el adolescente puede asumir la decisión de adquirir una conducta de riesgo y esa es la razón del porque los profesionales del trabajo social requieren trabajar en dichos entornos utilizando enfoques, métodos y técnicas que solucionen problemáticas sociales en este caso: Analizando las fortalezas del desarrollo positivo juvenil en conductas de riesgo a las adicción a las drogas (Vela, 2008).

2.7 RELACIÓN DE LA PSICOLOGÍA SOCIAL Y EL TRABAJO SOCIAL.

Como se puede deducir en el presente trabajo, las relaciones entre las dos disciplinas (el trabajo social y la psicología social), son múltiples y abarcan tanto el plano teórico como la práctica profesional, desde su origen, el trabajo social se ve influenciado por la Psicología.

Desde los orígenes de la psicología social, se ha insistido en la importancia de la influencia de los factores ambientales en el individuo, al dirigir sus acciones al cambio de este y lograr su adaptación a la sociedad, parten del supuesto de que la reforma social solo podía hacerse de la relación del individuo con otros de su especie y el entorno creado por la convivencia social (Montenegro, 2013).

Este planteamiento, favoreció la integración al mismo tiempo del punto de vista psicoanalítico, que más tarde evolucionaría hacia la psicología del “yo” y hacia corrientes más del tipo psicosocial.

Esta línea de actuación, se prolonga hasta después de la II Guerra Mundial, provocando en el trabajador social, una doble identificación, La primera con la persona que atendía y la segunda, con la institución que lo contrataba. De esta forma, el trabajador social, se situó al lado de la Psicología, ampliando su campo de intervención. (Montenegro, 2013).

Esto, provocó la consolidación de la profesión, y la introducción de esta dentro de la personalidad y sus patologías. En esta época, la Psicología influye marcadamente a través del Psicoanálisis, cuya huella se percibe claramente en la obra de los teóricos del Trabajo Social, principalmente con los trabajos realizados con Richmond (Montenegro, 2013).

La consecuencia de esta influencia, es la adopción por parte del y la profesional del trabajo social, de ciertos modelos y conceptos donde se

Desarrollarían sus propios paradigmas, hipótesis y teorías. Esto aunado con el método científico, dio origen a que esta disciplina fortaleciera con mayor vigor su propio cuerpo de conocimiento.

El intento a través del tiempo, por separar el rol del trabajo social, del rol de la psicología ya que se considera que se dirigen a entidades diferentes, el primero abocado al mundo exterior del individuo y el segundo al mundo interior de la persona. Lo cierto es que ambas entidades no están ni separadas ni son estáticas. (Montenegro, 2013).

El Trabajo Social y la Psicología Social, pueden actuar juntos y con bases comunes. Los modelos de intervención en Trabajo Social, Proviene, en gran parte, de la Psicología Social, de sus modelos teóricos y sirven para normalizar las conductas de las personas atendidas e invalidar las que son contrarias al orden social.

De esta forma se puede señalar como relaciones teóricas entre ambas disciplinas lo siguiente:

1) El trabajo Social posee una sólida cultura psicológica, de tal forma que sus prácticas se apoyan fundamentalmente en las descripciones psicológicas a las que dirige su acción.

En donde, las descripciones de la personalidad influye también factores psicológicos. La ideología que fundamenta esas prácticas está marcada por una sobreestimación de los determinismos psicológicos en detrimento de los factores ambientales y de las circunstancias de la situación.

2) Si bien es cierto que en las fuentes de los modelos de intervención del Trabajo Social, intervienen otras ciencias como la sociología, la antropología entre otras, la mayoría de estos modelos sobre todo de intervención versan de orígenes psicológicos.

La Psicología de la intervención Social, tendría como primer antecedente en su marco teórico referencial, la denominada investigación, con la pretensión manifiesta de superar la dicotomía entre teoría y práctica profesional. Los presupuestos en los que se basa fundamentalmente son:

- A) El sentido positivo del cambio.
- B) La movilidad Social

C) Establecimiento de condiciones para limitar y compensar las desigualdades sociales, potenciando la igualdad de oportunidades y la justicia social (Montenegro, 2013).

La intervención, bajo la óptica del trabajo social se centra en cuestiones sociales que se plantean dentro de los sistemas de la sociedad complejos y dinámicos. Su objetivo, es la resolución de problemas del sistema social y a través de él, la de los individuos que lo forman, aplicando estrategias y técnicas que dan como resultados inmediato el cambio social, y como resultado último, el cambio personal.

En conjunción de estos dos aspectos, podemos deducir que surgen así los siguientes tipos de intervención psicosocial más comunes:

1) Tipo generalista, que sería aquella que se inspiraría fundamentalmente en la Psicología y en el Trabajo Social comunitario.

2) Tipo plural, en relación con las características de cada sector, (tercera edad, minusvalías, familia e infancia), lo cual implica, que cada caso requiera, bien una intervención clínica, bien una intervención psicoeducativa.

3) La relacionada con algunas técnicas de la Psicología Organizacional.

4) La Psicología Social aplicada a la resolución de problemas de desajustes sociales, marginación y desigualdad, que estaría muy vinculada a los programas de Trabajo Social. (Montenegro, 2013).

Montenegro (2013). Define la intervención psicosocial como, la intervención o acción social de efectos psicológico, previsibles desde un modelo teórico, realizada por medio de estrategias o técnicas, como la dinámica grupal o el cambio de actitudes y/o que se aplican sobre variables o Procesos de nivel social relacional (interinfluencia, interacción o comunicación) o grupal.

Cualquier intervención psicosocial debe prever actividades diversificadas y simultaneas que abarcan cinco dimensiones:

- El propio sujeto
- Su ambiente
- La organización del servicio

- La comunidad social en su conjunto
- El marco político-institucional.

La práctica tanto del o la trabajadora social como de las o los psicólogos sociales se consideran una forma de intervención. Este concepto se puede definir como una actividad de unos sujetos para cumplir una función o lograr unos objetivos determinados. En ello se aprecia las siguientes coincidencias dentro de la intervención, tanto en Psicología Social como en el Trabajo Social.

1) El sujeto de la intervención para la psicología coincide con el objeto, mientras que en Trabajo Social el sujeto es la realidad Social, pero en ultimo termino se concreta en el sujeto individual y/o colectivo.

2) Las actividades se convierten en técnicas, estrategias y programas encaminados a modificar conductas o representaciones mentales, restringiendo o liberando condiciones y posibilidades de sujetos y contextos. Ya sean dirigidos o controlados de una forma autónoma o heterónoma, todo lo cual, es también común tanto para la Psicología y el Trabajo Social.

3) En cuanto al objetivo de la intervención, es el cambio de la situación que da origen a la intervención, para lo cual se reducen las demandas o se incrementan los recursos, hacia lo que tienden tanto la Psicología como el Trabajo Social.

4) Una de las realidades, donde mejor se aprecia las relaciones existentes en la práctica, entre la Psicología Social y el Trabajo Social es en la entrevista. La cual se puede definir como una conversación, pero con carácter limitado, es decir, con una finalidad específica. Toda entrevista precisa ser conducida Psicológicamente, teniendo en cuenta factores y reglas que emanan de la relación entre entrevistado, y de la situación o contexto en que se produce.

De manera concluyente se deduce que tanto la psicología social y el trabajo social son disciplinas autónomas de las ciencias sociales, se establece que mientras la primera, sería una disciplina científica, el Trabajo social no posee del todo un status definido como tal, al no tener tradición como disciplina científica, ni tener un objeto definido. Lo cierto es que el trabajo Social y la Psicología Social actúan juntos y con bases comunes. Los modelos de

Intervención en trabajo Social provienen en gran parte de la Psicología o de sus modelos teóricos.

El trabajo social, está marcado por una sólida cultura psicológica sobre todo en sus orígenes en el método de caso, en el andar de su evolución el trabajo social ha buscado reforzar sus técnicas tanto en la búsqueda de la investigación científica como en sus métodos de intervención social. Sus prácticas (que es lo más distintivo) se apoyan en gran parte, en las descripciones psicológicas a las que dirige su acción.

Estas en definitiva, son las profundas relaciones que unen ambas disciplinas y cuyo objetivo a fin, es el lograr una mejor potencialización del bienestar de las personas, tanto en lo individual como en lo colectivo.

2.8 EL DESARROLLO POSITIVO JUVENIL Y LA PARTICIPACIÓN DE LAS Y LOS PROFESIONALES DEL TRABAJO SOCIAL.

El desarrollo juvenil positivo o desarrollo positivo juvenil (PYD) es un enfoque teórico que ha sido implementado por Shortridge Academia de NH durante los últimos tres años. PYD se basa en la Psicología Positiva y el movimiento de recuperación.

Y se centra en los puntos fuertes del adolescente o el joven y la asociación con los adultos como una filosofía de puesta a tierra, en lugar del enfoque usual de la psicología tradicional que se centra exclusivamente en la reducción del déficit a través del desarrollo y el tratamiento de un diagnóstico (Oliva, 2011).

El punto de vista negativo resultante de la naturaleza humana no era evidente al principio. Pero a medida que el vocabulario de la psicología se trasladó a los debates sociales, éste marcó elementos en donde la familia, escuela, los pares, la comunidad y el contexto en general, influyen en las conductas y comportamientos que repercuten en la vida social del individuo.

Ya en la década de 1950, la OMS, basándose en datos proporcionados por institutos de estudios en Salud mental, afirmó que un gran porcentaje de la población estaba desesperadamente necesitando de psicoterapia. Por lo que se visualizó en un momento dado, que la mitad de la población mundial, estaría recibiendo psicoterapia y la otra mitad proporcionando su intervención. Por lo que surgió la interrogante: ¿Cómo podemos mantener una sociedad libre, cuando en

la vida común todo el mundo no está en posesión de sus plenas facultades mentales?

De todo ello surge el concepto llamado Psicología Positiva, el cual ha estado dando respuestas. Es decir, en lugar de ayudar a los individuos por el tratamiento de sus déficits y suponiendo que una vez que la persona está "dada de alta", esa persona va a funcionar mejor, la psicología positiva se centra en la construcción de las fortalezas de una persona.

Esta "fuerza base" da un enfoque con una visión positiva y edificante más de la naturaleza humana. Se busca construir y potenciar a las personas, en lugar de definirlos por sus déficits. En la actualidad, profesionales de la psicología social, que están llevando a cabo lo que es denominado Desarrollo Juvenil Positivo (PYD), donde la educación del carácter es importante.

PYD se centra en las y los adolescentes y jóvenes a través del desarrollo de sanación personal en las fortalezas de ellos mismos y alentándolos a contribuir a la comunidad. Es decir, tales jóvenes no son considerados como pacientes que necesitan corregir los déficits, sino como miembros activos de la comunidad que tienen un valor que pueden aportar a la misma, a pesar de los problemas y cuestiones que los llevaron acudir al profesional.

Este enfoque sirve para compartir decisiones de los menores en conjunto con los adultos, que faculta a las y los jóvenes a que tomen sus ideas sobre la mejora de sí mismo y su comunidad, animando al profesional a colaborar con las fuerzas de las y los adolescentes y jóvenes. Ayudando a los padres a hacer su mejor papel a través de la resultante de las prácticas parentales y el desarrollo de habilidades auténticas.

Este punto de vista es mucho más edificante que animar a los jóvenes a ser los pacientes que están dependientes de un terapeuta para solucionarlos. El enfoque de desarrollo positivo juvenil, epistemológicamente se sustenta en el enfoque sistémico, logrando su desarrollo y conformación a partir de la teoría de la ecología del desarrollo humano de Bronfenbremer (1987). La teoría de los factores protectores y de riesgo de Jessor (1973). Y retomando también algunos aspectos de la teoría de la resiliencia (Andrade, 2013).

El enfoque del desarrollo positivo juvenil, mejor conocido como PYD por sus siglas en inglés (Positive Development Youth) establece la aplicación de la

Psicología del desarrollo positivo dirigida a la población juvenil debido a que en esta etapa biológica se transita por un periodo de aprendizaje y oportunidades (Andrade, 2013). Es por ello que en esta etapa, el enfoque del PYD considera necesario la formación de fortalezas, la cual se conceptualizan como:

Aquellos factores individuales y contextuales que protegen o inhiben conductas que comprometan el crecimiento y la salud tanto física como mental, favoreciendo así en los jóvenes, el desarrollo de resultados positivos ante las adversidades de la vida (Benson, 2002).

Como se ha mencionado anteriormente el estudio de la adolescencia ha pasado por diversas etapas, (Lerner, 2005; en Andrade, 2013) menciona que a principios del siglo XX, autores como Hall concebían la adolescencia como una etapa de “Tormenta y estrés, tomaban como base algunos postulados de Freud que consideraban la adolescencia como un tiempo ontogenético de desarrollo normativo encaminado a civilizar los impulsos.

Esta concepción se modificó ha mediado de los años sesenta, la investigación científica y el desarrollo de nuevas teorías demostraron que no todos los jóvenes tienen las mismas fortalezas sin embargo, prevaleció el paradigma del déficit, enfocado en prevenir y/o reducir problemas.

Es a finales de los noventa que surge la conceptualización de los jóvenes como recurso a desarrollar y no como problemas a manejar. La imagen sesgada hacia lo negativo propició modelos de atención a la salud adolescente centrados en el déficit y en los factores de riesgo, de manera que todo tipo de intervención se encaminaba a prevenir alguna conducta problema, sobre todo la violencia y el consumo de drogas ya que su ausencia era indicador de desarrollo saludable (Lerner, 2005; en Andrade, 2013).

Benson (2002) definió este enfoque como paradigma de reducción de déficit, ya que se basa sobre todo en los conceptos de salud-enfermedad del modelo médico, donde una es la ausencia de la otra. Pero (Lerner, Fisher y Weinberg, 2000; en Andrade, 2013) señalaron que la prevención no era sinónimo de promoción y que una adolescencia saludable y una adecuada transición a la adultez requieren algo más que la evitación de comportamientos de riesgo y precisan que los jóvenes lleven a cabo una serie de logros durante su desarrollo.

Como una reacción de insatisfacción ante las posturas que desestiman las capacidades de los adolescentes, surgió el enfoque del desarrollo positivo de la juventud (Positive Youth Development, PYD). Para Damon (2004), el PYD representa un enfoque para definir y entender los procesos de desarrollo, en el que se hace énfasis en las potencialidades manifiestas más que en las supuestas incapacidades de los jóvenes. Por su parte, (Schwartz, Pantin, Coatsworth y Szapocznick, 2007; en Andrade, 2013) señalan que esta perspectiva se centra en el desarrollo de talentos potenciales e intereses, es decir, en el potencial de aprendizaje que permite que el adolescente obtenga resultados positivos para su desarrollo.

Las fortalezas referidas por el desarrollo positivo juvenil (PYD) se clasifican de la siguiente manera:

A) Fortalezas externas.- éstas se integran de la siguiente manera:

1) Aquellas que se obtienen del apoyo que proporciona la familia, los amigos, los maestros, los entrenadores y toda persona que vincule un lazo solidario a favor del joven individuo.

2) El empoderamiento del o la joven.

3) La formación de límites y expectativas.

4) Uso constructivo del tiempo

B) Fortalezas internas.- conformadas principalmente por:

1) Compromiso con el aprendizaje

2) Valores positivos.

3) Competencia social.

4) Identidad positiva.

La finalidad de las fortalezas tanto externas como internas es buscar un desarrollo firme en: Lo biológico, lo psicológico y lo social. A la vez al concretarse esta finalidad, otro objetivo que persigue el desarrollo juvenil positivo es lograr en el joven conductas pro-sociales, las cuales se definen como conductas voluntarias que se realizan para beneficiar a otras personas con o sin motivación altruista.

Como se observa el desarrollo juvenil positivo, es producto de la visión negativa de la adolescencia predominante en la psicología a lo largo del siglo XX, y que llevó a un mayor interés por el estudio de las conductas problemáticas,

teniendo como efecto secundario una menor inversión en recursos para la creación y validación de instrumentos para evaluar (Oliva 2011).

Sin embargo, en los últimos años el PYD se ha centrado en la psicología del desarrollo positivo y en la competencia durante la adolescencia (Catalano, Berglund, Ryan, Lonczak y Hawkins, 2004; Benson, Scales, Hamilton y Sesman, 2006; en Andrade, 2013) que tiene sus raíces en el modelo de competencia surgido a principios de los años ochenta en el ámbito de la psicología social, Albee (1980), o en las propuestas de autores como Waters y Sroufe (1983) sobre la competencia social (Andrade, 2013).

De acuerdo con este enfoque denominado Desarrollo Positivo de la juventud, prevención no es sinónimo de promoción, y una adolescencia saludable y adecuada requiere de algo más que la evitación de algunos comportamientos como la violencia, el consumo de drogas o las prácticas sexuales de riesgos.

Para ello es necesario por parte del o la joven, de una serie de competencias, valores y habilidades adecuadas que le permitan una exitosa transición hacia la etapa adulta. Si es cierto que la consideración de los valores como aspectos fundamentales de la personalidad influye de forma decisiva sobre las acciones de los individuos y que la sociedad suponen una etapa fundamental en el desarrollo de los mismos (Damon, 2004).

Se observa por lo tanto, que no son ideas nuevas en el campo de la psicología, también es cierto que la educación en valores parece tomar nuevos bríos en la actualidad en parte por la aparición del enfoque del PYD. Hoy en día son muchas las voces que reclaman a la escuela un papel prioritario en la formación moral y socioemocional del alumno, de cara a la promoción de competencia que permitan a jóvenes hacer su contribución a la sociedad y afrontar con éxito su vida personal y profesional.

En la actualidad, profesionales de la psicología social, están llevando a cabo lo que es el denominado Desarrollo Juvenil Positivo (PYD), donde la educación del carácter es importante. El enfoque de desarrollo positivo juvenil en un principio describe las cuarenta fortalezas que deben de tener las y los adolescentes para afrontar las conductas de riesgo y al mismo tiempo le sirvan para el desarrollo integral hacia el paso a la etapa adulta, dichas fortalezas son según estudio de Benson:

Apoyo y soporte: abren un rango de oportunidades para experimentar afirmaciones y aprobación y aceptación de sectores (escuela, familia, vecinos relaciones, pares)

1. Apoyo familiar: La vida familiar provee de altos niveles de amor y soporte.
2. Comunicación familiar positiva: El adolescente y sus padres se comunican positivamente y él está dispuesto a buscar consejos de sus padres.
3. Relaciones con otros adultos: El adolescente recibe apoyo de tres o más adultos además de sus padres.
4. Apoyo en el vecindario: Son experiencias del adolescente de apoyo en el vecindario.
5. Clima escolar de apoyo: La escuela provee apoyo y un ambiente alentador.
6. Involucramiento de padres en la escuela: Los padres actores activos para lograr el éxito del adolescente en la escuela.

Empoderamiento: dan poder a niños y adolescentes para ser actores en su comunidad y darse mayor valor y utilidad a sí mismos.

7. Valores en la comunidad a la que pertenecen los jóvenes: Son los valores percibidos por el adolescente en las personas que pertenecen a su comunidad.
8. Jóvenes como recursos: El adolescente lleva a cabo roles útiles dentro de su comunidad
9. Servicio a otros: El adolescente sirve en la comunidad una hora o más por semana.
10. Seguridad: La seguridad percibida por el adolescente en su casa, escuela o vecindario.

Límites y expectativas: se establecen por medio de modelos positivos de conducta responsable que dan un mensaje claro y consistente en numerosos contextos de lo que es considerado correcto.

11. Límites familiares: En las familias se tienen reglas y consecuencias claras y además se monitorea el paradero del adolescente.
12. Límites escolares: En la escuela se tienen reglas y consecuencias claras.

