

La práctica profesional de egresados de Psicología Social de la UAM-Iztapalapa

Análisis de casos particulares



Víctor Gerardo Cárdenas González
(Coordinador)



BIBLIOTECA
DE LA
EDUCACIÓN
SUPERIOR



ANUIES

**LA PRÁCTICA PROFESIONAL
DE EGRESADOS DE PSICOLOGÍA
SOCIAL DE LA UAM-IZTAPALAPA**

Análisis de casos particulares

Víctor Gerardo Cárdenas González
Coordinador



331.12
P73

LA428.7
P73

La práctica profesional de egresados de psicología social de la UAM-Iztapalapa : análisis de casos particulares / Víctor Gerardo Cárdenas, coordinador. -- México, D. F. : ANUIES, Dirección de Producción Editorial, 2017.

408 páginas. -- (Colección Biblioteca de la Educación Superior)

ISBN: 978-607-451-126-0

1. Seguimiento de egresados-México. 2. Psicólogos-México. 2. Universidad Autónoma Metropolitana (México) Unidad Iztapalapa-Estudiantes. I. Cárdenas, Víctor Gerardo, coordinador. II. Colección Biblioteca de Educación Superior.

Coordinación editorial
Mario Saavedra García

Portada y formación editorial
María de Lourdes Hidalgo López

Imagen de portada
© Cherylcasey | Dreamstime.com - Teen Walking Away Photo

Corrección de estilo y cuidado de edición
María Antonia Rodríguez Rodríguez

©2017, ANUIES,
Tenayuca 200
Col. Santa Cruz Atoyac
C.P. 03310
México, D.F.

ISBN: 978-607-451-126-0

Impreso en México

Capítulo 4. Capital social, poder y procesos psicosociales como referentes del ejercicio profesional. El caso del trabajo psicosocial en una casa-hogar <i>Víctor Gerardo Cárdenas González</i>	103
Capítulo 5. La intervención psicosocial en violencia de género <i>Angélica María Segura Torres</i>	117
Capítulo 6. La violencia que se construye <i>María Irene Silva Silva</i>	135
Capítulo 7. El trabajo con jóvenes y la perspectiva de género. El ejercicio laboral de una psicóloga social <i>Noemí Ramírez García</i>	153
Capítulo 8. La tierra prometida <i>Oscar Rodríguez Cerda</i>	185
Capítulo 9. Experiencia profesional en la investigación del consumo de drogas en el ámbito institucional <i>Sara Elisa Gracia Gutiérrez de Velasco</i>	197
Capítulo 10. Atención y tratamiento del consumo de drogas en México. Herramientas de intervención desde la Psicología Social de la salud <i>Marisol Pérez Ramos</i>	219
Capítulo 11. Incidencia de un centro gerontológico de desarrollo y educación en los ancianos <i>Dolores Isabel Canchola Bravo</i>	239
Capítulo 12. Adultos mayores en México e identidad social <i>Juan Manuel Herrera Caballero y Norma Georgina Martell Martínez</i>	265
Capítulo 13. Estrategias para la intervención en contextos de violencia con jóvenes <i>Pablo Carlos Rivera Valencia</i>	291

CAPÍTULO 10

ATENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL CONSUMO DE DROGAS EN MÉXICO. HERRAMIENTAS DE INTERVENCIÓN DESDE LA PSICOLOGÍA SOCIAL DE LA SALUD

Marisol Pérez Ramos

Este trabajo tiene la finalidad de compartir la visión teórica-metodológica de la Psicología Social de la Salud, en específico sobre el tratamiento y la prevención del consumo de drogas; sobre todo importa hacer converger la teoría y la práctica profesional, pues el reto principal es aplicar esta materia en un ámbito poco común: el campo de la salud.

Con frecuencia, cuando se piensa en la investigación psicológica sobre salud es común creer que sólo compete a la Psicología Clínica, sin embargo, muchos de los tratamientos recomendados implican el reforzamiento de factores sociales, por ejemplo: el aumento de las redes de apoyo, el fomento de las habilidades sociales, la inserción social, entre otros. Por tanto, la intervención psicosocial es fundamental para coadyuvar los tratamientos médicos y mejorar así la calidad de vida de los pacientes.

En el tratamiento del consumo de drogas lícitas (alcohol y tabaco), pero sobre todo en el consumo y el abuso de las drogas ilícitas (cocaína, marihuana, etc.), es ineludible la multidisciplinariedad (médicos, psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, por mencionar algunos) para favorecer la recuperación de los pacientes, sin embargo, también es primordial que los egresados de las distintas licenciaturas, especializadas en salud, en este caso, tengan una preparación

sólida para merecer entonces el término de “especialista”, y al menos en lo que la Psicología Social se refiere hay mucha desinformación sobre el campo de acción en el terreno de la salud.

Este capítulo no sólo tiene como objetivo conocer el estado actual en el consumo y el abuso de sustancias tanto lícitas como ilícitas en nuestro país (principalmente en la población joven), sino entender las aportaciones de la psicología social de la salud, así como las habilidades que debiesen tener nuestros egresados de la licenciatura en Psicología Social, para poder generar programas de prevención, de tratamiento y de rehabilitación.

