

Directorio

Psicomotricidad, Movimiento y Emoción

Director- Editor

Dr. Jaime Fausto Ayala Villarreal

Consejo de Redacción

Redacción

Dra. Concepción Rabadán Fernández.
Lic. Victoria Mancera Pérez.
Lic. Maribel Calderón Arrazola.

Gráfico

Lic. Alejandro Vásquez Santos.



Nacional

Dr. Javier Amado Lerma

Ciudad de México, Instituto Nacional de Psiquiatría

Dra. Thalia Attié Rohl

Ciudad de México, Independiente

Mtra. Mariana Becerra Arzate

Ciudad de México, Independiente

Dra. Martha Patricia Bonilla Muñoz

Ciudad de México, Instituto Mexicano de Terapia Cognitivo-Conductual

Dra. María Esther Castillo Barnetche

Ciudad de México, Independiente

Dra. Rosa María Denis Rodríguez

Pachuca, Hidalgo. Centros de Integración Juvenil

Mtro. Juan Francisco Garduño Aparicio

Ciudad de México, Independiente

Mtro. Nicolás Guzmán Nava

Ciudad de México, DIF Nacional

Mtro. Pedro Rafael Hernández Uzcanga

Ciudad México, Colegio Internacional de Educación Superior.

Mtro. José Mendoza Landeros

Ciudad de México, Consejo Mexicano de Psicoanálisis y Psicoterapia

Mtro. Macario Molina Ramírez

Ciudad de México, Escuela Superior de Educación Física (ESEF).

Mtra. María Oswelia Murad Robles

Ciudad de México, Independiente

Dra. Alicia Parra Carriedo

Ciudad de México, Universidad Iberoamericana

Dra. Concepción Rabadán Fernández

Ciudad México, Colegio Internacional de Educación Superior

Mtra. Paulina Reyes Retana Dahl

Ciudad de México, Independiente

Mtro. José Eduardo Reynoso Cruz

Ciudad de México, Universidad Nacional Autónoma de México

Dr. Juan Gabriel Serna Guerrero

Pachuca, Hidalgo, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

Mtra. Martha Elva Valenzuela Amaya

Ciudad de México, Colegio Internacional de Educación Superior

Mtro. Josué Dante Velázquez Aquino

Ciudad de México, Colegio Internacional de Educación Superior

Comité Editorial:

Internacional

Lic. Miguel Sassano

Buenos Aires, Argentina. Universidad de Morón

Mtra. Katia Fabiola Medina Sanjinés
Bolivia

ÍNDICE

EDITORIAL: REFLEXIONES A 12 AÑOS DEL TEMBLOR DEL AÑO 1985 EN LA CIUDAD DE MÉXICO.

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE ADOLESCENTES CON CÁNCER.

Ezequiel Martínez Martínez y Gabriela Tercero Quintanilla

¿EVALUAR PROCESOS DE APRENDIZAJE EN EL AULA PARA INCLUIR O EXCLUIR?

María Elena Gómez Gallegos

EL VÍNCULO DE LOS PADRES EN EL PROCESO DE FORMACIÓN ACADÉMICA DEL ESTUDIANTE EN EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR.

Karla Romero Uzcanga

• *En la interdisciplina*

RESEÑA DE LIBROS

CANNABIS Y SALUD: DEL MITO A LA EVIDENCIA

Mario Souza y Machorro

EDITORIAL

REFLEXIONES A 12 AÑOS DEL TEMBLOR DEL AÑO 1985 EN LA CIUDAD DE MÉXICO.

Nadie imaginaba la noche del 18 de septiembre de 1985, lo ocurrido por la mañana del fatídico día 19. La ciudad se despertó como todos los días del año, muy temprano los niños y jóvenes se preparaban para ir a la escuela o a la universidad y sus padres a trabajar o a iniciar los quehaceres de la casa. Algunos salieron a ejecutar los ejercicios rutinarios de todos los días o a comprar el periódico o algún alimento mañanero. A las 7:32 de ese día, inesperadamente como siempre había sucedido se dejó sentir el intenso movimiento telúrico acompañado de un ruido antes no escuchado, parecido a un rugido extendiéndose por debajo de la tierra. Todos los objetos se movían de un lado a otro, golpeándose entre ellos y arrastrando a su paso lo que encontraban. Los edificios chocaban con sus vecinos, el alumbrado público dejó de funcionar así como los teléfonos y otras comunicaciones. La Ciudad de México en un minuto estaba llena de escombros, sobre todo la falla telúrica que entra por Xochimilco, avanza por Calzada de Tlalpan, para seguir la avenida de los Insurgentes por las colonias Roma, Condesa, Cuauhtémoc, pasó por El Centro Médico, se extendía por el centro de la Ciudad para llegar hasta el cerro de "La estrella".

Después del colapso, todo quedó primero en un silencio aterrador, la ciudad y sus habitantes estaban sorprendidos por aquel siniestro, el impacto fue tal que se tardó un poco más tiempo que el habitual para reponerse, para después de la perplejidad, dar paso a la incredulidad y luego al pánico, la parálisis, la huida, el llanto, las suplicas, los gritos de dolor, de auxilio, de espanto. No podía ser aquello. Una gran nube de polvo, un hongo gigantesco se alzaba a la manera de hongo atómico sobre una parte de la ciudad. No se sabía la magnitud ni la gravedad de la situación. Cada uno pensaba que toda la ciudad se había derrumbado.

