

UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL

“UNIDAD AJUSCO”

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA EDUCATIVA

PLAN 2009

“INFORME DE PRÁCTICAS PROFESIONALES”

*“INFORME DE PRÁCTICAS PROFESIONALES EN CENTROS DE
INTEGRACIÓN JUVENIL ÁLVARO OBREGÓN ORIENTE”*

TÍTULO: LICENCIATURA

PRESENTA:

GONZÁLEZ DURÁN GABRIELA LIZBETH

VILLAVICENCIO RIEVRA SARA

ASESOR:

SORIANO RAMÍREZ ROSA MARÍA

México 2023

ÍNDICE

Resumen	2
Introducción	2
Referentes teóricos	8
Capítulo I	8
1.1 Niveles de atención en el área de la salud	11
1.1.1. Niveles de prevención.	12
1.2. Modelos explicativos para las adicciones	14
1.2.1 Modelo psicosocial.	14
1.3. Modelos de prevención de adicciones de Centros de Integración Juvenil	22
Capítulo II	26
2.1. Factores de riesgo para el consumo de drogas	26
2.2. Centros de Integración Juvenil	36
2.3 Centros de Integración Juvenil Álvaro Obregón Oriente	42
2.3.1 Programa de Centros de Día.	47
2.3.2 Desarrollo de competencias en Jóvenes.	48
2.3.3 Programa para vivir sin drogas.	48
2.3.4 Sesiones informativas.	48
2.4.5 Jornadas preventivas.	48
Capítulo III	51
3.1 Escenario de intervención CIJAOO	51
3.2 Presentación del Curso-Taller de Inducción y Capacitación para el Personal de Trabajo Voluntario en el CIJAOO	53
3.3 Fundamentación teórica-metodológica del Curso-Taller	56
3.3.1 Objetivos	59
3.3.2 Actividades por desarrollar	62
3.3.3 Estructura	65
Conclusiones	87
Anexos	91
Referencias	99

Resumen

Resumen

Introducción

En este documento recepcional se muestra la serie de modelos que examinan la problemática de la farmacodependencia en México centrándose en los llamados Centros de Integración Juvenil (CIJ) que buscan desde el primer nivel de la salud la prevención. Por ello, se hace un análisis de farmacodependencia, a sustancias psicoactivas para establecer la creación de los CIJ y la serie de acciones que se implementan para su operación en el país desde 1969 con el fin de coadyuvar a disminuir los índices de la farmacodependencia en la población de niños, adolescentes, jóvenes y adultos.

La Universidad Pedagógica Nacional (UPN) firmó un convenio con algunos de estos CIJ, entre ellos Álvaro Obregón Oriente (CIJAOO), donde los estudiantes de la Licenciatura en Psicología Educativa llevan a cabo el Taller de Prácticas Profesionales I y II, cuya finalidad, entre otras, está el desarrollo de habilidades propias de esta licenciatura, y también, de acuerdo, con la organización del voluntariado a cargo del coordinador del CIJ, llevar a cabo un trabajo eficiente y efectivo que impacte en estas dos instituciones. Sin embargo, en la práctica, los estudiantes de séptimo y octavo semestre quedan bajo el auspicio de ellos mismos o de alguno de los empleados del CIJ, en ese sentido se presenta esta propuesta de Curso-Taller de Inducción y Capacitación para el Personal del Trabajo Voluntario del CIJAOO como una alternativa para eficientizar las actividades técnico-académicas que deben realizar los voluntarios de prácticas profesionales como una medida para que comprenda el trabajo en los ámbitos: comunitario y escolar que deberán realizar.

Introducción

Este Informe Psicopedagógico permite reconocer desde la experiencia profesional la importancia de los escenarios educativos para desarrollar los procesos de enseñanza aprendizaje que, como estudiantes de la Licenciatura en Psicología Educativa, se conciben como una serie de elementos que permiten articular y reflexionar los contenidos vistos en las diferentes asignaturas de esta carrera. Fue el Centro de Integración Juvenil Álvaro Obregón Oriente (CIJAOO) la institución que permitió operativizar una serie de estrategias, no solo para promover el aprendizaje de los estudiantes que hicieron sus prácticas profesionales en este centro, sino también para pensar y definir la labor psicopedagógica.

La estructura es entendida como la composición de los contenidos y las tareas que se deben desarrollar, el contenido hace referencia al área disciplinar durante el proceso de enseñanza aprendizaje, así como lograr los contenidos esperados, la tarea es la serie de actividades en las que el estudiante pondrá en práctica los conocimientos asimilados, así como los procesos de seguimiento que contemplan la actividad individual y la interacción con el otro (docente o par), por su parte, la planificación vislumbra la logística y los recursos (humanos, físicos, materiales, tecnológicos, etc.),

Esta última es muy importante porque permite que al interior de la institución se cumpla lo formulado, es por ello que en este documento recepcional se tomó en cuenta la experiencia que se tuvo en CIJAOO y por eso se presenta un diseño de *Curso-Taller de Inducción y Capacitación para el Personal de Trabajo Voluntario en el CIJAOO* como una propuesta para los futuros estudiantes de la Licenciatura en Psicología Educativa de la Universidad Pedagógica Nacional para la asignatura Taller de Prácticas Profesionales. Se propone que se tome en cuenta el trabajo del Coordinador de Voluntarios y al Profesor de esta asignatura para poder involucrar al voluntario de Prácticas Profesionales y sepa cuáles son no solo los ámbitos de acción (comunitario y escolar), sino que, desde el Programa de Prevención, se reconozcan las fases establecidas, a saber: mejora continua, profesionalización y servicios de calidad.

Esto permitirá que, cuando se lleven a cabo las actividades encomendadas a los voluntarios, sepan por qué y cómo lo deben hacer, y ya no solo se le otorguen una serie de documentos que no los ubican ni contextualizan en el Programa de Prevención. Esto tiene la finalidad de que el trabajo de los voluntarios sea menos tedioso y lento, pues en muchas ocasiones tienen que realizar una actividad utilizando únicamente un pensamiento intuitivo

que los lleva a la especulación, confrontando esto con su profesor de Taller de Prácticas Profesionales, o bien los deja a merced de algún empleado de la institución que hace los requerimientos de acuerdo a su lógica individual sin fundamentarse en el proceso de gestión del voluntariado. Esta propuesta surge a partir de la experiencia de las autoras de este documento, pues la capacitación que se les dio fue escasa o nula, dejando una serie de dudas e inquietudes que durante todo este periodo nunca se pudieron resolver.

Con este Curso-Taller se podrá entender que una de las funciones del Psicólogo Educativo en este tipo de instituciones es la impartición de talleres preventivos ante el consumo de sustancias psicoactivas en diferentes escenarios y que, antes de impartirlos, debe tomar en cuenta el diseño de estos talleres, el tipo de usuarios a quienes van dirigido y el contenido que se va a impartir. Por eso es necesario que se sensibilice a través de un proceso de inducción y capacitación para otorgar un servicio apropiado a la comunidad y así desarrollarse como profesionales.

Esta propuesta de diseño pretende apoyar a la institución y al voluntario a producir un ambiente de aprendizajes continuos y eficaz que permita crear un ambiente de seguridad y aceptación del estudiante y del CIJAOO. En ese sentido, el objetivo es diseñar un Curso-Taller para Voluntarios que realicen sus Prácticas Profesionales y/o servicio social en CIJAOO con el fin de una mejora continua, profesionalización y servicios de calidad para el desarrollo y crecimiento profesional durante su estancia en esa institución.

Este documento recepcional está estructurado en tres capítulos. En el primero se hace énfasis en los modelos explicativos de promoción y prevención de la salud desde la perspectiva de la Organización Mundial de la Salud (OMS), rectora de las reglas y políticas para el funcionamiento del cuidado de la salud en la población, asimismo, en los modelos de la farmacodependencia; y termina con el análisis de los modelos de prevención que otorgan los Centros de Integración Juvenil. En el segundo capítulo se hace referencia a los factores de riesgo que tiene el consumo de drogas y a las conductas de riesgo que estas traen a la salud, también se hace un análisis del Centros de Integración Juvenil donde se muestra su origen, su función y su enfoque, y, por último, se realiza una explicación del Centro de Integración Juvenil Álvaro Obregón Oriente, en el que se hace una observación del entorno. Por último, el tercer capítulo muestra el procedimiento de la creación del Curso-Taller, donde se menciona el escenario que se tomará en cuenta, seguido de una presentación del Curso-

Taller de inducción y capacitación para el personal de trabajo voluntario en el CIJAOO, en el que se explica el rol de los voluntarios y las actividades que deberán realizar como Psicólogos Educativos durante su estadía en la institución; también se analizan los fundamentos teóricos-metodológicos del Curso-Taller y, finalmente, se muestran los contenidos temáticos y secuencias didácticas del Curso-Taller.

Referentes teóricos

Referentes teóricos

Capítulo I

La Promoción de la Salud y la prevención de las adicciones; modelos explicativos.

La Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE, s/f) menciona que la salud abarca una amplia gama de intervenciones sociales y ambientales destinadas a beneficiar y proteger la salud y la calidad de vida individualmente mediante la prevención y solución de las causas primordiales de los problemas de salud, y no centrándose únicamente en el tratamiento y la curación. (“Promoción de salud, individual y colectiva”)

De acuerdo con la PUCE (s/f) la promoción de la salud tiene tres componentes esenciales que son:

a) Buena gobernanza sanitaria:

Se define como un conjunto de reglas, instituciones y políticas que dirigen su funcionamiento a la participación de diversos factores, se utilizan recursos disponibles para garantizar a toda la población cuidados de salud y calidad. Figueras (s/f, como se citó en Sabignoso, 2018), director del Observatorio Europeo de Salud, mencionó cinco atributos claves de calidad que debe tener una buena gobernanza sanitaria: 1) transparencia, 2) participación, 3) rendición de cuentas, 4) integridad y 5) capacidad política.

La buena gobernanza sanitaria es clave para configurar su facultad de brindar una mejor cobertura frente a desafíos cada vez más complejos. Supone construir burocracias competentes, elaborar reglas claras y sistematizar patrones específicos para formular e implementar políticas sanitarias que mejoren sostenidamente el desempeño del sistema de salud y la calidad de vida de la población. (Sabignoso, 2018)

La promoción de la salud requiere que los tomadores de decisiones en las políticas de todos los países miembros hagan de la salud un aspecto central de su política. Esto significa que deben tener en cuenta las repercusiones sanitarias en todas sus decisiones, las cuales deben ser respaldadas por regulaciones que combinen los incentivos del sector privado con los objetivos de la salud pública, por ejemplo, armonizando las políticas fiscales que gravan los productos nocivos o insalubres, como el alcohol, el tabaco y los alimentos ricos en sal,

azúcares o grasas con medidas para estimular el comercio en otras áreas. (Secretaría de Salud Coahuila, s/f)

b) Educación sanitaria:

Es el significado de salud desde una visión prospectiva, que, de acuerdo con Berger (s/f, como se citó en Maillo, 1965), aspira a ampliar el horizonte de la reflexión humana para afrontar las transformaciones exponenciales que tienen lugar actualmente en todas las manifestaciones de la vida, el pensamiento y la actividad del hombre. Desde este componente, el concepto de salud tiene dos sentidos. En primer lugar, parte de la noción de adaptación entendida desde el campo biológico, sin obviar la inserción de las relaciones de producción económica que muchas de ellas se determinan desde el concepto de bienestar de calidad de vida. En segundo lugar, de acuerdo con Dubos (s/f, como se citó en Maillo, 1965), al incluir una flexible y constante capacidad de adaptación a las contingencias futuras, el concepto de salud supone no solo una actitud previsional, fundamental en la prospectiva, sino un tipo de educación sanitaria atendiendo cuidadosamente a la necesidad de fortalecer el organismo individual y colectivo para prevenir las enfermedades más extendidas hasta el día de hoy, tales como, lesiones vasculares, cáncer, diabetes, toxicomanías, enfermedades mentales, entre otras. En ese sentido, se debe tener en cuenta la necesidad de capacitar a los individuos y a los grupos para luchar con éxito contra los riesgos que ahora solo se vislumbran y que, en un futuro próximo, constituirán probablemente nuevos enigmas para la humanidad. (Maillo, 1965, p. 322)

Las personas deben adquirir conocimientos, aptitudes e información que les permitan elegir opciones saludables, por ejemplo, con respecto a su alimentación y a los servicios de salud que necesitan. Deben tener la oportunidad de optar por estas y gozar de un entorno en el que puedan demandar nuevas medidas normativas que sigan cuidando y mejorando su salud.

c) Ciudades saludables:

estas tienen un papel principal en la promoción de la buena salud. El liderazgo y el compromiso en el ámbito municipal son esenciales para una planificación urbana saludable y para poner en práctica medidas preventivas en las comunidades y en los

centros de atención primaria. Estas ciudades contribuyen a crear países con el nivel de salud deseado. (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2018, p. 8)

La promoción de la salud comprende las acciones dirigidas para favorecer la incorporación de prácticas individuales y comunitarias saludables y la modificación de las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de reducir las desigualdades sanitarias. La toma de decisiones en cada ámbito de intervención (comunitario, organizacional, institucional) y el nivel de gestión (nacional, provincial o local) ejercen consecuencias positivas y negativas. Cuando las decisiones se orientan a ampliar el escenario de las opciones saludables y enfrentan a aquellas que interfieren a las de la OMS, se construyen políticas saludables, que, dada la direccionalidad de sus acciones, se sustentan en la priorización y la selección de intervenciones costo-efectivas para influir sobre los riesgos críticos y minimizar las brechas existentes. De este modo, podemos señalar que existe un enfoque estratégico en la promoción de la salud, esto demuestra su potencial para abordar procesos de salud, ofreciendo un marco y principios de funcionamiento que organizan la gestión en el ámbito de implementación, selección y promoción del bienestar en términos de calidad de vida y reduciendo los efectos negativos en costo-beneficio. De acuerdo con la OMS (2010) y tomando en cuenta lo anterior, en el cuadro número 1 *Claves de la intervención en la promoción de la salud* se describe cada una de las acciones que a nivel gubernamental se establece para la promoción de la salud.

Tabla 1

Claves de las intervenciones en la promoción de la salud

Fuentes de información	<ul style="list-style-type: none"> ● Estudios e investigación sobre conocimientos, actitudes y prácticas de los individuos y comunidades respecto al cuidado de salud
Actores intervinientes en el campo	<ul style="list-style-type: none"> ● Áreas de gobierno ● Planes de gestión nacional, provincial o local ● Organizaciones de la Sociedad Civil
Políticas identificadas	<ul style="list-style-type: none"> ● Plan Federal de la Salud ● Plan provisional ● Planes locales
Selección de campo de acción	Grupos beneficiarios: <ul style="list-style-type: none"> ● Gestación ● Niñez

- Adolescencia
- Edad adulta
- Entornos:
- Servicios de salud
- Centros integrales comunitarios
- Escuelas
- Clubes
- Empresas

Nota. Basado en *Manual de promoción de la salud* (p. 14), por OMS, 2010.

La promoción de la salud en México en la primera década del siglo XXI se clarifica en teoría, sus fundamentos niveles de participación en la población mexicana y esto permitió poder comprender si efectivamente en la práctica esta operación se estableció en las instituciones del nivel de salud. (Secretaría de Salud, 2014)

1.1 Niveles de atención en el área de la salud

Se define como niveles de atención a una forma ordenada y disponible de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población. Estas no pueden verse en términos de servicios prestados, sino en el de los problemas de salud que se resuelven. De acuerdo con Vignolo et al. (2011), se distinguen tres niveles de atención:

- Primer nivel: Este nivel es el más cercano a la población. Su organización de los recursos permite resolver las necesidades de atención básicas y más frecuentes, que pueden ser resueltas por actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación. En el sistema de salud se caracteriza por contar con establecimientos de baja complejidad, como consultorios, centros de salud, etc. Este nivel, en teoría, debería permitir una adecuada accesibilidad a la población, permitiendo una atención oportuna y eficaz, sin embargo, en la realidad, la sobredemanda que tiene hace que la población recurra frecuentemente a la automedicación.

Segundo nivel: En este nivel se ubican los hospitales y establecimientos donde se prestan servicios relacionados a la atención en medicina interna, pediatría, ginecoobstetricia, cirugía general, psiquiatría, etc. Se estima que, si las políticas en salud fueran acordes con las necesidades del país, entre el primer y el segundo nivel se pueden resolver hasta 95 % de los

problemas de salud de la población. No obstante, la organización burocrática del sector salud impide en muchos de los casos la resolución de demandas de la población en este nivel.

- Tercer nivel: Este nivel se reserva para la atención de problemas poco prevalentes y se refiere al servicio de patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología. Su ámbito de cobertura debe ser la totalidad de un país, o gran parte de él. Aquí se resuelven aproximadamente 5 % de los problemas de salud que se plantean.

Para que el proceso de atención a los usuarios se pueda dar por parte del sistema sanitario, existen dos niveles de atención: referencia y contrarreferencia. En la primera se constituye como un procedimiento administrativo-asistencial mediante el cual un establecimiento de salud, transfiere la responsabilidad del cuidado de la salud de un paciente o el procesamiento de una prueba diagnóstica, a otro establecimiento de salud de mayor capacidad resolutoria. Por su parte, la contrarreferencia es un procedimiento administrativo-asistencial mediante el cual el establecimiento de referencia, una vez resuelto el problema, devuelve la responsabilidad del cuidado de un paciente o el resultado de una prueba diagnóstica, al establecimiento referente, en este caso el de menor complejidad, para su control y seguimiento obligatorio; para esto es necesaria la coordinación entre los diferentes niveles, para funcionar debe existir una capacidad operativa de cada uno de ellos acorde con las necesidades, siempre teniendo en cuenta que la entrada del usuario al sistema debe darse desde el primer nivel de atención. (pp. 11-14)

1.1.1. Niveles de prevención.

En el sistema de salud existen tres niveles de prevención de la salud que se define como: “las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida” (OMS, 1998, como se citó en Vignolo et al., 2011). Las actividades preventivas se pueden clasificar en tres niveles: primaria, secundaria y terciaria, para efecto del desarrollo de este Informe Psicopedagógico, solo se tomará en cuenta la prevención primaria, dado que en el Centro de Integración Juvenil Álvaro Obregón Oriente, trabaja en este nivel de prevención.

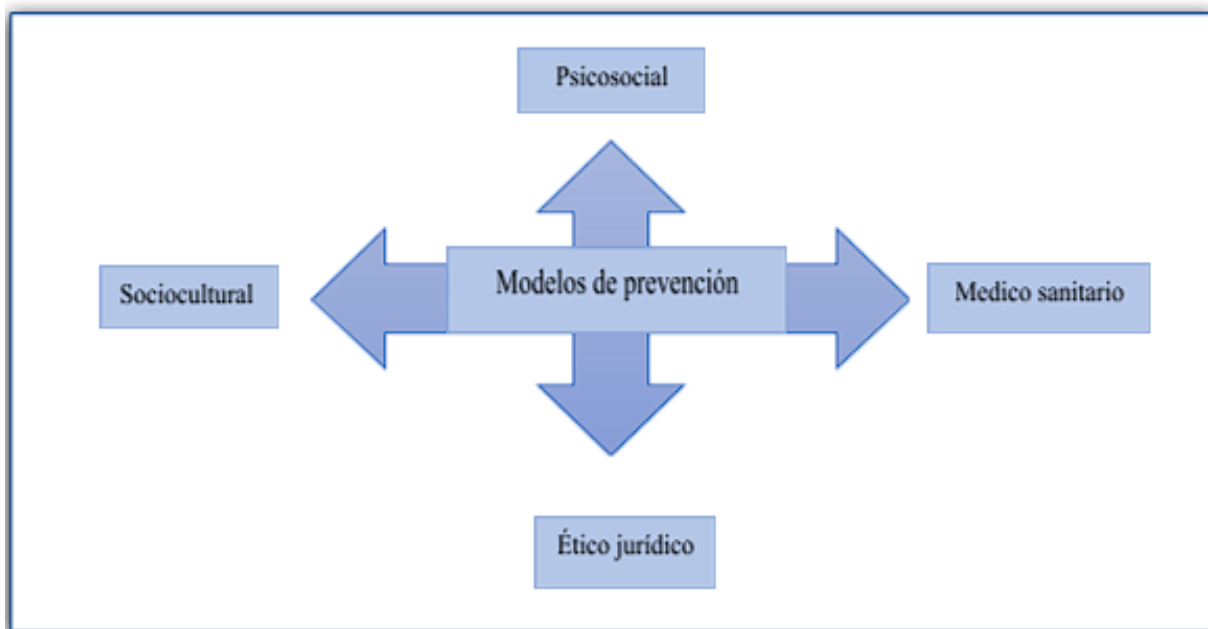
La prevención primaria se refiere a “las medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud mediante el control de los factores causales y predisponentes o condicionantes” (OMS, 1998, como se citó en Vignolo et al, 2011). En ella se emplean diversas estrategias orientadas a disminuir la exposición del individuo al factor nocivo, es decir al control de factores causales y predisponentes o condicionantes, su fin es disminuir la incidencia de la enfermedad, por ejemplo, el uso de condones para la prevención del VIH y otras enfermedades de transmisión sexual, donación de agujas a usuarios de drogas para la prevención del VIH y la hepatitis, programas educativos para enseñar cómo se transmite y cómo se previene el dengue, prohibición de la venta de bebidas alcohólicas a menores de edad. Dentro de este nivel se encuentra lo referido a las adicciones. (Vignolo, 2011)

1.1.2. Factores de prevención de adicciones.

Se define a la prevención de las adicciones como un “proceso activo de implementación de iniciativas con tendencia a modificar y mejorar la formación integral y la calidad de vida de los individuos, fomentando el autocontrol individual y la resistencia colectiva ante la oferta de drogas” (Martín, 1995, como se citó en Becoña, 2002).

Cuando se habla de prevención de adicciones, se refiere a evitar el consumo de drogas y así poder disminuir situaciones de riesgo y frenar los daños que ocasiona el uso de dichas sustancias. Es por esto que se reconoce una necesidad de crear programas de prevención de consumo de sustancias los cuales definen los procedimientos, características y objetivos que debería tener una campaña para la prevención de adicciones. Analizar los factores de riesgo y protección relacionados con el consumo de sustancias puede favorecer la realización de un programa o estrategia de prevención de adicciones. Asimismo, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) propuso cuatro modelos de prevención los cuales se presentan en él.

Figura 1



Nota. Tomado de *Prevención de las adicciones y promoción de conductas saludables para una nueva vida, Guía para el promotor de "Nueva Vida"*, CONADIC, p. 58, s.f.

1.2. Modelos explicativos para las adicciones

1.2.1 Modelo psicosocial.

Este modelo percibe a las adicciones como un problema asociado a las personas que no cuentan con capacidades individuales y sociales para poder enfrentar a la adicción. Considera a la familia o amigos como agentes básicos que pueden influir en el desarrollo y prevención de las adicciones. En este caso, la adicción se presenta como consecuencia de trastornos de la conducta, como una forma de satisfacer las necesidades del individuo o de resolver un conflicto, no distingue entre tipos de drogas, pues lo importante es la relación que el individuo establece con la sustancia y esta puede llevarse a cabo de forma experimental, ocasional o controlada. (Ajzen, 1991, pp. 179-211)

Este modelo se centra en la formación de actitudes de autocuidado y comportamientos que lleven a un mejoramiento de las relaciones interpersonales, mediante programas alternativos de actividades para la salud integral y el desarrollo humano y personal, busca promover patrones o estilos de vida sanos y valores de autocuidado que eviten el consumo de sustancias. Aquí se encuentra la teoría de la conducta planificada, formulada por Ajzen

(1991), para predecir las conductas, y está sustentada en la teoría de la acción razonada de Ajzen y Fishbein (1980).