Un breve repaso al consumo de drogas en México

El consumo de drogas por los seres humanos no es algo nuevo, éstas se han utilizado con distintos fines: religiosos, terapéuticos, productivos, o por simple entretenimiento (Molina, 2008). En México, durante la década de 1990, la sustancia de mayor consumo fue la marihuana, pero el uso de la cocaína se extendió entre los jóvenes y en los grupos de menos recursos económicos. Se observó una emergencia de sustancias previamente no utilizadas con fines de intoxicación, como ciertos medicamentos (por ejemplo, *rohypnol*) y, al igual que en otros países, se ubicaron en el mercado drogas del tipo de la anfetamina (éxtasis o cristal); el uso de la heroína, si bien era poco prevalente a nivel nacional, fue incrementando en ciudades de la frontera norte (SSA, 1999).

Para 1999, los planes de prevención ejecutados por la Secretaría Salud se enfocaron en la difusión del problema a través de los principales medios de comunicación, mientras que los programas de tratamiento incluyeron la detección y la canalización temprana de los casos de abuso en el consumo, la atención de los trastornos físicos y psicológicos asociados al uso de sustancias, los diversos abordajes terapéuticos hacia el adicto y su familia, la desintoxicación y el manejo médico de los síndromes de supresión, así como las medidas de apoyo al proceso de abandono en el uso de las drogas, prevención de recaídas y de inserción social para lograr un estilo de vida positivo para el individuo en su entorno (SSA, 1999).

Pese a los esfuerzos, el problema del consumo aumentó para el año 2002, del 27% en 1998 al 35% en el 2002 entre los varones y del 18 al 25% respectivamente entre las mujeres; el incremento más notable se percibió en el número de menores que reportaron haber manifestado en el último año al menos tres de los sínto-

mas de dependencia del DSM-IV, que alcanzó al 2% de los adolescentes (Encuesta Nacional de Adicciones, 2002). Las sustancias más usadas entre los jóvenes (18 a 30 años de edad) fueron la marihuana, la cocaína, los inhalables, los estimulantes de tipo anfetamínico y, en último lugar, la heroína y los alucinógenos (SSA, 2002).

Desafortunadamente el incremento se mantuvo, siendo considerado un problema de salud pública, sobre todo en los jóvenes de zonas urbanas. Por ejemplo, las encuestas sobre el consumo de alcohol, tabaco y sustancias ilícitas (*cannabis*, cocaína y drogas sintéticas) en estudiantes de nivel medio y medio superior, realizadas en la Ciudad de México durante los años 2003 y 2006, señalan un incremento que pasó del 15.2 a 17.8% (Villatoro, Hernández, Hernández, Fleiz, Blanco, Medina-Mora, 2005; Villatoro, Gutiérrez, Quiroz, Moreno, Gaytán, Amador *et al.*, 2007).

Los reportes de la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) 2011 siguen siendo poco alentadores en cuanto al consumo de alcohol y de tabaco en jóvenes y adultos a nivel nacional. Los datos más preocupantes tienen que ver con el consumo de alcohol, pues mientras en 2008, en la población total (entre 12 a 65 años de edad), 61.3% aceptó haber consumido alguna vez bebidas alcohólicas, para 2011 el porcentaje subió a 71.3%. Del mismo modo, la cifra de personas que aceptaron tener dependencia al alcohol se incrementó de 5.0% en 2008, a 6.2% en 2011, y fue la sustancia de mayor adicción entre los mexicanos. En cuanto al tabaco, hubo 17.3 millones de mexicanos fumadores activos; entre adolescentes de 13 a 15 años hubo un incremento en la prevalencia de fumadoras activas al pasar de 3.8% en 2008 a 8.1% en 2011, lo cual derivó en un total de 1.7 millones de adolescentes (de 12 a 17 años) que fumaban.

De 2008 a 2011 hubo un incremento de 100 mil personas dependientes del consumo de alguna droga, es decir, eran 450 mil y alcanzaron los 550 mil adictos. En los hombres sí fue notable el incremento en el consumo de marihuana que pasó de 1.7% en 2008 a 2.2% en 2011. La edad de inicio en el consumo de drogas ilícitas se mantuvo en los 18.8 años. Al comparar esta encuesta con las anteriores que datan de 1998, sólo para la zona urbana, hubo un incremento en el consumo de cualquier droga de 2% en 2011, porcentaje que no es significativo, sin embargo, el consumo se mantiene (ENA, 2011).

El consumo de drogas es un indicador de que los adolescentes están experimentando distintas situaciones de riesgo en los ámbitos social, personal y familiar. Entre los factores psicosociales asociados con el abuso de drogas en los adolescentes se encuentran la depresión, la impulsividad, la baja percepción de

riesgo, la actividad sexual temprana, los logros académicos bajos, las estrategias de afrontamiento de tipo evasivo, el estrés, los conflictos familiares, así como la existencia de pautas rígidas de acción y la falta de vínculos de apoyo (Arellanez, Díaz, Wagner y Pérez, 2004; Patton, Hemphill, Beyers, Bond, Toumbourou, McMorris *et al.*, 2007; Borges, Nock, Medina-Mora, Benjet, Lara, Tat Chiu *et al.*, 2007).