Dentro de los escombros el temblor de la tierra pasó y la calma se dejó sentir, surgieron los llantos y los gritos de dolor sofocados por el polvo en las gargantas. La búsqueda empezó por la pregunta dónde está el niño, dónde está mamá, y papá y los abuelos. Quien murió dejó una huella imborrable, una ausencia, una pérdida repentina, de ¡ya no

esta!. Algunos no murieron, pero quedaron marcados por las lesiones y las mutilaciones. Habían perdido a un familiar pero ellos también fueron alcanzados por un muro, una viga, algún techo o un poste o un árbol; un vidrio los hirió, les explotó un tanque de gas, o se quemaron con petróleo o gasolina. En su cuerpo llevarían la muestra de ese trágico episodio de la vida de la Capital.

No estábamos preparados para tal desgracia, no teníamos ni la menor sospecha que esto podía sucedernos. ¿Por qué dejamos el pueblo?, ¿por qué?.

Mientras tanto, mas allá, se puede decir fuera de lo que fue la laguna de la Gran Tenochtitlan, donde la tierra es firme, muchos se debatían en la incertidumbre de qué realmente paso. Deberían de esperar pasivamente el llamado de las autoridades y soportar la angustia de la espera. El llamado no llego y la población civil, pronto recupero la calma, venció el miedo y se organizó en múltiples brigadas. Las universidades y los centros de educación media y superior tomaron el control de la situación para llevar suministros de agua, alimentos, utensilios de albañiles y herreros, guantes y cuerdas, a aquellos que ya estaban levantando escombros y liberando a los atorados, aprisionados por los tabiques, varillas, maderas, muebles y tierra. La tarea la querían hacer con herramientas pequeñas para no lastimar a los oprimidos por las devastación. Muchos otros convencidos de que la ayuda debería ser rápida y expedita a todos los niveles, fueron a donar sangre, tanta y en tan poco tiempo que tomo al Sector Salud tan sorprendido como todas las otras instancias del gobierno, al grado que buena parte de esas donaciones fue a dar a los crematorios por inservible por no estar preparada y contenida adecuadamente.

Mientras tanto las organizaciones relacionadas con la salud mental, pusieron en marcha varios operativos de atención individual, pero sobre todo grupal para atender a los que participaban directamente en los albergues donde cuidaban a los damnificados por los temblores, personas que habían perdido sus casas, sus posesiones, a sus familiares y amigos. Estos trabajadores de la salud mental estaban expuestos a las grandes demandas de los desposeídos. Las labores eran para ayudar a los socorristas espontáneos que pasaban muchas horas acompañando a los damnificados, expuestos a todo tipo de pedidos. Era menester guiarlos, darles las reglas mínimas indispensables para cumplir mejor sus tareas, sin involucrarse riesgosa e innecesariamente.

¿Qué sucedió en la mente de los protagonistas de esos días terribles que asolaron la Ciudad? 20,000 personas murieron bajo toneladas de escombros. De esa cantidad no sabemos cuantos sufrieron la agonía del terror al morir asfixiados o desangrándose o paulatinamente morir de sed o de frío, esperando en vano el jadear y oliscar de los perros

que presagiaba el rescate. Algunos cadáveres presentaron rictus como señales de angustia y desesperación en el rostro y en otras partes del cuerpo. Y los que fueron rescatados con vida, padecerían la culpa del sobreviviente o al encontrarse heridos o maltrechos sentirían haber vuelto a nacer e iniciaron una nueva vida.

Recordemos que nuestro aparato psíquico, tiene como función primordial mantener un cierto grado de homeostasis, de equilibrio somatopsíquico interno y con el mundo exterior. Otra función, asignada al Yo – Self, es la percepción, juicio y manejo de la realidad externa, por otra parte estas estructuras mantienen la capacidad de pensar libre de contaminaciones del inconsciente y la capacidad de estar alerta, de utilizar la angustia señal y anticipar el futuro. Un aspecto destacado es mencionar las funciones automáticas, también dependientes de Yo – Self. Estas acciones automáticas (como son, el caminar, el manejar un automóvil, escribir a maquina, responder por medio de actos reflejos), ahorran energía psíquica y física. Utilizando estas funciones se logra la capacidad de síntesis e integración de los estímulos internos y externos, esto permite la elaboración y tramitación adecuada de una cadena permanente de nuevos estímulos.

Del mundo exterior se reciben las percepciones, las que pasan a través de los órganos de los sentidos para almacenarse en la memoria. Cuando una percepción se vuelve traumática por su intensidad o cualidad, invade los aparatos de la percepción y obstaculiza el desempeño de los mecanismos psíquicos indispensables para elaborar el estímulo externo convertido en trauma.

El temblor del 19 de septiembre del 85, por lo sorpresivo e intenso se convirtió en un verdadero trauma psíquico para la población en general del Valle de México. Las personas que sufrieron directamente su influencia, con la gran intensidad del traumatismo psíquico, se les bloqueo la capacidad de percepción y de respuesta inmediata, quedándose abrumados y quietos, inundados por la sorpresa y el impacto psíquico. La sensación de estar indefensos y a expensas de la suerte, les provocó una respuesta de resignación pasiva, algunas acciones inútiles de llanto incontrolado, de caminar o correr sin rumbo, sin pensar en nada, como una pura descarga de tensión emocional desbordante, negando la realidad. Las consecuencias inmediatas al impacto fueron además de las anteriores, la regresión o infantilización, el bloqueo de casi todas las funciones de relación, inundación de angustia invasora y por lo tanto la aparición de emociones incontroladas.

En cambio otros salvaron sus vidas por la pronta respuesta que tuvieron, echando a funcionar sus capacidades automáticas, reflejas y de pensamiento, previniendo la inminente catástrofe con una acción dirigida.