Dicha teoría se basa en tres elementos: 1) la *intención*, factor más directo y cercano a la conducta. 2) *Actitud* (o valoración positiva o negativa) que el sujeto hace de la realización de la conducta, la cual a su vez está determinada por las creencias de la persona sobre los resultados del comportamiento y sus evaluaciones de estos resultados. Y 3) la *norma subjetiva*, que consiste en la percepción que el sujeto tiene de las presiones sociales para que realice u omita cierta conducta y que, a su vez, está compuesta por las creencias de la persona sobre lo que ciertos grupos de referencia piensan de la conducta y su motivación para complacer a estos grupos de referencia.

Por último, en un intento por integrar otros factores a su teoría, Ajzen y Fishbein (1980) consideraron que ciertas variables “externas” como características de personalidad, inteligencia, variables sociodemográficas, etc., podrían influir en las creencias de las personas y por este medio en la intención conductual. Una de las principales limitaciones de esta teoría consistía en que quedaban sin explicación todas aquellas conductas en las que el sujeto no posee control alguno, como, por ejemplo, correr 100 metros en 5 segundos.

Con el fin de responder a sus críticos, Ajzen (1991) propuso la Teoría de la Conducta Planificada (TCP), la cual, sin modificar la anterior sustancialmente, incluye un nuevo elemento al esquema: el Control Conductual Percibido. Este “representa la percepción de la facilidad o dificultad para realizar una conducta y se asume que refleja la experiencia pasada, así como la anticipación de impedimentos y obstáculos” (Schifter y Ajzen, 1985, p . 844). Sin embargo, este modelo tiene una serie de limitaciones que se refieren al periodo del uso de la droga, es decir, para aquellos sujetos que no poseían un uso previo de las drogas, las relaciones significativas fueron mucho menores, entre las que destacan la conducta de consumo, la actitud relacionada con la intención de consumo y la norma social que determina el proceder, aunque estaban más influenciados por la norma social. Mientras que aquellos con experiencia previa en el uso de las drogas tenían mayor intención conductual y actitudes favorables, además un mayor control conductual percibido directa y negativamente con la conducta, lo cual indicaría que cuando el sujeto piensa que no es capaz de controlar su hábito se abandona al abuso incontrolado, en este modelo se explica la varianza en los consumidores experimentados e inexpertos.

Existen otras teorías sobre este modelo, como la indefinición de Seligman, el modelo cognitivo de la depresión de Beck o el modelo de la causación social de Mirowsky y Ross (como se citó en Álvaro y Páez, 1999). De hecho, de este último se desprende el Modelo Psicosociológico para el Estudio de la Salud Mental por Sánchez, Garrido y Álvaro (2003), el cual plantea la existencia de una relación lineal entre el nivel estructural (posición social) del sujeto, las condiciones de vida que atraviesa (alineación, estrés), un nivel psicosociológico (estrategias de afrontamiento, autoestima y apoyo social que posee) y la situación o nivel psicológico del individuo (tanto su salud mental como su bienestar psicológico). Este modelo está basado en una investigación empírica de carácter transversal en la que se aplicó un cuestionario especialmente diseñado a 401 personas españolas. En el campo de la psicología social se ha aplicado con mayor éxito y mejores resultados al campo de la salud y específicamente al consumo de drogas el llamado modelo psicosocial sintético.

Según este modelo, no existe un perfil único del consumidor-adicto, sino que los diferentes factores se combinan de forma especial en cada sujeto, actuando a su vez como factores de riesgo y/o protección. Sin embargo, sería posible realizar algunas puntualizaciones; tomando en cuenta la Teoría de Conducta Planificada (TCP) (Ajzen, 1991, como se citó en Saiz, 2008), cuando existen unas actitudes favorables hacia el consumo de drogas, la creencia de que el grupo de referencia apoya este consumo (norma subjetiva) y la creencia de que se es capaz de controlar el consumo, el sujeto tiene mayores probabilidades de seguir consumiendo la droga. Además, si el individuo valora el hedonismo y la estimulación y posee como rasgo de personalidad predominante la extroversión, coincidirá con un patrón de consumo de la droga con fines recreativos (Calafat et al., 2001, como se citó en Saiz, 2008). Por otra parte, cuando el sujeto no conserva una clara jerarquía de valores y su rasgo de personalidad predominante en la baja estabilidad emocional, el consumo de droga puede estar asociado con motivos no recreativos o festivos, y la situación en la que se halla requiere de una reorganización axiológica, tanto para fomentar la rehabilitación como en programas de prevención. Asimismo, tomando en consideración el Modelo Psicosociológico para el Estudio de la Salud Mental, la autoestima y las estrategias de afrontamiento serán dos factores sumamente importantes en la mediación entre la posición social del sujeto y su conducta y situación personal (Sánchez et al, 2003, como se citó en Saiz, 2008). De este modelo se desprende también que, una posición social desfavorable puede colocar al sujeto en unas condiciones

de vida que le crean estrés y alineación, lo cual podría desencadenar en un tipo de dependencia de la droga más marginal y no exclusivamente recreativa. (Saiz, 2008, pp. 61-74)**1.2.2 Modelo médico sanitario.**

Este modelo se centra en el problema de la sustancia y no en el delito que significa consumirla, dicho modelo nombra a las drogas como “gérmenes” o “virus” que infectan al cuerpo de quien la consume. Para este modelo es indispensable dar a conocer los efectos y consecuencias de consumirlas, tales como trastornos de carácter crónico, irreversible y letal, de cada sustancia en el organismo; y, desde la perspectiva epidemiológica, quiere dar a conocer las distribuciones del consumo, el perfil de los usuarios y las repercusiones en morbilidad y mortalidad. (Comisión Nacional contra las Adicciones, s/f) Para ello, el personal de la salud investiga sobre las características de las sustancias, sus efectos en el organismo, así como las medidas terapéuticas para poder brindar ayuda a los consumidores.

La sustancia en este caso se observa como un agente externo que produce efectos nocivos a la salud de los individuos. A las personas que lo consumen se les ve como enfermos que requieren una curación (Kormblit, 1987, como se citó en de la Rosa, 2003). Este modelo busca establecer medidas que eviten que los consumidores actuales no hagan que los no consumidores empiecen a experimentar con cualquier tipo de sustancias, en pocas palabras contener el problema y que no se amplie aún más. Para poder abarcar el problema y crear un sistema de prevención se usan campañas de educación contra el uso de drogas, estas enfatizan en los daños que pueden causar como salud física y mental.

Se considera a la prevención como defensa ante la amenaza externa, en este caso las drogas o sustancias. El modelo médico sanitario trata de fomentar la prevención brindando a padres y madres de familia información sobre los síntomas que delaten la “infección”. La manera de llevar a cabo esta prevención es con el diseño de campañas de salud, las cuales se fundamenta por completo en la erradicación del problema.

El artículo 192 de la Ley General de La Salud (Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud del Código Penal Federal y del Código Federal de Procedimientos Penales, 2009) hace referencia a la necesidad de elaborar un Programa Nacional para la Prevención y Tratamiento de la Farmacodependencia por parte de la Secretaría de la Salud en coordinación con dependencias

y entidades del sector salud. Con base a este artículo, se crearon diferentes tipos de programas y estrategias de prevención de las adicciones, tales como “Vive sin drogas”, “Juntos por la paz”, “La línea de la vida”, que son campañas elaboradas por instituciones públicas y privadas en colaboración con el sector salud. De igual modo, “La droga o la vida”, “Vivir sin drogas es vivir”, “Di no a las drogas, di sí a la vida” son lemas que pudieran ser utilizados en este sentido.

Para poder entender mejor las campañas de salud que este modelo lleva a cabo, se observa como ejemplo la Campaña Nacional de Atención a las Adicciones que Centros de Integración Juvenil junto con el Gobierno de México y otras instituciones implementó, llamada “Juntos por la paz” (con vigencia actual), con una campaña nacional denominada “En el mundo de las drogas no hay final feliz”. Dicha campaña sigue vigente y en ella se exponen casos de personas que consumían algún tipo de sustancia y cómo es que su vida cambió completamente. Su medio de difusión fue la publicidad en radio, televisión, medios digitales y básicamente todas las calles repletas de propaganda.

En febrero del 2022, se implementó un nuevo programa denominado “Estrategia Nacional para la Prevención de Adicciones”, el cual tiene como objetivo reforzar valores, creencias, actitudes, habilidades, competencias, prácticas y recursos sociales acordes a la etapa de vida que faciliten el desarrollo y afrontamiento de riesgos asociados al uso de drogas. Se opera en función del riesgo al cual se encuentra expuesta la población, de su ciclo de vida y también su género. Dicho programa integra un componente transversal de participación social, a saber, la movilización comunitaria y fue diseñado por Centros de Integración Juvenil (CIJ, “Estrategia nacional para la prevención de adicciones”, 2022)

Las intervenciones preventivas se realizan en distintos contextos: escolar, laboral, comunitario, preventivo, penitenciario, recreativo, sanitario, entre otros (CIJ, s.f.). A continuación, se señalan cada una de ellas:

- *Sesiones informativas* y de sensibilización sobre los daños y consecuencias del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.
- *Talleres de habilidades* para la vida dirigidos a personas de diferentes edades y ocupación: niños, adolescentes, adultos jóvenes, padres/madres de familia.

- *Cursos de capacitación* a trabajadores, docentes, personal de salud y líderes comunitarios para que realicen actividades preventivas y de promoción de la salud en su entorno.
- *Estrategias para el desarrollo de competencias* dirigidas a afrontar factores de riesgo específicos: violencia, bajo rendimiento escolar, ansiedad, depresión, influencia de familiares o amistades que usan drogas, entre otros.

Consejería breve, dirigida a consumidores experimentales de sustancias, para reducir los riesgos y daños asociados al consumo y evitar el abuso o dependencia de drogas. (CIJ, s.f.)

1.2.3 Modelo ético jurídico.

Este modelo está centrado en la definición, clasificación y regulación legal de las drogas, así como de todas las actividades relacionadas con ellas como la producción, distribución, consumo, etc. Las drogas están divididas en dos ramas, lícitas e ilícitas y, de acuerdo con esto, están controladas legalmente de manera diferente; en donde el consumo de drogas ilícitas el objeto de sanción como defensa del orden social. (Tavera y Martínez, s.f.)

De este modo se mezclan consideraciones morales con hechos culturales. Un ejemplo de ello es que existe una diferencia entre drogas legales e ilegales, por la cual se exageran los peligros de las drogas ilegales y se minimizan el de las drogas legales. Lo que genera el permiso de consumir el alcohol y el tabaco sin ningún castigo, mientras el consumo de otras sustancias sí es castigado. En este sentido, del Olmo sitúa al alcohol como un ejemplo en el cual existe una serie de sustancias que actúan igual que otras en su interacción con el organismo humano, y, no obstante, no se define oficialmente como droga “por razones ajenas a su capacidad de actuar” (Olmo, 1988, como se citó en de la Rosa, 2003).

Para el modelo ético jurídico, el consumo indebido de drogas es una conducta censurable que debe ser castigada, al consumidor solo se le ve como delincuente y a la sustancia como “el cuerpo del delito”. Esto determina el hecho de que el usuario es una víctima, un enfermo que debe ser enviado a instituciones que ofrezcan ayuda o tratamiento. De igual forma, centrado en los aspectos legales y de control social, enfoca las actividades de prevención en el acatamiento de las leyes, así como en el combate y castigo al narcotráfico;

la fiscalización de la producción y la distribución; la determinación de las penas por la producción, venta y consumo de drogas ilícitas y en el establecimiento de convenios y acuerdos internacionales de lucha contra las drogas.

De acuerdo a Sánchez y Juárez (2019), México cuenta con cuatro instancias dedicadas a conducir la estrategia de combate contra las drogas en el país, los cuales son: la Secretaría de Seguridad Pública (SSP), la Secretaría de Marina-Armada (SEMAR), la Secretaría de Defensa (SEDENA) y la fiscalía general de la República (FGR), las cuatro dependientes del Poder Ejecutivo Federal. La responsabilidad de esta estrategia se encuentra distribuida entre varios ministerios: Seguridad, Defensa y Salud. Y, dado que México tiene un sistema federal, la mayoría de los esquemas administrativos se replican además en los tres niveles de Gobierno: federal, estatal y municipal.

En México, desde 1916, se ha dado un desarrollo a través de la ilegalización de producción, comercio y consumo con la creación del Consejo de la Salubridad General, dando paso a la prohibición de importación y exportación de narcóticos, creando campañas y leyes, entre ellas, la Ley General de la Salud, Ley Federal Contra la Delincuencia Organizada y la Ley de Narcomenudeo y la Penalización del Consumo (Sánchez y Juárez, 2019).

En el artículo 193 del Código Penal Federal se considera narcótico a los estupefacientes, psicotrópicos y otras sustancias o vegetales que determinen la Ley General de la Salud y otras organizaciones internacionales. También establece que se tomará en cuenta la cantidad, el tipo de narcótico, el daño ocasionado a la salud pública, entre otras, para dictaminar la sentencia del individuo involucrado en el delito. Posteriormente, en los artículos 194 a 198 se establece la sentencia que podría adquirir el individuo, esta va desde los diez hasta los 25 años de prisión, y de 100 a 500 días de multa, que, como ya se mencionó, dependen del tipo de narcótico, cantidades, y el uso que se le da, refiriéndose a si es para uso personal, comercio o para elaboración. (Sánchez y Juárez, 2019, pp. 230-250)

En la siguiente tabla se pueden observar los narcóticos y dosis permitidas para un consumo personal e inmediato, las cuales fueron establecidas por la Ley General de Salud, del Código Penal Federal y del Código Federal de Procedimientos Penales desde el 2009 y con una vigencia actual.

Tabla 2*Tabla de Máximo consumo personal e inmediato.*

Narcótico	Dosis máxima de consumo personal e inmediato	
Opio	2 gr	
Heroína	50 mg	
Cannabis marihuana	sativa, indica o	5 gr
Cocaína	500 mg	
LSD	0.015mg	
MDA	polvo, granulado o cristal	Tabletas o cápsulas
	40 mg	Una unidad con peso no mayor 200 mg
MDMA	40 mg	Una unidad con peso no mayor a 200 mg
Meta	40 mg	Una unidad con, pero no mayor a 200 mg

Nota. Adaptado de *Ley General de Salud Capítulo VII Delitos Contra la Salud en su Modalidad de Narcomenudeo.*

1.2.4 Modelo sociocultural

El modelo sociocultural está construido con perspectivas desde la sociología, antropología y a través de metodologías cualitativas de investigación. En la perspectiva de la sociología, aborda el tema desde distintos enfoques, como el estudio de la relación entre las adicciones y los procesos de desorganización social, el estudio de la “subcultura” de la droga y sus raíces, las teorías del “etiquetado social” y estigmatización del adicto, entre otros (Comas, 1993 citado en Apud 2013).

En la antropología, por su parte, se define como un campo de relaciones entre sustancias, sujeto y contextos (Romaní, 2007, como se citó en Apud y Romaní, 2016). El uso de las metodologías cualitativas ha ayudado a la sociología y a la antropología a abordar el problema desde la propia perspectiva de los sujetos, así como sus prácticas culturales y sus modos de interacción social; dando como ejemplo el método etnográfico, donde el uso de la observación-participación a podido ayudar a observar las interacciones cotidianas y profundizar en las experiencias subjetivas. Esto permite estudiar a los sujetos en la complejidad de su contexto, visibilizando sobre el problema (Apud, 2013).

El modelo sociocultural enfoca su atención en el contexto ampliado de los individuos, bajo la premisa de que las condiciones socioeconómicas, como la pobreza, y socioculturales, como movimientos culturales e identidades juveniles, son las variables importantes que influyen en la aparición de las adicciones, a diferencia de las categorías individuales. En el modelo sociocultural se hace un énfasis mayor en el medio social, en este modelo Oñate (1983 citado en de la Rosa, 2003) menciona que se busca “aportar medidas de prevención en el orden político, económico y social mucho más genéricas y menos individualizadas” (p. 20). Centra su estrategia de intervención en la promoción del desarrollo comunitario; como ejemplo, la realización de actividades para mejorar la infraestructura de servicio público, oportunidades de estudio y empleo, participación comunitaria, cambio en las estructuras y relaciones sociales, entre otras. El mejoramiento general de las condiciones de vida y la justicia social son los elementos clave de la prevención.

Gracias a las distintas perspectivas ya mencionadas, se ha llegado a comprender las distintas prácticas sociales y culturales relacionadas con las drogas, poniendo como ejemplo el uso de sustancias psicoactivas en sociedades tribales o tradicionales (con su uso religioso, médico y recreativo), hasta las distintas subculturas de las drogas y su uso más generalizado en la sociedad contemporánea. Esto ayuda a crear modelos de intervención adecuados basados en el problema que se tenga en ese punto. Hasta este modelo entra CIJ como un intermediario para la prevención ya que la función de estos centros es contribuir a la reducción de la demanda de drogas con la participación de programas preventivos y de tratamiento, dando como ejemplo el programa preventivo “Para vivir sin drogas”.

1.3. Modelos de prevención de adicciones de Centros de Integración Juvenil

El Modelo Preventivo “para vivir sin adicciones” de CIJ es una propuesta basada en evidencia de la medicina elaborada desde el sector salud, la cual pretende fortalecer la responsabilidad individual y social en relación con la salud integral y en especial prevenir adicciones. Dicho modelo se sustenta en las aportaciones de la salud pública, la cual menciona que las adicciones se proyectan como un problema prevenible y tratable. Se analiza la interacción de las sustancias con las personas que la usan o que se encuentran en riesgo de consumirlas, también considera los contextos de riesgo y la vulnerabilidad a la experimentación, abuso y dependencia por una combinación de factores heredados y adquiridos (Medina-Mora et al.,

2013). Es un modelo de tipo universal que aborda la prevención como un conjunto de acciones para promover el desarrollo humano y crear ambientes proactivos. Tiene como objetivo reforzar actitudes, competencias y recursos sociales, que faciliten el desarrollo integral de las personas y el afrontamiento de riesgos asociados al consumo.

Teniendo un programa preventivo que tiende a disminuir la inclinación del riesgo de consumo de drogas a través de estrategias de sensibilización, desarrollo de habilidades protectoras y formación de promotores, dicho programa está dividido en tres modalidades de prevención, según sea el caso, estas son: universal, selectiva e indicada. La prevención universal va dirigida a la población en general y su objetivo es impedir el surgimiento del problema; la selectiva va dirigida a un grupo de población que se encuentra en mayor riesgo de consumo y tiene como objetivo localizar y tratar lo antes posible un probable consumo y, por último, la indicada, la cual está dirigida a un grupo que presenta una cuestión de consumo de sustancias y tiene como objetivo evitar complicaciones y recaídas.

La prevención del consumo de drogas ha evolucionado a partir de la sistematización de experiencias, la investigación y la evaluación de múltiples programas (DGPNSD, 2010). La evidencia científica ha aportado lineamientos teóricos, principios metodológicos, estándares de calidad y buenas prácticas para desarrollar estrategias con el consenso de diversos organismos gubernamentales y no gubernamentales, locales e internacionales especializados en adicciones. Las actividades preventivas se implementan en función del contexto: nivel, tipo de riesgo y características de las comunidades participantes. CIJ cuenta con un Estudio Básico de Comunidad Objetivo por cada unidad en operación. Esta metodología permite analizar las condiciones sociales y de riesgo, así como las redes interinstitucionales y comunitarias con las que pueden colaborar para la planeación y el desarrollo de las intervenciones en diferentes contextos (la familia, escuela y trabajo). En la prevención de adicciones, es fundamental que toda intervención sea evaluada de modo sistemático, con el fin de mejorar la calidad y eficacia.

La evaluación del Modelo Preventivo es especializada, se desarrolla de manera permanente, desde los inicios de CIJ (específicamente en 1984), el cual está a cargo del área de investigación con diferentes líneas de análisis. En CIJ se realizan diferentes tipos de evaluación aplicables a los distintos componentes del Modelo Preventivo, de manera

simultánea (antes, durante y después) a la planeación, el diseño y la operación de los programas y proyectos estas son las siguientes :*Evaluación diagnóstica*

Se proporciona una línea base sobre el problema para así elaborar o seleccionar estrategias más oportunas a las necesidades y recursos del contexto y la población e identificar las tendencias de consumo de drogas, los factores psicosociales de riesgo y las representaciones sociales sobre el uso y abuso de drogas, etc. (Estudio Básico de Comunidad Objetivo, 2008)

- *Evaluación formativa*

Es útil para valorar la efectividad de los programas, las actividades, su frecuencia y duración, pero también valorar a los participantes, sus recursos y la capacitación del equipo profesional, para así poder ubicar desviaciones y corregirlas e incorporarlas o, en su caso, para ratificar y continuar su desarrollo.

- *Evaluación sumativa*

Sirve para la medición de la eficacia de las intervenciones y del alcance de sus objetivos, resultados esperados e inesperados; congruencia entre efectos esperados planteados y obtenidos. Además, se analiza la proyección sobre la permanencia de los logros.

Los servicios del Modelo Preventivo de CIJ se pueden adecuar a diferentes contextos, tales como escuelas, empresas, centros de salud, deportivos, unidades habitacionales o en las instalaciones de las unidades operativas las cuales incluyen la detección temprana, canalización oportuna de riesgos y del consumo de drogas, actividades de promoción para la salud, eventos comunitarios, sesiones o jornadas informativas, círculos de lectura, talleres psicoeducativos, cursos de capacitación y consejería breve. Dichos servicios se diseñan y operan de manera diferente, dependiendo de las características de la población participante: género, edad, ocupación, entre otras, esto es así debido a que, en cada etapa de vida, y de acuerdo con sus roles sociales, las personas cuentan con recursos distintos para hacer frente a su vulnerabilidad, que también es particular por el dinamismo de los riesgos asociados al consumo de drogas y otras problemáticas relacionadas. El funcionamiento de los servicios es coordinado por un equipo de especialistas en las áreas del trabajo social, psicología, medicina y psiquiatría con estándares de calidad y ética profesional, en el marco de los derechos

humanos y de la normatividad vigente que dictan los programas y normas oficiales para la atención de las adicciones (CIJ, s.f.).

Capítulo II

Factores de prevención para el consumo de drogas, Centros de Integración Juvenil y sus programas preventivos

2.1. Factores de riesgo para el consumo de drogas

Este subcapítulo está basado principalmente en García del Castillo (2012, pp. 133-151), quien plantea lo siguiente:

En el ámbito de las conductas adictivas, sobre todo desde las adicciones químicas, ha sido una constante considerar la percepción de riesgo como una variable importante en la iniciación y el mantenimiento del consumo de drogas. Se dice por de facto que la adolescencia y la juventud son períodos evolutivos donde se percibe el riesgo de una forma diferente, entendiéndose como una baja percepción de peligro en comparación con una persona adulta que los recibiría con un alto riesgo hacia su salud. Cualquier conducta que pueda entrañar consecuencias arriesgadas, como los llamados deportes de riesgo, algunos consumos (tabaco, alcohol u otras drogas) estarían incluidas en este espectro. Sin embargo, se puede analizar una gran cantidad de comportamientos de ciertos estilos de vida que son susceptibles de entrañar riesgo de salud en función de la intensidad y la frecuencia, independientemente de la percepción que se tenga de los mismos.

Según el mismo autor, existen tendencias generalizadas en el comportamiento normal de consumo, como es intentar controlar el riesgo ante el consumo de sustancias, el llamado mito del control, lo que hace que disminuya aún más la percepción de riesgo; en este sentido, el riesgo se configura a partir de la información y de las experiencias que una persona va acumulando. Por lo que la percepción de riesgo va aumentando significativamente con la edad, no obstante, la progresión no siempre es lineal, dado que pueden intervenir otras variables que alteran el proceso normal. Esto provoca que las personas más arriesgadas piensen que el azar juega a su favor, o se mantiene la falsa creencia de superioridad en referencia a un acontecimiento determinado que se afrontará con la certeza de que no se corre riesgo alguno, minimizando las posibles consecuencias adversas.