13. Límites en el vecindario: los vecinos aceptan la responsabilidad de monitorear la conducta del adolescente.
14. Modelos de adultos: Los padres y otros adultos son modelos positivos de conducta del adolescente.
15. Influencia positiva de pares: Los amigos del adolescente son modelos positivos de conducta responsables.
16. Altas expectativas: Tanto padres como maestros alientan al adolescente para hacer bien las cosas.

Uso constructivo del tiempo: se trata de espacios en los que es posible construir oportunidades viables para que los adolescentes desarrollen capacidades y habilidades.

17. Actividades recreativas: El adolescente tiene tres o más horas por semana lecciones o prácticas de música, teatro u otras actividades artísticas.
18. Programas para jóvenes: El adolescente pasa tres o más horas por semana en actividades deportivas, clubs u organizaciones en la escuela o comunidad.
19. Comunidad religiosa: El adolescente pasa una o más horas por semana realizando actividades en una institución religiosa.
20. Tiempo en el hogar: El adolescente convive con sus amigos “sin nada especial que hacer” dos o menos noches por semana.

Compromiso hacia el aprendizaje: es una combinación de creencias, habilidades y valores personales (motivación y expectativas).

21. Motivación de logro (logros académicos): el adolescente está motivado para hacer bien las cosas en la escuela.
22. Compromiso escolar: el adolescente participa activamente en sus procesos de aprendizaje.
23. Tareas: el adolescente destina una o más horas para realizar las tareas los días de escuela.
24. Lazos con la escuela: El adolescente se preocupa por su escuela.
25. Placer por la lectura: el adolescente lee por placer tres o más horas a la semana.

Valores positivos: concretados en seis valores principales.

26. Cuidado (atención): El adolescente valora mucho ayudar a otras personas.

27. Equidad y justicia social: El adolescente valora mucho promover la igualdad y reducir el hambre y la pobreza.
28. Integridad: El adolescente actúa con convicción y defiende sus creencias.
29. Honestidad: El adolescente “dice la verdad, incluso cuando no es fácil”.
30. Responsabilidad: El adolescente acepta y asume responsabilidades personales.
31. Moderación (dominio de sí mismo): El adolescente cree que es importante no ser activo sexualmente o consumir alcohol o algún otro tipo de droga.

Competencias sociales: roles ideales que incluyen habilidades personales y oportunidades en el complejo social.

32. Planeación y toma de decisiones: El adolescente sabe cómo planear a futuro y tomar decisiones.
33. Competencias interpersonales: El adolescente es simpático, sensible y posee habilidades para hacer amistades.
34. Competencia cultural: El adolescente tiene conocimientos de y comodidad con Gente de diferente cultura, raza y orígenes étnicos.
35. Habilidades de resistencia: El adolescente puede resistir a la presión negativa de los pares ante situaciones peligrosas.
36. Resolución de conflictos pacíficamente: El adolescente tiene la habilidad de resolver conflictos de manera no violenta.

Identidad positiva: como se ve el adolescente a sí mismo en relación con su futuro, sentido, propósito y poder.

37. Poder personal: el adolescente siente control sobre “las cosas que le pasan”.
38. Autoestima: el adolescente reporta altos niveles de autoestima.
39. Sentido de propósito: el adolescente reporta “mi vida tiene un propósito”.
40. Vista positiva del futuro personal: el adolescente es optimista sobre lo que sucederá en su futuro personal.

El trabajo social juega un papel importante en el desarrollo de estas fortalezas, debido a los tres contextos principales donde se originan: la familia, la escuela y la comunidad.

Apoyándonos en Vimont (2010). Señala la importancia de la participación de las diversas disciplinas que nutran dichas fortalezas puesto que el objetivo de ello

es evitar conductas riesgosas que pongan en peligro la integridad física y mental de las y los jóvenes, pero al mismo tiempo aliente la proyección del sujeto con su comunidad, apoye la solidaridad de sus miembros y conforme patrones conductuales que alienten la convivencia humana y conductas prosociales en beneficio del bien común.

En este punto, es importante señalar que en los últimos años y en gran medida por la influencia de la globalización, se ha presentado a los adolescentes no como portadores de necesidades sino como sujetos de derechos (UNICEF, 2011). Dejando de lado el paradigma de reducción de déficit para dar lugar al paradigma del enfoque del desarrollo positivo de la juventud, en el cual se enmarca el PYD.

En México dentro de las primeras investigaciones en el campo de las fortalezas del desarrollo positivo juvenil, está la realizada por Andrade (2013). La cual se titula “Fortalezas de los jóvenes que no presentan conductas de riesgo”, en dicho estudio se enfatiza la importancia de robustecer las fortalezas del PYD para contrarrestar el riesgo en los jóvenes a través de sus potencialidades y capacidades de los sujetos y no por sus déficit que es como el modelo tradicional médico ha atendido esta problemática.

Ese estudio dio pauta para que la autora con su equipo de trabajo, conformaran un instrumento cuantitativo que permitiera evaluar de una forma más objetiva las fortalezas tanto internas como externas, así como el desarrollo positivo y la detección de conductas riesgosas. Dicho instrumento es el que forma parte en esta investigación, el cual se detallara con mayor precisión en el capítulo correspondiente a la metodología..

2.9 EL MODELO BIOPSIICOSOCIAL DE SALUD Y SU RELACIÓN CON EL TRABAJO SOCIAL

La atención de la salud, no puede limitarse a la valoración de la dimensión biológica del individuo, sino que tiene que ir más allá, a la caracterización del mismo en los aspectos cognitivos, psicológicos, afectivos, sociales y culturales y a la contextualización de los hechos, motivo del proceso salud-enfermedad repercutiendo en los ámbitos familiar, social, económico, político y ambiental, generando un marco ecosistémico para el diagnóstico de las enfermedades y para el abordaje integral de los pacientes que las padecen (Casas,2010).

A partir de las consideraciones anteriores, el enfoque biopsicosocial de la salud no considera la existencia de individuos aislados sino en referencia a otros y en relación con otros, definiendo la unidad de intervención como el individuo en su contexto: las relaciones, las conexiones y los enlaces existentes entre todos y cada uno de los actores del proceso salud – enfermedad.

En otras palabras, independiente del motivo que lleva al paciente a una demanda de salud, el abordaje en la práctica, debe partir de una “actitud de escucha con un criterio de simultaneidad”, de tal forma que sea posible integrar la realidad del individuo y su contexto con los elementos biológicos, psicológicos y sociales, como un todo indivisible.

Casas (2010), trata de escuchar la información de tipo psicológico y social en la queja del paciente (incluidos los aspectos simbólicos del relato, por Ejemplo, los que puedan estar relacionados con la utilización metafórica del síntoma), a la vez que se trabaja con la elaboración de los aspectos orgánicos.

Desde ese punto de vista, el modelo biopsicosocial de la salud, considera a la mente y al cuerpo como dos sistemas independientes pero en conexión permanente, razón por la cual requieren ser abordados en forma conjunta. A la par que se indaga por las manifestaciones clínicas de la enfermedad, es Necesario interrogarse acerca del estado psicológico, la personalidad, los mecanismos de afrontamiento de crisis, los sentimientos, las creencias, las expectativas y necesidades, las relaciones familiares, las redes de apoyo y el contexto en que se desenvuelve la cotidianidad del paciente.

No obstante la fuerza de los argumentos planteados por aquellos que apoyan la necesidad de implementar un modelo biopsicosocial de atención en salud y la coincidencia de la comunidad médica alrededor de este enfoque, existen algunos obstáculos para su implementación en la práctica profesional, incluyendo ausencia de espacios para el entrenamiento de los futuros profesionales de la salud, durante el proceso de formación universitaria, falta de coherencia entre los programas de educación y las condiciones de prestación de servicios de salud y pérdida del enfoque de integralidad expuesto anteriormente, en la práctica cotidiana del profesional en el área de salud.

Dentro de este panorama, la disciplina del trabajo social, conceptualiza la acción y participación en el área de salud, la cual señala que es el conjunto de

acciones y procedimientos encaminados a investigar los factores sociales que afectan la salud del individuo o sus colectividades a fin de proponer coordinar y ejecutar alternativas viables que modifiquen dichos factores (Casas, 2010).

Por ende, se reflexiona que el trabajo social en el actuar teórico y práctico juega un papel importante dentro de la salud, debido a su gran polifuncionalidad ante el individuo, el grupo o la comunidad el contacto relacional que juega el trabajador social dentro de un contexto real y determinado, dando como resultado que dicha comunicación directa entre las personas o sus colectividades generen un efecto **potencializador** que proporcione al o a los sujetos de una necesidad sanitaria, una solución ante la problemática de salud previamente determinada.

Es por ello, que la vinculación ante la problemática social de las conductas de riesgo en la prevención y tratamiento del abuso de drogas que a final de cuentas repercute en el deterioro de la salud física y mental del o los individuos, que en este caso son las y los adolescentes, permite que el enfoque del desarrollo positivo juvenil y el trabajo social conjuguen sus acciones específicas en donde el aporte teórico y metodológico del primero y la metodología y técnica de intervención del segundo, permitirán arrojar una variabilidad de resultados que Darán a conocer más analíticamente las fortalezas externas e internas de los Sujetos a investigar y su relación en el desarrollo de esta problemática social. De ello posteriormente, podrá plantearse una propuesta de intervención que proporcione potencializar o desarrollar dichas fortalezas con la finalidad de prever y resolver el consumo y adicción de drogas entre las y los adolescentes de educación media básica.

2.10 APROXIMACIONES BIOPSIICOSOCIALES PARA COMPRENDER LAS ADICCIONES

El modelo biopsicosocial entiende a las adicciones como una conducta o hábito hacia una sustancia clasificada como droga, regulado por factores biológicos, psicológicos y sociales. Según este modelo, la conducta adictiva o la drogodependencia no es una condición crónica del individuo, sino el resultado de la interacción de determinantes psicológicos, biológicos y sociales en un momento dado (Fernández, 2004).

La perspectiva biológica del uso de las drogas, destaca el papel que tienen éstas como reforzadoras positivas con unas características muy específicas que

inducen a una pérdida de control. Se ha descubierto que todas las sustancias adictivas estimulan con mucha intensidad de vía dopaminérgica que conecta el núcleo de acumbens con el área tegmental-ventral mesolímbica, es decir, el denominado haz mundial anterocefal, este haz se relaciona con el proceso de refuerzo natural, placer y orgasmo (Bozarth, 1991).

Se habla de un círculo vicioso, donde las drogas adictivas tienen un potencial muy alto de estimular las zonas de refuerzo natural movilizando una gran cantidad de dopamina. El alto placer que suministran aumenta la probabilidad de consumo. No obstante, su uso continuado en el tiempo disminuye la densidad de receptores dopaminérgicos en las áreas mesolímbicas de refuerzo natural, de tal modo que otros reforzadores, ya sean naturales o químicos o bien provocados por sus constantes conflictos interpersonales y dificultades de adaptación social generen mayor deseo de consumo.

Desde la perspectiva sociológica, se detecta el papel que la socialización marginal está jugando en las drogas ilegales de sustancias (Courtwright, 2001). Por otra parte, se señala que entre los individuos de las clases sociales más marginadas, es decir de los grupos sociales que han perdido o carecen de los Derechos que les correspondían dentro de la sociedad a la que pertenecen hay un intenso malestar. Malestar que encuentra un fácil alivio con drogas, si éstas se hallan disponibles. Otros factores sociológicos es la perspectiva de la cultura hacia las drogas en determinada región, pudiendo ésta influir en la conducta de los individuos, entre otros factores sociales podemos señalar el papel que juega la familia en este fenómeno sobre todo cuando existen problemas de comunicación y conflicto.

El contexto y el entorno también son elementos que pueden ejercer influencia hacia una adicción, sobre todo cuando los grupos de pares tienen contacto directo con el consumo de las drogas. En este apartado es donde el trabajo social tiene su campo de acción, tanto en el aspecto de la investigación como en el de la intervención.

2.11 FACTORES DE RIESGO QUE INFLUYEN EN EL CONSUMO DE DROGAS.

Por otro lado cabe mencionar la importancia de la comprensión de los diversos factores psicosociales que intervienen en el desarrollo de las adicciones en México. Es así que conocer los factores de riesgo y los factores de protección que forman parte de este fenómeno facilita las labores de prevención e intervención con relación a las drogas. Diversos estudios de índole psicosocial que se han llevado a cabo con el objetivo de identificar las relaciones entre las diversas variables que facilitan el consumo de alcohol, tabaco y otros tipos de drogas ya sean legales o ilegales.

El consumo abusivo de tabaco, alcohol y marihuana es un problema de salud pública relacionado con múltiples causas. Por sus características evolutivas, como la búsqueda de identidad personal e independencia, alejamiento de los valores familiares y énfasis en la necesidad de aceptación por el grupo de iguales, la adolescencia se convierte en la etapa evolutiva con mayor riesgo de inicio de consumo de drogas (Sussman, Unger y Dent, 2004).

Unos de los grupos de factores de riesgos que han captado más la atención entre los investigadores ha sido el de los factores familiares. El consumo de drogas tiene como base un proceso de socialización en la que influye a la familia como transmisora de creencias, valores y hábitos que condicionan más adelante la probabilidad de consumo (Fernandez, 2004).

Son numerosos los estudios que tratan de detectar los posibles factores de protección y de riesgo de consumo. La revisión efectuada por Gonzales, García y Gonzales (1996) analizó, entre otros, los factores individuales relacionados con el consumo y/o abuso de drogas en la adolescencia, entre en los que destacó la edad y precocidad del inicio, los rasgos de personalidad (búsqueda de Sensaciones), baja autoestima o autoconcepto, locus de control externo, rebeldía, baja tolerancia a la frustración, factores cognitivos (conocimientos, actitudes, creencias y expectativas) y problemas conductuales.

Otros trabajos citados por Alfonso JP, Huedo-Medina y espada (2009) tratan de describir la relación entre consumo de drogas legales y variables psicosociales, como la influencia del grupo de iguales (Sussman et al., 2004), el efecto y supervisión parental junto con el ambiente escolar (Alonso y del Barrio,

1996), la ansiedad y el estrés (Becoña, 2003), las habilidades sociales ante el riesgo de la salud (Muñoz, 2002).

La literatura ha aportado evidencia acumulativa de que el consumo juvenil de drogas responde a un patrón conductual multi-determinado donde se integran variables tales como aptitudes, búsqueda de sensaciones, presión de grupo tendencias socioculturales y otros factores coadyuvantes (Espada et al, 2003).

En este sentido hay que añadir lo complicado que resulta determinar las consecuencias para el desarrollo y ajuste adolescente al consumo de sustancias, debido a que está asociado a múltiples factores de riesgo que a su vez, influyen en el desarrollo mismo del adolescente (Oliva, 2008).

Algunos estudios encuentran que el estudio de sustancias en adolescentes está relacionado con el fracaso o abandono escolar, problemas conductuales o síntomas depresivos. Aunque el hecho de que la mayoría de los estudios se encuentran realizados transversalmente, hace difícil saber si se trata de consecuencias o de precursores del consumo de sustancias (Andrade, 2013).

Por otra parte, hay investigaciones que encuentran relación entre el consumo generalmente moderado o experimental y algunos indicadores de un buen ajuste en la adolescencia o en la adultez (Chassin, Pitts y Prost, 2004).

Estos resultados no son sorprendentes si tenemos en cuenta que la experimentación con drogas como el alcohol, el tabaco y la marihuana, está muy extendida y aceptada en la sociedad actual y más entre la población juvenil y se ha convertido en un comportamiento normativo o una especie de rito de tránsito que marca el fin de la niñez. Así, la asunción de ciertos riesgos al margen del peligro que conllevan, pueden considerarse como tareas que deben resolverse en un momento de transición evolutiva (Schulenberg y Maggs, 2002). Estas conductas serán funcionales y dirigidas a un objetivo central para el desarrollo adolescente.

Si atendemos a la relación entre el consumo de sustancias y la edad, la iniciación suele tener lugar entre los 11 y los 16 años, aumentando el consumo en frecuencia y cantidad durante los años de la adolescencia hasta tocar techo en torno a los 25 años, momento en que comienza a disminuir, probablemente debido a la asunción de roles y responsabilidades propias de la adultez (Chassin et al., 2004). Así, resulta interesante diferenciar entre distintas pautas en el

Consumo, puesto que algunas de ellas pueden resultar no problemáticas, mientras que otras serán más desadaptativas (Oliva et al., 2008).

Estudios realizados han servido de técnicas estadísticas de clasificación o de curvas de crecimiento para determinar distintas trayectorias evolutivas de consumo, especialmente de alcohol (Chassin et al., 2004). En tabaco hay estudios también realizados (Chassin y Pitts., 2004) y en Marihuana o Cannabis (Flory y Clayton., 2004).

Si bien los estudios que buscan trayectorias normativas de consumo tienen la ventaja de la sencillez, aquellos que se sirven de técnicas estadísticas de clasificación, ofrecen más ventajas como la posibilidad de detectar factores de riesgos o consecuencias específicas para cada subgrupo, y a partir de ellos diseñar estrategias de intervención diferenciadas (Schulenberg y Maggs, 2002).

Algunos de estos estudios identifican un grupo de adolescentes de iniciación precoz seguida de una escalada pronunciada en el consumo y con las consecuencias más negativas a lo largo plazo. Sin embargo, no coinciden todos los estudios en considerar al grupo de iniciación precoz como el de más riesgo, ya que en algunos casos, son los adolescentes que comienzan algo más tarde, pero cuyo consumo sigue una clara trayectoria ascendente, quienes muestran en la adultez temprana los niveles más altos de dependencia y abuso (Hawkins y Catalano, 2000).

No obstante, aparte de la edad, entran en consideración una cantidad elevada de variables a tener mucho en cuenta para comprender el fenómeno no solo de consumo de sustancias, sino del mantenimiento e idealización de dicho consumo. Los factores de predicción del consumo de sustancias ilícitas pueden presentar un bajo control conductual con tendencia a actuar impulsivamente y con agresividad, estar vinculando con pares desviantes y estar expuestos con frecuencia a situaciones familiares de conflictos y violencia y al consumo de estas sustancias ilícitas y alcohol en el hogar (Hawkins y Catalano, 2000).

El modelo de ecuaciones estructurales indicó que el consumo de estas sustancias forma parte de un grupo de trastornos de ajuste conductual, determinado directamente por la vinculación con pares desviantes y por una mayor prevalencia de trastornos socio afectivos, e indirectamente por las relaciones familiares disfuncionales (Diaz-Negrete, 2008).

Entre éstas, se encuentran los factores asociados, los cuales se pueden dividir en macrosociales, microsociales e individuales, siendo los dos últimos el campo de intervención del trabajo social y la psicología. Estos factores pueden cubrir un papel de protección (cuando tienen a evitar que ocurra el consumo o las recaídas) y de riesgo (cuando favorecen la aparición del uso de drogas).

Entre los factores macrosociales y relacionados con la cultura se distingue la disponibilidad de las sustancias (por ejemplo la disponibilidad de alcohol por ser una droga legal, acaso control de la ley, precio, horario de venta, lugares de venta), institucionalización y aprobación social de las drogas legales, el alcohol es una droga aceptada socialmente y la televisión, el cine, la Prensa muestran personajes famosos divirtiéndose y bebiendo alcohol.

La publicidad es una fuente de presión social hacia el consumo, a través de mensajes persuasivos en donde los jóvenes, no tienen una actitud crítica frente a los medios audiovisuales, asociando también el alcohol y drogas como parte del tiempo libre, sobre todo en fines de semana en ciertos lugares como discotecas y Bares en búsqueda de nuevas sensaciones y experiencias (Díaz-Negrete, 2008).