Ahora ¿cómo se explica la fortaleza física y psicológica de los bebés atrapados en los escombros durante varios días? Quizá, el factor principal fue, la capacidad de los recién nacidos para echar mano de su potente barrera protectora de estímulos, que los aisló del entorno agresivo y los colocó en una especie de hibernación, con el consiguiente ahorro de energía somática y psíquica.

Las personas que se hallaban fuera del área del desastre o en los lugares no dañados, después de sentir el temblor en una magnitud inusual, negaron la realidad y salieron a sus centros de estudio o de trabajo. Cuando se percataron del grado de la desgracia, les surgió el sentimiento de culpa consciente e inconsciente de no merecer estar sanos y salvos, con la idea de hacer algo para calmar la angustia y el remordimiento. Se habló mucho sobre los sucesos con un afán elaborativo como pasa en los duelos por cualquier pérdida o en las neurosis traumáticas. Dificultad para realizar actividades creativas, alguna pérdida en mayor o menor medida del juicio de realidad, saliendo a las calles y abarrotándolas con una gran cantidad de coches y transeúntes, acción que también tenía el objetivo de constatar la realidad, aunque ponían en peligro su vida y hacía más difíciles todos los esfuerzos de ayuda a los damnificados.

Surgieron los rumores y las fantasías catastróficas como una forma de controlar el futuro amenazante. Muchos presentaron insomnio, hiperactividad, exceso de colaboración y extenuación por las labores de rescate, hubo a quien se le tubo que retirar por la fuerza de las excavaciones.

Conforme pasó el tiempo, en los damnificados surgieron demandas de hogares, trabajo y comodidad en sus paupérrimas viviendas. Estas nuevas necesidades, trajeron nuevas respuestas de la población en general, ahora veían a los desamparados como personas pasivas y dependientes que provocaban enojo y desprecio. En la actualidad no se han cerrado aquellas heridas que se abrieron por desentendernos de las fuerzas naturales a los que la ciudad de México está tan expuesta con una de las concentraciones urbanas más grandes del orbe.

Las intervenciones terapéuticas propiciaron la abreacción y la catarsis para iniciar un proceso elaborativo que en algunas personas duró más tiempo que en otras, dependiendo de su estructura psíquica subyacente.

Un último aspecto a destacar es la capacidad elaborativa que tiene el chiste para contrarrestar el miedo y propiciar el control omnipotente de las pérdidas e iniciar la reparación de las pérdidas. Contaban que los muchachos de la Colonia Roma no invitaron a los de San Juanico a su movida (el terremoto), porque los de San Juanico no los habían invitado antes a su reventón (la explosión). Y otro era que un viejecito estaba evacuando

en el baño del Hotel Ritz, dejó salir un flato (pedo) en el momento en que se cimbraba hasta los cimientos el edificio exclamo ¡no que no soplo!

En el año 1997, pasados doce años, recordábamos las tragedias mas grandes y cruentas de la historia reciente de la Ciudad de México. Qué enseñanzas nos dejo el episodio. El primero es qué pronto olvidamos nuestras pérdidas y qué tan poco elaboramos nuestros duelos, mas bien los negamos. Segundo, no estamos preparados para los siniestros ni naturales como este, ni provocados como la explosión de San Juanico. Y tercero, somos un pueblo poco previsor, burlón y solidario en los momentos mas críticos y difíciles de nuestra vida.

Jaime Fausto Ayala Villarreal

Director-Editor.

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE ADOLESCENTES CON CÁNCER.

EZEQUIEL MARTÍNEZ MARTÍNEZ* y GABRIELA TERCERO QUINTANILLA**

*Pasante de la Licenciatura en Psicología por el Colegio Internacional de Educación Superior (CiES). Prácticas profesionales en el Hospital Infantil de México Federico Gómez en el servicio de Hemato-Oncología e investigación.

**Doctora en Ciencias por la UNAM; Maestra en Ciencias de la Salud, UNAM; Especialista en Terapéutica del Autismo, CLIMA; Licenciada en Psicología Universidad Iberoamericana. Certificación profesional en Psicología por el Colegio Mexicano de Profesionistas de la Psicología, A.C. Nombramientos: Investigador Asociado A del Hospital Infantil de México Federico Gómez. Comisión Externa de Investigación de los Institutos Nacionales de Salud(1996); Investigador en Ciencias Médicas B. Comisión Externa de Investigación de los Institutos Nacionales de Salud(2004); Miembro del Comité Editorial de la Revista Acta Pediátrica de México. Instituto Nacional de Pediatría(2014 a la fecha); Profesora de asignatura: Análisis Crítico de la Literatura Científica, UNAM, Licenciatura en Fisioterapia (2014 a la fecha).

Recepción: 10 de marzo de 2017/ Aceptación: 29 de mayo de 2017.

RESUMEN

Antecedentes: El afrontamiento es uno de los recursos psíquicos con los que cuenta el ser humano y que utiliza para planificar y volver a concebir los problemas a los que se enfrenta para fomentar su crecimiento a lo largo de su existencia. El objetivo de este estudio fue describir las estrategias de afrontamiento más frecuentemente utilizadas por los adolescentes con cáncer. **Material y métodos:** Se realizó un estudio transversal con 62 adolescentes de 12 a 18 años hospitalizados en el Departamento de Hemato-Oncología del Hospital Infantil de México Federico Gómez en el transcurso de seis meses. Todos los sujetos respondieron la escala de afrontamiento específica para adolescentes (ASC) de Fydenberg y Lewis. Las variables de estudio se analizaron con el paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS versión 20.0). **Resultados:** La muestra estuvo conformada por 32 hombres (51.6%) y 30 mujeres (48.4%) con una mediana de edad de 14 años 1 mes. **Conclusiones:** Se encontró que las tres estrategias más

frecuentemente utilizadas por los adolescentes para afrontar el cáncer fueron fijarse en lo positivo, buscar diversiones relajantes y hacerse ilusiones. Así mismo, que las estrategias menos utilizadas fueron autoinculparse e invertir en amigos íntimos.