Para García del Castillo (2012), el concepto de riesgo no tiene un sentido unitario y se puede entender desde dos planos diferentes: el real y el subjetivo, y la valoración se realiza desde la vertiente individual o colectiva, además de considerar indicadores objetivos pero

incontrolables, donde no se puede ejercer ningún tipo de control (entre ellos se destacan la pandemia COVID-19, las catástrofes). Además, existen riesgos predecibles cuando se compara la cantidad de alcohol que ingiere un hombre o una mujer y su repercusión en la salud, sabiendo que las mujeres tienen más vulnerabilidad al alcohol que los hombres (Izquierdo, 2002, como se citó en García del Castillo, 2012).

Por otra parte, una persona puede ser más vulnerable a determinadas enfermedades que otra, lo que le predispone a un riesgo objetivo mayor. Si a esta tendencia se le añade un comportamiento arriesgado, esto supone aumente significativamente que las consecuencias sean adversas. Si se examina el riesgo desde un plano subjetivo, su valoración de forma individual, se verá significativamente diversificada, ya que se sustenta en las creencias o las percepciones de la persona, teniendo por ello una gran variabilidad. Si la percepción de riesgo subjetivo-colectivo se contará con la percepción o creencia que asuma unitariamente todo el grupo. Según Pastor (2000, como se citó en García del Castillo, 2012), el concepto de “percepción” se explica, desde la vertiente subjetiva, unido a conceptos como “creencia” y “actitud”; según este autor se trata de un proceso cognitivo que se basa en la información de cada persona acerca de diferentes cuestiones como contextos, otras personas, objetos y que procesa de forma inmediata, organizándose un juicio o valor a los que se añaden al comportamiento del sujeto.

De acuerdo con García del Castillo (2012), la percepción de riesgo está ubicada en el plano subjetivo. Algunos de los factores que intervienen en su configuración son:

- Perceptivos
- De historia personal (experiencia)
- Cantidad y calidad de la información
- Creencias y actitudes
- Estereotipos
- Motivación

Todos estos están expuestos a los procesos de atribución individual, haciendo que el sujeto asuma o no el riesgo en función de las características expositivas de cada situación. Por ello, los posibles perfiles de riesgo subjetivo serán como sujetos a evaluar, un ejemplo

de ello es el consumo de alcohol donde un joven puede percibir un riesgo bajo porque en su experiencia personal, en ocasiones anteriores, ha podido comprobar que no ha sufrido ningún riesgo o malestar por su consumo, además de que puede estar informado de que una cantidad de alcohol determinada no es necesariamente perjudicial si no tiene que realizar actividades que entrañen peligros adicionales (como por ejemplo conducir un auto). Sus creencias y actitudes son positivas hacia el consumo del alcohol en pequeñas cantidades y de una forma “controlada” y se siente muy motivado a beber en esa ocasión concreta porque es similar a otras anteriores que fueron exitosas para él. Para comprender la concepción de riesgo se tiene que conectar riesgo y percepción, integrando todos aquellos elementos que intervienen en un resultado final. Por lo que se tiene que incluir las siguientes características:

- Es un proceso cognitivo individual.
- Se desarrolla en el plano subjetivo.
- Se configura a partir de: creencias, actitudes, motivación, entre otras.
- Una vez procesado se convierte en una evidencia para el sujeto.

Según Concha et al. (2012, como se citó en García del Castillo, 2012), la forma de pensar es un proceso cognitivo individual y se da en referencia a la información externa, es decir, las personas no suelen ser capaces de ejercer control racional acerca de la información que reciben a la hora de tomar una decisión personal. “Lo decisivo de la valoración se da por un optimismo ilusorio” (Sánchez-Vallejo et al., 1998; Weinstein, 1980, 1982 como se citó en García del Castillo, 2012), con el que la persona genere expectativas de futuro optimistas. De acuerdo con estudios clásicos sobre optimismo ilusorio, este hace que se perciba el riesgo hacia la salud de una forma muy amortiguada, lo que aumenta la confianza de los riesgos por sentirse poco o nada vulnerables, tanto en situaciones supuestas como probables. De acuerdo con la Teoría de la Acción Razonada (Ajzen y Fishbein, 1980; Fishbein, 1967, 1980) y la Teoría de la Acción Razonada (Ajzen y Fishbein, 1980; Fishbein, 1967, 1980; Fishbein y Ajzen, 1972, 1975, 2009, 2010, como se citó en García del Castillo, 2012) la decisión se centra bajo incertidumbre, persiguen la evitación o decremento de las conductas de riesgo de la salud y para ello es necesario interactuar diferentes elementos que conseguirán que una persona persiga un comportamiento saludable o uno de riesgo según la cantidad de

motivación para mantenerse sano y cómo perciba algunas creencias (Medina y León, 2004; Valencia et al., 2009 citados en García del Castillo, 2012).

Las conductas de riesgo de la salud, de acuerdo con García del Castillo (2012), involucran conductas alimentarias, actividades y descanso, higiene personal, consumo de drogas, relaciones sexuales, conducta laboral, pareja y familia, amigos y entorno social y otros comportamientos de riesgo. Como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 3

Conductas de riesgo de salud

Conductas de riesgo de salud	
Conductas alimentarias	<ul style="list-style-type: none"> • Comer en exceso • Dejar de comer • Abusar de alimentos dulces o salados • Comer demasiado rápido • “Picar” entre comidas • Hacer un número inadecuado de comidas • Abusar de alimentos grasos • Tomar bebidas gaseosas • No seguir una dieta equilibrada • No vigilar el peso
Consumo de drogas	<ul style="list-style-type: none"> • Fumar • Beber alcohol • Tomar medicamentos • Consumir otras drogas: cocaína, heroína, cannabis, etc.
Actividad y descanso	<ul style="list-style-type: none"> • No hacer ningún tipo de ejercicio físico • Hacer esfuerzos físicos bruscos • Llegar al agotamiento físico • Practicar deportes de alto riesgo • Trasnchar • Dormir pocas horas • Romper las rutinas de sueño
Higiene personal	<ul style="list-style-type: none"> • Descuidar la higiene corporal diaria • No lavarse las manos para comer • No cepillarse los dientes después de las comidas • Descuidar la limpieza de la ropa

Relaciones sexuales	<ul style="list-style-type: none"> • Relaciones poco placenteras • Mala planificación • Inestabilidad y falta de seguridad e higiene • Promiscuidad
Conducta laboral	<ul style="list-style-type: none"> • Deficiente organización del tiempo de trabajo • Falta de comunicación con los compañeros • Participación en conflictos laborales • Desarrollar actividades laborales que generen insatisfacción • Deterioro de la comunicación con mandos y empleados
Pareja y familia	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de comunicación • Discusiones frecuentes • Incompatibilidad de aficiones • No afrontar los problemas cotidianos
Amigos y entorno social	<ul style="list-style-type: none"> • No disponer de tiempo para las relaciones sociales • Ruptura de la comunicación con vecinos y conocidos • Desinterés por las actividades de tipo lúdico
Otros comportamientos de riesgo ...)	<ul style="list-style-type: none"> • Conducción temeraria de vehículos • Falta de medidas de seguridad en el trabajo • Comportamientos de riesgo doméstico (electricidad, productos tóxicos, • Divorcio • Desempleo • Muerte de parientes y amigos

Nota. Adaptado de *Concepto de percepción de riesgo y su repercusión en las adicciones* (p. 135.136), García del Castillo, 2012.

Cabe destacar que en este Informe Psicopedagógico solo se centra en el consumo de drogas, es por ello que a continuación se destaca tres dimensiones vinculadas a la sustancia, al individuo y al contexto:

- *Vinculados a la sustancia.*

Se entiende la relación a la sustancia por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco, caracterizado por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso incontrolable por consumir la sustancia adictiva en forma periódica o continua a fin de experimentar sus efectos psíquicos o bien para evitar el malestar producto de privación (UNICEF, 1998).

- *Vinculados a las características del individuo.*

Edad, baja autoestima. La autoestima contiene, por una parte, la imagen que la persona tiene de sí misma, de sus relaciones y de sus facultades con el medio ambiente y, por otra parte, su jerarquía de valores y objetivos-metas (Carver y Scheier 1981; Rogers, 1986, como se citó en Silva y Mejía, 2015). Dichos valores forman un modelo coherente a través del cual la persona trata de planificar y organizar su propia vida dentro de los límites establecidos por el ambiente social (Román, 1983, como se citó en Silva y Mejía, 2015). De hecho, la autoestima presenta consecuencias sociales; por ejemplo, una autoestima saludable es fundamental para una percepción vital y una competencia emocional que se refleja en la calidad de las relaciones. En cambio, una baja autoestima se encuentra presente en una buena parte de los diagnósticos psiquiátricos y, por lo tanto, en relaciones disfuncionales con el entorno (American Psychiatric Association , 1994 , como se citó en Silva y Mejía, 2015).

La autoestima, es la forma en que la persona se valora a sí misma (defectos y cualidades) y ha mostrado tener gran influencia en el consumo de drogas. De hecho, es uno de los aspectos de la personalidad que más se deteriora a medida que avanza el proceso de adicción y que más atención requiere durante el tratamiento de la farmacodependencia. Además, es una variable intensamente vinculada a la autoeficacia, es decir, al sentimiento de ser competente y capaz, cuyo desarrollo es de gran importancia, ya que es más probable que caiga en el consumo de drogas una persona que no se siente capaz de enfrentarse a la oferta de drogas o de resolver los problemas que la vida le pone (Fuentes, 2001, como se citó en Silva y Mejía, 2015)

Baja asertividad. Aguilar (1995, como se citó en González y Galvanovskis, 2009) señala que existen problemas para distinguir la habilidad social de la habilidad asertiva; mientras que Rodríguez y Serralde (1991, como se citó en González y Galvanovskis, 2009) afirman que la asertividad es lo mismo que la autoestima, o al menos un componente de la misma. También se le ha relacionado con el locus de control (Aguilar, 1987, como se citó en González y Galvanovskis, 2009) e, incluso, se le ha confundido con la agresividad en algunos contextos culturales (Flores, 1994, como se citó en González y Galvanovskis, 2009). Desde el punto de vista conductual, la propuesta de un aprendizaje asertivo se fundamenta en los conocimientos generados por González y Galvanovskis (2009), y esto le suma al enfoque cognitivo el comportamiento asertivo, el cual consiste en expresar lo que se cree, se siente y se desea de forma directa y honesta, haciendo valer los propios derechos y respetando los

derechos de los demás. Es así como la asertividad se fundamenta en la ausencia de ansiedad ante situaciones sociales, de manera que se hace viable manifestar sentimientos, pensamientos y acciones (Flores, 1994 como se citó en González y Galvanovskis, 2009).

Una persona asertiva es aquella que es capaz de expresar sus sentimientos y sus opiniones de forma sincera y clara, comportándose de acuerdo a sus propias ideas y haciendo respetar sus derechos, sin herir a los demás, pero sin dejarse someter, esto quiere decir, que una persona asertiva toma sus decisiones basándose en su lógica y en sus creencias y no en la lógica o experiencia de los demás. Si un individuo no es capaz de ser asertivo, es muy probable que tenga dificultades para enfrentarse adecuadamente a los demás cuando se trata de rechazar una oferta de drogas (González y Galvanovskis, 2009).

Búsqueda de sensaciones. Es un rasgo de personalidad que Zuckerman (1979, citado en Palacios, 2015) “considera como una necesidad de experimentar variadas y complejas sensaciones y el deseo de correr riesgos físicos y sociales por el simple deseo de disfrutar de tales experiencias” (p. 47). Las personas que muestran una elevada búsqueda de sensaciones tienen una tendencia a experimentar nuevas emociones, a menudo sin reparar en los riesgos que ello implica. Aquella persona que busca sensaciones, se caracteriza por llevar a cabo acciones inusuales, que para otros serían peligrosas y arriesgadas, lo que depende de la forma en que cada persona valore el riesgo, es decir, la probabilidad de que una acción tenga resultados negativos (Zukerman, 1979; Zuckerman y Kuhlman, 2000, como se citó en Palacios, 2015).

Lugar de control externo. Es una variable de la personalidad que tiene que ver con el punto en que las personas sitúan la causa de los acontecimientos que les suceden, oscilando desde un lugar de control externo (cuando considera que la causa está en factores externos a él, tales como la suerte, la sociedad, entre otras) hasta un lugar de control interno (cuando considera que la causa se localiza en factores internos, tales como el esfuerzo, la inteligencia, etcétera). Las personas que tienden a pensar que sus problemas no se deben a sus propias características, sino a factores externos pueden tender a solucionarlos mediante recursos externos, por ejemplo, con el consumo de sustancias (M, s.f.).

Escasa tolerancia a la frustración. De acuerdo con Knaus (1983, como se citó en Leal y Heman, s.f.):

la frustración es un fenómeno natural en la vida de cualquier ser humano, que surge cuando nos enfrentamos a un impedimento o bloqueo. Es el sentimiento consciente de una discrepancia entre lo que queremos y lo que realmente está disponible. (p. 2)

La baja tolerancia a la frustración se presenta cuando evitamos nuestros problemas en lugar de enfrentarlos. Pensamos que no podemos tolerar el malestar que sentimos y

decidimos escapar de él. Se manifiesta cuando las personas quieren que las cosas se den tan rápidamente como sea posible. De acuerdo a Ellis (1979, como se citó en Leal y Heman, s.f.), todos los seres humanos presentan virtualmente una tendencia a presentar sentimientos perturbadores y conductas disfuncionales por ser hedonistas a corto plazo. Buscan la gratificación inmediata y pierden de vista el hedonismo a largo plazo. La mayoría de las personas quieren o esperan tener el control total sobre sí mismos y sobre el ambiente, y al no poder lograrlo, se sienten frustrados. Algunas personas, incapaces de tolerar la frustración, requieren la satisfacción inmediata de sus necesidades, de forma que las drogas pueden parecerles inicialmente un medio rápido para lograr el placer inmediato, difícil de conseguir por otros medios. (Leal y Heman, s.f.)

Dificultad para el manejo del estrés.

El estrés constituye uno de los problemas de salud más generalizado en la actualidad, es un fenómeno multivariable que resulta de la relación entre la persona y los eventos de su medio, los que son evaluados como desmesurados o amenazantes para sus recursos y que ponen en riesgo su bienestar . (Alfonso et al., 2015, p. ##)

Algunos de los efectos de las drogas sobre el sistema nervioso producen sensaciones de relajación o de bienestar, por este motivo, cuando se tienen dificultades para controlar la sensación de ansiedad que genera el ambiente, es probable que se recurra al consumo de drogas.

Insatisfacción con el empleo de tiempo libre. El tiempo libre es una temporalidad para el ocio. Tourane (1974, como se citó en Román, 2006) “sostiene que los ocios como cualquier actividad engloba la mayor parte de los rasgos culturales de una sociedad, como la vida religiosa, los juegos, las actividades políticas o el deporte” (página). El tiempo libre es un tiempo sin obligaciones y solo es un problema cuando no existe una previsión para hacer uso

de él, aplicándolo en actividades infructíferas; de esa forma pasar mucho tiempo aburrido o sin hacer nada puede aumentar la probabilidad de implicarse en el consumo de drogas.

Falta de habilidades para tomar decisiones o resolver problemas

El modelo de Janis y Mann (1977, como se citó en Luna y Laca, 2014) se basa en que la toma de decisiones es un proceso que conlleva un conflicto de decisión generador de estrés. Este estrés de decisión se ve alimentado, por dos fuentes: a) la preocupación por pérdidas objetivas y b) la preocupación por pérdidas subjetivas. Confluyen en el individuo fuertes deseos de acabar cuanto antes con el problema, lo que lo lleva a precipitar una decisión con deseos no menos intensos de evitar o al menos aplazar cualquier decisión (estancamiento del problema).

- Tanto la toma de decisiones como la resolución de problemas son procesos cognitivos que pueden aprenderse. *Factores vinculados al contexto social*

A través del contacto con los demás, las personas aprenden a realizar numerosas conductas, no solo mediante la observación de otros, que actúan como modelos, sino también a través del refuerzo que se obtiene de los demás cuando aprueban el comportamiento realizado. El consumo de drogas no es diferente a otras conductas y, en consecuencia, está influido por multitud de procesos sociales que se producen en los distintos ámbitos en que uno se relaciona con los demás: familia, trabajo, grupo de amigos, etc. Además, las influencias sociales que afectan al consumo de estas sustancias van más allá del ambiente inmediato, de forma que se relacionan con fenómenos generales propios de las sociedades más avanzadas (la publicidad, la aglomeración en las grandes ciudades, entre otras cosas), siendo incluso objeto de regulación por medio de normas propias de cada cultura (por medio del establecimiento de sustancias legales e ilegales, edades mínimas para consumir, lugares para fumadores, etc.).

En conjunto, las personas, independientemente de sus características individuales, se ven influidas en sus conductas relacionadas con las drogas no solo por los individuos próximos a ellos y por sus grupos de pertenencia más inmediatos (ambiente microsociales), sino también por las características de la sociedad en que viven (nivel macrosociales). Los individuos se desenvuelven en el seno de diferentes ambientes, en los que se dan interacciones personales intensas, por lo que tienen una gran capacidad de influencia sobre

la conducta de los individuos. Entre estos ambientes, aunque el número de personas que los constituyen sea mínimo, es de enorme importancia por su proximidad al individuo, y cabe destacar tres entornos relevantes durante la infancia: la familia, el medio escolar y el grupo de iguales.

Factores sociales dentro del ambiente microsocioal relacionados con el ámbito familiar:

Baja cohesión familiar. Actualmente, hay diferentes formas en la composición familiar (nucleares, monoparentales, extensas y anucleares), en la relación que se establecen entre los diferentes miembros y en la forma que encuentran para vincularse. En este aspecto, la cohesión familiar es un indicador de satisfacción e identidad, que desarrollan los miembros de una familia con respecto al lazo sentimental y emocional que los une; este vínculo no solo potencializa la unión familiar, sino que también es trascendental para el desarrollo psicosocial de todos los miembros de la familia y en los adolescentes, es un factor predictivo de salud mental (Gómez et al., 2021). La cohesión familiar hace referencia a la fuerza de los lazos que unen a los miembros de una familia y se traduce en conductas tales como hacer muchas cosas juntos, tener intereses y amigos en común, establecer coaliciones, compartir el tiempo y el espacio, etc.

Se ha demostrado que los hijos de familias muy cohesionadas tienen menor probabilidad de implicarse en el consumo de drogas, posiblemente porque son objeto de mayor control por parte de los padres, tienen menos oportunidades de recibir ofertas y viven en un medio de mayor seguridad afectiva. La cohesión familiar se ve afectada cuando no hay cercanía o vínculo entre los miembros de la familia, ya sea por relaciones distantes que puede estar mediada o intensificada por el uso de drogas, la satisfacción que exista entre los miembros de la familia o por las habilidades sociales que tienen los miembros del hogar frente a circunstancias retadoras o estresantes (Gómez et al., 2021, 198-206).

Relaciones parentales. Diversos autores, como Coombs y Landsverk (1988), Jurich et al. (1985), Melby et al. (1993), Volk et al. (1989). Citados en Fantin y García (2011), establecen una relación entre factores familiares y el abuso de drogas. Destacan factores vinculados a la unFantinión familiar como el aislamiento del adolescente de la familia, falta de relaciones estrechas con sus padres, necesidad no satisfecha de reconocimiento, confianza

y amor, rechazo de los padres, vínculos de dependencia o padre no implicado en la familia; conflicto, matrimonial, irresponsabilidad, hogar infeliz, esposa infeliz, discordia familiar, hijos implicados en conflicto matrimonial, alto grado de estrés o trauma; divorcio y ruptura familiar, hogar roto, padres ausentes u hogar de un solo progenitor; disciplina, autocrática o laissez-faire, falta de reglas claras o límites, excesivo uso del castigo; moralidad hipócrita, doble ética y negación de los problemas personales de los padres; vacío de comunicación, falta de habilidades de comunicación del adolescente y poca comunicación de los padres con el adolescente. (p.195)

Estilos de crianza. De acuerdo con la American Psychological Association (2017), existen cuatro estilos de crianza. Por un lado, están los padres autoritarios, estos son inflexibles, exigentes y severos cuando se trata de controlar el comportamiento; tienen muchas reglas; exigen obediencia y autoridad; están a favor del castigo como forma de controlar el comportamiento de sus hijos. Por otro lado, están los padres con autoridad, quienes son cariñosos y ofrecen su apoyo al niño, pero al mismo tiempo establecen límites firmes para sus hijos e intentan controlar el comportamiento de sus hijos a través de reglas, diálogo y razonamientos con ellos; escuchan la opinión de sus hijos aún sin estar de acuerdo. También están los padres son cariñosos, pero relajados, quienes no establecen límites firmes, no controlan de cerca las actividades de sus hijos ni les exigen un comportamiento adecuado a las situaciones. Y, por último, se encuentran los padres pasivos, estos son poco accesibles y tienden al rechazo, a veces pueden ser ausentes.

2.2. Centros de Integración Juvenil La teoría en la que nos enfocamos esta basada en la pagina de Centros de Integración Juvenil.

Desde 1969, en México, se crearon propuestas con el objetivo de contrarrestar el uso creciente de drogas entre los jóvenes a partir de una iniciativa privada. Fue en 1970 cuando se abrió el primer Centro de Integración Juvenil (CIJ) denominado Centro de Trabajo Juvenil (CTJ), con ello se iniciaron las primeras acciones de prevención y tratamiento de la farmacodependencia con la colaboración de especialistas en salud mental, comisionados por la dirección de Salud Mental de la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia. Hasta finales de esa década fue cuando se establecieron las áreas de atención, rehabilitación, e investigación, se impulsó la Coordinación Nacional y Binacional entre México y Estados

Unidos con el objetivo de establecer intercambio científico o, teórico y práctico, además se proporcionó el Servicio de Orientación e Información Telefónica para la atención los 365 días, las 24 horas. En 1981, se instauró la estructura organizativa de CIJ, fue entonces que se definieron las políticas, lineamientos y programas. Al año siguiente, mediante un decreto presidencial publicado en el Diario Oficial del 2 de Septiembre de 1982, los Centros de Integración Juvenil fueron incluidos como organismos sectorizados con carácter de institución de Participación Estatal mayoritaria, se integraron al Patronato Nacional representantes de la Asociación Civil y de los Patronatos Locales, así como la Secretaría de Salud, la Secretaría de Gobernación, Secretaría de Programación y Presupuesto, Secretaría de Contraloría General de la Federación; de Trabajo y Previsión Social; de Educación Pública y Secretaría de Desarrollo Social, asimismo el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), la Coordinación del Subsector Asistencia Social en el que se agrupó a Centros de Integración Juvenil (CIJ, 2001, como se citó en Propuesta de Comunicación Educativa para el Programa Orientación Preventiva Infantil de Centros de Integración Juvenil, A.C., Hermosillo, s.f.)