Díaz-Negrete y García-Aurrecochea (2008) identificaron que el vínculo con pares desviantes (desarrollo de conductas antisociales), el bajo control conductual (impulsividad, irritabilidad y agresividad), la baja adherencia escolar, las relaciones familiares disfuncionales, el malestar afectivo (ansiedad, depresión y exacerbada sensibilidad afectiva), así como el aislamiento y la baja competencia social están relacionados con el consumo de sustancias ilícitas entre adolescentes mexicanos. Por su parte, Pérez-Ramos y Lucio (2010) demostraron, a través de regresiones logísticas, que el ser varón y pertenecer a una familia monoparental, referir problemas de salud (migrañas, fatiga, falta de apetito), así como presentar problemas de conducta en la escuela o en casa, aumentan el riesgo de consumir alcohol u alguna sustancia ilícita. En general, los problemas de ajuste conductual y los trastornos socioafectivos se relacionan directamente con el consumo de sustancias entre adolescentes.

La Psicología Social de la Salud

Es importante resaltar una contradicción respecto a la importancia de la Psicología Social de la Salud, si bien la salud mental es en sí misma el origen de la Psicología y por tanto de todas las psicologías incluyendo la social, resulta necesario indicar que no todas las corrientes derivadas de la Psicología Social tienen al estudio de la salud como objetivo principal, aunque en sus explicaciones se han encontrado con la necesidad de comprender crisis y enfermedades sociales (sean de origen orgánico o puramente social) y, por tanto, cada corriente desde su perspectiva, ha planteado la construcción de sociedades más saludables para el mejor desarrollo de sus integrantes.

Desde la perspectiva psicosocial, el término *saludable* tiene diversas implicaciones, entre ellas, por ejemplo, que dentro de los grupos sociales haya una mejor distribución de la riqueza, que convivan sin violencia ni conflictos sociales, que se permita una mayor participación política, que exista una mayor edu-

cación, que se reduzca la corrupción, entre muchas otras, es decir, lo saludable refiere de alguna u otra forma al bienestar social. Así que existen tantas psicologías sociales como comprensiones de bienestar grupal, de ahí la necesidad de la diferenciación teórica y metodológica de la Psicología Social de la Salud como tal, pese a la ironía del término en sí.

Dentro de este campo hay al menos dos corrientes principales:

1. La primera explica la evolución del binomio salud-enfermedad a partir del alcance del capital social comunitario —marginación, recursos, hacinamiento, etc.— y en su fortalecimiento como parte tanto de la prevención como del tratamiento, dando origen al modelo biopsicosocial (Suls & Rothman, 2004).
2. La segunda plantea la idea de *salud* como una construcción social, porque el concepto de salud-enfermedad está arraigado en los sistemas de creencias de una sociedad y porque trasciende el ámbito individual, dado que es una cuestión social, donde cada individuo influye en la salud de los demás, y por lo tanto la prevención y el tratamiento son responsabilidad de los sujetos (Dean, Kraft & Pepper, 1976).

En resumen, la Psicología Social de la Salud considera a la salud mental no como un fenómeno intrapsíquico, sino interpersonal e incluso colectivo.

Dado lo anterior, la *salud* puede definirse, de acuerdo con Piña (1991) de la siguiente manera:

Condición del organismo en la que los sistemas biológicos de respuesta mantienen un nivel bajo de vulnerabilidad en su estructura y función, al entrar en contacto e interactuar con el ambiente (objetos, eventos u otros organismos), modulado por procesos psicológicos y el ejercicio de competencias conductuales que cada individuo desarrolla (Piña, 1991: 50-51).

Bajo esta visión se evidencia la construcción de la salud como un proceso de interacción sujeto-contexto, e implica la construcción social del propio término.

En resumen, y con base en León-Rubio (2004) la construcción de la salud implica un mejoramiento en la calidad de vida de los sujetos, y se ha comprobado que su comprensión depende de al menos cuatro factores sociales:

1. Socialización: lo aprendido en los procesos de interacción primarios y terciarios.
2. Valores y creencias asociados a una cultura particular o a un grupo socioeconómico.
3. La influencia grupal. La presión grupal que favorecen o no ciertas conductas (beber, fumar, hacer ejercicio).
4. Modelo y tipo de asistencia sanitaria al que los sujetos pueden acceder dentro de su comunidad.

La concepción de salud es un proceso de construcción social, dinámica y variable, en gran medida determinada por el contexto social, dado que tampoco se pueden ignorar los factores orgánicos y fisiológicos; es una red entrelazada y definida por los procesos de salud-enfermedad de los grupos.