PALABRAS CLAVE: Adolescencia, Afrontamiento, Cáncer, Estrategias de afrontamiento.

SUMMARY

Background: coping is one of the psychic resources with which the human being can count on to plan and to conceive the problems that they face and to promote growth throughout their existence. The objective of this study was to describe the coping strategies more frequently used by teens with cancer. **Material and methods:** a cross-sectional study was conducted with 62 adolescents aged 12 to 18 years hospitalized in the department of Hemato-Oncología Hospital Infantil de Mexico Federico Gomez in the course of six months. All subjects answered the specific coping scale for adolescents (ASC) Fydenberg and Lewis. The study variables were analyzed with the statistical package for social sciences (SPSS, version 20.0). **Results:** The sample was composed of 32 men (51.6%) and 30 women (48.4%) with a median age of 14 years 1 month. **Conclusions:** It was found that the three strategies most frequently used by adolescents to deal with cancer were to look on the positive side, look for fun relaxing and illusions. At the same time, The least frequently used strategies were incriminating themselves and investing in friends.

KEYWORDS: Adolescence, Coping Strategies, Cancer, Problem solving.

RÉSUMÉ

Antécédents. L'affrontement est l'un des ressources psychiques de l'être humain utilisé pour planifier et pour élaborer á nouveau les problèmes qui se présentent pour impulser sa croissance tout au long de son existence. Le but de cette étude est décrire les stratégies d'affrontement les plus utilisées par les adolescents avec cancer.

Matériel et méthode. On a fait, pendant 6 mois, une étude transversale avec 62 adolescents, de 12 à 18 ans hospitalisés, dans le Département de Hémato-Oncologie de l'Hôpital enfantin du Mexique Federico Gómez Tous les individus ont répondu le barème d'affrontement spécifique pour adolescents (ASC) de Fydenberg et Lewis. Les variables d'étude ont été analysés avec le module statistique pour les sciences sociales (SPSS version 20.0).

Résultats. L'échantillon a été composé par 32 hommes (51.6%) et 30 femmes (48.4%) avec une moyenne d'âge de 14 ans 1 mois.

Conclusion. On a trouvé qu'observer le positif, chercher des divertissements relâchants et se faire d'illusions, ce sont les trois stratégies les plus utilisées pour affronter le cancer. On a aussi trouvé que les stratégies les moins utilisées sont s'auto-incriminer et investir en amis intimes.

MOTS CLÉS: l'adolescence, les stratégies d'adaptation, le cancer, d'adaptation.

INTRODUCCIÓN

El afrontamiento es uno de los recursos psíquicos con los que cuenta el ser humano y que utiliza para planificar y volver a concebir los problemas a los que se enfrenta para fomentar su crecimiento a lo largo de su existencia [1]. Lazarus y Flokman fueron los primeros autores que trabajaron este concepto y lo definieron como aquellos esfuerzos cognoscitivos y conductuales constantemente cambiantes que tiene el individuo para manejar las demandas específicas externas y/o internas evaluadas como excedentes y desbordantes a sus recursos [2]. Inicialmente plantearon que existen dos estilos diferentes de afrontamiento; el focalizado en el problema y que hace referencia a los esfuerzos dirigidos a modificar los eventos ambientales que causan el estrés y el focalizado en las emociones que implica los esfuerzos que se hacen para aminorar o eliminar los sentimientos negativos causados por las condiciones estresantes [2]. Frydenberg y Lewis en 1997 definieron una tercera estrategia denominada afrontamiento de evitación que se usa para evadir el problema, no prestando atención a él o distrayéndose con otras actividades o conductas [3] [4]. En el 2000 mencionaron un estilo más; el afrontamiento en relación con los demás [5].

La adolescencia es considerada como el proceso de cambios psicológicos y sociales de adaptación a las condiciones de la pubertad y que supone cambios físicos, repercute en la autoimagen corporal y en la búsqueda de la individuación, cambios en las relaciones con sus pares y en los roles dentro de la familia. Desde el punto de vista psicológico, es un periodo donde se establece la personalidad, la identidad del rol sexual, el desarrollo de la moral y la independencia emocional [6]. De acuerdo con la teoría de Peter Blos, esta etapa se divide en cuatro estadios: La preadolescencia (9-11 años); adolescencia temprana (12- 15 años); adolescencia (16- 18 años) y adolescencia tardía (19- 21 años) [7]; sin embargo continúa sin haber un consenso de la edad que la abarca (Bellver y Verdet, 2015) [6]. Es un periodo en el que son frecuentes los sentimientos de vacío y

tormento interno, una falta de interés por la familia lo que hace que los amigos adquieran gran importancia, una imperiosa necesidad de tener con quién identificarse, una autovaloración positiva que provoca en el adolescente arrogancia y rebeldía entre otros fenómenos [7] [8] [9]. En esta etapa, el afrontamiento de los adolescentes se relaciona con un conjunto de acciones y cogniciones que lo capacitan para tolerar, evitar o minimizar los efectos producidos por estos cambios [10].

Se entiende por cáncer a un grupo de enfermedades que comparten el crecimiento sin control y la propagación de células anormales del cuerpo, las cuales continúan su división y se acumulan formando tumores que comprimen, invaden y destruyen el tejido normal [11]. Actualmente en México, el cáncer en la población pediátrica representa un problema de salud pública, debido a que la tasa de incidencia en los últimos años se ha incrementado considerablemente [12].