Entre los factores microsociales tienen un peso importante aquellos relacionados con la familia. Se ha identificado que una familia nutrie, que también pone límites, tiene un efecto de protección, mientras que se ha asociado con riesgos a las normas inconsistentes, la violencia y el conflicto intrafamiliar también se ha encontrado que un factor de riesgo importante es el consumo de drogas en la familia (Rodríguez-Kuri, 2004).

Otro grupo de factores microsociales asociados al consumo de drogas lo constituyen los amigos, habiéndose asociados con el riesgo, tanto en presencia de conductas antisociales como el consumo de drogas o su permisividad (Medina-Mora et al, 2003).

Por parte de los factores de tipo individual sobresalen como protección una buena autoimagen y autovaloración, mientras que como riesgo aparece la depresión así como los trastornos de conducta (Rodríguez-Kuri, 2004). Por otra parte, la búsqueda de sensaciones se ha ubicado como factor de riesgo en el uso de marihuana, en particular los viajes, un estudio postulado de la psicopatogénesis de la teoría de la motivación de Maslow (1977) citado por Gracia (2002) En este estudio exploró modelos predictivos de uso de marihuana,

cocaína o ambas drogas y se basó en necesidades deficitarias identificadas como relevantes para la cultura mexicana. El estudio detectó que la satisfacción de determinadas necesidades es conformada de elementos de protección del consumo (Gracia, 2002).

De tal manera, la satisfacción de las necesidades de la salud y de cariño se conformaron como protectoras de policonsumo (marihuana y cocaína); la satisfacción de las necesidades de tranquilidad y éxito en la familia como protectoras de uso de cocaína y la satisfacción de las necesidades de éxito y respeto como protectoras de uso de marihuana (Gracia, 2002).

2.12 EL SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO Y EL PLAN NACIONAL DE SALUD ANTE EL FENOMENO DE LAS ADICCIONES.

El sistema de salud de México está compuesto por dos sectores: público y privado.

El sector público comprende a las instituciones de seguridad social, como lo es el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR) y otros, que prestan servicios a los trabajadores del sector formal de la economía, y a las instituciones que protegen o prestan servicios a la población sin seguridad social, dentro de las que se incluyen el Seguro Popular de Salud (SPS), la Secretaría de Salud (SSA), los Servicios Estatales de Salud (SESA) y el Programa Oportunidades de la Secretaría de Desarrollo Social.

El sector privado presta servicios a la población con capacidad de pago. Es decir, se tiene acceso a los servicios de salud siempre y cuando el usuario pueda financiárselos, ya sea para si mismo o sus familiares. En cambio, el financiamiento de las instituciones de seguridad pública proviene principalmente de tres fuentes:

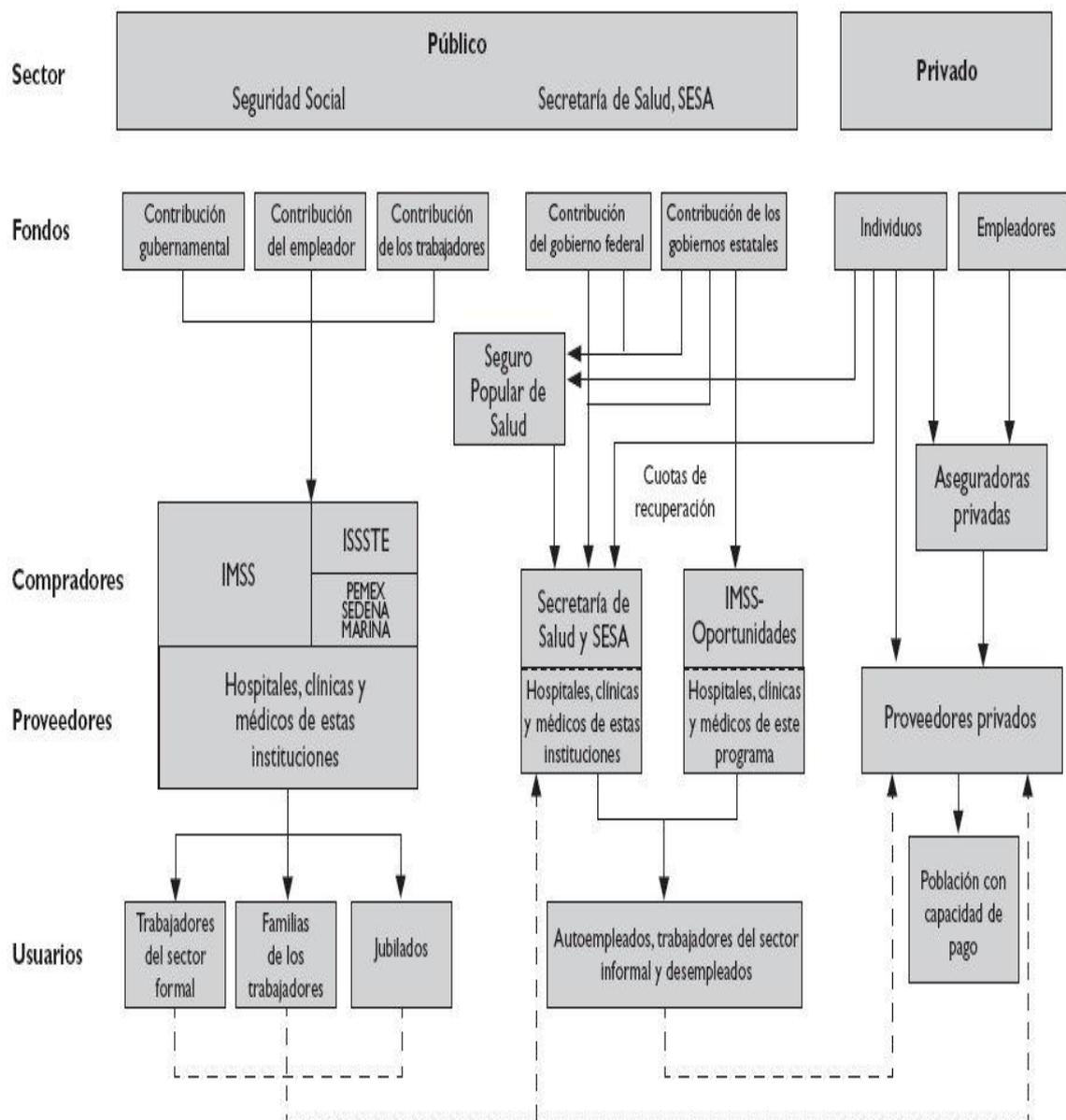
Contribuciones gubernamentales, contribuciones del empleador (que en el caso del ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR es el mismo gobierno) y contribuciones de los empleados. Estas instituciones prestan sus servicios en sus propias instalaciones y con su propio personal.

Tanto la SSA como los SESA se financian con recursos del gobierno federal y los gobiernos estatales, además de una pequeña contribución que pagan los

usuarios al recibir la atención (cuotas de recuperación). El sistema público de salud se financia con recursos del gobierno federal, Estatales y municipales además de usuarios que pagan cuotas familiares por compra de servicios de salud (como lo es en el IMSS en algunas ocasiones a proveedores privados). Finalmente, el sector privado se financia con los pagos que hacen los usuarios al momento de recibir la atención y con las primas de los seguros médicos privados, ofreciendo servicios en consultorios, clínicas y hospitales privados.

Figura 1

SISTEMA DE SALUD EN MEXICO



Fuente:

Sistema de salud en México. *Salud pública de México* .Recuperado <http://www.scielo.org.mx/scielo.Php2>.

En México, el fenómeno contra el consumo de drogas así como la prevención y tratamiento contra las adicciones es abordado por el sistema de salud propio del país. Este se argumenta legalmente desde el plan nacional de desarrollo, el cual es el documento rector del ejecutivo federal en el que se precisan los objetivos nacionales, estrategias y prioridades del desarrollo integral y sustentable del país.

Este documento se elabora durante el primer semestre del sexenio de cada gobierno federal y su validez finaliza con el periodo constitucional que corresponda. Su fundamento jurídico son los artículos siguientes: (artículo 89, fracción I constitucional.) (Art 9, 23, 27, 28, 29, 30,32) de la ley de planeación y 9, 31, 37 y 39 de la ley orgánica de la administración pública federal) Éste a su vez debe de ser aprobado por el poder legislativo.

El plan nacional de desarrollo y los coadyuvantes para el logro de dicho plan en el ámbito de la salud son: El plan nacional de salud que contempla a su vez al programa intersectorial. Estas a su vez son regidas y coordinadas por el gobierno federal a través de la secretaria de salud. Y cuyo fundamento legal se basa en la garantía del artículo cuarto constitucional en su párrafo cuatro.

Esta a su vez deslinda su operacionalidad y vigilancia a través de la comisión Nacional contra las adicciones apoyándose en dos instancias: en el ámbito estatal son los consejos estatales contra las adicciones y a nivel municipal los consejos municipales contra las adicciones.

La secretaría de salud en sus tres instancias gubernamentales realiza a su vez enlaces tanto con otras dependencias de gobierno. Por ejemplo la SEP, PGR como con otras instituciones privadas como lo son los centros de integración juvenil, los grupos de alcohólicos anónimos (AA), así como también de instituciones públicas y privadas que realicen actividades o investigaciones en contra del consumo de sustancias que lleven a las adicciones como universidades públicas y privadas así como algunas fundaciones ya sean

nacionales o extranjeras, pero todas bajo la rectoría y vigilancia de la secretaria de salud.

2.13 EPIDEMIOLOGIA EN MEXICO SOBRE SITUACION DE LAS DROGAS.

El informe mundial sobre las drogas del 2014 reporta que entre 16 y 39 millones de personas en el mundo sufren de adicción a las drogas. Como es conocido las drogas de cualquier tipo tienen un efecto psicoactivo o psicodestructor del sistema nervioso central, daños en el sistema respiratorio, circulatorio y en el metabolismo en general.

Todo ello no solo genera problemas estructurales en la salud individual y colectiva, sino también en la seguridad pública y en la sociedad en general. Datos de la última encuesta nacional de adicciones (ENA 2011) informa que la droga más consumida en nuestro país es el alcohol con un 71.3% del total de la población, seguida del tabaco con un 15.9 % según informe del instituto nacional de enfermedades respiratoria (INER 2015) parte de ello se debe a que son consideradas legales en nuestro país.

Según el centro de integración juvenil (CIJ) 2015. Del 71.3% de consumidores de alcohol, el 32.8% bebe más de cinco copas al momento de su consumo, por lo cual uno de cada tres mexicanos diluye esa cantidad de alcohol en su metabolismo aunque el patrón de consumo no es diario 4.9 millones de mexicanos ya tienen una dependencia directa con esta sustancia de la cual 47.2% son varones y 19.3% son mujeres en edad productiva. En cuanto a los adolescentes de entre 12 y 17 años 17.3% son varones de alto consumo mientras que las mujeres son el 11.7%.

En cuestión de la salud, los efectos negativos que genera el abuso del consumo de alcohol es el daño hepático como el aumento de triglicéridos, colesterol, diabetes y cirrosis, en el sistema digestivo provoca gastritis, ulcera y colitis, en el sistema urinario provoca irritabilidad, nefrosis y cistitis. A nivel neurológico genera pérdida de memoria por destrucción de neuronas, problemas vasculares, demencia y delirium tremens en casos avanzados.

Se debe de tener en cuenta que el efecto del consumo de alcohol produce accidentes graves que atentan contra la salud (desde leves hasta mortales) en

jóvenes de ambos sexos, donde se llevan a cabo hechos de tránsito de vehículos, riñas y lesiones traumáticas por falta de equilibrio locomotor.

Después del alcohol, el segundo problema de consumo dentro de las drogas legales es el tabaco. En México hay más de 17 millones de fumadores activos y la edad promedio de inicio tanto en hombres como mujeres es a la edad de 14 años. (ENA 2011).

De los hombres 31.4% son fumadores, de ese porcentaje 12.6% fuma su primer cigarro dentro de la primera media hora después de despertarse, mientras que la mujeres 8.6% lo hace casi después de levantarse (CIJ) 2015.

El daño del tabaco a la salud es muy considerable, afectando principalmente el sistema respiratorio, específicamente en garganta (desde alergia hasta cáncer) y pulmones, en este último, produce enfisema pulmonar, pleuritis, bronquitis, neumonía y sobre todo cáncer del pulmón.

En cuanto al daño a la salud que genera las drogas ilícitas entre ellas la marihuana está en el sistema nervioso central, produce efectos de euforia, dificultad para concentrarse, fallas en la memoria a corto y largo plazo, dificultad en el habla y en el sistema respiratorio causa irritabilidad pulmonar

Así como la Aparición de patologías bronquiales y pulmonares semejantes a las del tabaco entre ellas el cáncer. En el sistema cardiovascular genera taquicardia e hipotensión (baja presión) y en el sistema endocrino puede causar impotencia en los hombres y reducir la producción de óvulos en la mujer. Cuando el consumo es demasiado abusivo y prolongado puede inducir a trastorno como ansiedad, depresión, psicosis paranoica, falta de motivación y síndrome de abstinencia.

De las drogas ilegales, los inhalables ocupan el segundo lugar como droga de inicio después de la marihuana, y también constituyen la cuarta droga de mayor consumo (CIJ) 2015. El uso de inhalantes causa daños en el corazón, los riñones, el cerebro, el hígado y la médula ósea.

Los inhalantes privan al cuerpo de oxígeno y esfuerzan al corazón generando arritmia cardiaca. Los consumidores pueden experimentar náuseas y sangrar por la nariz, perdiendo el sentido auditivo y el olfato. El consumo crónico de esta droga, puede llevar a la pérdida del musculo esquelético, atrofiando el

tono muscular y deprimiendo el sistema inmunológico, afectando también a los pulmones.

El consumidor de inhalantes se arriesga a sufrir el síndrome de muerte súbita por inhalación, dicha muerte puede aparecer desde el primer consumo o bien hasta mucho tiempo después de ser consumidor ya sea habitual o no.

En cuanto a la cocaína la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) (2011). Informo que esta es la segunda droga más consumida después de la marihuana con una prevalencia nacional del 0.5% la encuesta revela que no habido aumentos significativos durante los últimos 5 años, sin embargo esta sustancia da pauta al consumo de otras drogas sintéticas más baratas y de más sencilla elaboración como son el crack y las metanfetaminas y que si han ido en aumento significativo.

Estas últimas drogas a la par de la cocaína, son estimulantes en el sistema nervioso central generando un alto nivel de euforia por la alta elaboración de dopamina en la sinapsis cerebral, ocasionada por la inhibición de recaptura del neurotransmisor que se libera en el espacio sináptico.

Los efectos agudos y crónicos al consumo de estas drogas son los siguientes: En el sistema cardiovascular generan hipertensión, arritmia cardiaca, infarto al miocardio y edemas cerebrales. En el sistema respiratorio produce hemorragia en los alveolos pulmonares, trombosis pulmonar, sinusitis, rinitis y pérdida del olfato.

En el sistema renal puede ocasionar insuficiencia renal crónica, así como múltiples problemas en el embarazo a las mujeres adictas, como: Muerte fetal, prematuridad, infarto placentario y preeclampsia. En cuestión de salud mental: Depresión, Ansiedad, paranoia, psicosis, conductas violentas, alucinaciones auditivas, pérdida del sentido de la realidad y paranoia.

Según datos estadísticos proporcionados por la (ENA) realizada en año 2011 y parte del 2012 por la Secretaría de Gobernación en coordinación con la Secretaria de Salud y el Consejo Nacional de Adicciones, el consumo de drogas ilegales en México se duplicó en la década pasada (2002 –2012), al pasar de 0.8 a 1.5% entre personas de 12 a 65 años de edad, aunque entre los hombres la prevalencia es de 2.6 % a escala nacional, y en las zonas urbanas de 2.9% (ENA 2012).

También por regiones se observan diferencias. En la zona norte del país, se reporta la mayor tendencia, con 2.3 %, es decir, casi 50 por ciento más que el promedio nacional, y en los estados de Nuevo León, Tamaulipas y San Luis Potosí el indicador está en 3.1 por ciento.

Aunque el nivel de uso de estupefacientes se considera bajo por parte de la autoridades del gobierno federal, el foco de atención está en las y los adolescentes de 12 a 17 años, entre los que la ENA 2011 encontró una prevalencia de 1.5 %, poco más de 50 % respecto de lo reportado en 2002 (0.9 %). Por sexo, el consumo ocasional en 2011 fue de 2.2 % para los hombres, es decir, 50 % más que el promedio global. En 2002 la cifra era de 1.3 %. Respecto de las mujeres, 0.9 % utilizó alguna sustancia ilegal en 2011. Pudiera parecer mínimo, pero es resultado de una tendencia creciente, representa más del triple de la incidencia encontrada en 2002, año en que era 0.2 %.

La ENA 2011 también reportó que en las zonas urbanas hay mayor uso de drogas ilegales llega a 2.7% en los varones y a 1.1% en las mujeres. Otro grupo que también reporta un incremento relevante en el consumo es el de las personas de 18 a 34 años de edad, que pasó de 1.4 % en 2002 a 2.3 % en 2012. Entre los hombres aumentó de 3 % a 4.1% y en las mujeres de 0.2 % a 0.6 % en el mismo periodo.

En cuanto a la dependencia al uso de sustancias ilegales, la encuesta detectó que 0.7% de la población, es decir, 550 mil personas de entre 12 y 65 años de edad son adictas. Medido como porcentaje, representa un aumento de casi el doble en relación con 2002, cuando la prevalencia era de 0.4%.

Nuevamente por regiones y por sexo, entre los varones del norte de la República el nivel de adicción es una y media veces mayor (1.9 %) al promedio nacional. Si se toma en cuenta la totalidad de entidades federativas, resulta que 1.3 por ciento de la población masculina de 12 a 65 años es adicta a alguna droga ilegal, casi el doble de la media en el país..

En un resumen inicial, la (ENA, 2012) resalta el aumento significativo en el uso de drogas ilegales, especialmente marihuana y las metanfetaminas, de las cuales estas últimas, aparecen a principios de los 90's, documentándose su consumo a mediados de esa década.

Observándose incrementos importantes sobre todo en el norte de la República, donde pasó de 0.1% en 2002 a 0.4 % en 2011. En general el porcentaje de adicción al consumo de drogas, pasó de 0.8% a 1.5% entre personas de 12 a 65 años. Observando así, como se duplicó en México el consumo de sustancias ilegales en 10 años (periodo de 2002-2012).

2.14 ESTADO DEL ARTE

En este apartado analizaremos los diferentes estudios e investigaciones que se han realizado durante los últimos 10 años referentes al enfoque del desarrollo positivo juvenil, mejor conocido por sus siglas en inglés como PYD. Pero de manera particular se hará mención primeramente de un breve recorrido histórico de cómo se fue conformando la creación de dicho enfoque surgido de la psicología positiva y estudiada y ejecutada en mayor grado por psicólogos sociales.

De manera concreta, la vida moderna en el individuo comenzó a cambiar en la década de 1970. Estudios de Lerner (1973) en este tema proporciona una valiosa revisión de los eruditos que han estudiado a los adolescentes a partir de una perspectiva del desarrollo humano y han contribuido a la base de la investigación en el campo del desarrollo positivo juvenil.

Retomando a la vez, apartados importantes tanto de las teorías del apego, la resiliencia y los factores de protección. Los trabajos de Bronfenbrenner de un modelo ecológico del desarrollo humano (1987), contribuyeron en mucho a la teoría ecológica del desarrollo de los jóvenes teniendo una gran influencia en profesionales que trabajan con niños, jóvenes y familias durante los últimos 30 años Bronfenbrenner abogó por el estudio de los jóvenes en su contexto, prestando atención al papel de las personas y las interacciones con sus entornos.