En 1968 se implantó el Plan Retorno Institucional a mediano plazo (1970-1980), con el cual se reguló el crecimiento institucional sobre adicciones, diez años después se estableció el convenio con el Programa de Naciones Unidas para la fiscalización internacional de drogas con el fin de apoyar un proyecto de capacitación en Centroamérica (CIJ, 1999). El Observatorio Epidemiológico en Drogas (2001) señaló que en las últimas décadas el consumo de sustancias en México, tanto ilegales como legales, ha modificado sus tendencias a partir de un cambio en los patrones de uso, una mayor proporción de mujeres recurren a ellas, es menor la edad en la cual las personas inician el consumo y se registran variaciones en los procesos que transcurre la vida de las familias y los individuos. El CIJ desde sus orígenes tuvo como prioridad la atención de grupos poblacionales que viven en localidades identificadas de riesgo, así como administrar y controlar sus recursos humanos, materiales y financieros. Los Centros de Integración Juvenil son una persona moral, con personalidad jurídica y patrimonios propios, de acuerdo con el apartado uno, del título undécimo de la segunda parte del libro cuarto del código civil para el Instituto y Territorios Federales sectorizada en salud en los términos de los artículos 46 y 47 del Capítulo Único del Título de la Ley Orgánica de la Administración Pública General como un Organismo Centralizado por

colaboración (CIJ, 2001, como se citó en *Propuesta de Comunicación Educativa para el Programa Orientación Preventiva Infantil de Centros de Integración Juvenil, A.C., Hermosillo, s.f., pp. 34-38*)

Los Centros de Integración Juvenil son Asociaciones Civiles (AC), instituciones especializadas en la prevención, tratamiento, rehabilitación e investigación del uso y abuso de drogas. En los CIJ se ofrece atención que se da por dos tipos de unidades: *de tratamiento residencial*, las cuales son clínicas de desintoxicación, el paciente permanece internado hasta que se rehabilita totalmente; y en unidades de *consulta externa*, que son hospitales donde el paciente se interna en un lapso pequeño de tiempo, solo si es necesario. La diferencia entre estas dos unidades es que se especializan en tratamiento y rehabilitación únicamente, pero cada una trata con diferentes sustancias (drogas de consumo). Para brindar el servicio los Centros de Integración Juvenil, los CIJ cuentan con profesionales de la salud mental, que reciben el apoyo de voluntarios, lo que permite atender anualmente a 2 millones 200 mil personas en programas preventivos y más de 21 mil casos en tratamiento. La plantilla básica de los equipos médicos (técnicos de cada CIJ) está constituida por médicos, psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y la colaboración de voluntarios. Cada centro cuenta con un patronato para la promoción de los servicios, apoyo de recursos humanos, materiales y financieros (CIJ, 2012).

El objetivo de los CIJ (AC) es participar con la comunidad en la prevención, tratamiento, rehabilitación e investigación del uso y abuso de drogas desde hace más de 50 años. Este fenómeno de farmacodependencia produce riesgos, daños y perjuicios a la sociedad en general, por este motivo y desde un enfoque de medicina social, las estrategias prioritarias son: la prevención realizada a través de la educación para la salud y la participación comunitaria mediante la coordinación de esfuerzos de CIJ. Actualmente existen en México un total de 120 Centros de Integración Juvenil que se ubican en puntos estratégicos y zonas de riesgo para el consumo de drogas, con 106 Unidades de Prevención y Tratamiento, 11 Unidades de Hospitalización y 2 Unidades de Tratamiento para Usuarios de Heroína y una unidad de Investigación Científica en Adicciones (Gobierno de México, 2022).

Para el año de 2019 se implementó el área de prevención que atendió a nivel nacional a 2 millones 292 mil 583 personas y en el área de tratamiento otorgó servicio a un total de 99 mil 094 consultas, a 50 mil 150 personas, de las actuales 34 mil 011 son usuarios de

sustancias y 16 mil 139 familiares. Más de 5 mil 400 voluntarios apoyan la labor institucional. En el primer semestre del 2020 se atendió con una red de 120 unidades, a 2 millones 680 mil 674 personas, a través de 601 mil 407 acciones de prevención y tratamiento. Cabe destacar que participaron 5 mil 433 voluntarios, quienes realizaron 62% de la cobertura institucional. Adicionalmente, las publicaciones en redes sociales fueron vistas 24 millones 732 mil 108 veces. Las cuentas de las diferentes plataformas tienen 312 mil 637 seguidores. Estas acciones son apoyadas por 2 mil 373 promotores digitales (CIJ, 2021).

En el ámbito de los servicios preventivos y debido a la contingencia sanitaria y a la nueva normalidad por la pandemia de COVID-19, a partir de abril de 2020 las estrategias, proyectos, actividades y materiales de apoyo del Programa Preventivo “Para vivir sin adicciones” se reestructuraron para que los servicios a la comunidad estén disponibles en línea, a través de diferentes plataformas y recursos virtuales. Durante el 2020 y 2021 se atendió a 2 millones 605 mil 516 personas, mediante 411 mil 531 acciones. La mayor cobertura preventiva se sigue concentrando en el contexto escolar, con 70 %, seguido por el comunitario 16 %, el de salud 12 % y el laboral 2 %. El total de la cobertura, por grupos de edad, se distribuyó de la siguiente manera: de 12 a 17 años, 41%; 30 años en adelante, 23 %; de 3 a 11 años, 18 %; de 18 a 29 años, 15 %. Se trabajó con 3 mil 880 planteles escolares. Se desarrollaron Jornadas Preventivas con el Instituto Politécnico Nacional (IPN), el Instituto de Educación Media Superior de la Ciudad de México (IEMS), el Colegio de Bachilleres (COLBACH) y la Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos (AA). Debido a la contingencia sanitaria, hay jornadas que ya no se completaron conforme a su planeación por la suspensión oficial de clases a partir del 23 de marzo; se están reorganizando para su desarrollo en línea. Con la Secretaría de Educación Pública, en coordinación con la Subsecretaría de Educación Media Superior (SEMS) y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) México, CIJ formó parte del Consejo Asesor para elaborar políticas educativas, planteamientos curriculares y propuestas pedagógicas para el desarrollo socioemocional de las y los estudiantes de este nivel educativo. CIJ fue la instancia especialista que coordinó la integración del componente estratégico de Salud. (CIJ, 2022)

En el marco de la Reunión Nacional Anual de representantes estatales del Programa “Fomento a la Salud” de la Unidad de Educación Media Superior Tecnológica Industrial y de Servicios (UEMSTIS), CIJ impartió una capacitación en torno a los objetivos y las líneas

de acción de la Estrategia Nacional de Prevención de las Adicciones, además de analizar las actividades de coordinación interinstitucional a nivel local y definir temas de interés para las Jornadas Nacionales del 2020. (CIJ, 2022)

Con los docentes y directivos del Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica (Conalep), se inició el curso de capacitación “Primeros auxilios psicológicos”, en coordinación con la Universidad de Barcelona, especialistas de CIJ dan acompañamiento a los facilitadores capacitados. Además, 708 personas participaron en el curso en línea “Atención de la violencia en tiempos de COVID-19”, que será recopilado en sus planteles. Con la Dirección General de Educación Superior para Profesionales de la Educación (DGESPE), se desarrolló la cuarta edición del curso en línea “Prevención de adicciones con jóvenes”, con un registro de 79 participantes de 21 entidades federativas. En apoyo al plan de estudios de 14 licenciaturas de los maestros normalistas en formación, se diseñaron y entregaron tres asignaturas: “Bases conceptuales de la prevención”, “Comunidades escolares saludables” y “Detección temprana y canalización oportuna”. Además, durante la etapa de confinamiento se capacitó a 155 coordinadores de docentes normalistas en “Primeros auxilios psicológicos” y “Atención de la violencia familiar en el contexto de COVID-19”, con cursos en línea en el Aula Virtual de CIJ. (CIJ, 2022).

Con el Tecnológico Nacional de México (TecNM), a través de su Dirección de Formación Integral, se impartió el curso en línea de capacitación “Estrategias para la prevención de adicciones y violencia en escuelas”, dirigido a docentes y promotores de las áreas de compromiso cívico, cultural y deportivo, tutores, jefes de desarrollo académico y demás personal interesado en el tema. En la primera etapa participaron más de 500 docentes de 55 campus. A fin de ampliar su alcance, se hará la adaptación del curso en línea en formato MOOC. Se capacitó a integrantes de las Brigadas Comunitarias de Norte a Sur del Instituto Mexicano de la Juventud (Imjuve) en herramientas para la identificación temprana de factores de riesgo asociados al uso de drogas, alternativas de canalización a tratamiento y estrategias de primeros auxilios psicológicos. Se impartieron 43 talleres a 317 jóvenes brigadistas, en 10 entidades federativas. (CIJ, 2020).

En cuestión del tratamiento durante la presente contingencia por COVID-19, se realizaron ajustes en el Programa de Tratamiento y Rehabilitación, con el objetivo de mantener la accesibilidad de los servicios. Las consultas presenciales se dieron en 67 % de

los casos, mientras que a distancia se dieron en 33 % de los casos. De enero a junio se atendió a 75 mil 158 personas: 23 mil 952 usuarios de sustancias y 22 mil 173 familiares; adicionalmente se atendió a 29 mil 33 personas de población abierta, a quienes se atendió en reuniones informativas, consejos médicos, pruebas clínicas y consejería para reducción de daños, en eventos extramuros como Ferias de la Salud, en las Unidades Móviles o en los propios CIJ. Del total de personas atendidas, 91 % corresponde a Consulta Externa, 8 % a Hospitalización y 1 % a Reducción del Daño. (CIJ, 2022).

En el programa de “Atención por tamizaje COVID-19”, se brindaron servicios de apoyo psicosocial a 4 mil 556 personas que fueron referidas por el sitio web www.coronavirus.gob.mx. Del público general, se atendió a mil 590 personas y 149 del personal de salud. En Consulta Externa se atendió durante el periodo a 68 mil 469 personas, de las cuales 22 mil 989 fueron pacientes y 21 mil 260 familiares, mediante 189 mil 876 consultas; 30 % fue por recaídas. Además, 16 mil 638 personas recibieron otros servicios de salud o consejería, ya sea en las unidades operativas o móviles o en ferias de la salud. Adicionalmente, y como parte de la Estrategia Nacional de Prevención de las Adicciones “Juntos por la paz”, se atendió a un mil 893 personas a través del Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental (mhGAP, OMS/OPS); por depresión se realizaron 462 intervenciones a 598 personas. Se ofrecieron 26 mil 105 consejos médicos para cesar o reducir el uso de tabaco y alcohol, así como de reducción de daños secundarios al consumo de drogas, tanto a pacientes como a sus acompañantes. Se reportaron 8 mil 452 egresos de pacientes, 71 % con mejoría. (CIJ, 2022).

En Hospitalización, derivado de la contingencia, se adaptaron múltiples servicios para ser otorgados como atención a distancia, adecuando las diversas actividades propias de las Unidades de Hospitalización. La principal estrategia que se ha seguido es diseñar un proyecto nuevo denominado “Centros de Día Virtuales”. De enero a junio se atendieron 10,825 solicitudes de atención telefónica, por WhatsApp o mensajería de Facebook. El personal de las Unidades de Hospitalización atendió 4 mil 349 llamadas telefónicas de 30 líneas de la Línea de la Vida y otorgó 6 mil 405 consultas a distancia. Además, cada Unidad ha promovido su línea telefónica local y en conjunto con los requerimientos de atención recibidos en CIJ Contigo, se atendieron 6,412 solicitudes. En la modalidad residencial se atendió a 522 pacientes; de ellos, 307 fueron de nuevo ingreso, 59 fueron reingresos y 156

ingresaron en 2019 y continuaban internados, así como a 913 familiares, quienes recibieron atención paralelamente en la modalidad de consulta externa. Respecto al perfil del consumidor de sustancias psicoactivas que se hospitalizó, 87 % fueron hombres y 13 % mujeres. 57% tenía entre 15 y 29 años de edad y la mayoría reportó escolaridad media superior (51 %). En cuanto a la ocupación, gran parte de esta población contaba con un trabajo estable (57 %) y eran solteros (59 %). (CIJ, 2022).

En este periodo egresaron 522 pacientes, de los cuales 478 mostraron mejoría, equivalente al 92%. Al momento de la conclusión del tratamiento, se evaluó el nivel de satisfacción del paciente respecto a la atención recibida y se encontró 93% de satisfacción, refiriendo que recomendarían los servicios hospitalarios. En cuanto al Programa de Mantenimiento y Deshabitación con Metadona, en total se atendió a 441 pacientes, 26 de nuevo ingreso, 414 de años anteriores y un reingreso. Durante este periodo se entregaron un mil 270 paquete sanitario que incluyen preservativos, jeringas estériles, almohadillas impregnadas de alcohol y agua inyectable (CIJ, 2022).

La Red de voluntarios en Acción a diciembre del 2021 integra más de 8 mil personas que suman su experiencia, creatividad y apoyo al desarrollo de comunidades saludables. Hasta el mes de diciembre de 2021, el voluntariado en CIJ con su participación realizó el 65 % de las actividades preventivas. El 73 % de mujeres y un 27 % de hombres integraron la Red de Voluntarios en Acción a diciembre de 2021 (Centro de Integración Juvenil, 2022).

2.3 Centros de Integración Juvenil Álvaro Obregón Oriente

Actualmente, en la alcaldía Álvaro Obregón se encuentran en operación dos unidades de Centros de Integración Juvenil, los cuales son CIJ Oriente y Norte. En este informe psicopedagógico se puntualiza únicamente en Centros de Integración Juvenil Álvaro Obregón Oriente (CIJAOO) pues en él se realizaron las prácticas profesionales. Cabe mencionar que este centro no es uno de los más demandados. Se encuentra ubicado en cerrada Vicente Ambrossi, Santa María Nonoalco, Álvaro Obregón, 01420 Ciudad de México, CDMX y presta sus servicios en un horario de 8:00 a 16:00hrs de lunes a viernes.

Los indicadores Sociodemográficos de la alcaldía Álvaro Obregón Oriente en el Estudio Básico de Comunidad Objetivo (EBCO, 2018) nos muestra que el total de habitantes de dicha alcaldía es de 749 982; la población femenina es de 394 228 (52.6 %

mujeres) mayor que la masculina que es de 355 754 (47.4% hombres). La mayor población de esta alcaldía se encuentra en el rango de 20 a 24 años, siendo los hombres 31 540 con un 8.9 % y las mujeres 32 352 con un 8.2 %. La media se encuentra en el rango 10 a 14 años, siendo los hombres 25 978 con un 7.3 % y las mujeres 27 739 con un 7.0 %. La mínima se encuentra en el rango 70 a 74 años, siendo los hombres 7 627 con un 2.1 % y las mujeres 9 932 con un 2.5%. (EBCO 2018)

De acuerdo a los mismos indicadores, la población de mayor riesgo de consumo de drogas se encuentra en el rango de 10 a 14 años de edad con una población de 11 228 232 (9.4 %) a nivel Nacional, en la presente alcaldía el rango de edad con mayor riesgo es de 20 a 24 años con una población de 63 892 (8.5 %). En la alcaldía, los hogares son de 214 895 con una población de 749 982; los hogares familiares cuentan con 85.64 % con una población de 95.12 %; los hogares nucleares 64.92 % con una población de 54.66 %; los hogares ampliados 29.67 % con una población 38.35 %; los hogares compuestos 3.66% con una población de 4.69 %, siendo Álvaro Obregón el menor número de hogares familiares al igual que la población. (EBCO, 2018)

En la alcaldía Álvaro Obregón, el 91.15 % del grupo de edades de 3 a 14 años asiste a la escuela, siendo la máxima; pero el rango de edad 30 y más tiene un porcentaje de 1.96 % siendo esta la mínima. El rango de edad 15 a 17 años es de 80.87 %, siendo la media los que asisten a la escuela con un total de población de 723 518. La escolaridad básica de Álvaro Obregón es de 42.62 %, en la educación media es de 24.29 % y en la educación superior es 30.11 %, a nivel nacional, la educación básica es 53.46 %, la educación media superior 21.67 % y la educación superior es de 18.6 3%. Sin escolaridad en dicha alcaldía es de 2.19 %.(EBCO 2018)

El Índice de Inseguridad Ciudadana y Violencia 2015 del Instituto ciudadano de Estudios sobre la Inseguridad para la Ciudad de México en la EBCO (2018), nos menciona que 38 475 es referente a la tasa total de prevalencia delictiva y 52 718 a la tasa de incidencia delictiva. Y del caso de las víctimas se observan un porcentaje de 38.5 % y finalmente hay un 76.2 % referente a la percepción de inseguridad. Dichos resultados en comparación con el nivel nacional son mínimos, es decir que la seguridad aparenta tener poca efectividad y más de un cuarto de la población ha sufrido de algún acto delictivo. (EBCO, 2018)

La población media de la alcaldía Álvaro Obregón es de 33 años, cabe mencionar que la población de 20 a 24 años es la que mayormente predomina con un porcentaje del 34.47 % del total de la población, lo que indica que es donde debe centrarse la atención prioritaria para el trabajo preventivo de Centros de Integración Juvenil. (EBCO, 2018)

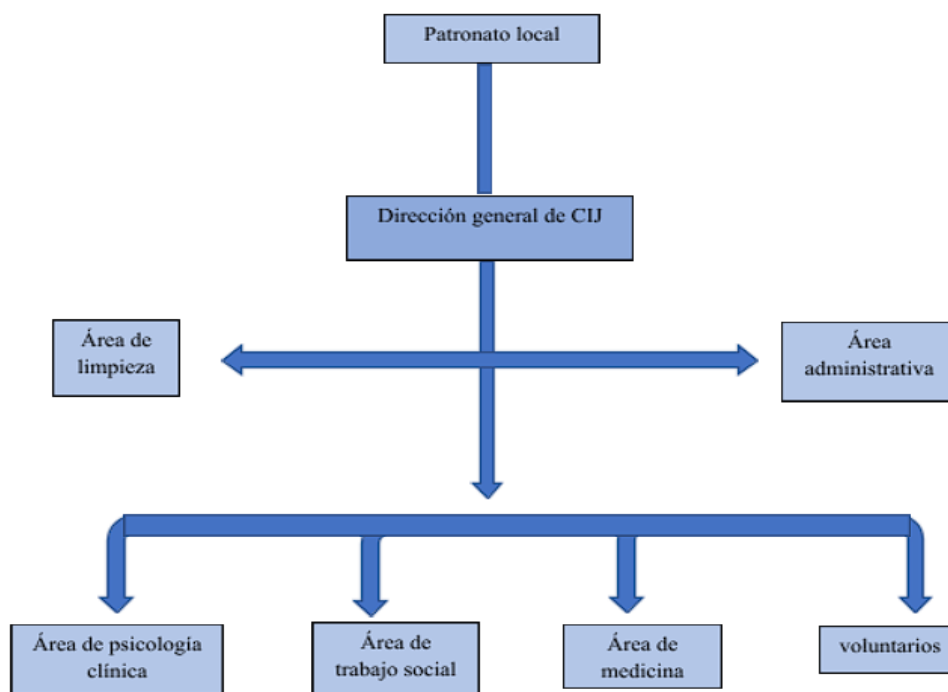
Dentro de este contexto, y a partir de una previa evaluación de necesidades y oportunidades de atención de acuerdo con el Estudio Básico de Comunidad Objetivo 2018 (EBCO), las necesidades y problemas vinculados al consumo empiezan en la familia ya que muchas de ellas son disfuncionales, incapaces de darles un sentido de pertenecía, de marcar límites adecuados, formar el sentido de responsabilidad y respeto y de satisfacer las necesidades emocionales básicas de la persona. Son familias, donde cada uno se encierra en su cuarto a ver la TV (si la tiene), o ven todos los mismos programas sin intercambiar palabra. O donde cada uno vive una vida aparte que no incluye a los demás y usan la casa apenas para dormir y a veces comer, suelen ser familias que no protegen a sus miembros. O, por el contrario, que los sobreprotegen obstaculizando su desarrollo. En muchas de estas familias los padres están divorciados o separados, falta alguno de ellos o ambos trabajan la mayor parte del día, dejando a los hijos sin supervisión dentro del hogar con la libertad de salir a la calle. También se encuentra en las familias de los consumidores problemas de comunicación, especialmente respecto a los sentimientos y las emociones. Otra situación frecuente es que los padres utilizan a los hijos para pelear entre sí. Se puede decir que las familias son disfuncionales a causa de las adicciones de los padres, las más evidentes, son el alcohol y otras drogas, pero también puede ser, al trabajo, a la televisión o al sexo. De acuerdo con la literatura consultada, se presenta con demasiada frecuencia el uso del alcohol y las drogas, las relaciones sexuales precoces, con los consecuentes embarazos, matrimonios adolescentes o padres varones que abandonan a la mujer y al hijo a su suerte. (EBCO, 2018)

En Centros de Integración Juvenil Álvaro Obregón Oriente, al igual que todos los CIJ trabaja con grupos vulnerables y crean estrategias que implementan con los usuarios no solo para tener mayor participación de ellos sino además toman en cuenta los ámbitos escolares, de salud y laboral. El personal que actualmente labora en este centro está capacitado y calificado para realizar las funciones de prevención, tratamiento, información, orientación y capacitación dentro del rubro de la farmacodependencia. De acuerdo con CIJ (2021), reciben una capacitación constante dentro y fuera de su localidad, actualizándose de manera

permanente y continua en conferencias, congresos y casos de actualización que la misma institución provee. A continuación, se presenta el organigrama CIJAOO:

Figura 2

Organigrama de Centros de Integración Juvenil, A.C. Álvaro Obregón Oriente



Nota. Adaptado de *Centros de Integración Juvenil CIJ* (2021).

El personal que actualmente se encuentra laborando en CIJAOO es un equipo multidisciplinario, entre las que destacan, la directora de la institución, psicólogos clínicos, trabajadores sociales, médico y más de cinco voluntarios y personal de intendencia. Solo la tercera parte del personal de este centro cuenta con estudios de posgrado en el campo de las adicciones, se prevé que este tipo de formación repercuta en la calidad de los servicios, con base a la normatividad de los Centros de Integración Juvenil, el personal debe estar en constante capacitación. Los programas son diseñados en las Oficinas Centrales de Centros de Integración Juvenil, los cuales son elaborados dependiendo del área del proyecto, estos

proyectos solo se actualizan cuando lo define la Comisión de Prevención y Tratamiento. La investigación que antecede a cada programa es muy importante, por eso, en las oficinas centrales de Centros de Integración Juvenil existe un departamento de investigación donde los resultados que se obtienen son tomados en cuenta para la implementación de cada programa. Por tal motivo, cada programa de prevención deberá mejorar los factores de protección y revertir o reducir los factores de riesgo. Los programas de prevención se deben dirigir a todas las formas de consumo y abuso de drogas, incluyendo el consumo de drogas legales como el tabaco y alcohol o ilegales tales como la marihuana o heroína y al uso inapropiado de sustancias obtenidas legalmente, como los inhalantes, medicamentos de prescripción o de aquellos que no la necesitan. Los programas de prevención deben dirigirse al tipo de problema de abuso de drogas en la comunidad local. Es necesario identificarlo antes de seleccionar los factores de riesgo que se pueden modificar y fortalecer los factores de protección que se conocen.

En este CIJ existen tres proyectos o programas, cuya finalidad es la prevención de las adicciones de los usuarios.

- *Programas preventivos de Centros de Integración Juvenil.*

Los objetivos de estos programas consisten en promover ambientes preventivos que favorezcan el desarrollo saludable de niños y jóvenes, esto les permitirá adquirir competencias para afrontar o reducir riesgos psicosociales y daños asociados al consumo de drogas. Este es un programa integral que interviene con las personas, las familias y las comunidades, las intervenciones son acorde al nivel de riesgo, características, recursos y necesidades de la población. Fortalece la participación ciudadana, la solidaridad y el compromiso de la comunidad en la promoción de la salud y del bienestar social a través de redes comunitarias que fortalecen prácticas participativas y la inclusión en un modelo solidario (Gobierno de México, 2019). El Programa de CIJ cuenta con estrategias acordes a la edad y etapa de desarrollo de las personas para prevenir riesgos y daños específicos, enfatizando la relevancia de la prevención desde edades tempranas y con usuarios de drogas (Gobierno de México, 2019). Entre las que destacan:

Etapa prenatal. Según Gobierno de México (2019)

tiene como objetivo proteger a las mujeres embarazadas o con planes de embarazo y a sus bebés, de los riesgos y daños asociados al uso de tabaco, alcohol y otras drogas durante el periodo de gestación, embarazo, nacimiento y lactancia.