El adolescente con cáncer tiene que hacer uso de diversos recursos psicológicos para hacer frente a las situaciones estresantes que vive [6] [13] como son los cambios propios del periodo de desarrollo, el tener un diagnóstico que pone en peligro su vida y el tratamiento intensivo [6]. Estos recursos como el afrontamiento, han sido parcialmente estudiados en México y menos en los adolescentes, pese a que el cáncer son condiciones crónico-degenerativas que tarde o temprano desencadenan reacciones físicas, psicológicas y sociales negativas que interfieren con el tratamiento y pronóstico de la enfermedad [14]; como las recaídas y la no adherencia al tratamiento médico, la ansiedad, depresión, mala calidad de vida, ruptura de los hábitos de relación dentro de la familia, deserción escolar y aislamiento entre otras [6] [9]. Por esto, se realizó un trabajo de investigación para describir las estrategias de afrontamiento más frecuentemente utilizadas por los adolescentes con cáncer atendidos en un Hospital de tercer nivel de atención.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Se realizó una encuesta transversal a 62 adolescentes hombres y mujeres de 12 a 18 años de edad que contaban con el diagnóstico de cáncer y que fueron hospitalizados para su tratamiento en el Departamento de Hemato-Oncología del Hospital Infantil de México Federico Gómez entre Septiembre de 2016 y Febrero de 2017. La muestra se obtuvo mediante un muestreo no probabilístico de casos consecutivos de los pacientes que cumplieron con los criterios de selección y que dieron su asentimiento y consentimiento informado de participación en el estudio. Se excluyó a los pacientes que cursaban con deficiencia mental (criterio clínico), que se encontraban hospitalizados en la unidad de

terapia intensiva pediátrica (UTIP) y a los que ya estaban en etapa terminal y/o en cuidados paliativos. Todos los sujetos respondieron la escala de afrontamiento específica para adolescentes (ASC) de Fydenberg y Lewis (2000) [5], que es un inventario de autoinforme con 80 reactivos que evalúan 18 diferentes estrategias de afrontamiento en adolescentes de 12 a 18 años, y que pueden agruparse en tres estilos básicos de afrontamiento: concentrarse en resolver el problema (Rp), esforzarse y tener éxito (Es), buscar diversiones relajantes (Dr), distracción física (Fi), fijarse en lo positivo (Po) (afrontamiento dirigido a la resolución del problema); invertir en amigos íntimos (Ai), buscar pertenencia (Pe), buscar apoyo espiritual (Ae), buscar apoyo social (As), acción social (So), buscar ayuda profesional (Ap) (afrontamiento en relación con los demás) y preocuparse (Pr), hacerse ilusiones (Hi), falta de afrontamiento (Na), ignorar el problema (Ip), reducción de la tensión (Rt), reservarlo para sí (Re), y autoinculparse (Cu) (afrontamiento improductivo) [10] [15]. Se cuenta con estudios de validez de constructo y contenido y confiabilidad para las escalas en población hispana [5] y latina [16]. Los datos resultantes de las variables de estudio: edad, género, escolaridad, lugar de origen, diagnóstico médico, tiempo de evolución de la enfermedad, tratamiento psicológico y las estrategias de afrontamiento se analizaron con el paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS versión 20.0) por medio de las frecuencias, medidas de tendencia central (mediana) y medidas de dispersión (percentiles).

RESULTADOS

Se identificaron a 68 adolescentes con algún diagnóstico de cáncer, pero se excluyeron a seis porque no aceptaron participar en el estudio. De los 62 restantes se reportan los siguientes resultados.

La muestra estuvo conformada por 32 hombres (51.6%) y 30 mujeres (48.4%) de 12 a 17 años 11 meses (mediana 14 años 1 mes). El 66.2% cursaba algún grado de la educación secundaria; el 19.5% de cuarto, a sexto de primaria y el 14.5% algún grado de la educación media superior (preparatoria). El lugar de origen de los sujetos para poco más de la mitad de la muestra (56.5%) fue el Estado de México, 14 pacientes (22.6%) la CDMX y 13 (21%) otros Estados de la República entre los que se encontraron Chiapas, Guanajuato, Guerrero, Oaxaca, Puebla, Tlaxcala y Veracruz.

Con respecto al diagnóstico médico en 28 adolescentes (45.2%) fue leucemia (linfoblástica aguda o mieloide aguda); en 15 (24.2%) algún tipo de sarcoma (osteosarcoma, rhabdomyosarcoma o sarcoma de Ewing); en 9 (14.5%) linfomas (Hodkin, no Hodkin o de Burkitt) y en 2 sujetos (3.2%) tumor cerebral (germinal pineal o

meduloblastoma). En el 12.9% restante (8 pacientes) siete presentaron cáncer de las gónadas (coriocarcinoma, tumor de células germinales o seminoma) y uno tumor de Willms. Al momento del estudio 46 adolescentes (74.2%) no habían presentado alguna recaída de la enfermedad y sólo 16 (25.8%) sí; de éstos el 17.7% sólo había presentado una recaída. El tiempo de evolución de la enfermedad desde el diagnóstico hasta que se hizo la evaluación de los pacientes fue de seis meses a siete años (mediana 1 año 6 meses). Se cuestionó a los adolescentes si habían recibido o estaban recibiendo tratamiento psicológico y 44 (71%) respondieron afirmativamente.