Él mismo, promovió la investigación de los estudios experimentales y comprobación de las hipótesis. Su trabajo era conceptualmente instrumental logrando en los investigadores y profesionales del campo de la juventud obtener relaciones más estrechas en los procesos de estos mismos estudios.

En la década de 1970 la articulación de los conceptos de desarrollo positivo de la juventud fue ganando su uso en la política social de los Estados Unidos de América, logrando que dichas investigaciones fueran más aplicadas a la ciencia social centrándose en el trabajo de los grupos sociales.

Uno de estos intentos fue un informe en 1973 por el encargado del departamento federal de salud, educación y bienestar, en el cual se enmarcaba un concepto de desarrollo positivo fundamentalmente en los derechos humanos, con aplicación especial en los dominios físicos, sociales, emocionales, cognitivos y morales (Konopka, 1973).

Todo ello tenía la intención de ser una guía para una política nacional de la juventud, pero por desgracia dicha política nunca se aplicó. Sin embargo, el documento se convirtió en un ejemplo práctico de cómo las necesidades básicas del desarrollo de adolescentes podrían ser incorporados en el diseño de programas juveniles de gobierno, y las organizaciones con patrocinios no gubernamentales. Fue un momento histórico en donde el PYD empieza a ser tomado en cuenta en la aplicación de políticas sociales en beneficio de la juventud.

Hamilton en la década de 1990 logro otro avance importante: Enfocar la práctica del trabajo de intervención de con los jóvenes precedida de investigación científica. Este autor nos señala que el movimiento del desarrollo positivo de la juventud comenzó con los profesionales y voluntarios que participan día a día con los adolescentes y jóvenes en sus comunidades, en clubes, parques y programas de recreación, grupos religiosos y familias, fundamentalmente en los entornos o Contextos distintos de las escuelas. Concluye que el PYD surgió de la práctica del trabajo directo con los jóvenes y que la investigación científica la robustece y nutre para que metodológicamente de mejores resultados (Hamilton y Hamilton, 2004).

En trabajos de investigación más actuales señalamos uno titulado "Las tendencias en temas de investigación en el campo del desarrollo juvenil". Por Barcelona y Quinn (2011), donde presentan un análisis del contenido de los artículos publicados sobre el desarrollo positivo de la juventud en cinco revistas de primer nivel con los términos "adolescencia " o " juventud", en dicho trabajo el resultado de su análisis muestra que sólo el 13 % de los artículos en estas

Revistas retoman el concepto de enfoque del desarrollo positivo de la juventud, lo que plantea importantes cuestiones sobre la investigación de la atención primaria, dedicando la mayor parte de su contenido a problemas de comportamiento y déficit.

Los autores de esta investigación, también concluyen, que investigar sobre juventud no es lo mismo que investigar sobre el enfoque del desarrollo positivo de la juventud. Al mismo tiempo plantean cuestiones en torno a la necesidad de alternativas de publicación en el enfoque del desarrollo positivo juvenil y el análisis de resultados en la ejecución de la práctica.

Larson, Kang, Perry y Walker (2011), al considerar nuevas direcciones en el campo de la investigación del desarrollo positivo juvenil realizan el trabajo titulado Nuevos horizontes: comprensión de los procesos y prácticas de desarrollo positivo de la juventud, en donde sobresaltan la atención de que se sabe mucho sobre el periodo juvenil, pero muy poco sobre su desarrollo positivo”, declarando la complejidad de la práctica en el enfoque del PYD y la finalidad de fortalecer la investigación en este rubro, dichos autores utilizan ejemplos prácticos y sugerencias para ilustrar las cuestiones que se plantean en este campo .

Otra investigación de importancia es la realizada por Lerner: et al (2011). Denominada “Desarrollo de una juventud positiva: modelos, significados y medidas”. Allí recuperan un proceso de principios obtenidos de la práctica de Hamilton, logrando una definición del enfoque del desarrollo positivo de la juventud, para estructurar un resumen muy valioso obteniendo conclusiones de cada dimensión del PYD.

Sus opiniones dan lugar a modelos teóricos del proceso del desarrollo juvenil, creando marcos conceptuales más firmes y dando fundamento más científico al desarrollo positivo de los jóvenes a través de la práctica.

En este estudio se dan ejemplos de organizaciones y programas guiados por el enfoque del desarrollo positivo juvenil. Los autores argumentan la necesidad de integrar sistemáticamente las tres dimensiones del desarrollo positivo de la juventud en la práctica de campo, con el fin de comprender mejor su dinámica y lograr la interrelación con sus contextos inmediatos.

En síntesis, el enfoque del desarrollo positivo de la juventud es un campo muy amplio e interdisciplinario. Sin embargo, la mayoría de estas

Investigaciones sobre todo en las últimas dos décadas son realizadas en Estados Unidos de América, logrando en esa nación, una variedad de perspectivas en la investigación, práctica y evaluación, tanto para organizaciones de gobierno como las no gubernamentales, generando las políticas públicas en ese campo que se aplican hoy en día.

En Europa, especialmente en países como España autores como Oliva (2011), realizaron el trabajo titulado "El desarrollo positivo adolescente y los activos que lo promueven: Un estudio en centros docentes Andaluces" en el cual se hace alusión sobre el PYD en ese país y se realiza un análisis detallado entre las conductas de riesgo en jóvenes de la provincia de Andalucía y su relación con el enfoque del desarrollo positivo juvenil.

En México, los primeros trabajos sobre PYD están los relacionados con las cuarenta fortalezas del enfoque del desarrollo positivo juvenil, propuestas por Benson en 1990 (Benson, Scales, Hamilton y Sesma, 2006), las cuales definen como relaciones clave, oportunidades, valores, habilidades y autopercepciones que ayudan a los jóvenes a limitar su involucramiento en conductas de riesgo, ante la adversidad, siendo productivos y felices (Andrade, 2013).

Uno de los principales estudios realizados en el rubro del PYD en nuestro país, es el realizado por Andrade, Morales y Sánchez (2013), titulado "Fortalezas de los jóvenes que no presentan conductas de riesgo" en el cual se realiza un análisis sobre las fortalezas externas e internas del desarrollo positivo juvenil en estudiantes adolescentes, que no presentan conductas de riesgo, obteniendo con ello, datos interesantes en cuanto a sus fortalezas utilizando la metodología del grupo focal.

Es necesario comentar, que actualmente en nuestro país se encuentra en inicios de la aplicación del enfoque del PYD, existiendo en la actualidad muy escasos estudios, y es allí, donde el trabajo social en el área de salud es de gran importancia para nutrir y contribuir a un mejor desarrollo y estructura del enfoque del PYD, debido a que esta disciplina, mediante su metodología de intervención puede proporcionar conocimiento y técnicas que mejoren los procesos sociales para incidir de una forma más científica en la participación de los sujetos (en este caso las y los adolescentes) en el desarrollo de sí mismos y de su sociedad colaborando así de manera interdisciplinar con otras ciencias.

Las investigaciones mencionadas en este trabajo de investigación, dan razones suficientes para ser optimistas acerca del PYD, como una práctica vibrante y como foco de investigación tanto cuantitativa como cualitativamente por parte del trabajador(a) social, en beneficio del tesoro más valioso que tienen los seres humanos y que es la juventud para el beneficio de las próximas generaciones.

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

DISEÑO METODOLÓGICO

En este trabajo de investigación se asume una posición epistemológica en el paradigma positivista desde una perspectiva filosófica el cual según Corbetta (2007), el estudio de la realidad social se realiza utilizando un marco conceptual, las técnicas de observación y medición para el análisis matemático y los procedimientos de inferencias de las ciencias naturales.

Para Hurtado (1998) el positivismo estudia relaciones de causalidad entre dos o más variables, verificando el efecto que puede generar una en la otra u otras, generando una concepción hipotético-deductivo particularista, con énfasis en la objetividad orientada a los resultados, los cuales desde esta perspectiva deben de estar basados en un procedimiento cuantitativo.

A la vez, para Hernández, Fernández y Baptista (2010), refieren que la investigación se inserta dentro del estudio positivista cuantitativo, cuya función se orienta a percibir la realidad de manera integral y uniforme, logrando así la cuantificación de los datos, para lograr una mayor coherencia, pertinencia y credibilidad.

De todo ello, se muestra así la metodología y su determinado método que se aplicó para lograr el presente trabajo de investigación. Al mismo tiempo se incluye el carácter, sujetos y criterios de inclusión, muestra, técnica, instrumentos, procedimientos, variables, instrumentos de recolección de datos e instrumentos de análisis de los datos.

Esta investigación por lo ya señalado tendrá sustento en base al método cuantitativo. Éste busca conocer los hechos reales tal y cómo se dan objetivamente, tratando de señalar sus características comunes con otros hechos semejantes, sus orígenes y consecuencias. Al momento del estudio de los hechos sociales, estos se analizan como existentes en el exterior y sometido a leyes y patrones generales, apreciando la realidad y sometiéndola a controles (Ruiz, 2002).

Así también el enfoque cuantitativo se basa en la teoría positivista del conocimiento, la cual intenta describir y explicar los eventos, procesos y fenómenos del mundo social, de forma que se pueda llegar a formular las generalizaciones que existen objetivamente. Además insiste en el conocimiento sistemático comprobable, medible y replicable (Ruiz, 2002).

La investigación cuantitativa busca establecer la magnitud o frecuencia de un evento o fenómeno que se presenta en un sujeto estudiado (en este caso en una institución educativa), permite establecer cómo se distribuyen los valores o números o frecuencias de una o más variables en estudio.

Según la intervención del investigador, es observacional, en tanto no existe intervención del investigador; los datos reflejan la evolución natural de los eventos, ajena a la voluntad del investigador. No hay manipulación de variables. Es decir, es un estudio no experimental, descriptivo transversal, correlacional; en tanto se realizarán las observaciones en un momento único en el tiempo, se reportan mediciones y se describen relaciones entre variables (Hernández, Fernández, Baptista 2010).

Con dicho método se pretende describir y explicar qué fortalezas del enfoque del desarrollo juvenil positivo, tienen las y los jóvenes adolescentes de la secundaria ya descrita en esta investigación y su relación con las conductas saludables así como también con las conductas de riesgo al consumo de drogas tanto legales como no legales.

Se retoma la idea que plantea Hernández, Fernández, Baptista (2010) acerca de los estudios cuantitativos, para poder explicar y predecir el fenómeno que se investiga, buscando regularidades y relaciones causales entre elementos. Es decir, no se adentró en la parte subjetiva de las y los adolescentes, ni se realizaron descripciones detalladas de sus características físicas, situaciones, conductas y/o manifestaciones; sino que se mantuvo una distancia, para evitar contaminaciones de los datos y no se modificaran con respecto de cómo existen en la realidad.

Además del estudio descriptivo, tal como lo recomienda Hernández (2010), se trabajaron relaciones entre variables que permitió relacionar las fortalezas externas e internas del desarrollo positivo, apoyándonos a la vez de la *prueba t de student*.

En sí, el estudio ayudó a comprender qué fortalezas del enfoque del desarrollo juvenil positivo, tienen los jóvenes adolescentes de la secundaria y su relación con las conductas saludables así como también con las conductas de riesgo que ya se mencionaron.

3.1 TIPO Y MÉTODO DE INVESTIGACIÓN.

La investigación es descriptiva, transversal (ya que se busca medir cual es la prevalencia de una exposición) en este caso la conducta de riesgo al consumo de drogas y que es lo que produce en un único periodo de tiempo, que en esta investigación es durante el ciclo escolar 2014-2015 en la secundaria escogida para nuestro estudio) en sí, este tipo de investigación permite reflejar como se distribuye una condición en un periodo de tiempo en particular.

La investigación a la vez es no experimental, en la que se utilizó el método cuantitativo, para fundamentar y guiar el trabajo. Para Hernández y Cols (2006). En el enfoque cuantitativo para probar la hipótesis se usa la recolección de datos, con la medición numérica y el análisis estadístico, con la finalidad de establecer patrones de comportamientos y probar hipótesis y teorías.

Se menciona que las ventajas e inconvenientes del método cuantitativo son las siguientes: como ventaja es que está basado en la inducción probabilística del neopositivismo lógico, es objetiva, orientada a los resultados, es generalizable, con medición penetrante y controlada, propensión a "servirse de" los sujetos de estudio, son fuertes en validez externa y lo que encuentran es manifestado por la población en estudio. La desventaja es que se limita el dialogo, son débiles en términos de validez interna y se desconoce la subjetividad del individuo (Fernández y Díaz, 2002).

3.2 ALCANCES Y LIMITACIONES

Los principales alcances de la investigación, tienen que ver la caracterización que las y los adolescentes tienen respecto a sus fortalezas externas e internas y su relación con su contexto, así como las conductas de riesgo al consumo de tabaco alcohol y marihuana que asumen los estudiantes de esta edad.

Esto permitirá a las autoridades y profesionales de la educación, la salud y de las ciencias sociales, de manera particular a psicólogos y en especial a las y los Trabajadores Sociales, contar con información que permita diseñar estrategias de intervención para la atención del vínculo: familia- escuela-comunidad.

La principal limitación es no haber podido trabajar la parte cualitativa en esta investigación debido al factor tiempo marcado por la transversalidad, pero es importante comentar, que este estudio abre la posibilidad para que en próximas investigaciones se trabaje con enfoques mixtos.

3.3 SUJETOS Y CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Estudiantes de 12 a 16 años de edad
- Hombres y mujeres, de la escuela secundaria Técnica ubicada al sur de la Ciudad de Culiacán Sinaloa, turno matutino.
- Voluntarios
- Consentimiento informado autorizado por sus padres o tutores.
- Se excluyen los menores de 11 años, así como los que no presentaran consentimiento informado y/o que no quieran participar.

3.4 UNIVERSO Y MUESTRA

La población total de la escuela secundaria técnica No.80, es de 1205 estudiantes. Es un solo turno matutino, de los cuales 53 no quisieron participar o no tenían consentimiento informado para el estudio, siendo el 4% y 117 también no formaron parte de la investigación, en virtud de no haber asistido a clases en las fechas programadas para la aplicación del instrumento siendo el 10%.

Quedando nuestro universo de 1035 participantes, es decir 86% de la población total del alumnado, validados según los criterios establecidos, de los cuales 498 son hombres y 537 mujeres. Como se deduce no se realizó muestra.

3.5. VARIABLES E INSTRUMENTOS

Las variables principales que se trabajan en la investigación son: Fortalezas internas y externas del desarrollo positivo y las conductas de riesgo al consumo de tabaco, alcohol y drogas no permitidas.

Para obtener los datos fueron utilizados dos instrumentos, a continuación se sintetizan las características de cada uno de los instrumentos, con los que fueron valoradas las variables incluidas en el estudio.

Tabla 1.

Coeficientes de confiabilidad de las escalas de fortalezas internas.

Fortalezas Internas	Número de Reactivos	Alfa de Cronbach
Responsabilidad	3	.638
Importancia de la Salud	6	.848
Evitación de conductas de riesgo	3	.866
Importancia de la religión	5	.935
Resistencia a la presión de pares	4	.772
Toma de decisiones	5	.879
Actitudes negativas hacia el consumo de drogas	5	.732
Expectativas académicas	4	.875

Fuente: Instrumento de Andrade (PYD y Conductas de Riesgo)

Tabla 2. Coeficientes de confiabilidad de las escalas de fortalezas externas.

Fortalezas externas	Número de Reactivos	Alfa de Cronbach
Apoyo de la madre	9	.948
Supervisión de la madre	4	.850
Apoyo y supervisión del padre	13	.972
Límites en casa	5	.753
Amigos sin conductas de riesgo	4	.787
Amigos sanos	4	.636
No acceso a drogas (oportunidad)	8	.911

Fuente: Instrumento de Andrade (PYD y Conductas de Riesgo)

Tabla 3.

Coefficientes de confiabilidad de conductas de riesgo.

CONDUCTAS DE RIESGO.

Cuestionario conductas de riesgo adolescentes. (Andrade y Betancourt (2008) (Anexo # 1, parte dos) Validado.	Consta de 25 preguntas abiertas y cerradas. Consta de cinco dimensiones que miden: Conducta sexual Consumo de tabaco ¹ Consumo de alcohol ² Consumo de drogas ³ Intento de suicidio
Modificado para esta investigación. Se tomaron las dimensiones de consumo de tabaco, alcohol y drogas.	

Fuente: Instrumento de Andrade (PYD y conductas de riesgo)

3.6. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN Y PROCEDIMIENTO PARA EL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Se utilizara una combinación de técnicas e instrumentos para la recogida de datos, en primer lugar el análisis documental y en segundo se aplicara la encuesta auto aplicada colectiva.

El análisis documental será utilizado en virtud que en ocasiones, es el origen del tema o problema a investigar. Los documentos fuente pueden ser de naturaleza diversa: personales, institucionales o grupales, formales o informales. La investigación documental ofrece los beneficios siguientes:

- Permite obtener una visión muy amplia de los conocimientos sobre el tema.
- Genera en la o el investigador una apreciación objetiva sobre el fenómeno.
- En la actualidad ofrece una variedad de fuentes muy diversa.

¹ Frecuencia y cantidad de consumo de tabaco alguna vez en la vida, en el último año y en el último mes, así como la edad de inicio en el consumo (Preguntas: 8-12).

² Frecuencia y cantidad de consumo de alguna bebida alcohólica, alguna vez en la vida, en el último año y en el último mes, así como a la edad de inicio en el consumo y a las bebidas alcohólicas que acostumbra a beber (Preguntas 13-17).

³ Se refiere al consumo de algún tipo de droga ilegal y la edad de inicio en el consumo (Preguntas 18 a 20).

- Ofrece al investigador la información pura tomada de una fuente que describe fenómenos que en ocasiones el acceso hacia ellos es difícil o imposible.
- Permite al investigador crear un juicio particular sobre el fenómeno comparando la información obtenida con las experiencias y conocimientos propios.

Para efectos del presente trabajo, la investigación documental sirve para analizar las políticas públicas que ha implementado el Estado en relación a la atención a las y los adolescentes, así como los aspectos propios del marco teórico.

Para el trabajo de campo se utilizó la encuesta autoaplicada, colectiva utilizando. Una escala estandarizada del instrumento de Andrade en desarrollo positivo Juvenil y conductas de riesgo enfocándonos exclusivamente en aquellas vinculadas al consumo de drogas tanto lícitas como ilícitas. De manera resumida el procedimiento de trabajo de campo es el siguiente:

- 1) Autorización por parte de las autoridades de la escuela y el consentimiento informado de los padres de familia así como la disposición voluntaria de los alumnos
- 2) Logística: Planeación de la ejecución del procedimiento de la prueba piloto y de la ejecución de la encuesta en la secundaria técnica ubicada al sur de la ciudad de Culiacán Sinaloa.
- 3) Prueba piloto: Primera aplicación de la escala de Andrade, para ver comportamiento del instrumento frente al grupo de alumnos encuestados.
- 4) Aplicación del instrumento: Aplicación definitiva del instrumento en el plantel escolar en los 36 grupos que conforman los tres grados de secundaria, haciendo coordinación con el personal docente y de prefectura de la escuela.
- 5) Captura, procesamiento y análisis de los datos: Captura de información de escalas del instrumento de Andrade y preparación para el método de análisis de los datos.