Actualmente, la Psicología Social de la Salud ha avanzado a tal grado que su aplicación es común no sólo en la prevención, sino en el tratamiento, incluso en el acompañamiento del paciente durante la rehabilitación —como sucede en la Psicooncología (Méndez, 2006) o en la psicología del dolor crónico (Domínguez y Olvera, 2006)—, así como en la prevención de enfermedades al incidir sobre factores psicosociales que favorecen la calidad de vida de los sujetos (Barra, 2004; Barrón y Sánchez, 2001).

En el campo de las adicciones se han generado diversos debates en cuanto a la pertinencia de la intervención, dado que el consumo se asume como una consecuencia sociocultural; la crítica de esta visión radica en que las políticas públicas se han enfocado en atender las adicciones como una enfermedad, limitando su explicación y por tanto la eficacia de dichos tratamientos (Castillo, 1986; Jáuregui, 2007). En consecuencia, el debate jurídico sobre la legalización o la prohibición está latente, sin embargo, los argumentos aún son ambiguos y los esfuerzos gubernamentales se han enfocado en atacar judicialmente a los productores, pero poco se ha hecho por la prevención y por el desarrollo de políticas públicas efectivas, sobre todo en el caso de las sustancias ilícitas (Medina-Mora, Real, Villatoro & Natera, 2013).

Prevención y atención de las adicciones desde la psicología social de la salud

Los criterios de dependencia y abuso de sustancias lícitas e ilícitas se encuentran enlistados tanto en el DSM-V (2013) como en el CIE-10; aunque hay algunas diferencias en el diagnóstico son coincidentes al detectar los niveles de dependencia. Ambas clasificaciones describen el trastorno basándose en el modelo médico: “Patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos en un período continuado de 12 meses” (DSM-V, 2013), entre los síntomas se encuentran:

1. La sustancia se toma con frecuencia y la dosis va aumentando en comparación a la primera dosis.
2. Se emplea mucho tiempo tratando de conseguir la sustancia o en la recuperación después del consumo.
3. El consumo frecuente puede interrumpir las actividades cotidianas del consumidor.

Las anteriores formulaciones descriptivas aclaran el objetivo que debe seguir cualquier tratamiento, pero no la etiología ni la naturaleza de la intervención, lo que dificulta la planeación efectiva de un tratamiento basado en la heterogeneidad de circunstancias del desarrollo del trastorno de dependencia.

Un debate común es la diferencia entre uso, abuso y dependencia. El uso se refiere cuando las sustancias son utilizadas como un caso aislado, episódico y/u ocasional sin generar dependencia o problemas de salud asociados, aunque sin descartar el posible daño que pudiera ocasionar una sobredosis (Tapia, 1994; Uematzu & Cabrera, 2001), no obstante, existen datos que respaldan que el uso trae consigo daños fisiológicos y sociales en el mediano y largo plazo (Ostrosky-Shejet, *et al.*, 2012; Vélez, Ostrosky-Shejet & Orozco, 2012), además de que el DSM-V ha agrupado la dependencia y el abuso en un solo rubro, así que la distinción entre uso, abuso y dependencia sigue sin sustento empírico.

Asimismo, los términos *tratamiento* y *prevención* se han usado indiscriminadamente, se emplean en diferentes contextos sin mostrar evidencias de su alcance y mucho menos de su eficacia, sin mencionar las grandes carencias metodológicas que demuestran (González, 2012). El fracaso con los programas

de prevención y de los tratamientos radica justamente en ignorar el origen psicosocial del fenómeno, dado que regularmente se enfocan en el cambio de hábitos y de habilidades individuales, omitiendo los ya mencionados factores psicosociales. El problema de la “individualización” del tratamiento es que el alcance poblacional de los mismos es mínimo.

La visión de la Psicología Social de la Salud es fundamental, porque hoy día al problema del abuso se agrega el de la producción de las sustancias ilícitas dificultando aún más la participación comunitaria en los procesos de prevención. La Oficina de las Naciones Unidas contra el Crimen y las Drogas (UNODC por sus siglas en inglés), en su informe 2015, propone un plan comunitario para reducir la producción de droga ilícita y combatir como consecuencia (no como causa, así se ha hecho en las últimas décadas) el consumo.

La UNODC (2015) explica que se ha fomentado un círculo vicioso, el cual inicia dentro de un contexto de pobreza económica y de corrupción impidiendo el desarrollo de la economía lícita, pues al existir una disminución de inversiones aumentan las infracciones a la ley junto a la violencia social. El plan alternativo de desarrollo tiene como objetivo terminar con ese ciclo, incrementando la inversión en el comercio lícito para generar mejoras económicas en la comunidad, disminuyendo a su vez la violencia social. El plan pretende que la intervención sobre el consumo de drogas sea a su vez un modo de prevención al hacer partícipe a toda la comunidad.

Es claro que la explicación, la prevención y la intervención del abuso de drogas tanto lícitas como ilícitas son necesariamente aspectos multifactoriales. Incluso han surgido diversos tratamientos psicosociales que explican el fenómeno al tiempo que proponen un modelo de intervención. Secades y Fernández (2001) propusieron un modelo en donde interrelacionan:

- a) El contexto tanto interno como externo (estímulos que provocan cambios fisiológicos, psicológicos y emocionales).
- b) La vulnerabilidad genética.
- c) Conducta (hábitos de consumo).
- d) Consecuencias (eventos que provocan cambios fisiológicos, psicológicos y emocionales).