Se encontró que las tres estrategias más frecuentemente utilizadas por los adolescentes de esta muestra, para afrontar el cáncer fueron fijarse en lo positivo (Po), buscar diversiones relajantes (Dr) y hacerse ilusiones (Hi). Así mismo, que las estrategias menos utilizadas por los pacientes fueron autoinculparse (Cu) e invertir en amigos íntimos (Ai) (Tabla 1).

| | Estrategia | Rango * | Mediana * | Utilización de la estrategia |
|----|---|----------|-----------|------------------------------|
| 1 | Buscar apoyo social (As) | 28 – 100 | 56 | Algunas veces (45.2%) |
| 2 | Concentrarse en resolver el problema (Rp) | 40 – 100 | 64 | Algunas veces (43.5%) |
| 3 | Esforzarse y tener éxito (Es) | 28 – 100 | 64 | Algunas veces (43.5%) |
| 4 | Preocuparse (Pr) | 28 – 96 | 60 | Algunas veces (41.9%) |
| 5 | Invertir en amigos íntimos (Ai) | 20 – 100 | 44 | No utilizada (29.0%) |
| 6 | Buscar pertenencia (Pe) | 20 – 100 | 54 | Algunas veces (48.4%) |
| 7 | Hacerse ilusiones (Hi) | 32 – 100 | 72 | A menudo (50.0%) |
| 8 | Falta de afrontamiento (Na) | 20 – 56 | 34 | Rara vez (48.4%) |
| 9 | Reducción de la tensión (Rt) | 20 – 56 | 32 | Rara vez (54.8%) |
| 10 | Acción social (So) | 20 – 90 | 35 | Rara vez (48.4%) |
| 11 | Ignorar el problema (Ip) | 20 – 100 | 45 | Rara vez (45.2%) |
| 12 | Autoinculparse (Cu) | 20 – 75 | 28 | No utilizada (50.0%) |
| 13 | Reservarlo para sí (Re) | 20 – 80 | 45 | Rara vez (40.3%) |
| 14 | Buscar apoyo espiritual (Ae) | 20 – 100 | 65 | Algunas veces (37.1%) |
| 15 | Fijarse en lo positivo (Po) | 40 – 100 | 80 | A menudo (53.2%) |
| 16 | Buscar ayuda profesional (Ap) | 20 – 100 | 55 | Algunas veces (30.6%) |
| 17 | Buscar diversiones relajantes (Dr) | 42 – 105 | 77 | A menudo (38.7%) |
| 18 | Distracción física (Fi) | 21 – 105 | 49 | Rara vez (46.8%) |

Tabla 1. Estrategias de afrontamiento utilizadas por 62 adolescentes con cáncer.

* De puntuación ajustada.

DISCUSIÓN

El objetivo de la investigación fue describir las estrategias de afrontamiento más frecuentemente utilizadas por los adolescentes con cáncer. A partir de los resultados obtenidos se encontró que los adolescentes con cáncer de esta muestra hacen frente a su enfermedad utilizando dos de los tres estilos básicos de afrontamiento; el dirigido a la resolución de problemas (fijándose en lo positivo; es decir, tratando de tener una visión optimista y positiva de la situación, así como tratando de verle el lado bueno y buscando diversiones relajantes como ver la televisión, escuchar música y navegar en internet para juegos y redes sociales) y el afrontamiento improductivo (haciéndose ilusiones de que su situación se va a arreglar y confiando en la esperanza y en la expectativa de que todo tendrá un final feliz) [5] [15]. Estos resultados coinciden con lo reportado por Veloso y colaboradores [4] quienes encontraron que 323 adolescentes chilenos utilizaron el buscar diversiones relajantes y la distracción física; es decir, dedicarse al deporte, al esfuerzo físico y al mantenerse en forma (afrontamiento dirigido a la resolución del problema) y preocuparse (afrontamiento improductivo) como las estrategias para afrontar sus problemas.

En el estudio se encontró que las dos estrategias menos usadas por los adolescentes fueron autoinculparse (afrontamiento improductivo) e invertir en amigos íntimos (afrontamiento en relación con los demás). Esto puede deberse a que si bien la adolescencia es una etapa en la que se empiezan a debilitar los lazos afectivos con la familia y los amigos adquieren gran importancia [7], los adolescentes con cáncer frecuentemente son hospitalizados para su tratamiento médico lo que implica que tengan poca energía para comprometerse en alguna relación personal de tipo íntimo y hacer nuevas amistades, más allá de las que conocen en el Hospital. Esto no coincide con lo que encontraron [15] quienes en su estudio utilizando la misma escala con 40 adolescentes con cáncer, reportaron que afrontaron sus dificultades con mayor frecuencia en relación con los demás y que las estrategias menos usadas fueron las encaminadas a la resolución de problemas.

El diagnóstico de cáncer que supone un peligro para la vida del adolescente, el tratamiento invasivo asociado y los subsiguientes efectos secundarios, hacen que tenga que desarrollar nuevas estrategias de afrontamiento para hacer frente a esta experiencia; la cual frecuentemente despierta sentimientos de ira, ansiedad, miedo y tristeza. En diversos estudios se ha estimado que entre el 17 y 30% de los adolescentes con cáncer presentan síntomas de ansiedad y depresión; de ahí que las continuas intervenciones

psicológicas sean parte fundamental del tratamiento multidisciplinario [6]. En este estudio el 71% de los jóvenes habían recibido o estaban recibiendo tratamiento psicológico en el Hospital; de los pacientes que se identificó que utilizaban estrategias improductivas se les canalizó a Psicología independientemente de si ya estaban recibiendo apoyo psicológico o no, porque es necesario ayudarles a desarrollar más estrategias de afrontamiento dirigidas a la resolución de los problemas derivados del diagnóstico y el tratamiento y también es necesario fomentar las estrategias que tienen que ver con su relación con los demás, ya que se ha demostrado que en este periodo de vida, las redes sociales (relación con pares, familia y profesionales) son importantes para su óptimo desarrollo psicológico y social.