3.7 ANÁLISIS DE LOS DATOS

Desde el enfoque cuantitativo en el que nos situamos, y tal como previamente se expuso, el análisis de datos se suele hacer mediante procedimientos estadísticos que nos auxilian. Según Sabriego, “El análisis de los datos numéricos, permite expresar las leyes generales que rigen los fenómenos educativos, decidir si la hipótesis se confirma o se rechazan y, al final, llegar a la generalización de los resultados” (Sabriego, 2003: pp. 152).

En la actualidad, el análisis estadístico, ya sea descriptivo o inferencial, se realiza en la práctica mediante programas informáticos que agilizan el proceso (SPSS, Statistical Package for Social Sciences, entre otros) que nos permiten realizar análisis más potentes.

Por lo tanto se decide realizar la captura en el paquete informático SPSS/20. Los datos se presentan de manera descriptiva, se hace una interpretación o análisis y finalmente se presenta la discusión de los hallazgos.

La descripción, que lleva al examen integrador de todos los segmentos de cada categoría con el fin de establecer patrones en los datos, lo que implica un nivel de reducción de los mismos, al reducir los datos se debe elaborar el primer resumen de lo obtenido.

En el proceso de interpretación-análisis de los datos será integral relacional y establecen conexiones entre las diferentes categorías, así como posibles comparaciones, la interpretación e integración de los datos efectuados en el marco de la práctica en contraste con la realidad reflexionada y vivida.

Finalmente la discusión, hace referencia a la demostración de los hallazgos en esta en su relación con los encontrados por otros investigadores, o bien con los referentes teóricos sustentados en el apartado de marco teórico de este trabajo.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

4.1 DESCRIPCION DE LA MUESTRA

El número de participantes fue de 1035 estudiantes y todos pertenecían al turno matutino. La media de edad fue de 13.63 años con una desviación típica 1.062, y el rango de 11 a 17 años. (Tabla 4).

La mayoría fueron mujeres con un 51.7 %, las cuales en gran proporción cursan el primer año con un 37.5 %. Un alto porcentaje vive con ambos padres y

hermanos. La mayoría de los padres y madres tienen estudios de preparatoria o menos; el mayor porcentaje de los padres trabajan tiempo completo (8 horas o más), y las madres en su mayoría son amas de casa, una cuarta parte trabajan medio tiempo, seguido de quienes lo hacen de tiempo completo.

TABLA 4.
DATOS GENERALES DE LOS JÓVENES QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO.

Datos generales	Hombres.	Mujeres.
Número de participantes	500 (48.3%)	535 (51.7%)
Grado escolar		
Primer año.	188 (37.8%)	200 (37.5%)
Segundo año.	166 (33.3%)	192 (36%)
Tercer año.	144 (28.9%)	142 (26.6%)
Media de edad	13.72 años	13.56 años
Viven con		
Ambos padres y hermanos.	312 (62.4%)	311 (58.3%)
Mamá y hermanos.	57 (11.4%)	88 (16.5%)
Papá y hermanos.	11 (2.2%)	12 (2.3%)
Escolaridad del padre		
Primaria.	94 (19.3%)	104 (20.4%)
Secundaria.	170 (34.8%)	199 (38.9%)
Preparatoria.	139 (24.5%)	136 (25.4%)
Licenciatura o más.	60 (12.3%)	44 (8.6%)
Carrera técnica.	25 (5.1%)	28 (5.5%)
Escolaridad de la madre		
Primaria.	77 (15.7%)	82 (15.5%)
Secundaria.	174 (35.4%)	225 (42.6%)
Preparatoria.	164 (33.4%)	130 (24.6%)
Licenciatura o más.	50 (9.2%)	58 (11%)
Carrera técnica.	26 (5.3%)	33 (6.5%)
Tiempo de labores del padre		
Trabaja tiempo completo	295 (61.2%)	294 (58.2%)
Trabaja medio tiempo	102 (21.2%)	118 (23.4%)
Estudia y trabaja.	8 (1.7%)	10 (2%)
Está desempleado/ jubilado	19 (4%)	24 (4.8%)
Tiempo de labores de la madre		
Trabaja tiempo completo	119 (24.2%)	126 (23.6%)
Trabaja medio tiempo	125 (25.5%)	142 (26.6%)

Estudia y trabaja.	7 (1.4%)	12 (2.3%)
Es ama de casa.	203 (41.3%)	231 (43.3%)

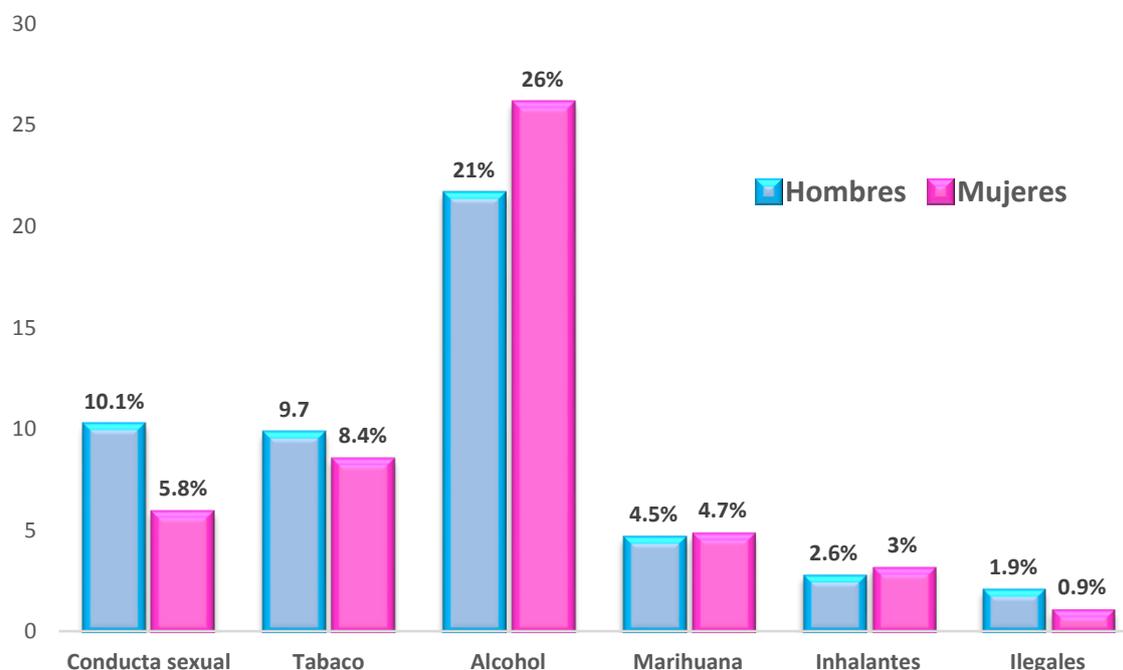
Fuente: Elaboración propia

4.2 CONDUCTAS DE RIESGO

Las conductas de riesgo que se evaluaron en este estudio fueron: Consumo de alcohol, tabaco, marihuana, inhalantes y otras drogas ilegales (Figura 2).

FIGURA 2

PRINCIPALES CONDUCTAS DE RIESGO EVALUADAS EN EL ESTUDIO



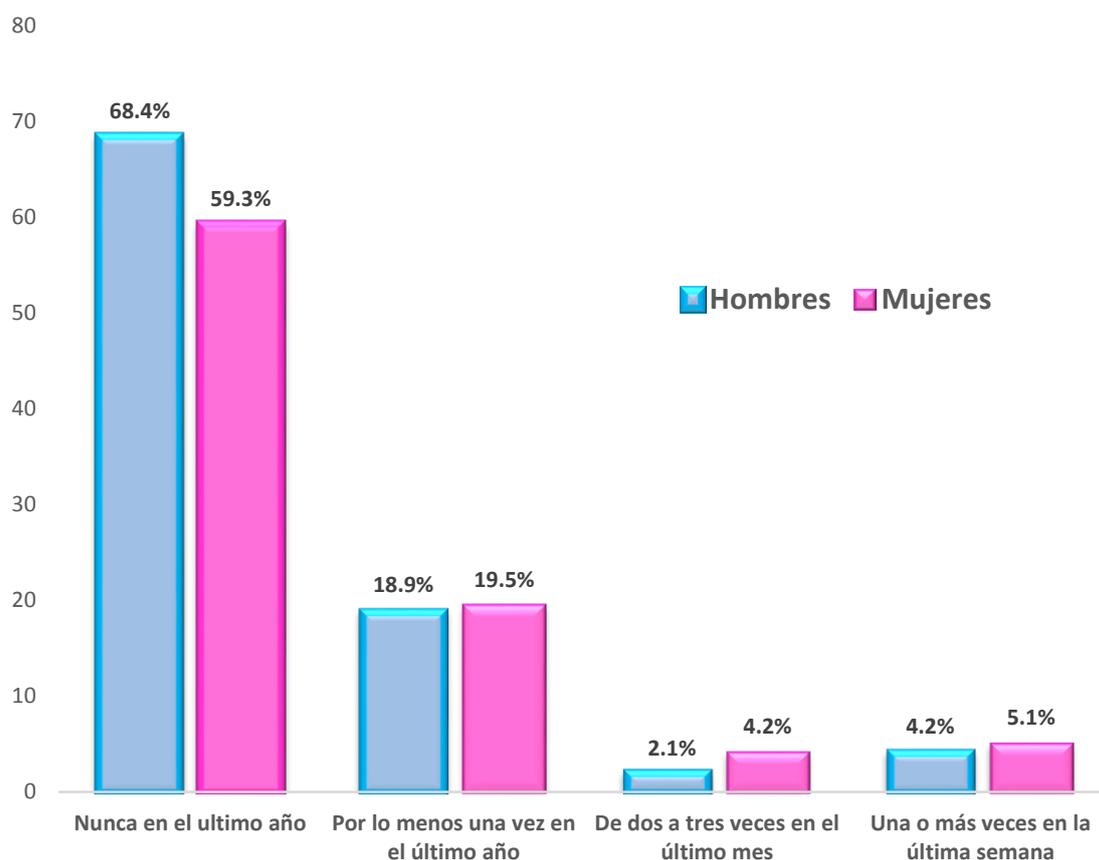
Fuente: Elaboración Propia

De la población analizada el 23.8% a consumido alcohol, mientras que el 76.2% nunca ha consumido, y la edad promedio de inicio de consumo de alcohol fue a los 12.10 años.

En la Figura 3 se puede apreciar que las mujeres mostraron un mayor porcentaje de abuso de alcohol en el último mes en comparación con los hombres.

FIGURA 3.

PORCENTAJE DE ABUSO DE ALCOHOL EN EL ÚLTIMO MES EN HOMBRES Y MUJERES



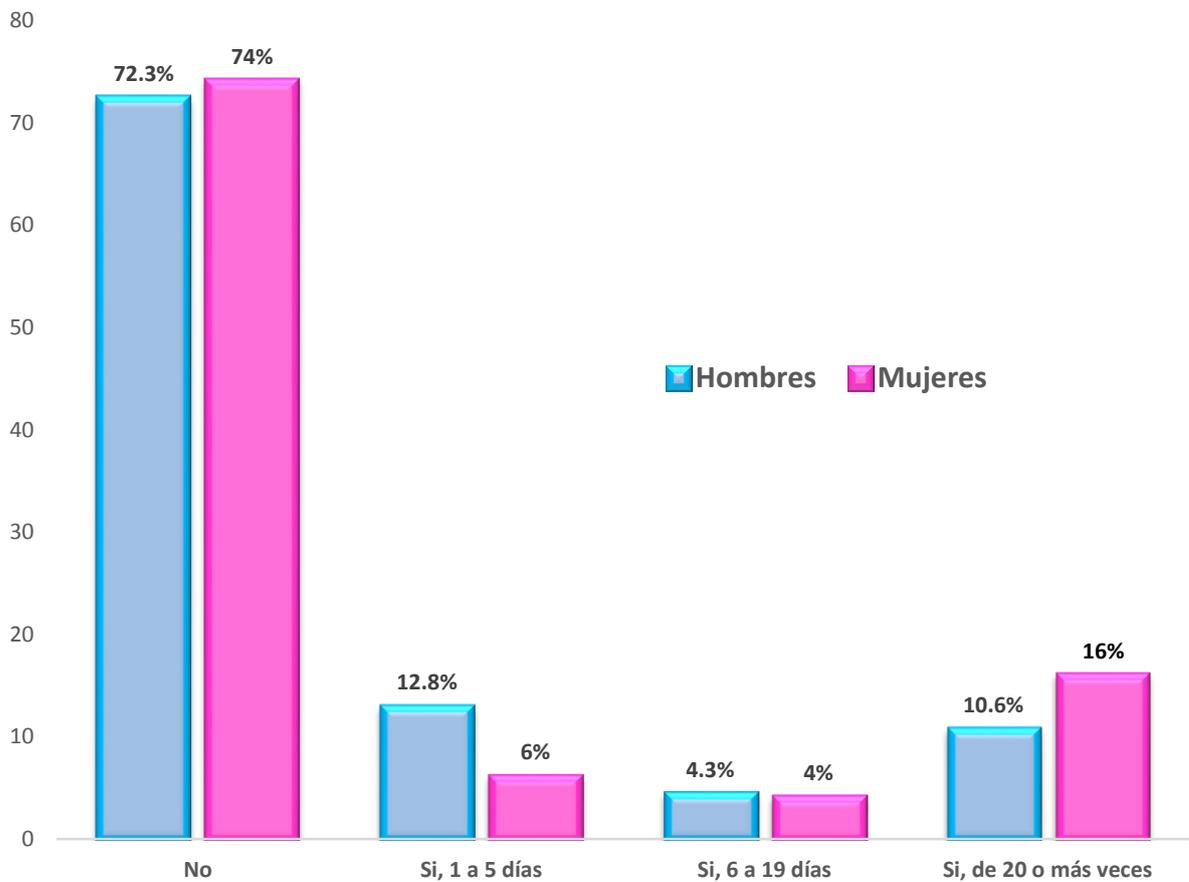
Fuente: Elaboración Propia

El 9% de los adolescentes consume tabaco, mientras que el 91% nunca han consumido. La edad promedio que inician a consumir tabaco es a los 11.67 años.

En la Figura 4 se observa que en general el consumo de tabaco es bajo sin embargo llama la atención el porcentaje de mujeres que han consumido 20 o más cigarrillos en el último mes.

FIGURA 4.

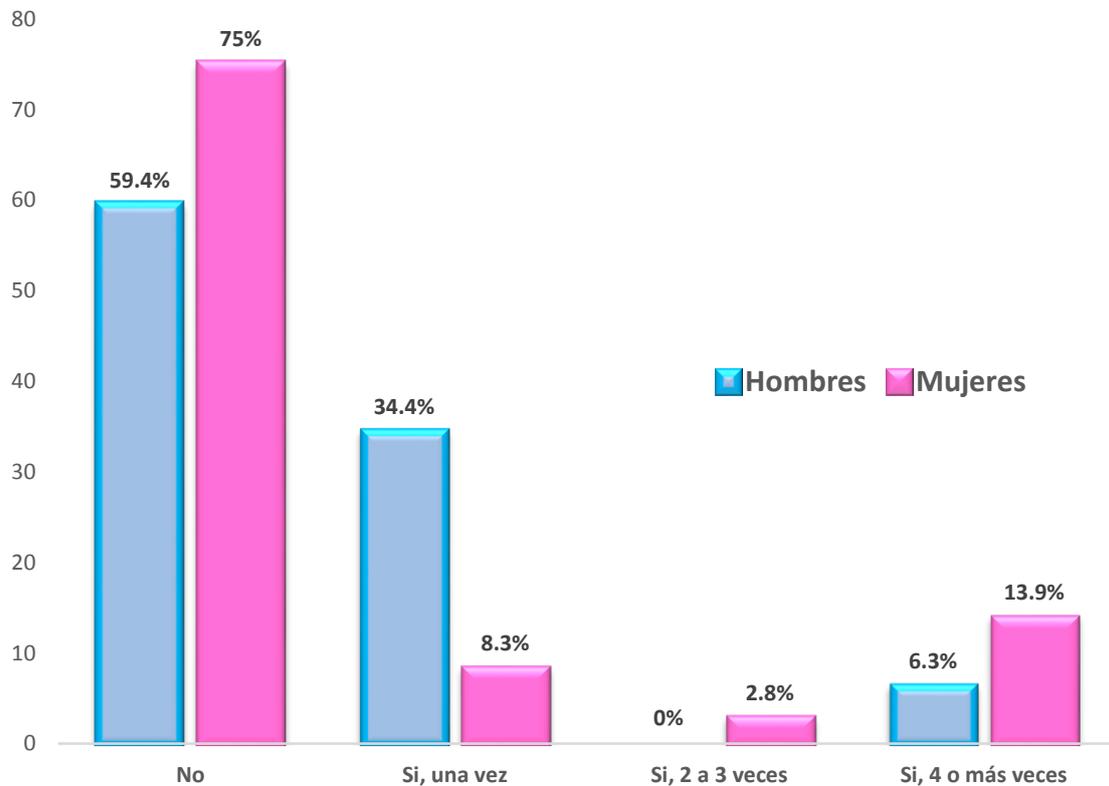
LOS QUE FUMAN TABACO EN EL ÚLTIMO MES



Fuente: Elaboración Propia.

En cuanto al consumo de marihuana un 4.6% reportó haberla consumido alguna vez en su vida, mientras que el 95.4% no la ha consumido nunca. La edad promedio de inicio de consumo fue a los 12.96 años. El porcentaje de consumo en el último mes es más alto en hombres que en mujeres (figura 5).

**FIGURA 5.
CONSUMO DE MARIHUANA EN EL ÚLTIMO MES**

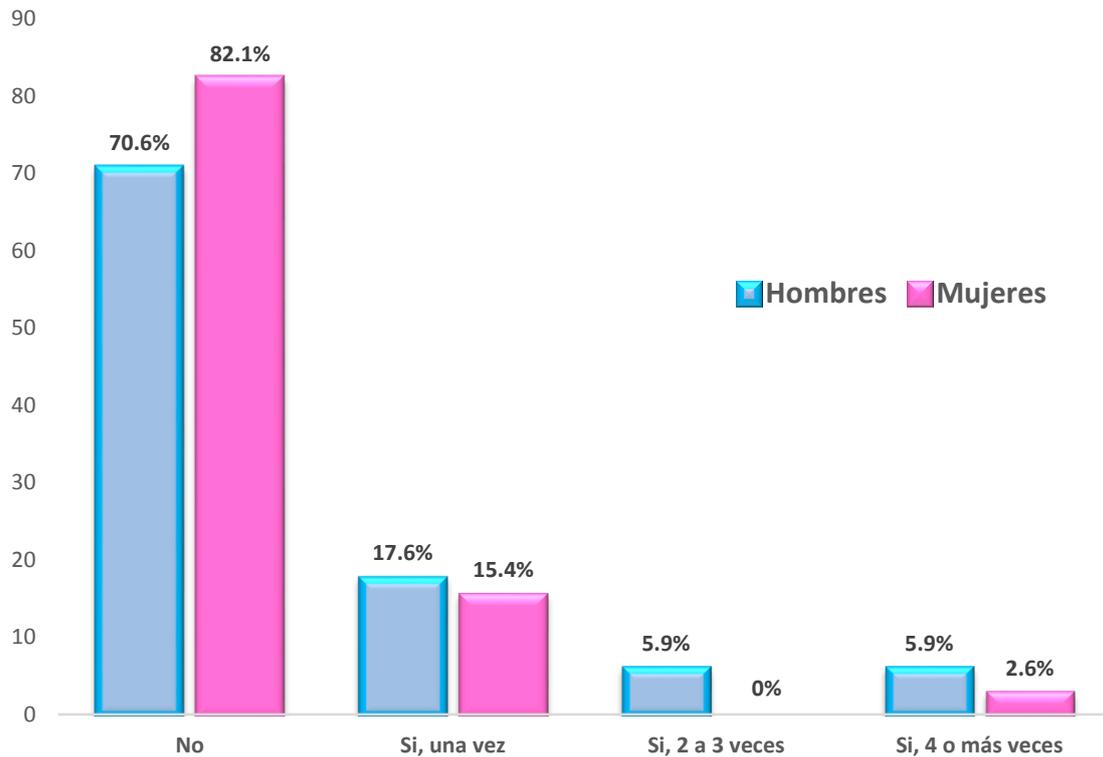


Fuente: Elaboración Propia

El porcentaje de jóvenes que indicaron haber usado inhalables alguna vez en su vida fue de 2.8%, mientras que 97.2% nunca han inhalado, con una edad de inicio de consumo promedio de 12.18 años.