Niños. Su objetivo es favorecer el desarrollo de hábitos saludables, valores y estrategias de autocuidado.

Adolescentes y jóvenes. El objetivo es fortalecer las habilidades y competencias cognitivas, emocionales y sociales para hacer frente a situaciones de riesgo ante el uso de drogas y así poder reducir los riesgos y daños del consumo desde una perspectiva de los derechos humanos.

Adultos. Su objetivo es reforzar sus habilidades y competencias emocionales y sociales para afrontar factores psicosociales laborales, micro y macro sociales de riesgo y vulnerabilidad.

Padres de familia o tutores. El objetivo es promover estilos de crianza positiva, pautas de comunicación familiar y de pareja, expresión de afectos y recursos de convivencia para proteger a la familia del consumo de drogas y riesgos asociados.

Líderes comunitarios o representantes de organizaciones civiles. Tiene como objetivo transferirles recursos para la réplica de actividades de promoción de la salud o de prevención en su entorno inmediato, fortaleciendo espacios de participación y sentido de pertenencia en las comunidades.

Docentes, personal de salud y comités de seguridad e higiene en el trabajo. El objetivo es capacitarlos en la identificación de señales de alerta y signos de consumo asociados al uso de drogas, violencia, depresión, así como en herramientas de derivación y atención oportuna. Todos estos proyectos se pueden llevar a cabo gracias a los servicios que otorga CIJ, tales como actividades deportivas, culturales, educativas, también, pláticas informativas, talleres de valores y orientación, consejería breve, cursos de capacitación y detección temprana de factores de riesgo. (Gobierno de México, 2019).

2.3.1 Programa de Centros de Día.

De acuerdo con Cortés et al. (2016), este programa tiene como objetivo proporcionar un tratamiento integral e intensivo mediante el desarrollo de actividades terapéuticas

estructuradas que respondan a las demandas de los pacientes y sus familiares, con el fin de suprimir o reducir el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, promover estilos de vida saludables y la reincorporación paulatina del paciente a los ámbitos laboral, social y familiar. En resumen, mantener al paciente en ambientes protegidos durante el día con diferentes actividades tales como:

- Terapéuticas
- Capacitación para el trabajo, talleres de cómputo CISCO
- Deportivas: gimnasio, torneos de fútbol, básquetbol, *tae kwon do*
- Artísticas y culturales: cine debate, círculos de lectura, pintura, música, entre otros
- Lúdico-recreativas: ping pong, ajedrez, manualidades, yoga

2.3.2 Desarrollo de competencias en Jóvenes.

El manual para el facilitador del CIJ (s.f.) menciona que el Proyecto de Competencias en Jóvenes (DCJ) está dirigido a estudiantes de Educación Secundaria y se aplica a través de tres fases (años), considerando los ciclos escolares en los cuales están incorporados los jóvenes que participan en este proyecto.

Los contenidos de las sesiones a desarrollar se agrupan en cuatro módulos, cada uno con un contenido específico los cuales son: autocontrol, relaciones positivas, relaciones informadas y experiencia escolar significativa.

2.3.3 Programa para vivir sin drogas.

Busca reforzar actitudes, competencias y recursos sociales, para facilitar el desarrollo integral de las personas y el afrontamiento de riesgos asociados al consumo de drogas específicamente. Entre sus objetivos destacan:

- Reforzar factores protectores y promover estilos de vida saludable
- Fortalecer competencias y recursos para el afrontamiento de riesgos psicosociales
- Evitar el uso experimental, y que este se vuelva un abuso o dependencia de drogas
- Promover la participación comunitaria en la prevención del consumo de sustancias psicoactivas. (*Prevención de consumo de drogas de CIJ, s.f.*)

2.3.4 Sesiones informativas.

Estas sesiones se otorgan mediante pláticas individuales, conferencias o actividades de debate en cada uno de los CIJ, en ellas se proporciona información científica sobre los daños y las consecuencias del uso y abuso de drogas, así como de los factores de riesgo y de protección asociados cuyo objetivo es incrementar la percepción de riesgo sobre el uso de sustancias y motivar a la comunidad a participar en la prevención del consumo en su entorno inmediato (CIJ, 2015).

2.4.5 Jornadas preventivas.

Incluyen diferentes acciones tales como *rallys*, juegos, etc., que tiene como finalidad informar sobre los daños y consecuencias del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas o sobre los factores de riesgo y de protección asociados; en un periodo breve abarcan grupos extensos. Se realizan, por ejemplo, con toda la población de una escuela, una empresa o un deportivo. Su finalidad es sensibilizar y promover la participación de la comunidad en la prevención (CIJ, 2015). En las actividades de prevención se encuentra las áreas que a continuación se presentan en el cuadro siguiente:

Tabla 4

Distribución de actividades del equipo médico técnico

Área de psicología clínica	Área de trabajo social	Área de medicina	Voluntarios
Entrevista inicial	Estudio social	Fase diagnóstica de tratamiento	Fase de prevención
Historia clínica	Rescate	Examen neurológico	Creación de actividades
Aplicaciones de pruebas psicométricas	Visitas domiciliarias	Farmacoterapia.	
Psicoterapia breve individual	Terapia familiar	Terapia familiar	
Psicoterapia breve grupal	Terapia grupal	Terapia grupal	
Terapia familiar			

Nota. Adaptado de *Trabajo de investigación de taller Intervención integral I y II*, 1997.

Es importante mencionar que el propósito de la participación comunitaria es incentivar, organizar y expresar claramente la participación de individuos, grupos, instituciones y organizaciones afines y complementarias para fortalecer los planes institucionales y realizar la autogestión comunitaria para prevenir el consumo de drogas, promover estilos de vida saludables y fortalecer los factores de protección. Una de las

misiones de CIJ es proporcionar servicios de prevención y tratamiento para atender el consumo de drogas, con criterios de equidad, igualdad y no discriminación, basado en el conocimiento científico y formando personal profesional especializado (CIJ, 2015).

Con la infraestructura y equipamiento que tiene el CIJAOO, se encuentra en buenas condiciones, cuenta con cinco cubículos para la atención del paciente, una biblioteca, una sala de terapia grupal con pizarrón eléctrico, cocina, dos baños, una bodega, sala de espera y un garaje.

De acuerdo con el documento EBCO (2018), este centro se encuentra dentro de la demarcación de zona de riesgo y por ello se implementó la unidad operativa para dar servicio, y seguimiento a los convenios, y la coordinación con las instancias de gobierno, salud, educativas, laborales y comunitarias. Su ubicación permite que un mayor número de personas puedan acudir, así como la aplicación de un trabajo permanente, de prevención de adicciones, de promoción de estilos de vida saludables, tratamiento oportuno, rehabilitación adecuada, retroalimentación de información y apoyo humano.

Procedimiento

Capítulo III

Procedimiento

3.1 Escenario de intervención CIJAOO

En este Informe Psicopedagógico, el escenario fue el Centro de Integración Juvenil Álvaro Obregón Oriente (CIJAOO) en donde se realiza un trabajo preventivo con la colaboración de voluntarios, quienes pueden ser miembros de la comunidad, estudiantes de nivel media superior, superior, posgrados, entre los que destacan, los estudiantes de la Licenciatura de Psicología Educativa de la Universidad Pedagógica Nacional, Unidad Ajusco. A partir de un convenio entre esta institución y los CIJ los voluntarios aplican sus conocimientos en escenarios reales con niños, jóvenes o adultos, realizando actividades para la prevención del consumo de drogas o en protocolos de investigación, la institución ofrece capacitación continua, seguimiento y acompañamiento por profesionales de la salud y trabajo multidisciplinario (Centro de Integración Juvenil, 2022).

Dentro del Plan de Estudios de esta Licenciatura se encuentra la asignatura Taller de Prácticas Profesionales I y II y debe cursarse en los últimos semestres, para aprobarla, el estudiante debe permanecer en la institución que eligió para desarrollar los contenidos los cuales son desarrollados por el profesor a cargo de la materia, pero a su vez podrá, si así lo considera necesario, realizar el Servicio Social en esta misma institución. El CIJAOO está ubicado en la calle Vicente Ambrossi, colonia Santa María Nonoalco, código postal 01420 Ciudad de México. En él laboran el personal conformado por la directora, dos psicólogos clínicos, dos trabajadores sociales, un médico general y dos apoyos de intendencia y recepción, además de sujetos incorporados al “Programa Jóvenes Construyendo el Futuro”, considerados como voluntarios, sin embargo, se falta a la norma institucional porque de

acuerdo con CIJ (2021, p.5) reciben remuneración. Junto con estudiantes incorporados por convenios con sus instituciones educativas con el CIJAOO.

“Esta unidad se implementó para dar servicio, y seguimiento a los convenios, y la coordinación con las instancias de gobierno, salud, educativas, laborales y comunitarias y su ubicación permite que un mayor número de personas puedan acudir, así como la aplicación de un trabajo permanente, de prevención de adicciones, de promoción de estilos de vida saludables, tratamiento oportuno, rehabilitación adecuada, retroalimentación de información, y apoyo humano, como ya se había comentado párrafos arriba.” (EBCO, 2018)

La puesta en marcha de las instalaciones del CIJAOO, de acuerdo con el documento EBCO (2018), se debe a que se encuentra dentro de una demarcación de zona de riesgo. Tradicionalmente la ubicación de la alcaldía Álvaro Obregón está compuesta por colonias que se extienden desde zonas de clase media, zonas residenciales e históricas, hasta asentamientos que en su momento fueron considerados irregulares y colonias populares. La colonia Santa María Nonoalco se caracteriza por tener relativamente pocos establecimientos comerciales y la mayoría de ellos operan en la actividad de comercio minorista. Según reporta Marker Data México (2022), viven en ella alrededor de 3990 personas en 1260 casas, se registran 2424 habitantes por kilómetro cuadrado con una edad aproximada de 35 años y una escolaridad promedio de 11 años cursados, de las 4000 personas que habitan en esta colonia 800 son menores de 14 años y 1000 tienen entre 15 y 29 años. Cuando se analizan los rangos etarios más altos, se contabilizan 2000 personas con edades entre 30 y 59 años y 540 individuos de más de 60 años. (EBCO, 2018)

Esta zona es considerada de alto riesgo no solo por el tipo de suelo que tiene, sino además porque ella fue considerada como la primera alcaldía donde se implementó el programa pionero de 0.00 (0 hrs - 0 alcohol) que prohíbe la venta del alcohol después de las 12 am, con el fin de aminorar los abusos, daños y graves consecuencias que conlleva el exceso del alcohol, así como promover la prevención de la violencia, el delito y las adicciones que en esta demarcación ocurren. De acuerdo con el Atlas de Riesgos (2012), se establece que en ella ocurren delitos de robo a negocios en un 62 %, homicidios dolosos en un 52 %, robo a casas habitación sin violencia en un 57 %, robo de vehículos con violencia en un 55 % y extorsión en un 52 %. De acuerdo con los datos recabados en la página oficial de esta alcaldía, se establece que en el 2021 fueron detenidas 713 personas, de las cuales 473 fueron

vinculadas a proceso, 167 derivación de trabajo de investigación y trabajo policial, mientras que 140 se vinculó a proceso judicial; de estos 713 detenidos, sobresalen 50 personas relacionadas con diversos delitos como robo a transporte, narcomenudeo, robo a casa habitación, robo a negocios con violencia, secuestro, extorsión y homicidio. De ellos, a 32 se le relaciona con bandas delincuenciales generadoras de violencia, cabe destacar que muchos de ellos comenzaron a delinquir cuando eran menores de edad. (EBCO, 2018)

Los problemas de adicción a sustancias legales e ilegales se producen en todas las etapas de los sujetos máxime, si estos se encuentran en lugares de alta inseguridad social, vulnerabilidad económica y privación cultural. La Licenciatura en Psicología Educativa de esta universidad destaca la importancia de la comunidad, pues es en ella donde el sujeto se educa y se forma para vivir, por ello en el Plan Curricular 2009, se encuentra la asignatura de Taller de Prácticas Profesionales que, junto con el Centro de Atención a Estudiantes (CAE), lleva a cabo la realización de estas prácticas. Se destaca en la página oficial de la UPN que estas sirven:

- “Para poner en práctica los conocimientos adquiridos durante la licenciatura
- Acercarse al entorno laboral
- Adquirir experiencia laboral
- Vincularlo con el trabajo de investigación” (2016)

Es por ello que, de acuerdo con lo estipulado por el CAE, se elaboró un Curso-Taller de Inducción y Capacitación para el Personal de Trabajo Voluntario en el CIJAOO.

3.2 Presentación del Curso-Taller de Inducción y Capacitación para el Personal de Trabajo Voluntario en el CIJAOO

En los Centros de Integración Juvenil, el programa global desde donde se organiza el trabajo es el denominado “Para Vivir Sin Adicciones”. La cobertura se da a nivel nacional, pero una parte importante de este proceso son las personas denominadas “voluntarios”, que, de acuerdo con el CIJ (2012), son personas que representan el capital social mediante el servicio social que realizan los estudiantes de instituciones educativas. El CIJ ha formado una Red de Voluntarios en Acción y existen diferentes tipos de voluntarios que son:

Voluntarios de apoyo. Son todos aquellos que no necesariamente tienen un perfil profesional o estudios formales, su intención de participar en CIJ los guía a colaborar en tareas administrativas, de mantenimiento o de instrucción en oficinas, talleres o cursos en donde impartan alguna habilidad.

Prestadores de Servicio Social. Comprenden estudiantes que terminaron algún grado de educación formal y que requieren aplicar sus conocimientos académicos para completar su formación

Prestadores de Prácticas Académicas. Son aquellos estudiantes que de forma breve intentan hacer un ejercicio profesional orientado por una condición de su plan de estudios.

Promotores de Salud. Son personas que tienen la experiencia y conocimientos adquiridos para promoverse como líderes comunitarios para el fomento y promoción de conductas saludables alejadas de adicciones en su ámbito de acción. (CIJ, 2022)

Las actividades de los voluntarios se concentran en dos rubros de trabajo: trabajo de apoyo comunitario y actividades de apoyo administrativo, ambos de importancia para el desarrollo y cumplimiento de las metas institucionales. Existe un programa de voluntariado cuyo objetivo es la participación activa y organizada de la comunidad, generando en cada uno de los voluntarios un sentido de fortalecimiento para el desarrollo de las actividades principalmente preventivas con la comunidad. De acuerdo con el CIJ (2012), se busca que cada voluntario exprese ideas y proyectos que concuerden con su desarrollo profesional, en ello se conjunta una visión crítica del entorno como la propuesta de solución de alcance común.

Se establece un proceso de incorporación, permanencia y conclusión de la colaboración mediante las siguientes fases: a) registro: entrega vía digital y analógica de datos y documentos que avalen la identidad del voluntario; b) integración: se definen horarios y actividades entre el coordinador de voluntarios y el voluntario así mismo las habilidades y conocimientos del voluntario con el fin de evaluar cuál será el plan de actividades que deberá desarrollar así como las habilidades mientras permanezca en el CIJ; c) capacitación: los voluntarios del CIJ tienen el interés de participar y se les provee de una preparación para el trabajo institucional que les permite facilitar y orientar sus tareas y acciones de forma

eficiente. Este está estructurado a través de módulos temáticos, tomando en consideración elementos como los intereses, el perfil y periodo de colaboración del recurso voluntario que se va a capacitar; d) registro de asistencia y actividades: es la captura de datos en el portal de voluntarios que dan razón de las actividades y horas de prestación que el voluntario colabora en la unidad operativa. Es un registro mensual que debe realizarse cada último día hábil de forma mensual. Dichos registros son verificados por el coordinador de voluntarios, quien evaluará su validez; e) finalización: una vez que el voluntario concluyó su prestación en CIJ se le hace entrega de una carta de término, la cual da razón del número total de horas, el periodo de prestación y las actividades realizadas. De acuerdo al CIJ (2021), “no es voluntario aquel que utilice una práctica individual, espontánea e improvisada” (CIJ, 2021, p.5) elemento que en la práctica no se cumplió en el CIJAOO. En ese sentido, se presenta este Curso-Taller como una propuesta para que el voluntariado realice sus funciones de una manera integral y comprensiva.

En este Informe Psicopedagógico se abocará al tercer proceso, a saber: la capacitación. Sin embargo, en la unidad operativa CIJAOO solo consistió en consultar manuales de apoyo y guías técnicas por cada uno de los estudiantes que realizaban las prácticas profesionales en esta institución. Y las preguntas solo fueron remitidas por el encargado desde el sentido común y la especificidad de la respuesta cuando, durante el proceso de permanencia, el estudiante tuviera una duda.

Por lo anterior, se parte del hecho que hay una falta de capacitación a los alumnos voluntarios en el Programa de Prácticas Profesionales, ya que el personal que labora en el CIJAOO realiza constantes actividades de intervención con pacientes que asisten a la unidad y por ello cuenta con poca disponibilidad de tiempo para la atención y capacitación. Esto representa un problema grave, ya que el profesor(a) de la asignatura de Taller de Prácticas Profesionales I y II de la Licenciatura en Psicología Educativa, es quien debe tener conocimiento de la organización de las actividades y funciones que va a realizar el estudiante, por lo que al inicio del semestre el profesor (a) debe presentarse al CIJ que corresponde, ello implica cada una de las áreas y funciones en donde se va a involucrar el estudiante de la licenciatura, además de llevar el seguimiento de las actividades semanales que se realizaron

por cada uno de los estudiantes que corresponda con lo estipulado en el convenio de colaboración de CIJ y UPN.

Asimismo, el profesor o la profesora debe estar en contacto permanente con el coordinador de voluntarios de la unidad operativa. A quien, desde un segundo ámbito, le corresponde presentarse y organizar las actividades que desempeñarán los estudiantes de la licenciatura. Sin embargo, ninguno de estos dos actores educativos realizó sus funciones, por ello muchos del grupo de estudiantes que estaban en el CIJAOO constantemente tenían una serie de dificultades y controversias que tuvieron que resolverlas de forma individual tomando únicamente en cuenta que se terminara el tiempo y se aprobaran estas asignaturas. Cabe resaltar que en el evento anual donde se presentan las experiencias que se tuvieron en las instituciones en las que se llevaron a cabo las prácticas profesionales de los estudiantes, el común de estas experiencias es que fueron gratificantes y enriquecedoras, ocultando la omisión de esta tarea por parte de los responsables, por temor a represalias que van desde reprobar estas asignaturas a el encono del profesor del grupo, pasando por la cancelación de la institución en donde se realizaron las prácticas profesionales. Es por ello que se hace necesario la realización de este Curso-Taller para los estudiantes de Prácticas Profesionales en el CIJAOO.

3.3 Fundamentación teórica-metodológica del Curso-Taller

El aprendizaje, según Schunk (1997), es un cambio perdurable en la conducta o en la capacidad de comportarse de cierta manera, resultado de la práctica o de formas de experiencia. Esta definición considera tres criterios: uno de ellos es que implica un cambio, el otro que perdura a lo largo del tiempo y el último ocurre por medio de la experiencia. Schunk (1997) refiere que la gente aprende cuando adquiere la capacidad para hacer algo de manera diferente, a menudo las personas aprenden habilidades, conocimientos, creencias o conductas sin demostrarlo en el momento en que ocurre su aprendizaje, este se evalúa con base a los resultados que los sujetos expresan a través de lo que dice, escribe y realiza.

En este **Curso-Taller**, como psicólogos educativos, el interés es el de abordar la problemática de las relaciones entre los factores socio-culturales y el desarrollo cognitivo, interrelación clave en la explicación de la educación y la inserción en la sociedad. La

psicología contemporánea ha estado abordando en las dos primeras décadas del siglo actual las tendencias enmarcadas dentro del orden cualitativo, metodología adoptada en el análisis de la problemática del desarrollo, razón que justifica examinar los postulados de las teorías que convergen en explicar el desarrollo humano acorde con las concepciones dinámicas y transformadoras que exige el contexto socio-cultural; por ello, la Teoría de Aprendizaje expresa “el desarrollo cultural puede definirse en cuanto a su contenido, como el desarrollo de la personalidad del niño y la concepción del mundo” (Vigotsky, 1983, p.483). Es necesario postular que el desarrollo es un proceso social que se inicia a partir del nacimiento y es asistido por adultos u otros agentes considerados competentes en cuanto al manejo del lenguaje, habilidades y tecnologías disponibles en el espacio cultural. En tal sentido, este desarrollo es custodiado o asistido por colaboración de terceros y se realiza en torno a la zona de desarrollo próximo, zona que define las funciones intelectuales que están en proceso de maduración, representa un constructo hipotético que expresa la diferencia entre lo que el sujeto puede lograr independientemente y lo que hace en conjunción con una persona más competente (Vigotsky, 1978).

Este concepto innovador, que permite explicar el desfase entre lo individual y lo social de la solución de problemas y tareas, es exclusivamente de orden cognitivo. En este espacio, y a través de la interacción social, se produce el paso de la regulación interpsicológica a la intrapsicológica, conceptos claves en la psicología sociocultural de Vigotsky. En la interacción social el individuo aprende a regular sus procesos cognitivos a partir de las indicaciones y directrices de los agentes mediadores y, en general, con las personas con quien interactúa y es mediante este proceso de interiorización que el aprendizaje puede hacer o conocer en un principio solo gracias a las indicaciones y directrices externas (regulación interpsicológica), para luego transformarse progresivamente en algo que pueda conocer por sí mismo, sin necesidad de ayuda (regulación intrapsicológica). Estos conceptos referidos a las funciones psicointelectivas conforman la renombrada Ley de la Doble Formación de los Procesos Superiores (Vigotsky, 1962). Las implicaciones de este concepto permiten el análisis del funcionamiento cognitivo buscando lo que está fuera del individuo, lugar donde se encontrarán los orígenes de la actividad consciente (Luria, 1981, como se citó en Vielma y Salas, 2000).

En este proceso, el lenguaje es el instrumento de mediación semiótica que juega un papel decisivo en el proceso de interiorización. Son los signos y los símbolos las herramientas culturales que integran al individuo a la sociedad, y el principal mecanismo de esta unión lo constituyen el lenguaje y otras propiedades simbólicas. Este proceso puede ser entendido como el tránsito de una regulación externa social (interpsicológica) de los procesos cognitivos, apoyada por el lenguaje de terceros, a una regulación interiorizada individual (intrapsicológica) de los procesos cognitivos mediante el lenguaje interno. Por este motivo, se incorporan los conocimientos elaborados y estructurados en diferentes niveles de complejidad y alcances que caracterizan el conocimiento social, cultural y científico que posibilita la organización del conocimiento. Y, para el caso que compete en este documento recepcional, la inducción y capacitación brinda información oportuna a los nuevos voluntarios que se vinculan a el CIJAOO y también atiende a las necesidades e interés de este grupo de personas para el cumplimiento de los objetivos de esta institución con el fin de aumentar la competitividad y eficiencia.

A su vez, estos dos procesos, la inducción y capacitación, permiten al nuevo personal establecer esta ley de doble formación de los procesos superiores y ser parte de este CIJAOO, brindando con ello posibilidades para la mejora del servicio. Este Curso-Taller se presenta como una propuesta de trabajo para todo tipo de voluntarios, no obstante, la intención principal es la comprensión de los estudiantes de la asignatura Taller de Prácticas Profesionales I y II de la Licenciatura en Psicología Educativa para saber cuáles son los ámbitos en que deberán operar en esta institución.