BIBLIOGRAFÍA

- [1] DESAI, A., FRYDENBERG, E. (2012). Adolescent Coping: Advances in Theory, Research and Practice. J. Youth Adolescence. (41), 673-76. ISBN: 9780203938706.
- [2] JAUREGUI, P., HERRERO-FERNÁNDEZ, D., y Cols. (2016). Estructura factorial del "Inventario de estrategias de afrontamiento" y su relación con la regulación emocional, ansiedad y depresión. Psicología Conductual. 24(2), 319-40.
- [3] FRYDENBERG, E. (1997). Adolescent coping: Theoretical and research perspectives. London: Routledge, 1997.
- [4] VELOSO, C., CAQUEO, W., y Cols. (2010). Estrategias de afrontamiento en adolescentes. Fractal: Revista de Psicología. 22(1), 23-34. www.scielo.br/pdf/fractal/v22n1a03.pdf
- [5] FRYDENBERG, E., LEWIS, R. (1996). Manual: Escalas de afrontamiento para adolescentes ASC. Madrid: TEA Ediciones, 2000. ISBN: 84-7174-636-0.
- [6] BELLVER, A., VERDET, H. (2015). Adolescencia y cáncer. Psicooncología. 12(1): 141-56. DOI: 10.5209/rev_PSIC.2015.v12.n1.48909.
- [7] BLOS, P. (1971). Psicoanálisis de la adolescencia. Buenos Aires: Joaquín Mortiz, 1994. ISBN: 9789682701252.
- [8] ABERASTURY, A., KNOBEL, M. (1999). La adolescencia normal. México: Paidós educador, 2007. ISBN: 9688532614.
- [9] FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE NIÑOS CON CÁNCER. (2009). Intervención psicosocial en adolescentes con cáncer. Federación Española de Padres con Cáncer. España, 2009. www.aspanoa.org/files/LIBRO%20ADOLESCENTES%20CNCER.pdf.

- [10] GONZÁLEZ, R., MONTOYA, I., y Cols. (2002). Relación entre estilos de afrontamiento y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Psicothema*. 14(2), 363-8. www.redalyc.org/articulo.oa?id=72714227
- [11] MÉNDEZ, X., ORGILÉS, M., y Cols. (2004). Atención psicológica en el cáncer infantil. *Psicooncología*. 1(1): 139-54.
revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/17206.
- [12] RIVERA, R., CÁRDENAS, R., y Cols. (2015). El niño de población abierta con cáncer en México. Consideraciones epidemiológicas. *An Med (Mex)*. 60(2): 91-7. www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2015/bc152c.pdf.
- [13] MACÍAS A., MADARIAGA, C., y Cols. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe*. 30(1), 123-45. www.redalyc.org/articulo.oa?id=21328600007.
- [14] ALVARADO, S. (2004). Psicooncología en México: Perspectiva histórica. *Gamo*. 3(3): 44-7. www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id.estil
- [15] BARBOZA, S., PÉREZ, V. (2013). Estilos de afrontamiento y sentido de la vida en adolescentes con cáncer y adolescentes sanos. Tesis de Licenciatura. Maracaibo, Venezuela, Universidad Rafael Urdaneta. Escuela de Psicología. 200.35.84.131/portal/bases/marc/texto/3201-13-06931.pdf
- [16] CANESA, B. (2002). Adaptación psicométrica de las escalas de afrontamiento para adolescentes de Frydenberg y Lewis en un grupo de escolares de Lima metropolitana. *Persona*. (5), 191-233. www.redalyc.org/pdf/1471/147118132008.pdf

¿EVALUAR PROCESOS DE APRENDIZAJE EN EL AULA PARA INCLUIR O EXCLUIR?

MARÍA ELENA GÓMEZ GALLEGOS

Licenciada y Maestra en Pedagogía por la Universidad Nacional Autónoma de México(UNAM). Labora en la Benemérita Escuela Nacional de Maestros, turno matutino, en el puesto de Maestro de asignatura, área psicopedagogía desde el año 2012. Maestra especialista de apoyo en la escuela regular en la Unidad de Educación Especial y Educación Inclusiva UDEEI no. 43, turno vespertino, en la Dirección General de Servicios Educativos Iztapalapa, Ciudad de México, durante 25 años. Correo electrónico: katmandu8850@gmail.com

Recepción 3 de abril de 2017/ Aceptación 2 de junio de 2017.

RESUMEN

El presente artículo constituye una justificación para proponer el Instrumento de Evaluación Diagnóstica “La ballena”, que al evaluar procesos de adquisición de la lecto-escritura, del cálculo matemático, más que números, se evalúan procesos de aprendizaje, pruebas de desempeño; de forma que permite realizar planeaciones diversificadas, grupal e individual, una educación que tienda hacia la inclusión más que hacia la exclusión.

Las políticas educativas a nivel Nacional e Internacional sobre el tema de Inclusión Educativa en las escuelas primarias, generan diversas interpretaciones de los agentes educativos que en ella se encuentran. Con el tema de la evaluación en las prácticas docentes, se observa una incertidumbre ante la forma de evaluar, considerando que el maestro destina una calificación y se clasifica a los alumnos que obtienen determinado promedio. Ahora bien, ¿la evaluación de conocimientos a través de la asignación de calificaciones incluye al alumno o lo excluye?, ¿una calificación aprobatoria o no, designa el proceso de aprendizaje?, ¿qué pasa con los alumnos que no logran obtener una calificación aprobatoria? La evolución de la Educación Especial en México, ha presentado cambios desde la instauración de la Dirección General de Educación Especial en 1970. Este artículo es una reflexión desde la última transformación de los servicios de educación especial dentro de las primarias de la Unidad de Educación Especial y Educación Inclusiva (UDEEI), en relación con algunas de las inquietudes de los docentes por saber cómo trabajar con los alumnos que se encuentran en situación educativa de mayor riesgo y cómo realizar una evaluación que incluya los procesos de aprendizaje. Alumnos, con alguna diversidad, que en el Plan Nacional para la Evaluación de los Aprendizajes no se encuentran en las cifras de los resultados nacionales 2015.