Los hombres reportan un consumo mayor que las mujeres (figura 6).

FIGURA 6
CONSUMO DE INHALABLES EN EL ÚLTIMO MES



Fuente: Elaboración Propia

CONSUMO DE OTRAS DROGAS ILEGALES (CRACK, COCAÍNA Y METANFETAMINAS)

Un 2.8% reportó haber consumido alguna otra droga ilegal alguna vez en su vida, (1.9% hombres, 0.9% mujeres) con un promedio de edad de inicio de consumo en hombres de 10 años y en mujeres de 13 años.

4.3 FORTALEZAS INTERNAS Y EXTERNAS AUNADAS A CONDUCTAS DE RIESGO

Para analizar si los jóvenes que no han tenido conducta de riesgo al consumo de drogas son los que presentan más fortalezas, en comparación con los que sí han tenido conductas riesgosas, se llevaron a cabo pruebas *t de Student*.

Esta prueba es diseñada para examinar la diferencia entre dos muestras independientes y que tengan distribución normal y homogeneidad en sus

Varianzas, haciendo hincapié en que dicha distribución de las dos muestras es crucial en el desarrollo de esta prueba (Sánchez, 2015)

La prueba *t de student* se fundamenta en dos premisas; la primera: En la distribución de la normalidad, y la segunda: En que las muestras sean independientes. Esto permite comparar muestras, $N \leq 30$ y/o establece la diferencia entre las medias de la muestra. El análisis matemático y estadístico de la prueba con frecuencia se minimiza para $N > 30$, utilizando pruebas no paramétricas, cuando la prueba tiene suficiente poder estadístico (Sánchez, 2015).

4.3.1 DIFERENCIAS EN LAS FORTALEZAS CON RESPECTO AL CONSUMO DE TABACO.

En cuanto al consumo de tabaco, en todas las fortalezas internas se mostraron diferencias estadísticamente significativas entre los adolescentes que fuman y los que no fuman. Los jóvenes que no han consumido tabaco son los que presentaron puntajes más altos en la mayor parte de las fortalezas, a excepción de la evitación de consumo de sustancias, donde el puntaje fue mayor en los que sí han consumido tabaco (Tabla 5).

En el caso de las fortalezas externas de apoyo de la madre, supervisión del padre, apoyo y supervisión del padre, reglas en casa y amigos sin conductas de riesgo, se presentaron diferencias estadísticamente significativas entre los adolescentes que fuman y los que no fuman. Tener amigos saludables no fue estadísticamente significativo.

En todas las fortalezas externas los puntajes fueron mayores en los adolescentes que no fuman (Tabla 5).

Diferencias en las fortalezas con respecto al consumo de tabaco.

	<i>Consumo</i>		<i>t</i>
	Si	No	
FORTALEZAS INTERNAS			
Importancia de la religión.	3.04	3.48	-3.12***
Resistencia a la presión de pares.	4.47	4.78	-3.93***
Responsabilidad.	3.61	3.94	-3.39***
Importancia de la salud.	3.97	4.22	-4.49***
Toma de decisiones.	3.53	3.87	-1.85*
Evitación del consumo de sustancias.	3.81	3.78	-3.31***
FORTALEZAS EXTERNAS			
Apoyo de la madre.	3.34	3.79	-3.78***
Supervisión de la madre.	3.71	4.19	-5.28***
Apoyo y supervisión del padre.	2.62	3.10	-3.37***
Reglas en casa.	3.01	3.53	-4.64***
Amigos sin conductas de riesgo	3.60	4.38	-7.53***
Amigos saludables.	2.69	2.79	-1.02

p<.05*, p<.01**, p<.001***

4.3.2 DIFERENCIAS EN LAS FORTALEZAS CON RESPECTO AL CONSUMO DE ALCOHOL

Las fortalezas internas: Importancia de la religión, responsabilidad, importancia de la salud y evitación del consumo de sustancias, mostraron diferencias estadísticamente significativas entre los que consumen alcohol y los que no. En el caso de las fortalezas externas todas fueron estadísticamente significativas.

Los adolescentes que no consumen alcohol son los que presentaron puntajes más altos en todas las fortalezas (Tabla 6).

Tabla 6.**Diferencias en las fortalezas con respecto al consumo de alcohol.**

	<i>Consumo</i>		<i>t</i>
	Si	No	
FORTALEZAS INTERNAS			
Importancia de la religión.	3.19	3.49	-3.16***
Resistencia a la presión de pares.	4.71	4.77	-1.11
Responsabilidad.	3.79	3.94	-2.24*
Importancia de la salud.	3.98	4.24	-3.83***
Toma de decisiones.	3.65	3.76	-1.26
Evitación del consumo de sustancias.	4.01	4.31	-3.08***
FORTALEZAS EXTERNAS			
Apoyo de la madre.	3.54	3.78	-2.96***
Supervisión de la madre.	3.92	4.18	-4.06***
Apoyo y supervisión del padre.	2.89	3.09	-2.06*
Reglas en casa.	3.26	3.52	-3.38***
Amigos sin conductas de riesgo.	4.00	4.40	-5.65***
Amigos saludables.	2.65	2.82	-2.46*

p<.05*, p<.01**, p<.001***

4.3.3 DIFERENCIAS EN LAS FORTALEZAS CON RESPECTO AL CONSUMO DE MARIHUANA.

Los estudiantes que no consumen marihuana obtuvieron puntajes más altos en todas las fortalezas, tanto internas como externas. Se presentan diferencias estadísticamente significativas entre los que consumen marihuana y los que no consumen en todas las fortalezas internas y externas, excepto en amigos saludables (Tabla 7).

Tabla 7.**Diferencias en las fortalezas con respecto al consumo de marihuana.**

	<i>Consumo</i>		<i>t</i>
	<i>Si</i>	<i>No</i>	
FORTALEZAS INTERNAS			
Importancia de la religión.	2.88	3.45	-2.93***
Resistencia a la presión de pares.	4.26	4.78	-5.14***
Responsabilidad.	3.44	3.92	-3.52***
Importancia de la salud.	3.82	4.20	-2.81***
Toma de decisiones.	3.07	3.76	-3.71***
Evitación del consumo de sustancias.	3.83	4.26	-2.24*
FORTALEZAS EXTERNAS			
Apoyo de la madre.	3.46	3.75	-1.78*
Supervisión de la madre.	3.70	4.15	-3.53***
Apoyo y supervisión del padre.	2.74	3.06	-1.62
Reglas en casa.	2.97	3.48	-3.20***
Amigos sin conductas de riesgo.	3.77	4.34	-3.98***
Amigos saludables.	2.66	2.78	-.88

p<.05*, p<.01**, p<.001***

4.3.4 DIFERENCIAS EN LAS FORTALEZAS CON RESPECTO AL CONSUMO DE INHALANTES

Todas las fortalezas internas mostraron diferencias estadísticamente significativas entre los alumnos que consumen inhalantes y los que no. En las externas la única fortaleza que no fue estadísticamente significativa fue reglas en casa. Los estudiantes que no consumen inhalantes obtuvieron puntajes más altos en todas las fortalezas, tanto internas como externas (Tabla 8).

Tabla 8.

Diferencias en las fortalezas con respecto al consumo de inhalantes.

	<i>Consumo</i>		<i>T</i>
	<i>Si</i>	<i>No</i>	
FORTALEZAS INTERNAS			
Importancia de la religión.	3.12	3.45	-1.31
Resistencia a la presión de pares.	4.45	4.78	-2.62***
Responsabilidad.	3.49	3.93	-2.49*
Importancia de la salud.	3.73	4.20	-2.64***
Toma de decisiones.	3.15	3.75	-2.51*
Evitación del consumo de sustancias.	3.84	4.27	-1.75*
FORTALEZAS EXTERNAS			
Apoyo de la madre.	3.19	3.76	-2.62***
Supervisión de la madre.	3.66	4.15	-2.78***
Apoyo y supervisión del padre.	2.53	3.08	-2.06*
Reglas en casa.	3.19	3.47	-1.41
Amigos sin conductas de riesgo.	4.03	4.34	-1.77**
Amigos saludables.	2.41	2.79	-2.07*

p<.05*, p<.01**, p<.001***

4.3.5 DIFERENCIAS EN LAS FORTALEZAS CON RESPECTO AL CONSUMO DE OTRAS DROGAS ILEGALES

La única fortaleza interna que mostró diferencia estadísticamente significativa entre los alumnos que consumen alguna otra droga ilegal y los que no, es la resistencia a la presión de pares. En el caso de las fortalezas externas: supervisión de la madre, reglas en casa y amigos sin conductas de riesgo, se muestran diferencias estadísticamente significativas entre los que consumen alguna droga ilegal y los que no.

Se presentan puntajes altos en todas las fortalezas internas y externas, de los que no consumen OTRAS drogas ilegales, excepto en supervisión de la madre (Tabla 9).

Por otras drogas ilegales ¿podemos mencionar que son metanfetaminas, opioides, LSD y todas aquellas de origen sintético.

Tabla 9

Diferencias en las fortalezas con respecto al consumo de otras drogas ilegales.

	<i>Consumo</i>		<i>T</i>
	<i>Si</i>	<i>No</i>	
FORTALEZAS INTERNAS			
Importancia de la religión.	3.27	3.44	-.47
Resistencia a la presión de pares.	3.68	4.77	-5.78***
Responsabilidad.	3.72	3.93	-.83
Importancia de la salud.	3.98	4.20	-.85
Toma de decisiones.	3.32	3.76	-1.27
Evitación del consumo de sustancias	3.77	4.28	-1.45
FORTALEZAS EXTERNAS			
Apoyo de la madre.	3.40	3.75	-1.08
Supervisión de la madre.	3.40	3.16	-3.04***
Apoyo y supervisión del padre.	2.82	3.08	-.73
Reglas en casa.	2.56	3.49	-3.24***
Amigos sin conductas de riesgo	3.77	4.34	-2.25*
Amigos saludables.	2.47	2.79	-1.24

p<.05*, p<.01**, p<.001***

4.4 DISCUSION POR CATEGORIAS.

El enfoque del Desarrollo Positivo Juvenil (Positive Youth Development ,PYD) emanada de la psicología social, tiene su eje central en el desarrollo de talentos, cualidades e intereses de los adolescentes, es decir, en el potencial de aprendizaje que permite que el joven obtenga resultados positivos durante su desarrollo hacia la vida adulta (Andrade, 2013).

Una de las líneas de investigación del PYD es la de las fortalezas del desarrollo (Developmental assets) propuesta por Benson hacia 1997 (Damon, 2004). La concepción de estas fortalezas se centra en el desarrollo del individuo, el contexto en el que se desenvuelve y la interacción dinámica entre el individuo y su contexto (Benson, 2002). Así, las fortalezas propuestas por Benson se dividen en dos grupos: Externas (contextuales) e Internas (individuales).

La adolescencia es una etapa en la que se deben prevenir y tratar las conductas de riesgo, lo cual es importante y necesario, pero no debe perderse de vista que no solo debemos enfocarnos en evitar las conductas de riesgo sino también en fortalecer las potencialidades de los jóvenes para que tengan un desarrollo pleno.

Algunos autores han encontrado que un mayor número de fortalezas en los jóvenes promueven un desarrollo saludable, previenen conductas no saludables y permiten entender patrones de riesgo y éxito (Benson y Scales 2009).

Otros han mostrado evidencia empírica de que las fortalezas, cuando se carecen se relacionan negativamente con conductas de riesgo como uso de tabaco; uso de alcohol, drogas, agresión, violencia y conducta sexual y positivamente con logro escolar (Benson y Scales, 2009).

En México no existían estudios bajo el enfoque de desarrollo positivo de los adolescentes, por lo cual se tomaron como base los postulados de Benson (2009). Y en la UNAM se llevó a cabo un estudio exploratorio que sirvió para identificar fortalezas en jóvenes que no presentan conductas de riesgo (Andrade, Morales, Sánchez-Xicotencatl y González-González, 2013).

Con base en el estudio anterior se llevó a cabo esta investigación para identificar las fortalezas de los adolescentes sinaloenses ante conductas de riesgo en estudiantes de nivel medio básico de la Ciudad de Culiacán, con el fin de

analizar qué fortalezas son necesarias promover en los jóvenes para prevenir conductas de riesgo.

En el análisis los adolescentes que no han tenido conductas de riesgo son los que presentan más fortalezas, en comparación con los que sí han tenido conductas riesgosas, se llevaron a cabo pruebas *t de Student*.

En cuanto al consumo de tabaco, tanto las fortalezas internas como las externas mostraron diferencias estadísticamente significativas entre los adolescentes que fuman y los que no.

Los jóvenes que no han consumido tabaco son los que presentaron puntajes más altos en las fortalezas como lo indica la (Tabla 5).

En el consumo de alcohol todas las fortalezas internas mostraron diferencias estadísticamente significativas entre los que consumen alcohol y los que no. En las externas la única que no fue estadísticamente significativa es Amigos saludables. Los adolescentes que no consumen alcohol son los que presentaron puntajes más altos (Tabla 6).

Los estudiantes que no consumen marihuana obtuvieron puntajes más altos en todas las fortalezas, tanto internas como externas (Tabla 7).

Todas las fortalezas internas mostraron diferencias estadísticamente significativas entre los alumnos que consumen inhalantes y los que no. En las externas la única fortaleza que no fue estadísticamente significativa fue amigos saludables (Tabla 8).

Todas las fortalezas externas fueron significativamente diferentes entre los alumnos que consumen alguna droga ilegal y los que no. La única fortaleza interna que no mostro diferencia significativa fue responsabilidad.

Los jóvenes que no consumen drogas ilegales presentan puntajes más altos en la fortaleza interna en la resistencia a presión de pares y en las fortalezas externas en la supervisión de la madre y en reglas en casa (Tabla 9).

En cuanto a conductas de riesgo al consumo de drogas es importante remitirnos a la teoría biopsicosocial para comprender como los individuos (en este caso adolescentes) tienden a asumir a la conducta de riesgo al consumo de estas sustancias; desde la perspectiva biológica el contacto de las drogas con los sujetos desencadena una gran variabilidad de procesos bioquímicos en donde los neurotransmisores, desempeñan un papel determinante:

Ya sea para psicoestimularse o bien para psicodeprimirse involucrándose especialmente sustancias como la dopamina, la serotonina entre otras (Bozarth, 1991).

Las drogas tanto lícitas como ilícitas, desencadenan en los jóvenes una sensación de placer y una percepción diferente de la realidad, el cual tanto en hombres como mujeres ofrece una experiencia nueva, ejerciendo un efecto paliativo ya sea en situaciones psicopatológicas o bien por malestar físico ejerciendo una mayor curiosidad en el consumo en la población joven, sobre todo, si no llega a ocurrir efectos secundarios adversos.

Con todo ello, se ejecuta una trampa sobre todo para el joven, en la cual es difícil de salir debido a dos efectos esenciales:

- 1) El efecto bioquímico adictivo de la sustancia ingerida.
- 2) La sensación paliativa de placer ante el malestar físico o psicológico.

En el aspecto psicológico, la utilización de las drogas (dependiendo del tipo) genera en el individuo efectos adversos en la conducta habitual, principalmente: seguridad, efectos de evasión de la realidad, euforia o relajación, pérdida del sentido del tiempo, reducción de la memoria a corto plazo, apatía, Falta de concentración, trastornos de la alimentación y en casos avanzados agresividad, alucinaciones y psicosis. En el aspecto social su impacto principal es en la familia, generando evasión de la responsabilidad, conflictos relacionales, abandono en casos avanzados. En lo laboral, ausentismo, baja productividad y conflictos de trabajo, en lo legal, falta administrativa o penal por consumo y posesión de drogas en cuanto a la sociedad: etiquetación, exclusión y rechazo.

En este apartado, es necesario comentar que los factores principales que influyen en las y los adolescentes ante la conducta de riesgo al consumo de drogas, ya sean lícitas e ilícitas parten de factores asociados, los cuales se pueden dividir en macro sociales, micro sociales e individuales (Catalano y Miller, 1992).

En esta investigación se observa, según los resultados que entre mayor sea la supervisión y comunicación de la madre sobre todo en los hijos varones menor será la conducta de riesgo en el consumo de alcohol y de marihuana.

Rodríguez y Kuri (2004). Afirman que la violencia y el conflicto intrafamiliar son determinantes en la comisión de conductas de riesgo, observando en esta

Investigación que las fortalezas externas de la supervisión de la madre y reglas en casa juega un papel determinante en evitar conductas riesgosas en el consumo de drogas ilegales sobre todo las de origen químico, como las metanfetaminas, cocaína y crack. También se ha encontrado en la literatura, que un factor de riesgo importante para los adolescentes es el consumo de drogas que pudiese darse por un miembro de la familia (padres o hermanos) (Rodríguez y Kuri, 2004).

Otro grupo de factores micro sociales asociados de consumo de drogas lo constituyen los amigos, esta presión del grupo puede llevarles a hacer cosas no coherentes con sus criterios personales, y que en el transcurso del tiempo le resulten perjudiciales. Por eso es necesario que los jóvenes, adquieran estrategias de comunicación asertivas que le permitan hacer frente a la presión de grupo, haciendo valer sus propias decisiones ante sus amigos, sin que ello le afecte sobre todo en lo emocional.

Así mismo es importante que las y los adolescentes incorporen valores de solidaridad grupal y apoyo entre pares, que les permitan tener relaciones sociales positivas y felices. Para ello es de importancia, la utilización del desarrollo positivo Juvenil, que proporciona la alternativa para identificar la problemática en los grupos de pares.

Con ello, la profesión de trabajo social puede intervenir con sus diferentes métodos y técnicas, en estrategias que potencialicen positivamente el hacer y actuar entre los amigos, generando así, el fortalecimiento de hábitos y acciones saludables, al afrontar de forma contundentemente la presión negativa de amigos y las conductas de riesgo, sobre todo al consumo de drogas.

Como se observa en los resultados de esta investigación, existe una asociación con el RIESGO, tanto en la presencia de conductas antisociales como en el consumo de drogas o su permisividad (Medina-Mora et al, 2003). En este estudio se pudo corroborar con la prueba T de student que la fortaleza interna de la presión de pares es muy significativa en el consumo de drogas ilegales.

Por parte de los factores de tipo individual sobresalen como protección una buena autoimagen y autovaloración, mientras que como riesgo, aparece la depresión así como los trastornos de conducta (Rodríguez-Kuri, 2004).

Por otra parte, la búsqueda de sensaciones se ha ubicado como factor de riesgo en el uso de marihuana (Gracia y Contreras, 2002). Un estudio postulado de la psicopatogénesis de la teoría de la motivación de Maslow (1970).

Dichos autores exploraron un modelo predictivo de uso de marihuana, cocaína o ambas drogas y se basó en necesidades deficitarias identificadas como relevantes para la cultura mexicana. El estudio detectó que la satisfacción de determinadas necesidades sobre todo afectivas, son elementos de protección del consumo.