Se entiende a la capacitación como una inversión que se realiza en la organización (CIJAOO) esperando obtener los mejores beneficios. “Las organizaciones orientan estos recursos en cada [voluntario] al capacitarlo, incorporarlo y seleccionarlo” (Frigo, 2014). De acuerdo con Chiavenato (1994), la capacitación es “un proceso educacional por medio del cual las personas adquieren conocimientos, habilidades y actitudes para el desempeño de su cargo, es un proceso educacional, porque su fin es la formación y preparación de las personas” (p.385). Por tanto, la capacitación proporciona al personal de las organizaciones capacidades y habilidades para asumir un rol en la misma, debe ser de forma continua. Al

ayudar a crecer y formar al talento humano. La organización de igual forma logra ser más competitiva con el paso del tiempo.

Al igual que la capacitación, la inducción es un proceso dinámico consistente en impartir programas de orientación a los nuevos elementos de la organización o al personal antiguo cuando éste es promovido de un puesto a otro, así como cuando se introducen nuevos métodos de trabajo, con el fin de elevar la productividad, la eficiencia, la calidad de sus relaciones con su nuevo trabajo y su desarrollo personal (Salvador, 2002). También fundamenta que todo elemento nuevo en una organización tiene un periodo de adaptación, el cual variará de acuerdo con la naturaleza del trabajo que va a desempeñar, del tipo de organización y del individuo mismo. El nuevo elemento ingresa con cierto temor y esto es porque no tiene todavía una idea clara acerca del ambiente de trabajo, de si va a ser rechazado o aceptado por sus nuevos compañeros y jefes.

El personal que se vincula a la organización carece de información de políticas de dirección y desconoce los grupos de trabajo, esta etapa de adaptación de personal nuevo (voluntarios) genera cierto margen de riesgo y de costo extra, los cuales dependen directamente del tipo de trabajo y de la organización. El margen de riesgo es porque el voluntario nuevo está propenso a cometer errores, ya sean pequeños o grandes, los cuales ocasionarán vicisitudes a la organización, debido a la falta de adiestramiento al cargo que desempeña por el desconocimiento de normas, políticas y reglas que existen en la organización.

Por otro lado, actualmente, existe abundante información sobre las drogas y quienes las consumen, se considera que el individuo adicto representa un problema para su familia y la sociedad, sin embargo, muchas personas desconocen el ámbito de la farmacodependencia y lo que se realiza en cada una de las unidades operativas de los CIJ, es por ello que se reconoce la importancia que tiene estos centros y el personal que labora en ellos, no obstante es indispensable el diseño de este Curso-Taller con el objetivo de promover la relevancia del servicio que se brinda y a la vez desarrollar estrategias alternativas de inducción y capacitación que permita desarrollar estándares de calidad para la mejora continua.

3.3.1 Objetivos

General

Diseñar un Curso-Taller para Voluntarios que realicen sus Prácticas Académicas y/o servicio social en CIJAOO con el fin de una mejora continua, profesionalización y servicios de calidad para el desarrollo y crecimiento profesional durante su estancia en esa institución.

Particulares

- Comprender la calidad de los servicios que se prestan en los dos ámbitos de intervención del CIJAOO para instrumentar procesos de inducción y capacitación en la gestión del voluntariado.
- Analizar la mejora continua de los servicios institucionales para promover el desarrollo y crecimiento profesional del voluntariado durante su participación en el CIJAOO.
- Examinar los contenidos y recursos didácticos acordes con la formación académica de la LPE de UPN Ajusco durante su estancia en esa organización para poner en práctica la formación profesional.

Características del Curso-Taller

1. *Dirigido a:* Estudiantes del séptimo semestre de la asignatura Taller de Prácticas Profesionales I y II de la Licenciatura en Psicología Educativa de la Universidad Pedagógica Nacional.
2. *Número de horas:* 24
3. *Asistencia:* 100 %
4. *Lugar:* Instalaciones del CIJAOO

Este curso será de carácter presencial y se impartirá en la modalidad de taller. Tendrá una duración de 24 horas divididas en seis sesiones de 4 horas cada una y estará organizado en tres módulos. El tipo de participantes que se incorporarán en este curso cuentan con los conocimientos básicos para comprender los contenidos que se trabajarán. Las estrategias de enseñanza que se emplearán en este Curso-Taller se definen como los procedimientos o recursos utilizados por el facilitador para lograr aprendizajes significativos en los

participantes. Cabe mencionar que el empleo de diversas estrategias de enseñanza permite lograr un proceso de aprendizaje activo, participativo, de cooperación y vivencial.

En el diseño que aquí se presenta, se optó por un Curso-Taller ya que es una estrategia de enseñanza en la que se trabaja mediante la realización, es decir, se aprende haciendo y se privilegia el aprendizaje sobre la enseñanza. El desarrollo de habilidades y conocimientos se adquieren mediante una práctica concreta, “ejecutando algo”. Es una metodología participativa en la que se enseña y se aprende a través de una tarea conjunta, descansa en la actividad del participante y en la organización basada en pequeños grupos.

Es importante destacar que las estrategias son recursos de mediación (Anita, 2006) que deben emplearse con determinada intención y por tanto deben estar alineadas con los propósitos de aprendizaje, así como con los contenidos a desarrollar. El papel que tiene el facilitador en el proceso enseñanza-aprendizaje es de enorme importancia, ya que en el desarrollo de una sesión de este Curso-Taller se deben crear ambientes de aprendizaje propicios para alcanzar el objetivo. Las estrategias que se van a emplear deben tener las siguientes características:

- Significativas y funcionales, es decir, deben implicar incremento en el rendimiento de las tareas previstas con una cantidad razonable de tiempo y esfuerzo.
- Útiles, para aplicarse y saber por qué, dónde, y cuándo se emplearán.
- Comprensibles, que puedan ser útiles y necesarias por parte de los participantes.
- Articuladas, con una conexión entre la estrategia enseñada y la percepción del participante sobre el contexto de la tarea.
- Eficaces para generar confianza y autosuficiencia.
- La instrucción debe ser directa, informativa y explicativa.
- Corresponsables para generar, aplicar y controlar estrategias eficaces transferidas del facilitador al participante.
- Instruccionales, deben ser claras, bien elaboradas y agradables (Valle, 1999).

Las estrategias de aprendizaje constituyen actividades conscientes e intencionales que guían las acciones a seguir para alcanzar determinadas metas de aprendizaje por parte del

participante y no pueden reducirse a rutinas automatizadas, es decir, como simples secuencias o aglomeraciones de habilidades. También pueden entenderse como conductas y pensamientos que el participante utilizará durante su aprendizaje con la intención de influir en su proceso de codificación. Dansereau (1985, como se citó en Arias et al., 1999) las define como secuencias integradas de procedimientos o actividades que se eligen con el propósito de facilitar la adquisición, almacenamiento o utilización de información señala que deben ser:

- De aplicación controlada y no automática
- Implican un uso selectivo de los propios recursos y capacidades disponibles
- Constituidas por elementos más simples que son las estrategias de aprendizaje, destreza y habilidades

Las estrategias que se utilizaran en este Curso-Taller son aquellas centradas en el participante, basadas en el enfoque sociocognitivo de aprendizaje y fundamentadas en el autoaprendizaje, se basan en el desarrollo del razonamiento y pensamiento crítico.

La utilización de lo anterior tiene como fin dar respuesta a preguntas planteadas en las instrucciones de trabajo, teniendo en cuenta la opinión de todos los participantes del grupo para llegar a una toma de decisiones colectiva. El taller se desarrolla en la práctica de conocimientos para despertar el interés de los participantes, quienes observan la aplicación de los conocimientos (Mario, 2005). Esta estrategia promueve el desarrollo de varios saberes: cognitivo, procedimental y actitudinal; por tanto, promueve el desarrollo de las competencias genéricas de comunicación, trabajo colaborativo y sociales. A su vez es un espacio para el desarrollo de vivencias emocionales que, junto con las racionales, forman parte de ese aspecto llamado realidad, lo que favorece de manera extraordinaria el aprendizaje significativo de los participantes. Finalmente, el taller es la estrategia que más ayuda a conectar la teoría con la práctica y abordar, desde una perspectiva constructivista, la toma de decisiones, la solución de un problema práctico, la creación de algo necesario, entre otras metas.

3.3.2 Actividades por desarrollar

Antes del desarrollo de las sesiones es importante reconocer la serie de dudas e inquietudes que tengan los participantes, así como sus características y necesidades para hacer una adecuada selección o adecuación de las estrategias para que sean de utilidad en el proceso de inducción y capacitación. Cada sesión está pensada para ser desarrollada en un tiempo de 240 minutos y posee una estructura básica que considera lo siguiente:

1. Presentación

La finalidad de esta etapa es generar expectativa y motivación inicial en los participantes sobre el tema a trabajar. Puede incluir una presentación breve sobre el tema: ¿Qué se busca y por qué es importante? y puede hacer uso de herramientas o dispositivos de mediación pedagógica, como dinámicas, videos, testimonios, lecturas, preguntas, entre otros.

2. Desarrollo

En esta fase se busca que los participantes profundicen el diálogo y la reflexión acerca del tema. Pueden realizarse actividades como: la elaboración de un producto (carteles o póster, trípticos, historietas, pancartas, canciones, poemas, resúmenes, entre otros), por medio de estrategias como el trabajo grupal, preguntas dirigidas, y otras similares. Es importante que el facilitador esté atento a las emociones que expresan los participantes frente a las actividades planteadas y a las interacciones que se presentan con la finalidad de orientarlos.

3. Cierre

Aquí se propone que los participantes resalten las ideas centrales sobre el trabajo realizado y se les cuestione sobre cómo se sintieron, qué fue lo que más les interesó, qué aprendieron, para qué les va a servir, etc. Esta evaluación permitirá a los participantes ser conscientes del proceso vivido y de las posibilidades que el aprendizaje obtenido les ofrece. Se propone, además, la generación de espacios de retroalimentación por medio de las redes

sociales que permitan continuar reforzando las ideas trabajadas en la sesión y promover cambios paulatinos de los pensamientos, percepciones y sentimientos que les permita desarrollar de forma efectiva sus prácticas profesionales.

Formas de evaluación

La evaluación es una actividad valorativa que permite determinar en qué medida se han logrado los objetivos. Está integrada en el proceso educativo y forma parte de un instrumento de acción pedagógica, por lo que debe ser continua y formativa. Los programas también deben ser evaluados y para ello se debe valorar tanto el desarrollo de las actividades como el producto final, esto permite conocer si el diseño del programa se ha cumplido, si resulta difícil, discutible o incluso criticable, pero guiándose por una mejora continua que permita identificar los puntos fuertes y débiles en el análisis, la ejecución y el producto del programa. A continuación, se presentan las herramientas cualitativas utilizadas para la evaluación del proceso de este programa y algunas otras que pueden ser útiles:

- *Diario*. En él se describe todo lo que ocurra mediante un registro narrativo que recoja las conductas de los participantes, los contenidos expresados y los productos de cada actividad realizada. Se aconseja realizar una foto correspondiente al producto
- *Observación directa y sistemática*. Se recogen las apreciaciones que se tengan de cada uno de los participantes.
- *Registros anecdóticos*. Es un instrumento que se le puede pedir a cada uno de los participantes donde describan diariamente: a) antes de la sesión: ¿cuáles son las expectativas que se tienen? y b) después de la clase: ¿qué aprendió de sí mismo y de los demás y qué está dispuesto a cambiar?

1. *Requisitos de evaluación*

- Contar con una asistencia mínima del 100%
- Realizar las tareas asignadas y trabajar de manera individual y en grupo
- Establecer a través de una lista de cotejo, cuáles fueron las conductas de los sujetos participantes

- Integrar una propuesta para llevar al servicio en el ámbito administrativo o comunitario en el CIJAOO

2. *Lista de cotejo*

- Lista de asistencia
- Trabajo grupal
- Lluvia de ideas (en algunos casos)
- Actividades individuales

3. *Cualidades del facilitador del Curso-Taller*

Para ser el facilitador de este Curso-Taller debe ser parte del personal que labora en el CIJAOO, aunque, de acuerdo con el CIJ (2021, p. 7), deberá ser algún integrante del equipo Médico Técnico cuyas características deben ser tener empatía y habilidad para trabajar, capacitar, supervisar y ser tutor en el proceso de formación de las personas que realicen el voluntariado lo que permite desarrollar un liderazgo proactivo, tener disposición para trabajar en Comunidades de Aprendizaje Virtuales (CAV) y saber emplear las tecnologías de información para realizar las tutorías y supervisión de los proyectos institucionales. Su responsabilidad en este proceso de capacitación e inducción debe ser: dar seguimiento puntual al voluntariado que participa en la unidad operativa junto con el profesor de prácticas profesionales de la LPE Ajusco; asimismo fortalecer acciones para apegarse a los procedimientos establecidos en las etapas de ciclo de la gestión voluntaria. Este proceso de inducción y capacitación, de acuerdo a CIJ (2021, p. 8), toma en cuenta el modelo de seis fases y dos ejes transversales en donde se especifican las acciones y objetivos que se realizan con las personas voluntarias a lo largo de su colaboración. Su principal objetivo es: delimitar acciones y estrategias a seguir por el equipo Médico Técnico para la mejora continua de los servicios institucionales, sus características son:

- Dinámico: se adapta a las necesidades emergentes y a los contextos actuales
- Continuo: implica una secuencia y un seguimiento oportuno
- Cíclico: en cada etapa de inicio (promoción) y de cierre (término de colaboración)

- Integral: comprende acciones, objetivos y estrategias a cumplir en cada una de las etapas

3.3.3 Estructura

Tabla 5

Organización del Curso-Taller

Módulo	Sesiones	Temas	Tiempo	Total
Mejora continua	1	Inducción a la institución y al programa de voluntariado	4 horas	8 horas
	1	Sensibilización desde la información en el contexto comunitario y escolar	4 horas	
Profesionalización	1	Marco referencial para la prevención de adicciones	4 horas	8 horas
	1	Programa de tratamiento y rehabilitación de consulta externa	4 horas	
	1	Asignación de actividades conforme al perfil profesional.	4 horas	8 horas

Servicios de calidad	1 Seguimiento de las actividades y coordinación entre trabajadores del CIJ y profesor (a) del Curso de Prácticas Profesionales	4 horas
		Total: 24 horas

Módulo 1 Mejora Continua

En este módulo se pretende analizar los procesos que se emplean en el CIJAOO para disminuir las dificultades que se presentan en las actividades que realizan los voluntarios de Prácticas Académicas de la LPE-UPN Ajusco. Se entiende como mejora continua como una estrategia de gestión de la organización, cuyo objetivo principal es satisfacer de una manera equilibrada las necesidades y expectativas de todos sus grupos de interés, entre los que destacan los arriba mencionados. Es indispensable tomar en cuenta que en este módulo se entiende a la mejora continua como el conjunto de las mejores prácticas aplicables a la mayoría de las organizaciones, en este sentido, permitirá lograr la calidad en el trabajo ejecutado.

Módulo 2 Profesionalización

Es importante incluir la participación del voluntariado que debe ser consciente de la importancia de la calidad para brindar el servicio de manera eficiente, por tanto es imprescindible un proceso de capacitación que le ayude a mejorar la calidad, la enseñanza de nuevos tópicos que amplíen su experiencia y aumenten su productividad desarrollando así nuevas habilidades no solo las que se relacionan directamente con sus responsabilidades, sino también las que tendrán que mostrar en el ámbito administrativo y comunitario, tomando en cuenta que es un proceso que consta de varias operaciones en las cuales el voluntario debe tener un claro desempeño en la tarea que se le asigne; así como poder trabajar en equipo con personal distinto a su procedencia de origen. Es necesario que este participante sea su propio inspector de su trabajo y que su estilo de conducción y comunicación permita una participación en equipos de trabajo y círculos de calidad.

Módulo 3 Servicios de Calidad

Una de las actividades importantes del CIJAOO es el programa de prevención de adicciones, en donde se incorporan este tipo de voluntarios y favorece el desarrollo integral de la filosofía de esta institución, la cual reconoce la capacidad para apoyar las acciones que se realizarán y entiende que estos participantes son capaces de tomar decisiones propias en una situación de trabajo que directamente les afecta. Por ello, se toman en cuenta cuatro fases: a) planear: en donde se analizan y definen los proyectos, y su situación actual, además de reconocer las causas potenciales en donde se rescata la experiencia personal y profesional, así como planificar soluciones para establecer un plan operativo; b) hacer: en esta fase se implementan soluciones para efectuar los cambios planificados; c) verificar: en ella se miden los resultados evaluando y mejorando las acciones, responsabilidades y capacitación en el entrenamiento del voluntariado; d) actuar: en donde documenta la solución, resumiendo el procedimiento aprendido, esto implica un proceso de transformación en avance que permita constantemente cambios del entorno e implemente procesos de mejora de la calidad del servicio.

Módulo 1 Mejora Continua

Contenidos temáticos y secuencia didáctica

Sesión 1

Contenidos temáticos:

- Encuadre histórico de los CIJ en México: su importancia en la prevención del uso indebido de drogas
- Lineamientos y valores de la participación voluntaria
- Derechos y responsabilidades del voluntariado en el CIJ

Objetivo de la sesión:

Comprender a la institución y su Programa de Prevención en la Unidad Operativa de Álvaro Obregón Oriente para realizar el proceso de inducción y poder eficientizar la prestación de los servicios del voluntariado de Prácticas Académicas.

Materiales:

- Presentación audiovisual
- Kahoot
- Cuaderno
- Plumas
- Venda
- Texto digital
- Sillas
- Cartulinas blancas
- Revistas
- Plumones
- Tijeras
- Pegamento
- Celular de cada uno de los participantes

Tiempo de sesión: 4 horas

Presentación:

Actividad (30 minutos): Se explica a cada uno de los participantes de qué tratará la sesión, para ello se organiza en binomios y se les señala que cada integrante del binomio deberá presentar a su compañero al grupo, respondiendo las siguientes preguntas: ¿Cuál es su nombre?, ¿por qué razón eligió CIJ? y ¿cuáles son sus expectativas de este escenario? En su narrativa oral tendrá que integrar las respuestas sin decir cada una de las cuestiones, lo que implica que la bina ha realizado otra serie de preguntas para comprender por qué su compañero se encuentra en el CIJ. Una vez que cada uno de los participantes del curso ha sido presentado por su compañero, el facilitador les pedirá a los participantes hacer un círculo con las sillas disponibles y señalará cuales son las constantes de las respuestas que los participantes dieron en las preguntas anteriores, con ello podrá unificar las características

del Centro de Integración Juvenil, los servicios que presta, los usuarios que acuden a él, así como los ámbitos comunitarios y escolares donde prestan sus servicios.

Desarrollo:

Actividad 1 (40 minutos)

Se mostrará la siguiente presentación audiovisual. <https://youtu.be/UtJThLy7bVQ>

(Sara VR, 2022, 0m00s-1m00s)

Al término deberán realizar la siguiente aplicación llamada Kahoot, (https://kahoot.it/challenge/06173642?challenge-id=0bf135de-32a9-453c-bc78-3e30e1518a3e_1656466969251).

Actividad 2 (30 minutos)

Se les compartirá el link del texto *Código de Valores y Ética*, para que cada uno de los participantes del grupo sepa sus derechos y deberes que adquieren en este escenario es el siguiente:

[//www.voluntarios.cij.gob.mx/src/recursos/publicaciones/valores Y Ética 2021.pdf](http://www.voluntarios.cij.gob.mx/src/recursos/publicaciones/valores_Y_Ética_2021.pdf)

Se harán dos subgrupos con los participantes para la lectura del documento, el primero deberá leer la “presentación, ética y valores y lineamientos”, el segundo subgrupo hará lo propio con “responsabilidades del CIJ con el voluntariado y derechos y responsabilidades del voluntariado con el CIJ”. Al término de la lectura, cada uno de los subgrupos tendrá que realizar un cartel donde integre los temas que leyeron y su importancia para el trabajo como voluntariado.

Actividad 3 (30 minuto)

Cada subgrupo presentará el cartel realizado y en él se tendrá que evidenciar lo substancial de los temas leídos, por ello el facilitador deberá de aclarar —si es necesario— lo que se debía tomar en cuenta y no se hizo, para enfatizar la importancia de este documento. Asimismo, el profesor de Prácticas Profesionales deberá enfatizar el *Código Ético del Psicólogo* y la relación de los voluntarios con este código. A los participantes se les pedirá que señalen la equivalencia entre estos dos Códigos a través de la lluvia de ideas.

Actividad 4 (30 minutos)

El facilitador les pedirá a los alumnos que formen un círculo y seleccionará a uno de ellos para colocarse al centro con los ojos vendados. A uno de los que permanecieron en el círculo se le dará una tarjeta donde esté escrito lo siguiente: “haz el sonido del animal que viene dibujado”, los otros participantes guardaran silencio para que el que tiene la tarjeta emita el sonido del animal. El alumno con ojos vendados deberá señalar con su mano izquierda o derecha de dónde viene este sonido y qué animal es, si responde asertivamente deberá formularle al que emitió el sonido una pregunta sobre la temática abordada anteriormente elaborada por él en ese momento; si a quien se le hace la pregunta no la responde, él señalará quién quiere que la responda, tomando en cuenta que, si es de su subgrupo, debe ser correcta la respuesta porque si no tendrán puntos menos. Así se realizará consecutivamente.

Actividad 5 (30 minutos)

Se formarán equipos de cuatro personas y cada uno de los equipos deberá de realizar un *collage* sobre el tema de la sesión, para ello de les dará dos cartulinas blancas, varias revistas y pegamento. Al término de esta actividad debe ser intercambiado con otro equipo, de tal suerte que ningún equipo tendrá su *collage* elaborado.

Actividad 6 (30 minutos)

Cada uno de los equipos evaluará el *collage* de otro equipo y para ello deberá realizar una rúbrica de evaluación a partir de niveles de logro e indicadores y al término de la actividad se le regresará al equipo de origen del *collage* la rúbrica y el material, para que cada uno de los participantes del grupo tome en cuenta cuáles fueron los indicadores que se consideraron para su evaluación. Si existe una discrepancia en casi todos los equipos el facilitador y/o profesor de prácticas profesionales deberán hacer un análisis de las valoraciones que los equipos hicieron y si estas se ubican en el campo de diseño curricular, de tal suerte que los participantes tomen en cuenta la importancia del trabajo del psicólogo educativo.

Cierre:

Actividad (20 minutos)

- Se pedirá a los participantes que reflexionen acerca de su profesión como psicólogos educativos y su impacto en el CIJ.

- El facilitador enuncia la importancia de la psicología educativa en este escenario específico, con la finalidad de que cada uno de los participantes comprendan la necesidad de ejecutar sus acciones como profesional.
- Los participantes compartirán cuáles fueron los problemas que tuvieron en la sesión y sobre todo en este campo específico.

Módulo 1 Mejora Continua

Contenidos temáticos y secuencias didácticas

Sesión 2

Contenido temático:

- Los tres planos de la actividad sociocultural en la alcaldía Álvaro Obregón actualmente.

Objetivos de la sesión:

- Comprender el modelo de aprendizaje en el plano de la actividad comunitaria culturalmente organizada para especificar cómo se da en la escuela, trabajo y relaciones familiares.
- Entender la noción de participación guiada en los procesos y sistemas de implicación mutua que interactúan para que los participantes se comuniquen en una actividad culturalmente significativa.
- Analizar la noción de apropiación participativa desde la implicación del voluntariado en las actividades del CIJAOO para establecer un compromiso con sus actividades y con los sujetos a quién van dirigidas.

Materiales:

- Hojas blancas tamaño carta
- Celular de cada uno de los participantes

- Fotografías
- Cuaderno
- Bolígrafos
- Video
- Colores
- Plumón
- Laptop
- Proyector

Tiempo de sesión: 4 horas

Presentación:

Actividad 1 (30 minutos)

El facilitador expondrá con su laptop y proyector varias imágenes donde se incluyan escuelas, calles, alumnos, personas que sean de la alcaldía Álvaro Obregón. Esta presentación fue creada a través de Canva (https://www.canva.com/design/DAFDQuZYvVU/ICDHRdFPcSIF2-XQ6LEjXQ/view?utm_content=DAFDQuZYvVU&utm_campaign=designshare&utm_medium=link&utm_source=publishsharelink).