El modelo busca entender el fenómeno desde distintas perspectivas y, aunque es un modelo psicosocial, es evidente la influencia del conductismo social. Para

los especialistas conductuales, el consumo de drogas es un hábito aprendido que puede ser analizado y modificado como los demás hábitos comportamentales; la dependencia se entiende como el resultado de ciertos factores *control*, que incluyen un organismo con unas características biológicas y un repertorio comportamental concretos, un estado motivacional determinado (condiciones de privación social, ansiedad), unas condiciones contextuales generales y específicas determinadas (ambiente escolar o familiar, presencia de sustancias en el entorno cotidiano) y las consecuencias fisiológicas y/o sociales derivadas de la auto-administración de la sustancia (Secades y Fernández, 2001). En suma, las drogas cumplen un papel funcional como reforzador positivo o negativo de aquellos comportamientos que han llevado a su consecución y de las situaciones estimulantes asociadas a éstos (López y Gil, 1996).

Desde la perspectiva conductual, se proponen tres tipos de intervención derivados de diferentes modelos de aprendizaje:

1. Las técnicas de exposición a pistas derivadas del condicionamiento clásico.
2. Los programas de entrenamiento en habilidades o prevención de recaídas basados en los principios del aprendizaje social.
3. Los programas de Manejo de Contingencias (MC) derivados de los principios del condicionamiento operante (Petry, 2000).

Estos tres abordajes no deben entenderse como estrategias excluyentes o independientes, sino como técnicas complementarias que deben integrarse dentro de los programas de tratamiento disponibles (García-Rodríguez, 2008).

El entrenamiento en habilidades sociales es un procedimiento cognitivo-conductual que tiene como objetivo principal dotar al individuo de las habilidades de afrontamiento y de autocontrol para poder manejar las situaciones de riesgo producidas por los estímulos que desencadenan los "deseos" de consumo (Secades, García-Rodríguez, Fernández y Carballo, 2007). Los aspectos generales de este procedimiento incluyen aspectos como fomento de habilidades interpersonales, asertividad y expresión de emociones, entrenamiento en solución de problemas, afrontamiento de estados cognitivo-emocionales, afrontamiento de eventos estresantes y afrontamiento de situaciones de riesgo para el consumo (Monti, Rohsenow, Colby y Abrams, 1995).

En lo general, las aproximaciones psicosociales más utilizadas en la prevención y en el tratamiento del uso y abuso de sustancias tanto lícitas como ilícitas se resumen en la Tabla 1.

TABLA 1. Aproximaciones comunes para la prevención de consumo de sustancias en adolescentes (Skiba, Monroe y Wodarski, 2004)

Nombre de la intervención	Enfoque general	Herramientas de la intervención
Divulgación de la intervención	Difusión sobre las características, pero sobre todo sobre las consecuencias físicas y sociales del consumo de drogas lícitas e ilícitas.	Instrucciones didácticas dentro de las escuelas. Difusión en medios de comunicación masivos. Cárteles y promocionales.
Educación Afectiva	Interés en incrementar la autoestima, toma de decisiones, asertividad.	Entrenamiento en la toma de decisiones y autogestión.
Cognitivo-conductual	Control de las ideas irracionales y de las influencias físicas, emocionales y conductuales alrededor del consumo. Incremento del conocimiento de las consecuencias sociales inmediatas debido al consumo. Promoción de habilidades de "resistencia".	Entrenamiento conductual (Instrucción, demostración, práctica, retroalimentación y reforzamiento).
Desarrollo de habilidades individuales y sociales	Incremento de la toma de decisiones. Promoción del cambio conductual. Disminución de los síntomas de ansiedad. Promoción de habilidades sociales (comunicación, asertividad).	Intervención comunitaria. Entrenamiento de habilidades sociales para el control de la influencia y presión social hacia el consumo de sustancias. Involucramiento familiar y del grupo de pares en el tratamiento.

Fuente: elaboración propia con base en Skiba, Monroe y Wodarski (2004).

Otro modelo utilizado dentro de la prevención es la perspectiva del desarrollo (Cicchetti y Toth, 1992; Coie y Jacobs, 1993; Hawkins, Catalano y Miller, 1992; Rodríguez, 2007), la cual explica que la continuidad entre la niñez temprana y la adolescencia sucede a través de una serie de transiciones y de adaptaciones normativas que permiten un desarrollo exitoso, así como su relación con los distintos factores de riesgo (individuales y medioambientales) presentes en las distintas etapas. Desde esta perspectiva, el desarrollo "desadaptativo" se entiende como el fracaso para lograr las tareas vinculadas con cada una de las etapas, que puede derivar en futuras dificultades para alcanzar con éxito las etapas del desarrollo subsecuentes. Dentro de los supuestos básicos de la teoría del desarrollo encontramos:

1. El funcionamiento individual y familiar es producto de la biología y del ambiente físico-social, elementos que se van modificando con el paso del tiempo.
2. Enfatiza la naturaleza recíproca de la interacción persona-ambiente, de los contextos, por tanto, prefiere la intervención multidisciplinaria acentuando la diversidad individual y cultural.
3. Reconoce la validez de la aplicación de técnicas validadas empíricamente derivadas de diversas disciplinas para el entendimiento del desarrollo humano.
4. La naturaleza de la investigación aplicada del desarrollo es la constante reciprocidad entre el desarrollo de la ciencia y la aplicación de los conocimientos adquiridos en la intervención y la prevención dentro de las prácticas profesionales, y en las políticas gubernamentales, en beneficio de la sociedad (Fisher y colaboradores, 1993).
5. Visualiza al investigador como "productor" y "practicante" de sus conocimientos.

La gran ventaja de esta postura teórica es el interés por vincular la teoría y las herramientas metodológicas directamente con la intervención, sumando la participación de múltiples procesos interdependientes y cambiantes durante el tiempo como son los factores fisiológicos, psicológicos, sociales y ambientales. Otra virtud es la comprensión del funcionamiento individual dentro de un «todo», no se basa en la explicación de conductas aisladas; por tanto, la teoría del desarrollo se apoya de la psicología comunitaria y de la psicología social de

la salud para generar estrategias de prevención y de intervención multidisciplinarias. La intervención dentro de la teoría del desarrollo tiene las siguientes características:

1. Mayor atención a la validez externa sobre la pertinencia de la investigación de la ecología donde se sucede el desarrollo humano, e incluso sobre los estudios de laboratorio.
2. La incorporación de los valores y las necesidades de los colaboradores de la comunidad dentro de las actividades de investigación.
3. Dentro de la evaluación de los resultados debe existir el compromiso en la comprensión profunda de los efectos directos e indirectos de un programa de intervención en su población y de su contexto, aunado a la medición de los resultados.
4. Flexibilidad para adaptarse a las necesidades locales y sus circunstancias, es decir, el diseño o los procedimientos deben ajustarse a las vicisitudes de la comunidad "objeto".
5. Por consiguiente, los métodos de investigación deben adaptarse a las circunstancias de la comunidad.
6. La adopción de una perspectiva de intervención a largo plazo.
7. La colaboración de diversos expertos en el área (favorecimiento de la multidisciplinareidad).
8. Asimismo se enfatiza la necesidad del involucramiento de al menos dos expertos (un experto académico y un experto en la comunidad), entre los cuales debe haber colaboración, co-participación y co-aprendizaje.

Dadas las características señaladas, la teoría del desarrollo ha mostrado tener eficiencia en el tratamiento y la prevención en el consumo de sustancias entre adolescentes (Cicchetti y Luthar, 1999; Díaz-Negrete, 2007; Fernández y Secades, 1999; 2000; Rodríguez, 2007; Rogosch, Oshri y Cicchetti, 2010), y por lo tratado a lo largo de este escrito, es la teoría que tiene una propuesta integral para el entendimiento del fenómeno de las adicciones y para su tratamiento y su prevención, porque busca una constante interacción (no sólo una vinculación) entre la investigación y la aplicación.

Después de revisar los principales modelos de la Psicología Social de la Salud, sin importar cuál sea la aproximación psicosocial elegida, es necesario cons-

truir un programa de prevención y de tratamiento en el abuso y dependencia de drogas que integre los siguientes elementos:

1. Modelos de tratamiento y de prevención comprehensivos, multifactoriales y multidisciplinarios que vayan dirigidos a familias y grupos de pares en diferentes contextos (escuela, comunidad, lugar de trabajo).
2. Entender las causas sociales tanto del consumo como de su prevalencia, esto implica desde los factores económicos hasta el estado físico de la comunidad (servicios públicos, vigilancia, involucramiento de las instituciones gubernamentales y no gubernamentales con la población, etcétera). Para ello es fundamental construir una etnografía del lugar.
3. Las estrategias preventivas deben ser duraderas hasta garantizar los efectos esperados a niveles individual y grupal.
4. Comprensión de los factores de riesgo que acompañan el consumo.
5. Generar planes de acción que fortalezcan los factores protectores de los individuos y que se intervenga en la prevención del incremento de los factores de riesgo, todo esto dentro de contextos específicos.

Es fundamental comprender que, sin importar el plan de trabajo que se construya, se debe fomentar:

1. La no criminalización del consumidor, pues es importante comprender el motivo y las circunstancias del consumo.
2. La inclusión social, los consumidores no debieran ser señalados o apartados de la comunidad.
3. Fomento de hábitos saludables (alimentación, actividad física).
4. Favorecimiento de interacciones sociales positivas, desde el núcleo familiar, el vecinal hasta el nivel institucional.
5. Los miembros de la comunidad deben ser gestores de su propio cambio, es decir, el sistema de prevención-tratamiento debe funcionar sin que esté el investigador presente.
6. La vinculación interinstitucional es fundamental para que los planes de prevención, de tratamiento y de rehabilitación sean exitosos.
7. La meta no es evitar el consumo total de cualquier droga (sería demasiado idealista), pero sí es importante generar una conciencia crítica sobre su uso en distintos contextos y grupos de edad.