De tal manera, la satisfacción de las necesidades de la salud y de cariño se conformaron como protectoras de poli consumo (marihuana y cocaína); la satisfacción de las necesidades de tranquilidad y éxito en la familia como protectoras de uso de cocaína y la satisfacción de las necesidades de éxito y respeto como protectoras de uso de marihuana (Gracia, 2002).

En el análisis de este trabajo en cuanto el apartado de conducta de riesgo al consumo de marihuana, podemos señalar que las fortalezas externas de supervisión de la madre, reglas en casa y amigos sin conductas de riesgo son muy significativas en la evitación de esta conducta. Mientras que en las fortalezas internas todas son muy significativas, con excepción solamente de la determinación de evitar la conducta al consumo.

También se toma en cuenta que la perspectiva del trabajo social en esta investigación, no solo es el análisis de las fortalezas externas e internas del enfoque del desarrollo positivo juvenil, como elemento de promoción y prevención en la salud de los jóvenes, también es lograr abordar el aspecto de la conducta de riesgo a la adicción a las drogas, que sin duda, tiene una relación estrecha con el campo de la salud en una de las etapas más sensibles del ser humano, que es la adolescencia, cuyo estado, es la parte de transición del individuo que deslumbra la formación de dicho ser en su etapa adulta.

En nuestro sistema de salud mixto, se muestran carencias significativas en la promoción de la salud y tratamientos en el consumo de drogas, a pesar de diversos programas públicos en la prevención de este fenómeno. La estadística nos muestra una realidad cruda: Un incremento en el consumo de drogas, pero sobre todo, en el consumo de alcohol y tabaco en las mujeres, y el cual se puede constatar en el apartado de resultados de esta investigación.

Las edades cada vez se hacen más cortas en el consumo de drogas ilegales, específicamente en marihuana y metanfetaminas. Por lo que se requiere de romper con el sistema biopsicista médico y de integrar más elocuentemente el sistema biopsicosocial, donde disciplinas como el trabajo social entre otras más de la rama de las humanidades aporten y se pueda hacer frente a esta problemática social.

4.5 EXPOSICION REFERENTE A LAS HIPOTESIS.

1. En la primera hipótesis relacionada con: Las principales fortalezas externas con las que cuentan las y los estudiantes de la escuela secundaria técnica ubicada al sur del municipio de Culiacán, Sinaloa, son: la comunicación y supervisión del padre y la madre, reglas en casa y amigos saludables sin conducta de riesgo. Podemos determinar que:

La comunicación y supervisión del padre según la pruebas T de Student demuestra que solo la conducta de riesgo al consumo de tabaco es SIGNIFICATIVA para él o la adolescente en NO asumir dicha conducta al consumo de esta droga legal. En cuanto a las demás drogas como son el alcohol, marihuana, inhalables y otras como cocaína y metanfetaminas, la supervisión y comunicación del padre no son altamente significativas para los adolescentes de dicho plantel escolar en asumir conductas de riesgo al consumo de este tipo de sustancias.

La comunicación y supervisión de la madre en cambio, es altamente significativa para las y los adolescentes en la prevención al consumo de drogas sobre todo en tabaco y alcohol por lo que se puede deducir que la figura materna juega un papel muy determinante en los jóvenes en la evitación de este tipo de conductas riesgosas que atentan sobre la salud.

En cuanto a las reglas en casa como fortaleza externa, esta también es altamente significativa en la evitación del consumo de drogas, argumentándolo con el resultado obtenido de las pruebas T, por lo que se deduce que entre mayor es el número de reglas en casa que impone la mamá menor será la posibilidad de asumir conductas de riesgo al consumo de drogas,

2. En la segunda hipótesis la cual menciona que: Las principales fortalezas internas con las que cuentan las y los estudiantes de la escuela secundaria técnica ubicada al sur del municipio de Culiacán, Sinaloa, son: la importancia de la religión, la resistencia a presión de pares, la responsabilidad, la importancia de la salud, la toma de decisiones y evitación del consumo de sustancias.

Podemos deducir lo siguiente: En cuanto a la conducta de riesgo al consumo de tabaco todas las fortalezas internas son significativas con excepción de la fortaleza de toma de decisiones. Las fortalezas internas más sobresalientes en este rubro fue la importancia de la salud y la resistencia a presión de pares.

En cuanto a la conducta de riesgo al consumo de tabaco por orden de significancia podemos mencionar que la de mayor jerarquía en cuanto a fortalezas internas fue la importancia de la salud que tienen los jóvenes ante esta conducta, seguido de la importancia de la religión y en tercer lugar la fortaleza interna de la evitación del consumo de sustancia por parte de los adolescentes. En este apartado se observa que la resistencia de pares y la toma de decisión al consumo de esta sustancia no es significativa por parte de los jóvenes.

En lo correspondiente a la conducta de riesgo al consumo de marihuana todas las fortalezas internas son significativas con excepción de la evitación del consumo de sustancia. Las fortalezas internas más significantes en esta conducta de riesgo fue en primer lugar la resistencia a presión de pares y en segundo lugar la fortaleza interna de la toma de decisiones.

En la conducta de riesgo al consumo de inhalantes la fortaleza interna de la importancia de la salud y la resistencia a presión de pares fueron las únicas significativas en mostrar verdaderos escudos en el consumo de esta clase de drogas entre los sujetos de estudio de esta investigación.

En cuanto al consumo de otras drogas como cocaína, metanfetaminas entre otras, se deduce por medio de la prueba T, que la única fortaleza interna en este aspecto es la resistencia a presión de pares. En síntesis se deduce que dentro de las fortalezas internas más significantes en las conductas de riesgo al consumo de drogas es la RESISTENCIA A PRESION DE PARES Y LA IMPORTANCIA DE LA SALUD que perciben los adolescentes ante este fenómeno en estudio.

3. En cuanto a la hipótesis de: A mayores fortalezas externas e internas de los adolescentes, menores serán las conductas de riesgo al consumo de drogas.

Podemos argumentar que efectivamente entre más robustecidas sean dichas fortalezas el riesgo al consumo de drogas será menor. Sobre todo en fortalezas externas como lo es la supervisión de la madre que es estadísticamente significativa en todas las conductas de riesgo al consumo de drogas. En segundo término le preside la fortaleza externa de reglas en casa que es significativamente en todas las conductas riesgosas, con excepción al consumo de inhalantes.

4.6 RESPUESTA A LA COMPROBACION DE LOS OBJETIVOS.

En cuanto al objetivo general el cual nos señala:

Analizar las fortalezas internas y externas con que cuentan las y los estudiantes de la escuela secundaria técnica ubicada al sur del municipio de Culiacán, Sinaloa; ante el riesgo al consumo de drogas: tabaco, alcohol y marihuana.

Podemos señalar que los jóvenes cuentan con fortalezas importantes para ser frente a la conducta de riesgo al consumo de drogas, los resultados obtenidos en esta investigación son reveladores, las fortalezas tanto internas como externas de los adolescentes que no consumen drogas son más robustecidas.

Por lo que por antítesis, aquellos que no cuentan con dichas fortalezas son los que asumen dichas conductas riesgosas sobre todo en el consumo de marihuana, alcohol y tabaco.

En cuanto al objetivo específico de: Identificar las fortalezas externas con las que poseen las y los estudiantes de la escuela secundaria técnica ubicada al sur del municipio de Culiacán, Sinaloa.

Podemos deducir por el resultado de la investigación misma, que las fortalezas más relevantes son: En cuanto externas: La supervisión de la madre y reglas en casa.

Y en las fortalezas internas: La influencia de pares y la importancia de la salud del joven.

En el segundo objetivo de: Detectar las conductas de riesgo que se relacionan con el consumo de drogas: Lícitas e Ilícitas, que asumen las y los estudiantes de la escuela secundaria técnica ubicada al sur del municipio de Culiacán, Sinaloa. Se argumenta que la detección de los riesgos, así como la prevención de los mismos, puede lograrse a través del trabajo de las fortalezas más sobresalientes arrojadas en este estudio.

En el último objetivo específico el cual señala: Analizar la relación de las fortalezas (tanto externas como internas) con la conducta de riesgo al consumo de alcohol, tabaco y drogas ilícitas en los adolescentes de secundaria. Se determina que hay un nexo muy importante entre fortalezas (tanto externas como internas) con las conductas de riesgo, sobre todo en el consumo de drogas (tanto legales como ilegales), debido a que las fortalezas. Crea escudos de protección en el adolescente biopsicosocialmente, logrando con ello, un desarrollo más saludable y potencializador en el individuo en esta etapa transitoria de su vida que es la adolescencia y juventud hacia la vida adulta.

CONCLUSIONES

El concepto de juventud y adolescencia en nuestros días es determinado por la edad cronológica según cada región geográfica del mundo sin embargo, la mayor parte de los países se rigen por los estatutos establecidos por la OMS y la UNICEF. En nuestro país la edad establecida es demarcada por la ley del instituto mexicano de la juventud (1999) la cual señala que es de los 12 a los 29 años.

La adolescencia como parte esencial de la juventud tiene la característica de ser una etapa de transformación biopsicosocial, en donde las conductas de riesgo se presentan como parte paralela al desarrollo de dichos sujetos debido a La búsqueda de la identidad, la aceptación social y el equilibrio psicológico-emocional. El consumo de drogas en esta etapa transitoria es una de las conductas de riesgo de mayor impacto en la sociedad por los efectos ya conocidos que deja en la familia, el entorno social, pero sobre todo en la salud de los individuos sus secuelas y el costo económico, razón por la cual el Estado, realiza programas de prevención e intervención en dicho campo.

El enfoque del desarrollo positivo juvenil (PYD) ofrece una oportunidad al ser frente a este fenómeno en estudio, al tratar a las conductas de riesgo a través de las fortalezas externas e internas de los jóvenes y no en el déficit como actualmente más prevalece. De este modo el PYD, exhorta cualidades y potencialidades en los jóvenes otorgando apertura a la multidisciplina en donde el TRABAJO SOCIAL tiene un papel importante al contar con dos elementos esenciales:

- 1) Su alta capacidad de intervención con los sujetos en su contexto.
- 2) Su campo de acción en el área de la salud, sobre todo, en el área de la promoción y de la prevención, en donde esta disciplina ha destacado vigorosamente.

En el resultado de esta investigación podemos afirmar que las fortalezas externas más sobresalientes son: la comunicación y supervisión del padre y la madre, las reglas en casa y la influencia de los pares. En cuanto a las fortalezas internas la influencia de pares y la importancia de la salud del joven.

En tanto a conductas riesgosas las más sobresalientes es el consumo de alcohol y tabaco, seguido del consumo de drogas psicotrópicas en donde la marihuana sigue siendo las más usuales entre los adolescentes, cabe señalar que las mujeres arrojan mayor consumo en el alcohol y en marihuana en el consumo de cuatro o más días por mes.

RECOMENDACIONES Y ALTERNATIVAS

Dentro de las recomendaciones sobresalientes es exhortar al Estado sobre todo en sus instituciones como la Secretaria de Salud y Asistencia, así como a la Secretaria de Educación Pública a crear programas integrales de promoción y prevención de la salud en los adolescentes específicamente entre los 12 a 16 años. Debido a que en esta edad es muy favorable detectar problemáticas de salud tanto biológica como mental, así como aquellas originadas por conductas riesgosas muy propicias en estos años de vida por las razones obvias ya descritas en esta investigación.

Otra recomendación es promover y difundir al profesional del trabajo social a la aplicación del enfoque del desarrollo positivo juvenil (PYD) en intervenciones y programas de apoyo a la juventud no solamente en acciones saludables sino en otras donde se pueda potencializar las fortalezas y cualidades de los jóvenes como puede ser el campo educativo, deportivo y artístico.

Este enfoque proporciona al trabajador(a) social a ejecutar acciones pro sociales en los jóvenes que fortalezcan y desarrollen actividades al progreso de la sociedad la cual debe nutrirse recíprocamente entre los diversos actores que conforman nuestra comunidad (tanto en los sectores públicos como privados).

Como alternativa el enfoque del PYD, debe de analizarse como una herramienta por los diferentes profesionales tanto del campo de la salud como de las humanidades a trabajar multidisciplinariamente y científicamente en beneficio de la juventud.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- Alfonso, J., Huedo, M., Espada (2009). Factores de riesgo predictores del patrón de consumo de drogas durante la adolescencia, "*Anales de psicología*". 25(2): 330-338.
- Alonso, C., Del Barrio V. (1996). Consumo de drogas legales y factores asociados al ambiente escolar, "*Psicología Educativa*", 2, p 91-112.
- Andrade, P., Morales, N., Sánchez, X. Fortalezas de los jóvenes que no presentan conductas de riesgo, *El psicólogo Anáhuac*, No.16, 2013, México D.F.
- Archivo clínico. Servicio Médico Secundaria técnica No.80 Culiacán Sinaloa, ciclo 2012-2013.
- Banco mundial (2010), Asamblea Anual sobre desarrollo económico.
- Baquero, R. (1997). Vigostky y el aprendizaje. Edit Aique 1997. Buenos Aires Argentina.
- Bautista, E. (2008). Paradigmas teóricos que apoyan la práctica de trabajo social. Edit. UNAM, México D.F
- Becoña, E. (2003). Tabaco, ansiedad y estrés. *Salud y drogas* Vol.3 pag.70-92.
- Benson, P. (2002). Adolescent development in Social and Community context: a program of research. *New Direction for youth development*, pp, 123-147.
- Benson, P., Leffert, N., Scales, P., Blyth, D. (1998). Beyond the village rhetoric Creating Healthy communities for children y adolescents. *Applied Developmental Science*, 2(3), 138-159.
- Benson, P., SCALES, P. (2009). The definition and preliminary measurement of thriving in adolescents. *The journal of positive psychology* 4 85-1104.
- Bertalanfy, L. (1977). Teoría general de los Sistemas, Fondo de cultura Economica España.
- Bozarth, M. (1991). The mesolimbic dopamine system, Edit John Wiley y Sons, Lodon, England.
- Bronfenbrenner, U. (1987). La ecología del desarrollo Humano, Editorial Paidos Iberica.
- Carta, Ottawa. (1986). Organización Mundial de la Salud.
- Casas, G. (2010). El Trabajador social y la Salud, Consejo consultivo de Foro sobre Adicciones.

- Catalano, R., Miller J. (1992). Risk and Protective factors for alcohol and other drugs, The American Psychological Association.
- Ceci, S. (1994). Applied D Applied Development psychology, Collage of Human Ecology.
- Centro de integración juvenil Sinaloa, (2014). Departamento de control epidemiológico, Culiacan Sin. Mexico.
- Chassin L., Pitts, S., Prost, J. (2004). Trayectoria of heavy Drinking from Adolescent, Journal of Consulting and Clinical Psychology.
- Chavez, j. (2008). Genero y ciudadanía, ENTS, UNAM Mexico.
- Corbetta, P. (2007). Metodología y Técnicas de Investigación Social, Edición Revisada. España. Editorial: McGraw-Will/Interamericana de España, S.A.U. pp.308.
- Courtwright, D. (2001). Forces of habit, Cambridge, Massachusetts, USA.
- Damon,W. (2004). What is positive youth development?, The annals of American academy of political and social science, pp 591, 13-24.
- Diaz, N. (2008). Factores Psicosociales de riesgo de consumo de drogas ilícitas en una muestra de estudiantes de educación Media, Revista Panamericana de salud publica. 24 pp 223-232.
- Donati, Pierpaolo. (1994). Manual de Sociologia de la familia, Edit. Eunsa, Navarra
- Dubos, R. (1975). El espejismo de la salud, FCE, México D.F.
- Espada J., Méndez P. (2003). Prevención de abuso de drogas en la adolescencia, Edit. Piramide.
- Fernández P., Díaz, P. (2002). investigación cuantitativa y cualitativa. Unidad de epidemiologia clínica y estadística, complejo hospitalario universitario Juan Canalejo, Coruña España
- Fernandez,O.(2004).El impacto de la enfermedad en la familia, Rev.fac.Med.UNAM Vol.47 No.6 2004.pp.250-254.
- Florenzano, R. (1997). El adolescente y sus conductas de riesgo, Articulo Científico difundido por la universidad de Chile.
- Flory, K., Clayton I. (2004). Early Predictory youg Adult alcohol y Marijuana use Trayectoria, Development Psicology. Vol.16 pp193-213.

- Germain, I., Gitterman, N (1980). El modelo de vida de la práctica del trabajo social,[http:// www.arqhys.com/general/teoria-de-sistema-ecologico.html](http://www.arqhys.com/general/teoria-de-sistema-ecologico.html).
- Gonzales, F., Garcia, S. (1996), Consumo de drogas en la adolescencia, Edit Psicothema.
- Gracia, E., Saldivar, L., Contreras, I. (2002). Validacion de escalas de búsqueda de sensaciones, Rasgos de personalidad y su importancia en las adicciones, *Psicología social en Mexico*, Vol 9 pp 411-418.
- Gutiérrez, A. (2010). Drogodependencia y Trabajo Social, Edit. Ediciones, Madrid España.
- Hawkins, j., Catalano. (2000). Early adult out comes of Adolescent alcohol use: Person and Variable-Centered analysis of Binge drinking trajectories alcoholismi; *Clinical and Experimental research*, 24, pp. 892-901.
- Hernández, R., Cols (2006). Metodología de la investigación, Mac Graw Hill. México, Capitulo 1, pp. 3-21.
- Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (2010). Metodología de la investigación. Editorial: Mac Graw Hill, quinta edición, México D.F.
- Hurtado, I., Toro, J. (1998), Paradigmas y métodos de investigación en tiempos de cambio. Ediciones de la Universidad de Carabobo. Segunda Edición, Valencia, Venezuela.
- INEGI. (2010). Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, Censo nacional de población año 2010.
- Jassor, R., Jassor, S. (1977). Problem behavior and Psychosocial development a longitudinal study of youth, London: Academic Press.
- Kisnerman, N. (1990). Introducción al Trabajo Social. Buenos Aires: Humanitas.
- Krueger, R., Casey, M. (2000). Focus groups a practical guide for applied research USA: sage Publication Inc.
- Ley del Instituto Mexicano de la juventud, año 1999.
- Margulis, A., Urresti. (1998). La construcción social de la condición de juventud, Edit. Siglo del Hombre, Santa fe Bogota Colombia, pp.16.
- Martínez, M. (1999). La investigación cualitativa etnográfica en educación. México. Editorial: Trillas.
- Maslov, I. (1977). Psicopatogenesis And theory of threat, London England.