Con ello el participante se dará cuenta de que las colonias que integran esta alcaldía tienen una diversidad socioeconómica que permite una heterogeneidad de contextos y cuáles son los datos que existen en esta alcaldía sobre farmacodependencia, las edades y el género con más alto índice de consumo, así como cuáles son el tipo de sustancias de consumo. Posteriormente, se les pedirá a los participantes que formen un círculo, en la pared del salón de la sesión hay pegadas hojas donde se describen las características de sustancias adictivas y otras donde están el nombre de las sustancias, así como el género y el nombre de la colonia. Se le dirá a cada uno de los jóvenes voluntarios que vayan y tomen una hoja (la que quieran) para después buscar, junto con otro de sus compañeros, el nombre de la sustancia, sus características, el género que más la consume, así como la colonia donde tiene mayor

impacto. Cuando ya todos hayan establecido estos tres elementos deberán explicarlos en el grupo.

Actividad 2 (20 minutos)

Una vez realizada la actividad 1, el facilitador mostrará la serie de errores que cometieron los participantes y señalará cómo estos pueden repercutir a la hora en que el voluntario trabaja con la comunidad, escuela o familia. Se pasará el video donde se muestre tres fases de la farmacodependencia según la sustancia tóxica que se ingiera.

Desarrollo:

Actividad 1 (40 minutos)

Una vez terminada la presentación anterior, se les pedirá a los participantes formar equipos de tres personas y se les indicará que tienen que realizar un mapa mental eligiendo una sustancia psicoactiva donde se muestre el tipo, los efectos, la composición, el costo, el nivel de dependencia, su acceso y distribución, uso, entre otros. Al término, deberá cada equipo exponer su mapa mental al grupo y este podrá, si así lo requiere, preguntarle sobre el contenido que se está exponiendo.

Actividad 2 (40 minutos)

Cada uno de los equipos elaborará un cuestionario digital en alguna de las aplicaciones que existen de manera gratuita y los otros tendrán que responder, se necesita previa revisión del facilitador. Al final se le dará a este los resultados obtenidos por cada uno de los participantes para que el haga un concentrado. En caso de que los resultados fueran bajos, se le deberá informar al profesor de prácticas profesionales para que coordine las estrategias de aprendizaje a efectuar.

Actividad 3 (40 minutos)

Se le pedirá a cada uno de los participantes lean la lectura del siguiente enlace, http://www.terras.edu.ar/biblioteca/6/TA_Rogoff_Unidad_5.pdf la cual es de Rogoff (1997, pp. 111-128), esto se hará tomando en cuenta cada uno de los tres planos de la actividad sociocultural y vayan describiendo la serie de conceptos que vienen en la lectura.

Actividad 4 (40 minutos)

El facilitador organizará al grupo en equipos de cuatro personas distintas a las que se trabajaron anteriormente, se les pedirá que articulen en un cuadro de doble entrada cada uno de los planos con lo que se vio en la presentación de la sesión, tomando en cuenta en este material una columna de observaciones en donde se señale el análisis que se realizó en la comunidad en la escuela, en la familia y con el usuario del servicio del CIJAOO. Antes del término del tiempo de la actividad el facilitador pasará a cada uno de los equipos para ver si tienen claro con qué comunidad y personas se trabajará en este centro.

Cierre:

Actividad (30 minutos)

Para finalizar se les pedirá a los participantes que en una hoja blanca escriban tres elementos que le parecieron interesantes de la sesión y tres con los que no estén de acuerdo. Cada uno lo presentará al grupo y los otros compañeros pueden intervenir preguntando al que está exponiendo sus elementos.

Módulo 2 Profesionalización

Contenido temático y secuencia didáctica

Sesión 1

Contenidos temáticos:

- Marco referencial para la prevención de las adicciones
- ¿Qué es una droga? y sus clasificaciones
- ¿Qué es la prevención de las adicciones? y el Programa de Prevención de las Adicciones de CIJ
- Niveles de prevención dentro de los Centros de Integración Juvenil y áreas de atención

Objetivo de la sesión:

Analizar el marco referencial para la prevención de las adicciones que utiliza Centros de Integración Juvenil para delimitar las funciones de este programa.

Tiempo de sesión: 4 horas

Materiales:

- Sillas
- Pizarrón
- Cuaderno
- Plumones
- Bolígrafo
- Cartulinas
- Revistas
- Celular de cada uno de los participantes.

Presentación:**Actividad (30 minutos)**

El facilitador pedirá a los participantes que acomoden las sillas en círculo, cada uno tomará asiento y se les pedirá que mencionen alguna experiencia con drogas que han tenido ellos o gente cercana (todos deben de participar). En una siguiente ronda, los participantes deberán señalar cuál han sido las consecuencias que tuvieron con ello. En una tercera ronda, si así lo requiere la participación del grupo, cada participante podrá intervenir preguntando.

Desarrollo:**Actividad 1 (30 minutos)**

Se presentará un video del link, en donde se exponen las drogas más recurrentes en esa comunidad de acuerdo con el Observatorio Mexicano de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas (2021), en el que, además, se exponen los síntomas, consecuencias en el desarrollo cognitivo, motor, social, afectivo que tiene el farmacodependiente.

(Sara VR, 2022, 0m00s-16m28s) <https://youtu.be/O0loZ-M7VFo>

Actividad 2 (40 minutos)

Se proyectará una serie de imágenes de farmacodependientes de acuerdo con el tipo, nivel, periodo de dependencia (ir al link), el facilitador después de la presentación exhortará a los participantes a preguntar y cuestionarse no solo de los tipos de drogas, sino también las

consecuencias y repercusiones socioeconómicas que tiene el sujeto y su entorno familiar. Esta actividad tiene la finalidad de que comprendan el impacto de la sustancia tóxica y el papel del Psicólogo Educativo en este ámbito de estudio.

La presentación fue creada a través de Canva (https://www.canva.com/design/DAFDRgsbtVA/OGTEEG4j-i4QN4cIOJJQFA/view?utm_content=DAFDRgsbtVA&utm_campaign=designshare&utm_medium=link&utm_source=publishsharelink).

Actividad 3 (20 minutos)

El facilitador formará dos subgrupos, cada uno analizará los cuatro indicadores que se muestran en el link del siguiente documento:

http://www.transparencia.cij.gob.mx/Transparencia_Focalizada/pdf/CatalogoServiciosPreventivosWEBCIJ2019.pdf

Actividad 4 (40 minutos)

A cada uno de los subgrupos se les pedirá realizar un mapa conceptual de las tablas que analizaron en el documento anterior y en ellas deberán colocar: las acciones, estrategias, funciones, tareas que puede realizar el psicólogo educativo dentro de la institución y los roles que desempeñará en el Programa Preventivo y de Rehabilitación con los pacientes. Al término de esta actividad, los subgrupos intercambiarán sus mapas conceptuales respectivos y deberán evaluarlos de acuerdo con la rúbrica de evaluación que ellos elaboren, para finalmente volver a regresar el mapa conceptual al subgrupo que lo elaboró junto con la rúbrica de evaluación y los indicadores de desempeño, cada subgrupo volverá a analizar los errores y aciertos que tuvieron en la realización de esta tarea.

Actividad 5 (40 minutos)

El facilitador organizará al grupo en equipos de trabajo de tres a cuatro personas y cada uno de ellos abrirá el siguiente link: http://www.cij.gob.mx/sabersobredrogas/pdf/Saber_sobre_Drogas_2019.pdf (Cruz et al., 2019) Se les mostrará en la mesa de trabajo una serie de materiales y se les pedirá que realicen un cartel donde se incluya la información más importante desde una lectura analítica

y se les señalará que será calificado este material por el profesor del Taller de Prácticas Profesionales

Actividad 6 (30 minutos)

El facilitador les expondrá dos casos a los participantes, el primero de ellos es de un adolescente, referido de su escuela secundaria por acoso y riesgo de deserción, y el segundo es un adulto con antecedentes de adicción, referido por la fiscalía por portación de sustancias. Para ambos casos los participantes tendrán que elaborar una entrevista abierta donde se especifique: objetivo de la entrevista, fuentes de información, contenido, referentes y finalmente mostrar el cuerpo de la entrevista para que sea evaluada por el profesor del Taller de Prácticas Profesionales, quien señalará si se cumple o no con los indicadores antes mencionados. De no cumplir con los indicadores, el equipo tendrá que volver a elaborar este instrumento de recopilación de información.

Cierre:

Actividad (20 minutos)

El facilitador señalará que pongan las sillas en círculo y deberán sentarse junto con las personas que en esta sesión trabajaron para explicar cada uno de los participantes qué comprendieron de los temas revisados y se autoevaluarán a partir de: compromiso, responsabilidad, contenido y trabajo en equipo. Al finalizar la participación de cada uno de ellos, el facilitador mencionará como fue el desempeño de la persona que se está autoevaluando, en el entendido que la finalidad de estar en este centro es que actúen como profesionales y se evidencie su competitividad, eficiencia y eficacia.

Módulo 2 Profesionalización

Contenido temático y secuencias didácticas

Sesión 2

Contenidos temáticos:

- Programa de Tratamiento y Rehabilitación de consulta externa
- Programa Centros de Día

Objetivo de la sesión: Identificar los programas de consulta externa aplicados en la Unidad Operativa de CIJAOO, mostrando las actividades en las que puede participar el alumno desde su perfil profesional como psicólogo educativo para analizar su desarrollo profesional.

Tiempo de sesión: 4 horas

Recursos:

- Kahoot
- Hojas blancas
- Bolígrafos
- Plumones
- Revistas
- Pegamento
- Celular de cada uno de los participantes

Presentación:

Actividad (30 minutos)

El facilitador le enviará un link al grupo de WhatsApp de este Curso-Taller para que cada uno de los participantes contesten el formulario en la aplicación Kahoot (ver link), realizado por las investigadoras, y envíen su captura de pantalla al administrador del grupo de WhatsApp de este Curso-Taller.

https://kahoot.it/challenge/01889321?challenge-id=0bf135de-32a9-453c-bc78-3e30e1518a3e_1660077942835

Desarrollo:

Actividad 1 (40 Minutos)

El facilitador enviará el link al grupo de WhatsApp de este Curso-Taller y cada uno de los participantes tendrá que abrir el link para que se haga una lectura analítica del texto. Al término, cada uno de los participantes se le solicitara elaborar un mapa mental donde se identifiquen las áreas de desarrollo en las que puede participar el psicólogo educativo de la

UPN Ajusco. (Centros de Investigación Juvenil, A.C. [CIJ], 2021)
<http://www.intranet.cij.gob.mx/Archivos/Pdf/Organizacion/ORCIJXX.pdf>

Actividad 2 (40 minutos)

El facilitador recogerá los mapas mentales y los intercambiará entre los participantes sin que ninguno quede con la persona que lo elaboró, se les pedirá que vayan señalando de manera oral la serie de áreas de oportunidad de acuerdo con su profesión y deberán argumentar de manera teórica basada en la literatura propia de la licenciatura si son factibles las áreas de oportunidades que el compañero señaló. El profesor del Taller de Prácticas Profesionales indicará si es correcto o incorrecto lo que señalan; de ser lo segundo, de manera personalizada, señalará al participante la poca visión que sobre sus áreas de oportunidad en lo referente a su profesión.

Actividad 3 (50 minutos)

El facilitador enviará el link al grupo de WhatsApp de este Curso-Taller y cada uno de los participantes tendrá que abrirlo y hacer una lectura analítica del documento de las páginas 42-57 (Almendra, 2014):

<http://www.intranet.cij.gob.mx/Archivos/Pdf/MaterialDidacticoTratamiento/MANUALDEACTIVIDADESDECENTRODEDIA.pdf>

Actividad 4 (50 minutos)

El facilitador organizará al grupo en ocho equipos y cada uno de ellos realizará un análisis del tema correspondiente y elaborará un *collage*. Al término de esta actividad se mostrará alrededor del recinto los *collages* elaborados y cada uno de los autores los tendrán que explicar.

Cierre

Actividad (30 minutos)

Los participantes se formarán uno detrás de otro haciendo cuatro filas con cantidades de participantes iguales, se les entregará una hoja a los primeros de cada fila y se les pedirá que anoten tres ideas referentes a los temas revisados durante la sesión, así sucesivamente cada uno de los que están en la fila realizarán la misma actividad. Para finalizar, el último participante hará sus anotaciones y explicará al grupo la serie de ideas escritas en la hoja (se

recomienda al facilitador que el último de la fila sea aquella persona que le cuesta más trabajo poner atención, o no le importa realizar las actividades, asimismo se le señala que antes de iniciar esta actividad se les dirá que toda la fila será evaluada y la organización de la fila dependerá del desempeño que han tenido hasta este momento en el Curso-Taller).

Módulo 3 Servicios de calidad

Contenido temático y secuencias didácticas

Sesión 1

Contenidos temáticos:

- Expectativas
- Conocimientos previos
- Habilidades
- Temporalidad
- Ubicación de perfiles
- Modalidad de participación
- Retroalimentación
- Seguimiento
- Asesoría

Objetivo de la sesión: Relacionar los conocimientos adquiridos durante el Curso-Taller con las habilidades profesionales con las que cuentan los participantes para eficientizar el trabajo que desempeñarán los voluntarios de prácticas académicas.

Tiempo de sesión: 4 horas

Recursos:

- Tarjetas
- Hojas blancas
- Bolígrafos

- Celular de cada uno de los participantes

Presentación

Actividad 1 (20 minutos)

El facilitador indicará que el grupo debe de ponerse en círculo y pedirá a cada uno de los participantes que de forma coherente, clara, ordenada y veraz mencionen cuáles fueron las suposiciones que se hicieron para escoger el CIJAOO como escenario para el Taller de Prácticas Profesionales, si fue por el profesor o la institución. De acuerdo con lo que nombren los participantes, el facilitador tendrá un punto de vista más amplio sobre cómo será el desempeño en la institución.

Actividad 2 (40 minutos)

Terminado el análisis, el facilitador formará pequeños grupos y, dependiendo del número de participantes, le dará a cada uno de los equipos una tarjeta que contiene una historia o situación de vida (ver anexo 1), sobre la cual existen diversas opciones para tomar una decisión, los equipos leerán sus tarjetas y se organizarán para realizar una representación de la historia o caso que contenga. Al término de las representaciones, el facilitador les hace preguntas sobre por qué decidieron representarla de esa manera y cómo llegaron a elegir una opción, cuáles fueron sus criterios para tomarla y qué otros puntos importantes tomaron en cuenta.

Desarrollo:

Actividad 1 (30 minutos)

El facilitador les compartirá el siguiente link (Secretaría de Salud, s.f.0) http://www.conadic.salud.gob.mx/Guia_Preventivas/La_neta_de_las_drogas.pdf de la lectura “La neta de las drogas y algo más” y les señalará que deben de leer de la página 5 a las 36 de manera individual, resaltando lo que para cada uno de los participantes sea importante.

Actividad 2 (40 minutos)

El facilitador organizará al grupo en equipos de tres a cuatro personas, según sea el número de participantes. Se les pedirá que desarrollen una plática informativa sobre alguna

sustancia psicoactiva sin que se repita está en el grupo, para lo cual tienen que realizar lo siguiente:

- Objetivo
- Contenido
- Actividades de aprendizaje
- Formas de evaluación
- Periodo en que se puede dar a los destinatarios (modalidad de participación)
- Guion de contenido para podcast: estructuras de voz en off de cada uno de los participantes, la entrada y salida, así como las pistas de música requeridas

Una vez elaborado los puntos anteriores se les señalará la importancia del seguimiento o evaluación en este proceso de capacitación e inducción. Se les pedirá que elaboren una rúbrica de evaluación sobre los elementos antes mencionados y se les exhortará a seguir continuando este proceso de capacitación en el CIJAOO.

Actividad 3 (50 minutos)

El facilitador pedirá a cada uno de los equipos que editen el guion, y también que graben y editen el podcast en su celular, bajando una aplicación digital para ello. Finalmente, deberán subirlo a YouTube. El link deberá compartirse a los compañeros del grupo.

Actividad 4 (20 minutos)

El facilitador dará a cada uno de los equipos la rúbrica de evaluación del podcast (ver anexo 2), misma que debe ser llenada por lo menos para la evaluación de dos podcasts.

Cierre

Actividad (40 minutos)

El facilitador les compartirá el siguiente link de la lectura “*Técnicas asertivas*” (Torres, s.f.) <https://web.ua.es/es/aula-salud/documentos/2020-2021/09-tecnicas-asertivas-1.pdf> . Los participantes tendrán que leerla en forma grupal, con los equipos formados con

anterioridad, y deberán de realizar un mapa mental donde expliquen de una forma adecuada la lectura.

Módulo 3 Servicios de calidad

Contenido temático y secuencias didácticas

Sesión 2

Contenidos temáticos:

- Instrumentación de procedimientos
- Seguimiento y gestión del voluntariado

Objetivo de la sesión: Relacionar los conocimientos adquiridos durante el Curso-Taller con las habilidades profesionales con las que cuentan los participantes para eficientizar el trabajo que desempeñarán los voluntarios de prácticas académicas.

Tiempo de sesión: 4 horas

Recursos:

- Hojas blancas
- Bolígrafo
- Celular de cada uno de los participantes

Presentación

Actividad (30 minutos)

El facilitador le dará a cada uno de los participantes el anexo 3, *“El servicio del voluntariado”*, y cada uno de ellos deberá llenar las columnas y los indicadores de los ámbitos comunitario y escolar de CIJAOO, tomando en cuenta los contenidos anteriores de este Curso-Taller. Después se intercambiarán los anexos elaborados entre los participantes quienes no podrán tener su formato. En esta segunda ronda cada uno de los participantes interpretará lo escrito por sus compañeros, enfatizando si es correcto o incorrecto lo que escribieron, de ser esto último los otros que están escuchando podrán intervenir para resolver una serie de dudas.

Desarrollo:

Actividad 1 (30 minutos)

El facilitador organizará al grupo en cinco equipos, les enviará el siguiente link por medio de WhatsApp:

Centros de Integración Juvenil, A.C. (2016).
https://drive.google.com/file/d/1S3qJKU63JYeYsbi6PvtD5X8tcj_T_Jal/view?usp=sharing.

Deberá leerse de la página 16 a la 21, de manera individual. Para ello tendrá, aproximadamente, de 5 a 7 minutos. Una vez realizada la lectura, el facilitador organizará al grupo por equipos y se le pedirá a cada uno de ellos que pongan por lo menos tres ejemplos de cada una de las actividades que vienen en la lectura, tomando en cuenta el trabajo que se realiza en el CIJAOO.

Actividad 2 (30 minutos)

El facilitador pedirá que se haga un círculo en el salón con las sillas en donde cada uno de los participantes dirá cómo se sintió con la primera actividad realizada, si tuvo problemas para poder ubicar la habilidad con el ámbito de servicio del CIJ y si efectivamente fueron honestas las habilidades que se pusieron en las columnas del formato realizado.

Actividad 3 (30 minutos)

El facilitador le dará a cada uno de los participantes el instrumento de evaluación de las habilidades socioemocionales (ver en anexo 4) con el fin de que todos reconozcan los indicadores de cada uno de los ejes presentados y entiendan que, al igual que el usuario de CIJ, tiene habilidades socioemocionales que le permite y obstaculiza el trabajo de interacción. Una vez que se ha llenado este instrumento se intercambiarán con los otros de los participantes y no podrán quedarse con el suyo, se indicará el nivel de habilidad socioemocional con el que cuenta.

Actividad 4 (40 minutos)

El facilitador indicará a cada uno de los equipos que elaboren una secuencia didáctica que corresponda a alguna de las actividades mencionadas en el documento digital, debe de tomarse en cuenta el total de ellas. Una vez elaborada, el profesor del Taller de Prácticas

Profesionales deberá evaluar este material didáctico en el entendido que es una de las funciones principales del psicólogo educativo y por tanto debe hacer hincapié si hay errores.

Actividad 5 (40 minutos)

El facilitador indicará a los equipos que realizaron la secuencia didáctica aprobada por el profesor del Taller de Prácticas Profesionales que elaboren de manera digital o analógica un simulador de cómo sería un curso para impartir a estudiantes de secundaria, tomando en cuenta los factores de protección y riesgo para las adicciones.

Cierre:

Actividad (40 minutos)

El facilitador pedirá a los participantes que presenten ante el grupo su simulador de su curso y al término de las exposiciones el facilitador y los mismos compañeros les mencionarán sus aciertos y sus errores, haciendo una evaluación.

Conclusión

Conclusiones

Las Prácticas Profesionales son de suma importancia, ya que estas permiten ejecutar actividades teórico-prácticas que el estudiante realiza, estas tienen como finalidad contribuir en la formación integral del alumno y le posibilitan consolidar las competencias profesionales, enfrentándose a situaciones reales de la práctica de su profesión, así como desarrollar habilidades para la solución de problemas y reafirmar su compromiso social y ético. De igual forma, le permiten ser fuente de información pertinente para la adecuación y actualización de los planes y programas de estudio y fortalecer la vinculación de la universidad con el entorno social y productivo. Para ello es necesario que desde la integración del practicante a la institución se establezcan las tareas a desarrollar durante su estadía, realizando una asignación y programación de actividades acordes al perfil académico de los jóvenes, considerando además la opinión y habilidades individuales.

La importancia de la inducción y capacitación a los Centros de Integración Juvenil es una fase relevante para la eficiencia en el desarrollo de las actividades dentro del centro, esta tiene como objetivo aumentar la productividad del personal y de igual manera alcanzar los objetivos de la institución satisfactoriamente. La capacitación implica una sucesión de condiciones y etapas orientadas a lograr una interacción del practicante y la institución, así como el incremento y mantenimiento de su eficacia; y su progreso personal y laboral en el centro. Es indispensable prepararlos para la ejecución de diversas tareas y responsabilidades, proporcionando oportunidades y desarrollos continuos.

La elaboración de este documento receptivo surge a partir de la detección de una escasa capacitación del alumnado que ingresa a este escenario de prácticas profesionales, en el cual existieron diferentes limitaciones, tales como, poca o nula comunicación entre el profesor de la asignatura taller de prácticas profesionales y el coordinador de voluntarios de la institución. A su vez no se le otorga la suficiente importancia que las prácticas requieren, con esto se hace referencia a que no existe una constante supervisión del trabajo realizado por parte de los participantes, se percibe una escasa retroalimentación de sus avances, no se les hace de su conocimiento las fallas en las actividades, tampoco se les provee información referente a la práctica, las cuales carecen de información contextualizada y específica, ya que al ingresar a la institución únicamente se proporcionan textos con información desfasada, en

concordancia con las etapas de capacitación que se debería mostrar en ese momento. Asimismo, los contenidos educativos, materiales, artículos, lecturas, entre otras cosas, revisados en el aula universitaria son de poco soporte para el alumno o en ocasiones inexistentes. Esto, a su vez, repercute en el desempeño laboral del participante, ya que se le dificulta la integración al centro y además podría resultar insatisfactoria su estadía.