La curiosidad de un adolescente (o incluso infantes) para iniciar el consumo es "natural", sin embargo, el mantenimiento de la conducta depende de su núcleo social inmediato, si el abuso y la dependencia es habitual en la comunidad, lo será también para los jóvenes, de ahí la importancia de no naturalizar el consumo de las drogas.

El entrenamiento profesional dentro de la licenciatura en Psicología Social

La Psicología Social de la Salud es un área desconocida para muchos de los estudiantes y, más grave aún, para los egresados, de manera que se vuelve prioritario e importante que los profesores se acerquen a los profesionales para generar un diálogo con ellos y reconocer así la importancia de esta disciplina no sólo en la investigación, sino en la aplicación y, como se ha analizado a lo largo del todo el capítulo, en la prevención, en el tratamiento y en la rehabilitación.

Uno de los primeros errores es creer que la salud es responsabilidad individual, como ya se ha analizado esto es completamente falso, pues depende de un todo social. Sin embargo, la concepción de que lo social implica necesariamente trabajo en grupo hace impensable para nuestros estudiantes imaginarse trabajando en un hospital, o en un centro de rehabilitación, o trabajando para aliviar el dolor de algún paciente con una enfermedad crónica, o acompañando a un infante durante su rehabilitación después de una fractura, o coadyuvando en el tratamiento con la familia de un adicto a la cocaína; la participación del psicólogo social de la salud en estos casos es fundamental.

Asimismo, es muy común encontrar programas de prevención enfocados a los adolescentes para impedir que consuman algún tipo de droga, desafortunadamente se descuida su núcleo familiar, y las dificultades en ese núcleo son las que pueden favorecer la aparición de una conducta de riesgo. No debe entenderse la intervención social como intervención en grupo, es decir, los psicólogos acuden a alguna institución educativa para trabajar con grupos de jóvenes, pero si no hay un trabajo de prevención-intervención con sus redes sociales más cercanas, no servirá de nada que el adolescente tenga la información, de ahí la insistencia en el trabajo dentro de la comunidad.

Otro de los problemas comunes entre los estudiantes es la poca aplicación de la teoría en la resolución de problemas, en ese sentido, ya que se ha mencionado constantemente el trabajo en comunidad, la primera pregunta que aparece

es: ¿Cómo se hace visible un problema dentro de un grupo social sin vulnerar creencias o hábitos? Las respuestas se pueden encontrar en los procesos de influencia social (Moscovici, Mugny & Pérez, 1991), en el funcionamiento de las minorías activas (Moscovici, 1996), en el análisis de la conformidad (Sherif, 1936) y de la obediencia (Milgram, 1974), por mencionar sólo algunas propuestas, pero lo importante es que el alumno (y algunos profesionales) identifiquen la utilidad de cada teoría en su realidad inmediata.

La licenciatura en Psicología Social ofrece las herramientas para que los profesionales puedan aplicar sus conocimientos en el ámbito laboral, pero todavía falta un paso más, es decir, los egresados deben identificar con toda claridad las distintas aportaciones teóricas sobre un fenómeno social y hacer la vinculación entre la teoría y la aplicación en intervención, sin desvincular ambos conocimientos.

Es importante ser enfáticos en los siguientes aspectos:

1. La utilidad de la licenciatura en Psicología Social (y de todas) es mostrar a los estudiantes los avances teóricos de la disciplina y vincularlos directamente con la investigación y la intervención.
2. Los estudiantes deben ser entes activos en la construcción y la producción de su propio conocimiento y su inmediata aplicación.
3. La necesidad de que la universidad vincule a sus estudiantes con el campo laboral, no se trata (o no sólo) de contar con una agencia de empleo eficaz al terminar la licenciatura, sino que se deben generar eventos académicos que permitan al estudiante vincularse con los profesionales y conocer qué hacen y cómo lo hacen en su práctica laboral.
4. Dar la oportunidad a los estudiantes de hacer prácticas fuera de la universidad, con mayor actividad en el último año de la licenciatura.

Aunque hay mucho camino que recorrer para seguir mejorando el plan curricular de la licenciatura, lo cierto es que los alumnos egresan con las herramientas teóricas, metodológicas y prácticas para desarrollarse en cualquier campo, no obstante, hace falta que el estudiante se apropie de su "título" como psicólogo social, a veces se sienten desarmados porque no aprenden ciertas herramientas de la psicología clínica; es responsabilidad de la licenciatura y de los docentes que la componen ayudarles a valorar sus conocimientos para que la estructura de su identidad universitaria, primero, y profesional, después, sea más estable y

con mejores perspectivas para ejercer su carrera en diferentes áreas satisfactoriamente.