- Mckeown, T.(1982).El papel de la medicina. Sueño, espejismo o némesis.Edit, Siglo XXI, México. D.F.
- Medina, M. (2003). Consumo de Drogas en adolescentes Mexicanos, Gaceta medica de Mexico No-131.
- Montecinos, X. (2012). Rol del trabajador social en la salud en Chile, universidad pontificia católica de Chile.
- Montenegro, D. (2013). Psicología social y su relación con el trabajo social, Universidad de San Carlos de Guatemala.
- Muñoz, C., Espinoza, A., Portillo, J. (2002), La Familia en la Enfermedad, Edit, medicina de la familia.
- Oliva, A. (2011). Desarrollo Positivo Adolescente y los activos que lo promueven, Consejería de Salud, Junta de Andalucía España.
- Oliva, P. (2008). Consumo de sustancias durante la Adolescencia: Trayectorias evolutivas y consecuencias para el ajuste psicológico, International Journal of Clinical and Health Psychology, Vol 8 pp 153-169.
- OPS. (2002). Organización Panamericana de la Salud, Iniciativa la salud publica en las americas, Washigton D.C.
- Pincus, A., Minahan, A. (1973). Social work practice:model and method, Edit F.E. Peacock, Universidad de Michigan U.S.A.
- ENTS. (2014). Escuela Nacional de Trabajo Social, Programa de Formación para el estudiante de Trabajo Social, UNAM, 2014.
- Przerwoeski, A. (1982). La teoría sociológica y el estudio de la población: Reflexiones sobre el trabajo de la comisión de población y desarrollo de CLACSO, Colegio de Mexico pp.79-80.
- Rapp, J. (1984). Familia y Unidad domestica: Mundo publico y vidas privadas, Edit. Cedes.
- Rodriguez, E. La medicina como instrumento social, ISSN 1130-2976, No.43, 2002.
- Rodriguez, K. (2004). Factores familiares y de Pares asociados al consumo de drogas Edit. UNAM, México.
- Ruiz, I. (2002). Cómo elaborar un proyecto de investigación Social. Universidad de Deusto, segunda edición. Bilbao, España.
- Sabriego, M. (2003). Metodología de la Educación, Edit. paidos Buenos Aires Argentina.

- Sanchez, A. (2015). T de Student Usos y Abuso, Revista Mexicana de Cardiología, Volumen 26 P.59-61.
- Sarokim, A. (1957). Social and Cultural Dynamics, Vol.II, London: Academic Press.
- Schulenberg j., Maggs, J. (2002).A devaelopmental pective on alcohol use and heavy drinking during adolescent and the transition, Journal Estudios on alcohol pp.54-70.
- SISVEA. (2013).Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones, Reporte anual año 2013.
- Sussman, U., Dent. (2004). Peer group self-identification among alternative high school yout, International journal of clinical and Healtd psychology.
- Toro, A. (2011) Educar con Corazón, Universidad de Tenerife, España.
- Touraine, A. (1997). ¿Podemos vivir juntos? Iguales y diferentes, Fondo de Cultura económica, Mexico D.F.
- UNICEF. (2010-2011). Del discurso a la accion: Construyendo ciudadanía en México a través del desarrollo positivo del adolescente.
- Urcola, M. (2003). Algunas apreciaciones sobre el concepto sociológico de juventud, Universidad del centro educativo Latinoamericano, Rosario, Argentina pp 41-50.
- Vela, E. (2008). Adolescencia y Familia, CEAPA puerta del sol, Madrid España.
- Vergara,M.(2007).Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad. Revista Hacia la Promoción de la Salud, 12() 41-50. Recuperado de <http://sss.redalyc.org/articulo.oa?id=309126689003>.
- Veron, E. (2002). Términos críticos de sociología de la Cultura, Edit Paidos, Buenos Aires Argentina. pp 218.
- Vimont, M. (2012). Desarrollo Positivo Juvenil: Una Guía para el profesional o Investigador de Trabajo Social, Springer Science + Business Media , LLC.
- Vygostky, S. (1994). Revista UNESCO “oficina Internacional de Educacion” Vol.XXIV, pag 773-799. Paris Francia.

ANEXOS



CONSENTIMIENTO INFORMADO

RED: FAMILIA Y DESARROLLO HUMANO

Por este conducto, le estamos solicitando su autorización para que su hijo (a) participe respondiendo unas preguntas relacionadas con la vida en familia, y sobre las conductas saludables y de riesgo que practica o puede llegar a realizar.

El objetivo del estudio es: **Identificar las fortalezas del desarrollo positivo juvenil, así como las conductas saludables y de riesgo de los alumnos (as). A fin de diseñar acciones que contribuyan a mejorar el desarrollo de los estudiantes.**

Algunas consideraciones importantes que debe tener en cuenta:

- La participación de los alumnos en el estudio, es completamente **voluntaria**.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable en caso de no aceptar participar.
- Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, aun cuando el investigador responsable no se lo solicite, informando las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad
- **No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.**
- **No recibirá pago por su participación.**
- La información obtenida en este estudio, será mantenida con **estricta confidencialidad** por el grupo de investigadores.
- Si no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, si así lo desea, puede firmar la presente carta de consentimiento informado y regresarla con su hijo (a).
- Por su apoyo entusiasta, ¡MUCHAS GRACIAS!

DR. BLAS HERNANDEZ

Director de la escuela SECUNDARIA TECNICA No. 80

Culiacán, Sinaloa, ___2___ de ___MARZO___ de 2015

Nombre y firma del padre, madre o tutor

¡Hola! Somos personas que trabajamos en la facultad de Trabajo Social de la Universidad Autónoma de Sinaloa y estamos realizando una investigación sobre lo que piensan, sienten y hacen los jóvenes de tu edad. Este cuestionario es anónimo, te agradecemos seas sincero y respondas todas las preguntas.

Datos personales:

Nombre de la escuela: _____

1. ¿Eres? () Hombre () Mujer

Grupo: _____ Grado: _____

2. ¿Cuántos años tienes? _____

3. ¿Qué grado cursas? () 1° () 2° () 3°

4. Turno: () Matutino () Vespertino

5. ¿Cuál fue tu promedio escolar el año anterior? _____

6. ¿Cuál es tu estado civil?

() Soltero (a) () Soltero (a) viviendo con una pareja (unión libre) () Casado(a)

7. ¿Con quién vives?

() Papá y mamá () Papá y hermanos (as) () Sólo papá
 () Papá, mamá y hermanos (as) () Mamá y hermanos (as) () Otros
 () Papá, mamá, hermanos (as) y otros () Sólo mamá

8. ¿Hasta qué año estudió tu papá (o padrastro o tutor)?

() Primaria () Secundaria () Preparatoria () Licenciatura () Carrera técnica () Posgrado

9. ¿Hasta qué año estudió tu mamá (o madrastra o tutora)?

() Primaria () Secundaria () Preparatoria () Licenciatura () Carrera técnica () Posgrado

10. Tu papá (o padrastro o tutor):

() Trabaja tiempo completo (ocho horas o más) () Estudia y trabaja () Está pensionado/Jubilado
 () Trabaja medio tiempo (menos de ocho horas) () Está desempleado () No sé

11. Tu mamá (o madrastra o tutora):

() Trabaja tiempo completo (ocho horas o más) () Estudia y trabaja () Está pensionada/Jubilada
 () Trabaja medio tiempo (menos de ocho horas) y es ama de casa () Es ama de casa () No sé

A continuación hay oraciones sobre la relación que tienes con **TU MAMÁ (Madrastra o Tutora)**, escoge la respuesta que mejor corresponda.

	Tu mamá:	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1.	Sabe en dónde estás cuando sales de tu casa					
2.	Le dices lo que hiciste cuando sales y regresas a tu casa					
3.	Sabe en dónde estás después de la escuela					
4.	Habla contigo sobre tus problemas					
5.	Platica contigo como buenos (as) amigos (as)					
6.	Cuando estás triste te consuela					

Tu mamá:		Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
7.	Conoce lo que haces por las tardes después de la escuela					
8.	Platica contigo de cómo te va en la escuela					
9.	Te ayuda en tus problemas					
10.	Te da confianza para platicarle algo muy personal de ti					
11.	Te dedica tiempo para platicar					
12.	Entiende las razones que le dices					
13.	Platica contigo de las cosas que te suceden					

A continuación hay oraciones sobre la relación que tienes con **TU PAPÁ (Padrastro o Tutor)**, escoge la respuesta que mejor corresponda.

Tu papá:		Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1.	Habla contigo de tus problemas					
2.	Platica contigo como buenos amigos					
3.	Te consuela cuando estás triste					
4.	Te escucha de forma paciente cuando le platicas tus problemas					
5.	Te dedica tiempo para platicar					
6.	Te ayuda en tus problemas					
7.	Te da confianza para que te acerques a él					
8.	Le platicas las cosas que te suceden					
9.	Platica contigo de lo que haces en tu tiempo libre					
10.	Platica contigo de todo lo que haces					
11.	Te pregunta qué haces con tus amigos (as)					
12.	Platica contigo de cómo te va en la escuela					
13.	Cuando sales y regresas a tu casa, le dices lo que hiciste					

¿En tu casa hay reglas respecto a...?		Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1.	Horarios para jugar videojuegos o navegar en internet					
2.	Llegar a casa a determinada hora					
3.	Cumplir con tus tareas escolares					
4.	Horarios para dormir					
5.	Horarios para comer					

¿Cuántos de tus amigos(as)?		Ninguno	Casi nadie	Algunos	Casi todos	Todos
1.	Se preocupan por llevar una dieta saludable					
2.	Duermen suficiente por la noche					
3.	Usan el cinturón de seguridad cuando viajan en automóvil					
4.	Fuman					
5.	Consumen bebidas alcohólicas					
6.	Consumen marihuana					
7.	Participan en deportes dentro y fuera de la escuela					
8.	Tienen relaciones sexuales					

¿Con qué frecuencia...?		Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1.	Llegas puntual a una cita					
2.	Cumples tus compromisos					
3.	Asistes puntualmente a clases					

¿Qué tan importante es para ti...?		Nada importante (0%)	Poco importante (25%)	Moderadamente importante (50%)	Importante (75%)	Muy importante (100%)
1.	Estar sano (a)					
2.	Sentir que estás lleno (a) de energía					
3.	Mantenerte con buena salud todo el año					
4.	Mantenerte sano (a) aunque tengas que esforzarte					
5.	Tener hábitos saludables con respecto a lo que comes					
6.	Evitar el consumo de alcohol					
7.	Tener hábitos saludables con respecto al ejercicio					
8.	Evitar el consumo de tabaco					
9.	Evitar el consumo de drogas					
10.	Confiar en tus creencias religiosas cuando tienes un problema					
11.	Creer en Dios o en un poder superior					
12.	Confiar en tus creencias religiosas como guía para la vida diaria					
13.	Rezar cuando enfrentas un problema personal					
14.	Tener una religión					

Marca la opción que corresponde a lo que tú haces:		Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1.	Si tus amigos (as) te ofrecen tabaco, aceptas aunque no quieras					
2.	Si tus amigos (as) te ofrecen alguna droga, aceptas aunque no quieras					
3.	Si tus amigos (as) te insisten tendrías relaciones sexuales aunque no quieras					
4.	Si tus amigos (as) te ofrecen una bebida alcohólica, aceptas aunque no quieras					
5.	Cuando tienes que tomar una decisión piensas cuidadosamente lo que vas a hacer					
6.	Para tomar una decisión buscas toda la información que te sea posible					
7.	Antes de tomar una decisión piensas en las posibles consecuencias					
8.	Cuando tienes un problema piensas en diferentes formas de solucionarlo					
9.	Piensas en las ventajas y desventajas de tus decisiones					

¿Cómo te sientes generalmente...?		Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1.	Tengo un carácter irritable					
2.	Exploto fácilmente					
3.	Me enfado cuando hago algo bien y no es apreciado					
4.	Me enojo muy fácilmente					
5.	Me pongo furioso (a) cuando me critican delante de los demás					
6.	Me pongo furioso (a) cuando cometo errores estúpidos					
7.	Me siento furioso (a) cuando hago un buen trabajo y se me valora poco					
8.	Me enojo cuando alguien arruina mis planes					
9.	Soy enojón (a)					

Pensando en tu desempeño escolar actual, qué tan seguro(a) estás de...		Nada seguro (0%)	Poco seguro (25%)	Moderadamente seguro (50%)	Seguro (75%)	Muy seguro (100%)
1.	Obtener al menos 8 de promedio este año					
2.	Que tus maestros (as) te consideren un (a) estudiante brillante					
3.	Tener las calificaciones más altas de tu grupo					
4.	Cumplir con tus actividades escolares					

Independientemente de que consumas o no drogas ¿qué tan fácil o difícil sería para ti...?		Muy difícil	Difícil	Ni difícil ni fácil	Fácil	Muy fácil
1.	Conseguir bebidas alcohólicas					
2.	Conseguir bebidas alcohólicas dentro de tu escuela					
3.	Conseguir bebidas alcohólicas cerca de tu escuela					
4.	Introducir bebidas alcohólicas a tu escuela					
5.	Conseguir drogas					
6.	Conseguir drogas dentro de tu escuela					
7.	Conseguir drogas cerca de tu escuela					
8.	Introducir drogas a tu escuela					

Indica la opción que mejor corresponda a lo que crees:		Falso	No sé	Cierto
1.	El tabaco sirve de entrada para drogas más fuertes			
2.	Cuando un adicto interrumpe el uso de una droga se produce un síndrome de tolerancia			
3.	Las drogas se absorben a través del sistema nervioso y digestivo			
4.	El uso frecuente y continuo de drogas produce el síndrome de abstinencia			
5.	La cafeína es relajante			
6.	Basta probar una sola vez la heroína para hacerse adicto			
7.	Los estimulantes son drogas que deprimen el funcionamiento del sistema nervioso			
8.	Hace más daño fumar tabaco que marihuana			
9.	Las características del síndrome de abstinencia son: pérdida de apetito, insomnio, náuseas, vómitos, irritabilidad, convulsiones, ansiedad y agresión.			

Indica la opción que mejor corresponda a lo que crees:		No	Sí
1.	Las drogas sirven para olvidarse de los problemas		
2.	En la adolescencia es normal probar las drogas		
3.	Una vez que te vuelves adicto ya no te puedes "safar"		
4.	Las malas compañías te inducen a las drogas		
5.	Para tener éxito hay que evitar las drogas		
6.	Las drogas que se consiguen fácilmente son de baja calidad		
7.	La depresión puede llevarte al uso de alguna droga		
8.	Los adictos pierden a su familia		
9.	El café cargado baja la borrachera		
10.	En la vida se debe probar de todo incluso las drogas		

Otros Aspectos

1. ¿Has tenido relaciones sexuales?

() Sí () No (pasa a la pregunta 8)

2. ¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual? _____ años.

3. ¿Con quién tuviste tu primera relación sexual?

(1) Novio (a) (2) Amigo (a) (3) Pareja ocasional (4) Otro ¿quién? _____

4. La primera vez que tuviste relaciones sexuales ¿usaste condón?

() Sí () No

5. ¿Actualmente tienes relaciones sexuales?

() Si () No (pasa a la pregunta 8)

6. ¿Con quién tienes actualmente relaciones sexuales?

(1) Novio (a) (2) Amigo (a) (3) Pareja ocasional (4) Otro ¿quién? _____

7. ¿Con qué frecuencia usas condón?

() Siempre () Casi siempre () Algunas veces () Casi nunca () Nunca

8. ¿Has fumado tabaco alguna vez en tu vida?

() Si () No (pasa a la pregunta 13)

9. ¿Cuántos años tenías cuando fumaste tabaco por primera vez? _____ años.

10. En el último mes ¿has fumado tabaco?

() No (pasa a la pregunta 13) () Si, de 1 a 5 días () Si, de 6 a 19 días () Sí, de 20 o más días

11. ¿Cuántos cigarrillos fumas al día?

() No fumo () Menos de 11 () Entre 11 y 20 () Más de 20 diario

12. ¿Qué tan importantes son para ti las siguientes razones para fumar?

Razones	Nada importante (0%)	Poco importante (25%)	Moderadamente importante (50%)	Importante (75%)	Muy importante (100%)
1. Porque mis amigos (as) fuman					
2. Lo disfruto mucho					
3. Para ser más popular					
4. Me ayuda a calmarme cuando estoy estresado (a)					
5. Me ayuda a comer menos y a mantenerme delgado (a)					
6. Me ayuda a mantenerme despierto (a)					

13. ¿Qué tan importantes son para ti las siguientes razones para NO fumar?

Razones	Nada importante (0%)	Poco importante (25%)	Moderadamente importante (50%)	Importante (75%)	Muy importante (100%)
1. Es muy caro					
2. Huele mal					
3. Es malo para la salud					
4. Su sabor es desagradable					
5. Mis amigos (as) no fuman					
6. En mi casa no fuman					

14. ¿Alguna vez en toda tu vida te has tomado una COPA COMPLETA de alguna bebida alcohólica como cerveza, vino, etc.?

() Si () No (pasa a la pregunta 19)

15. ¿Qué edad tenías la primera vez que tomaste una COPA COMPLETA de alguna bebida alcohólica?

_____ Años

16. ¿Con qué frecuencia has tomado 5 o más copas de cualquier bebida alcohólica en una sola ocasión?

() Nunca en el último año () Una vez en el último mes () Una o más veces en la última semana
 () Por lo menos una vez en el último año () De dos a tres veces en el último mes

17. ¿Con qué frecuencia te emborrachas?

- () Nunca en el último año () Una vez en el último mes () Una o más veces en la última semana
 () Por lo menos una vez en el último año () De dos a tres veces en el último mes

18. ¿Qué tan importantes son para ti las siguientes razones para consumir alcohol?

Razones	Nada importante (0%)	Poco importante (25%)	Moderadamente importante (50%)	Importante (75%)	Muy importante (100%)
1. Porque mis amigos (as) beben					
2. Lo disfruto mucho					
3. Para ser más popular					
4. Me ayuda a calmarme cuando estoy estresado (a)					
5. Para olvidar mis problemas					
6. Porque hace las reuniones más agradables					

19. ¿Qué tan importantes son para ti las siguientes razones para NO consumir alcohol?

Razones	Nada importante (0%)	Poco importante (25%)	Moderadamente importante (50%)	Importante (75%)	Muy importante (100%)
1. Es muy caro					
2. Porque mis amigos (as) no beben					
3. En mi casa no beben					
4. Es malo para la salud					
5. Para no hacer el ridículo si me emborracho					
6. Puedo tener problemas con mis papás					

20. ¿Has consumido marihuana alguna vez en tu vida?

- () Si () No (pasa a la pregunta 23)

21. ¿Cuántos años tenías cuando consumiste marihuana por primera vez? _____ años.

22. En el último mes ¿has consumido marihuana?

- () No () Si, una vez () Sí, dos a tres veces () Sí, 4 o más veces

23. ¿Has consumido inhalantes (cemento, thinner, pegamentos) alguna vez en tu vida?

- () Si () No (pasa a la pregunta 26)

24. ¿Cuántos años tenías cuando consumiste inhalantes por primera vez? _____ Años.

25. En el último mes ¿has consumido inhalantes?

- () No () Si, una vez () Sí, dos a tres veces () Sí, 4 o más veces

26. ¿Has probado alguna otra droga ilegal (crack, cocaína, anfetaminas, piedra, tachas, etc.)?

- () Si () No (Pasa a la pregunta 30)

27. ¿Qué droga has consumido? _____

28. ¿Qué edad tenías la primera vez que consumiste esa droga ilegal? _____ Años

29. ¿Qué tan importantes son para ti las siguientes razones para consumir drogas?

Razones	Nada importante (0 %)	Poco importante (25%)	Moderadamente importante (50%)	Importante (75%)	Muy importante (100%)
1. Porque mis amigos consumen drogas					
2. Lo disfruto mucho					
3. Para ser más popular					
4. Me ayuda a calmarme cuando estoy estresado (a)					
5. Me ayuda a comer menos y a mantenerme delgado (a)					
6. Me ayuda a mantenerme despierto (a)					

30. ¿Qué tan importantes son para ti las siguientes razones para NO consumir drogas?

Razones	Nada importante (0 %)	Poco importante (25%)	Moderadamente importante (50%)	Importante (75%)	Muy importante (100%)
1. Son muy caras					
2. Porque mis amigos (as) no consumen drogas					
3. Porque no me quiero volver adicto (a)					
4. Es malo para la salud					
5. Puedo tener problemas con la policía					
6. Puedo tener problemas con mis papás					

Culiacán, Sinaloa. ____ De _____ 201____

¡Gracias por tu colaboración!