Lo anterior se puede notar con la experiencia vivida de las autoras, en donde se identificó que si bien los alumnos saben la importancia de las prácticas profesionales, la mayoría del alumnado pierde el interés en la relevancia de la asociación de los conocimientos en el ámbito laboral, ya que a la hora de tomar la materia en la universidad no existe una retroalimentación que le permita visibilizar su desempeño. Esto último se debe a que en clase no se cuenta con una planeación y las preguntas que realiza el profesor son generales y referente a cómo se sienten, tampoco se les brinda una solución clara a los problemas que pudieran enfrentar en el escenario. Es por ello que el sujeto solo quiere acreditar la materia realizando trabajos asignados por el profesor, las cuales no le aportan a su formación profesional y, a su vez, el profesor encargado de dicha materia no tiene una participación activa a la hora de ayudar al alumnado, debido a que en ciertos casos se cancelan las actividades presenciales y sin oportunidad de recuperar la clase. Por su parte, para la institución el alumno es considerado como un sujeto que no cuenta con el tiempo suficiente para un involucramiento dinámico en las actividades a realizar y pudiera representar una pérdida de tiempo el capacitarlos.

Finalmente, lo que se quiere lograr con este documento respectivo es otorgar un Curso-Taller de Inducción y Capacitación para el Personal del Trabajo Voluntario del CIJAOO, ya que este tiene un papel primordial, dado que es el proceso mediante el cual se adquieren los conocimientos, herramientas, habilidades y actitudes para interactuar en el entorno laboral y cumplir con el trabajo que se les encomienda. Aunado a lo anterior, también se pretende hacer notar la importancia que el Taller de Prácticas Profesionales otorga al alumnado y a su desarrollo profesional. Por último, cabe destacar la importancia de los Centros de Integración Juvenil y su labor preventiva ante las adicciones, para ello y debido a la detección del problema existente entre los participantes, surge la propuesta de un Curso-Taller el cual permite orientar a los involucrados al desarrollo de tareas para posibilitar la

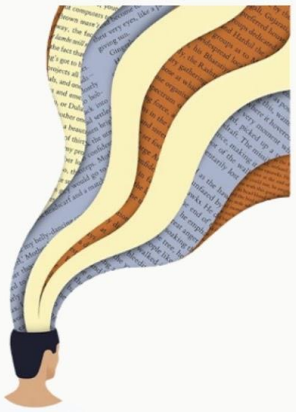
comprensión y vinculación de los conocimientos y habilidades adquiridas durante la licenciatura, alusivos a las adicciones. Asociado a esto se le deberá proporcionar datos y asignación de tareas que refuercen y establezcan una relación con sus habilidades para diseñar actividades y programas desde una postura profesional, ya que son aspectos que se han omitido en generaciones previas

AneXOS

Anexos

Anexo 1. “Toma de decisiones”

Toma de decisiones



Tomar una buena decisión significa que uno ha evaluado cuidadosamente las consecuencias y las ventajas y desventajas de dos o más opciones, antes de escoger la que uno cree que tendrá el mejor resultado.

Toma de decisiones



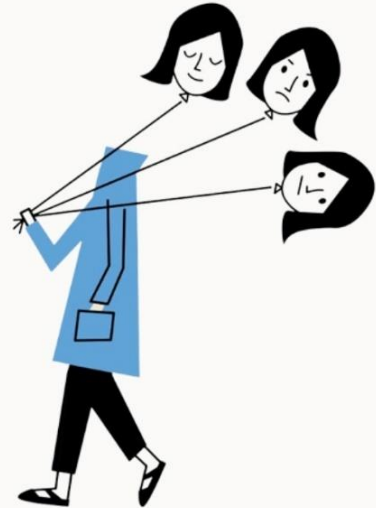
Todos podemos y debemos tomar la decisión de dónde y que carrera estudiar.

Toma de decisiones



La decisión más importante que podemos tomar en nuestras vidas es elegir con quién pasamos el tiempo y, a su vez, el método que más y mejor garantiza nuestro bienestar.

Toma de decisiones



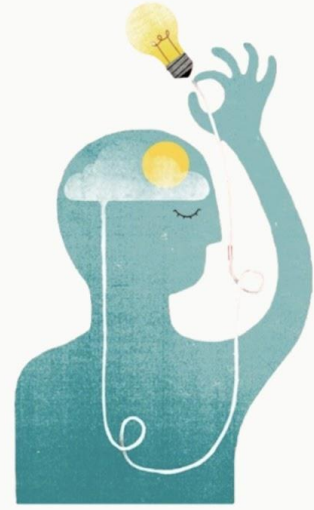
Todos podemos y debemos elegir como y con quien expresar nuestros sentimientos.

Toma de desiciones



Tomar desiciones sobre nuestra vida es importante para prevenir riesgos a la salud y no afectar los proyectos de vida propios.

Toma de desiciones



Todos podemos y debemos decir con quien y dónde queremos realizar nuestras prácticas profecinlaes.

Anexo 2. “Rúbrica de Evaluación Podcast”

Marca con una X los parámetros cumplieron en el podcast se sinceró.

Nombre del podcast: _____

Rubricas de evaluación Podcast				
Parámetros	1 Insuficiente	2 Mejorable	3 Satisfactorio	4 Excelente
Guion				
Creatividad/ originalidad				
Contenido				
Uso del lenguaje				
Estructura				
Entrega en tiempo y forma				
Retroalimentación				

Anexo 3. “El servicio del voluntario”

El servicio del voluntario		
Nombre:		
Habilidades socioemocionales	Fortalezas	Debilidades
Funciones	Comunitario	Escolar

Anexo 4. “Habilidades socioemocionales”

<p>EJE 1. AUTOESTIMA.</p> <p>() 1. Expresa claramente sus ideas y necesidades. () 2. Cuida su apariencia personal. () 3. Se respeta a sí mismo. () 4. Reconoce sus fortalezas. () 5. Manifiesta actitudes de autocuidado. () 6. Mantiene contacto visual al interactuar con los demás. () 7. Se preocupa por los demás. () 8. Reconoce sus áreas de oportunidad. () 9. Ninguna de las anteriores.</p>	<p>EJE 4. REGLAS Y ACUERDOS</p> <p>() 1. Cumple la mayoría de reglas y acuerdos del salón y la escuela. () 2. Acepta la redirección del maestro. () 3. Sigue reglas y acuerdos, aun cuando no lo están observando. () 4. Expresa asertivamente desacuerdo con alguna regla o acuerdo. () 5. Es capaz de llegar a acuerdos en forma adecuada. () 6. Escucha diferentes opiniones para elaborar un acuerdo. () 7. Propone reglas o acuerdos de convivencia en el salón o escuela. () 8. Respeta y cede ante reglas y acuerdos a pesar de no estar de acuerdo con ellos. () 9. Ninguna de las anteriores.</p>
<p>EJE 2. MANEJO DE EMOCIONES</p> <p>() 1. Expresa cómo se siente ante diferentes situaciones. () 2. Regula la expresión de sus emociones. () 3. Actúa en forma asertiva en situaciones que le enojan. () 4. Tiene tolerancia ante situaciones que lo frustran. () 5. No tiene fluctuaciones constantes en sus estados de ánimo. () 6. Reconoce y valida las emociones de los demás. () 7. Está regularmente de buen humor. () 8. Es congruente con lo que siente y expresa. () 9. Ninguna de las anteriores.</p>	<p>EJE 5. RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS</p> <p>() 1. Escucha con atención y respeto el punto de vista de los demás. () 2. Evita conflictos en la escuela y su entorno. () 3. Se involucra para ayudar a solucionar conflictos dentro del salón y en la escuela. () 4. Es capaz de negociar con otros para solucionar un conflicto. () 5. Recupera fácilmente la calma después de un conflicto. () 6. No apoya a otros o participa en agresiones a otros niños. () 7. Logra solucionar sus conflictos en forma asertiva. () 8. Es respetuoso con las autoridades de la escuela. () 9. Ninguna de las anteriores.</p>
<p>EJE 3. CONVIVENCIA</p> <p>() 1. Respeta diferentes formas de pensar y/o actuar de los demás. () 2. Convive respetuosamente con sus compañeros. () 3. Se dirige a los demás por su nombre y no por apodos. () 4. Se integra fácilmente a las actividades con otros. () 5. Trabaja en equipo adecuadamente. () 6. Comparte sus cosas. () 7. Ayuda a compañeros cuando lo requieren. () 8. Avisa a una autoridad en el momento que agreden a alguien. () 9. Ninguna de las anteriores.</p>	<p>EJE 6. FAMILIAS</p> <p>El alumno(a) ...</p> <p>() 1. Se refiere a su familia de forma positiva. () 2. Llega a la escuela en buenas condiciones de aliño () 3. Se siente apoyado por su familia Los padres o tutores... () 4. Preguntan sobre el desempeño del alumno. () 5. Asisten a eventos escolares a los que son convocados. () 6. Acuden en situaciones que se requiere de su apoyo. () 7. Intervienen en forma positiva en la resolución de un conflicto. () 8. Se involucran en sus tareas escolares () 9. Ninguna de las anteriores.</p>

Ejes	Nivel: Esperado	Nivel: En fortalecimiento	Nivel: Requiere apoyo
Eje 1: Autoestima			
Eje 2: Emociones			
Eje 3: Convivencia			
Eje 4: Reglas y acuerdos			
Eje 5: Resolución de conflictos			
Eje 6: Familia			

Cuente los indicadores por cada eje y ubique el nivel que corresponda a cada uno:

ESPERADO (De 6 a 8 indicadores)

EN FORTALECIMIENTO (De 3 a 5 indicadores).

REQUIERE APOYO (De 0 a 2 indicadores).

Señale en el cuadro con una (X) el nivel obtenido en cada uno.

Referencias

Referencias

- Ajzen, I. (1991). Teoría del Comportamiento. *Planificación. Organizational Behavior & Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Alfonso, B. Calcines, M. Monteagudo, R. Nieves, Z. (2015). Estrés académico. *Edumecentro*, 7(2), 163-178). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5023824>
- Almendra, A. (2014). *Manual de apoyo. Actividades de Centro de Día*. Centros de Integración Juvenil, A.C.
<http://www.intranet.cij.gob.mx/Archivos/Pdf/MaterialDidacticoTratamiento/MANUALDEACTIVIDADESDECENTRODEDIA.pdf>
- Álvaro, J. L. y Páez, D. (1999). Psicología social de la salud mental en J. L. Álvaro, A. Garrido y J.R. Torregrosa (Eds.). *Psicología social aplicada*. España: McGrawHill.
- American Psychological Association. (2017). *Estilos de crianza*. Act Raising Safe Kids Program
<https://www.apa.org/act/resources/espanol/crianza>
- Anita, W. (2006). Psicología Educativa en Benítez y Burraco A. (Eds.). *Autismo y lenguaje: Aspectos moleculares*. Pearson.
- Antes y después de las drogas. Canva https://www.canva.com/design/DAFDRgsbtVA/0GTEEG4ji4QN4cIOJJQFA/view?utm_content=DAFDRgsbtVA&utm_campaign=designshare&utm_medium=link&utm_source=publishsharelink
- Apud, I. y Romaní, O. (2016). La encrucijada de la adicción. Distintos modelos en el estudio de la drogodependencia. *Salud y drogas*, 16(2), 115-125.
<https://www.redalyc.org/pdf/839/83946520005.pdf>
- Arias, V., Lozano, A. Cabanach, G., Pérez, N. (1999). Las estrategias de aprendizaje revisión teórica y conceptual. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 31(3), 425-461.
<https://www.redalyc.org/pdf/805/80531302.pdf>

- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Ministerio del Interior.
https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/Bases_cientificas.pdf
- Centro de Atención a Estudiantes. (2016). *Prácticas Profesionales*. CAE. UPN Virtual.
<https://cae.upnvirtual.edu.mx/index.php/practicas-profesionales>
- Centro de Investigación Juvenil Álvaro Obregón Oriente, tu Alcaldía aliada. *Álvaro Obregón, Tu Alcaldía Aliada*. Canva.
https://www.canva.com/design/DAFDQuZYvVU/ICDHRdFPcSIF2-XQ6LEjXQ/view?utm_content=DAFDQuZYvVU&utm_campaign=designshare&utm_medium=link&utm_source=publishsharelink
- Centros de Integración Juvenil. (2012). *Centros de Integración Juvenil, A.C.*
<http://www.cij.org.mx/>
- Centros de Integración Juvenil. (2012). Publicación de Centros de Integración Juvenil, AC. *CIJ informa*, (58). <http://www.cij.gob.mx/Publicaciones/pdf/Publicaciones/Revista58.pdf>
- Centros de Integración Juvenil, A. C. (2015). *Prevención del consumo de drogas en CIJ. Para vivir sin adicciones*. [Archivo PDF].
<http://www.cij.gob.mx/programas/pdf/ProgramaPreventivo2015.pdf>
- Centros de Integración Juvenil (2016). *Guía Técnica. Proyectos de participación voluntaria en CIJ*. [Archivo PDF]
https://drive.google.com/file/d/1S3qJKU63JYeYsbi6PvtD5X8tcj_T_Jal/view?usp=sharing.
- Centros de Integración Juvenil. (2021). 21.º Congreso Internacional en Adicciones. *CIJ informa*, (95). <http://www.cij.gob.mx/Publicaciones/pdf/Publicaciones/Revista95.pdf>
- Centros de Integración Juvenil. (2022). *Portal de Voluntarios*. <http://www.voluntarios.cij.gob.mx/>

- Centros de Integración Juvenil, A. C. (2022). *Presentación Institucional* [Diapositiva de PowerPoint].
http://www.cij.gob.mx/pdf/Presentacion_institucional_cifras_anuales_2021_01032022.pdf
- Centros de Integración Juvenil. (27 de septiembre de 2022). *Estrategia Nacional para la prevención de adicciones*. <https://www.gob.mx/salud/conadic/acciones-y-programas/campana-nacional-contra-las-adicciones-en-tiempos-de-covid-19-y-salud-mental#:~:text=La%20Estrategia%20Nacional%20para%20la,uso%20y%20abuso%20de%20sustancias>
- Chiavenato, I. (1994). *Administración de Recursos Humanos, El capital humano de las organizaciones*. McGraw Hill..
https://www.academia.edu/37214857/Administracion_de_recursos_humanos_El_capital_humano
- Comisión Nacional contra las Adicciones. (s.f.). *Prevención de las adicciones y promoción de conductas saludables para una nueva vida. Guía para el promotor de "Nueva Vida"* [Archivo PDF]. http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/nueva_vida/nv1e_preencion.pdf
- Cruz, S. León, B. Angulo, E. (2019). *Lo que hay que saber sobre drogas*. (2da. Edición). Río Arronte. Fundación.
http://www.cij.gob.mx/sabersobredrogas/pdf/Saber_sobre_Drogas_2019.pdf
- De la Rosa, J. (2003). La aventura de la vida: la educación para la salud como estrategia para la prevención del uso indebido de drogas. *Perspectivas Psicológicas*, 3(4), 118-127. [Archivo PDF]. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pp/v3-4/v3-4a13.pdf>
- Estudio Básico de Comunidad Objetivo (2018). *Estudio Básico de Comunidad*.
<http://www.cij.gob.mx/ebco2018-2024/9460/9460CL.html>
- Fantin, M. y García, H. (2011). Factores familiares, su influencia en el consumo de sustancias adictivas. *Ajayu*, 9(2), 193-214. <http://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v9n2/v9n2a1.pdf>

- Frigo, E. (2014). *¿Qué es la capacitación, y qué gana una organización al capacitar a su personal?* Foro de Seguridad. <https://www.forodeseguridad.com/artic/rrhh/7011.htm>
- García del Castillo, J. (2012). Concepto de percepción de riesgo y su repercusión en las adicciones. *Salud y drogas*, 12(2), 133-151. https://www.redalyc.org/pdf/839/83924965001.pdf?fbclid=IwAR3oaajTfzNK0q1s3zPb0YTJhShO_TioXqgkbq6JmpxYqPQATL5BWfeCLJA
- Gobierno de México. (2019). *Programa Preventivo*. Centros de Integración Juvenil. https://www.gob.mx/salud/cij/acciones-y-programas/programa-de-prevencion-117990?fbclid=IwAR25yVpJHnVZbWYd7-utG8AWZJtOx3mxLDUSltD_0x4h4eeHTkzJXP3HkbM#:~:text=El%20Programa%20de%20CIJ%20cuenta,y%20con%20usuarios%20de%20drogas
- Gobierno de México (2022). *Centros de Integración Juvenil*. <https://www.gob.mx/salud/cij/>
- Gómez, S., Matagira, G., Agudelo, M., Berbesi, D., Morales, S. (2021). Cohesión familiar y factores relacionados en adolescentes escolarizados. *Revista Universidad y Salud*, 23(3), 198-206. <https://doi.org/10.22267/rus.212303.233>
- Centros de Integración Juvenil. A.C. (2021). *Manual de Organización de los Centros de Integración Juvenil*. [Archivo PDF]. <http://www.intranet.cij.gob.mx/Archivos/Pdf/Organizacion/ORCIJXX.pdf>
- Kahoot! (2013). *Kahoot! Juega y crea quizzes*. [Aplicación móvil]. Google Play. https://kahoot.it/challenge/06173642?challenge-id=0bf135de-32a9-453c-bc78-3e30e1518a3e_1656466969251
- Leal, P. y Heman, A. (s.f.). *La baja tolerancia a la frustración y las adicciones* [Archivo PDF]. <http://liberaddictus.org/Pdf/0202-17.pdf>
- Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud del Código Penal Federal y del Código Federal de Procedimientos Penales. 10 de agosto de 2009 https://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5106093

Centros de Integración Juvenil, A.C. (2021). *Manual Proceso de Gestión del Voluntariado en CIJ* [Archivo PDF].

http://www.voluntarios.cij.gob.mx/src/recursos/publicaciones/Manual_ProcesoDeGestionDelVoluntariadoEnCIJ.pdf

Luna, A. y Laca, A. (2014). Patrones de toma de decisiones y autoconfianza en adolescentes bachilleres. *Revista de Psicología*, 32(1), 41-65.

<http://www.scielo.org.pe/pdf/psico/v32n1/a02v32n1.pdf>

Maillo, A. (1965). La educación sanitaria en la escuela. *Estudios*, 59(172), 33-45.

https://redined.educacion.gob.es/xmlui/bitstream/handle/11162/70586/00820073001857.pdf?sequence=1&isAllowed=y&fbclid=IwAR1pnKua9fYuKi3sNwVbAk7VXUzhq1F56hegCF2mAZtwUHgJda02kdP_8a4

Medina-Mora, M., Real, T., Villatoro, J., Natera, G. (2013). Las drogas y la salud pública: ¿hacia dónde vamos? *Salud Pública de México*, 55(1).

https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000100010

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2018). *Ciudades Saludables*. Guía Operativa. Estrategias de promoción y educación en salud, 8. [Archivo PDF].

http://bvs.gt/eblueinfo/PEIS/PEIS_006.pdf

Palacios, J. (2015). Propiedades psicométricas del inventario de búsqueda de sensaciones para adolescentes en México (IBS-Mx). *International Journal of Psychological Research*, 8(1), 46-60. <http://www.scielo.org.co/pdf/ijpr/v8n1/v8n1a05.pdf>

Pontificia Universidad Católica del Ecuador s/f. *Promoción de salud, individual y colectiva*.

<https://blogs.iadb.org/salud/es/5-atributos-de-la-buena-gobernanza-en-salud/>

Propuesta de Comunicación Educativa para el Programa Orientación Preventiva Infantil de Centros de Integración Juvenil, A.C., (Hermosillo), s.f. Capítulo II, Centros de Integración Juvenil A.C, 34-38. [Archivo PDF].

<http://tesis.uson.mx/digital/tesis/docs/7956/Capitulo2.pdf>

- Rogoff, B. (1997). Los tres planos de la actividad sociocultural: apropiación participativa, participación guiada y aprendizaje en Wertsch, J., Del Rio, P., y Álvarez, A. (Eds.), *La mente sociocultural-Aproximaciones teóricas y aplicada*. (pp. 111-128). Fundación infancia y aprendizaje. http://www.terras.edu.ar/biblioteca/6/TA_Rogoff_Unidad_5.pdf
- Román, G. (2006). *Nuevas Alternativas de Aprender y enseñar*. Trillas.
- Román, G. (2006). El tiempo libre y ocio reivindicado por los trabajadores. *PASOS. Revista de Turismo y Patrimonio Cultural*, 4(3), 301-326.
<https://www.redalyc.org/pdf/881/88140302.pdf>
- Sabignoso, M. (2018) *Los 5 atributos clave de la buena gobernanza en los sistemas de salud*.
<https://blogs.iadb.org/salud/es/5-atributos-de-la-buena-gobernanza-en-salud/>
- Saiz, J. (2008). Psicología Social de la Salud sobre el consumo adictivo de cocaína: un modelo psicosocial sintético. *Intervención Psicosocial*, 17(1), 61-74.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592008000100006
- Sánchez, F. y Juárez, C. (2019). Política de seguridad en México: combate al narcotráfico. Entre la seguridad nacional y la seguridad pública. *Revista del Instituto de Ciencias Jurídicas de Puebla, México*, (13) 44, 230-250. <https://www.scielo.org.mx/pdf/rius/v13n44/1870-2147-rius-13-44-229.pdf>
- Sánchez, E., Garrido, A. y Álvaro, J. L. (2003). Un modelo psicosociológico para el estudio de la salud mental. *Revista de Psicología Social*, 18, 17-33.
- Sara VR. (2022). *Centros de Integración Juvenil (CIJ)*. [Archivo de video].
<https://youtu.be/UtJThLy7bVQ>
- Sara VR. (2022). *Sustancias psicoactivas*. [Archivo de video].
<https://youtu.be/O0loZ-M7VFo>

- Schunk, D. (1997). *Teorías del aprendizaje*. Prentice-Hall. Inc.
https://books.google.com.mx/books?id=4etf9ND6JU8C&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Secretaría de Salud. (2014). *Promoción de la Salud y Determinantes Sociales*. Programa Sectorial de Salud. [Archivo PDF]
<http://www.ssch.gob.mx/rendicionCuentas/archivos/Promocion%20de%20la%20Salud%20y%20Determinantes%20Sociales.pdf>
- Secretaría de Salud. (s/f). *La neta de las drogas y algo más...* Comisión Nacional contra las Adicciones.
http://www.conadic.salud.gob.mx/Guia_Preventivas/La_neta_de_las_drogas.pdf
- Secretaría de Salud Coahuila. (s/f). *Departamento de promoción de la salud*.
https://www.saludcoahuila.gob.mx/promocion_de_la_salud.php
- Schifter, D. E., & Ajzen, I. (1985). Intention, perceived control, and weight loss: An application of the theory of planned behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49(3), 843–851. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.49.3.843>
- Silva-Escorcía, I. y Mejía-Pérez, O. (2015). Autoestima, adolescencia y pedagogía. *Revista Electrónica Educare*, 19(1), 241-256. <https://www.redalyc.org/pdf/1941/194132805013.pdf>
- Tavera, S. y Martínez, M. (s.f.). *Prevención de las adicciones y promoción de conductas saludables para una nueva vida. Guía para el promotor de "Nueva Vida"* [Archivo PDF].
http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/nueva_vida/nv1e_preencion.pdf
- Torres, M. (s/f). *Técnicas asertivas I*. Aula de la salud.
https://drive.google.com/file/d/1S3qJKU63JYeYsbi6PvtD5X8tcj_T_Jal/view?usp=sharing.
- Vielma, E. y Salas, M. (2000). Aportes de las teorías de Vygotsky, Piaget, Bandura y Bruner. Paralelismo en sus posiciones en relación con el desarrollo. *Educere*, (3), 30-37.
https://www.redalyc.org/pdf/356/35630907.pdf?fbclid=IwAR1as_QZmR3-r8t3oiopNWVPXQVhJDdgP7pxhXbPd4Nrdjc3sfuPdlvzJk.

Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., y Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Arch Med Interna XXXIII*, (1), 11-14.

<http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf>

Vigotsky, L.S. (1962). *Thought and Language*. The MLT Press

Gaeta González, L., y Galvanovskis Galvanovskis, A. (2009). ASERTIVIDAD: UN ANÁLISIS TEÓRICO-EMPÍRICO. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 14(2), 403-425.