Referencias

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*, American Psychiatric Publishing (en línea), <http://www.psychiatry.org/dsm> [consulta: 24 de junio de 2015].
- Ackerman, S. J.; Hilsenroth, M. J.; Baity, M.R. & Blagys, M. D. (2000). "Interaction of therapeutic process and alliance during psychological assessment", *Journal of personality assessment*, 75 (1), pp. 82-109.
- Arelláñez, J., Díaz, B., Wagner, F., & Pérez, V. (2004). "Factores psicosociales asociados con el abuso y la dependencia de drogas entre adolescentes: Análisis bivariados de un estudio de casos y controles", *Salud Mental*, 27 (3), pp. 54-64.
- Barra, A. E. (2004). "Apoyo social, estrés y salud", *Psicología y salud*, 14 (2), 237-243.
- Barrón, A. & Sánchez, M.E. (2001). "Estructura social, apoyo social y salud mental", *Psicothema*, 13 (1), 17-23.
- Borges, S., Nock, M., Medina-Mora, M. E., Benjet, C., Lara, C., Tat Chiu, W., Kessler, R. (2007). "The epidemiology of suicide-related outcomes in México", *Suicide and life-threatening behavior*, 37 (6), pp. 627-640.
- Castillo, J. C. (1986). "La función social del castigo: el caso de la prohibición legal del consumo de droga", *Reis*, 7-22.
- Cicchetti, D. and Toth, S. L. (1992). "The role of developmental theory in prevention and intervention", *Development and Psychopathology*, 4, pp. 489-493.
- Cicchetti, D. & Luthar, S. (1999). "Developmental approaches to substance use and abuse", *Development and Psychopathology*, 11 (4), pp. 655-656.
- Coie, D. J. and Jacobs, M. R. (1993). "The role of social context in the prevention of conduct disorder", *Development & Psychopathology*, 5(2), pp. 263-275.
- Dean, A.; Kraft, A. M. and Pepper, B. (1976). *The social setting of mental health*. Nueva York: Basic Books.
- Díaz-Negrete, B. (2007). Prevención centrada en factores psicosociales asociados al consumo de drogas. Aportaciones de Centros de Integración Juvenil, Reportes electrónicos CIJ (en línea), <http://caritas.laneta.apc.org/archivos/Prevenci%F3n%20y%20factores%20asociados%20al%20CD.pdf> [consulta: 28 de septiembre de 2014].

- Díaz-Negrete, B. & García-Aurrecochea, R. (2008). "Factores psicosociales de riesgo de consumo de drogas ilícitas en una muestra de estudiantes mexicanos de educación media", *Revista Panamericana de Salud Pública*, 24 (4), pp. 223-232.
- Domínguez, T. B. & Olvera, O. Y. (2006). "Estados emocionales negativos, dolor crónico y estrés", *Ciencias*, 82 (2), 67-82.
- Eggert, L. L., Thompson, E. A., Herting, J. R., & Randell, B. P. (2001). "Reconnecting youth to prevent drug abuse, school dropout, and suicidal behaviors among high-risk youth", en E. Wagner and H. B. Waldron (Eds.), *Innovations in Adolescent Substance Abuse Intervention*. Oxford: Elsevier Science, pp. 52-84.
- Fernández, J. R. & Secades, V. R. (1999). "La evaluación de programas de tratamiento para drogodependientes en España", *Psicothema*, 11 (2), pp. 279-291.
- Fernández, J. R. & Secades, V. R. (2000). "La evaluación de los programas de tratamiento en drogodependencias. Implicaciones profesionales para los psicólogos", en *Papeles del psicólogo*, 77, pp. 46-57.
- Finn, S. E. and Tonsager, M. E. (1997). "Information-gathering and therapeutic models of assessment: Complementary paradigms", *Psychological Assessment*, 9 (4), pp. 374-385.
- Fischer, C. T. (1994). *Individualizing psychological assessment*. Hillsdale: Erlbaum.
- García-Rodríguez, O. (2008). "Tratamiento conductual de la adicción a la cocaína", *Trastornos Adictivos*, 10 (4), Lawrence Erlbaum Associates, pp. 242-251.
- Hawkins, D., Catalano, R., and Miller, J. (1992). "Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood", *Psychological Bulletin*, 112 (1), pp. 64-105.
- Jáuregui, I. (2007). "Droga y sociedad. La personalidad adictiva de nuestro tiempo", *Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 16 (2), 1-10.
- León-Rubio, J. M. (2004). "Fundamentos de la Psicología de la Salud", en León-Rubio, J. M.; Medina, A. A.; Barriga, J. S.; Ballesteros, R. A. y Herrera, S. I. (Coords.), *Psicología de la salud y calidad de vida*. Barcelona: Ed. UOC, pp.8-33.
- López, F. y Gil, J. (1996). "Conductas adictivas: modelos explicativos", en J. Gil Roales-Nieto (Ed.), *Psicología de las Adicciones*. Granada: Némesis.
- Medina-Mora, M. E., Real, T., Villatoro, J., y Natera, G. (2013). "Las drogas y la salud Pública ¿hacia dónde vamos?", *Salud Pública de México*, 55 (1), 67-73.
- Méndez, V. J. (2006). Psicooncología. Una nueva actividad en salud, *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 39 (1), 44-45.
- Milgram, S. (1974). *Obedience to authority*, London: Pinter Martin.