PALABRAS CLAVE: evaluación, evaluación por desempeño, exclusión, inclusión educativa, planeaciones diversificadas, procesos de aprendizaje.

SUMMARY

This article constitutes a justification for proposing the Diagnostic Evaluation Instrument "The whale", which when evaluating the processes of acquisition of reading and writing, mathematical calculation, rather than numbers, is evaluating learning processes, performance tests; so that it allows group and individual diversified planning, an education that tends toward inclusion rather than exclusion.

National and international educational policies on the subject of Educational Inclusion in primary schools, generate diverse interpretations of the educational agents that are in it. With the subject of evaluation in teaching practices, there is uncertainty about how to evaluate, considering that the teacher assigns a grade and classifies students who obtain a certain average. Now, does the assessment of knowledge through the assignment of qualifications includes or excludes the student? Does a passing or failing grade designates the learning process? What about students who can't obtain a passing grade? The evolution of Special Education in Mexico has changed since the establishment of the General Directorate of Special Education in 1970. This article is a reflection since the last transformation of special education services within the primary schools of the Special Education Unit And Inclusive Education (UDEEI), in relation to some of the teachers' concerns about knowing how to work with the students who are in the most risky educational situation and how to carry out an evaluation that includes the learning processes, with students, with some diversity, that in the National Plan for the Evaluation of the Learning are not in the figures of the national results 2015.

KEY WORDS: Evaluation, performance evaluation, exclusion, educational inclusion, diversified planning, learning processes.

RÉSUMÉ

Dans cet article, on présente les raisons dont l'instrument d'évaluation diagnostique « La baleine », qui évalue des processus d'apprentissage tels que l'acquisition de la lecture et l'écriture, ainsi que du calcul mathématique au lieu des chiffres, permet de faire des planifications diversifiées (en groupe ou de façon individuelle), dans le contexte d'une éducation visant vers l'inclusion plutôt que de l'exclusion.

Les politiques éducatives au niveau national et international sur le thème de l'inclusion éducative dans les écoles élémentaires produisent des interprétations variées par les agents éducatifs attachés. Dans le thème de l'évaluation dans les pratiques d'enseignement, on observe une incertitude devant la façon d'évaluer, en prenant compte de l'habitude du professeur de donner une note et de la classification des étudiants à

partir de la même. L'évaluation des connaissances en attribuant des notes inclue ou exclue l'étudiant ? Une bonne note décrit le processus d'apprentissage ? Qu'est-ce qui se passe avec les étudiants qui n'obtiennent pas un bonne note ? L'évolution de l'éducation spéciale au Mexique a présenté des changements depuis la création de la Direction Générale de l'Education spéciale en 1970,. Dans cet article, on réfléchit sur la dernière transformation des services de l'éducation spéciale dans les écoles élémentaires de l'Unité de l'Éducation Spéciale et de l'éducation Inclusive (UDEI par son nom en espagnol) en rapport á quelques inquiétudes des professeurs sur la manière de travailler avec des étudiants qui sont en risque éducatif et sur la manière de faire une évaluation centrée sur le processus d'apprentissage. Des étudiants avec quelque type de handicapé qui, dans le Plan National pour l'évaluation des apprentissages, ne se trouvent pas dans les chiffres des résultats nationaux 2015.

MOTS CLÉS : évaluation, évaluation de résultats, exclusion, inclusion éducative, planifications diversifiées, processus d'apprentissage.

INTRODUCCIÓN

La Unidad de Educación Especial y Educación Inclusiva (UDEEI), se define como:

Un servicio educativo especializado que, en corresponsabilidad con docentes y directivos de las escuelas, garantiza la atención de calidad con equidad al alumnado que se encuentra en situación educativa de mayor riesgo de exclusión, debido a que su acceso, permanencia, aprendizaje, participación y/o egreso oportuno de la educación básica, es obstaculizado por diferentes barreras en los contextos escolar, áulico y/o socio-familiar (11) [1].

La formación académica del especialista se instaura a partir de la fundación de la Escuela Normal de Especialización (ENE) en 1943, es decir, desde hace 73 años se genera la idea de atender a la población escolar considerada diferente. Actualmente a pesar de los cambios y políticas educativas en la década de los 90's con el movimiento de Integración Educativa, en el 2000 sobre la Inclusión Educativa, bajo un enfoque social de atención a la discapacidad y diversidad de los alumnos en las primarias dentro del mismo salón de clases, se sigue recurriendo al especialista para buscar esta inclusión.

La Dirección General de Educación Especial, fue decretada, el 11 de diciembre de 1970 [2]. Los servicios de educación especial han experimentado diferentes cambios. Cabe señalar que la atención especializada dentro de las escuelas primarias, inicia desde su implementación con los Grupos Integrados (GI) en 1971, los Centros Psicopedagógicos (CPP) en 1974, hasta su fusión en 1993 con la Reorientación de los Servicios de

Educación Especial para dar origen a la Unidad de Servicios de Apoyo a la Escuela Regular (USAER) de 1994 [2] y la Unidad de Educación Especial y Educación Inclusiva (UDEEI) desde 2014 a la actualidad.

La UDEEI responde al Acuerdo 711 por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa para la Inclusión y la Equidad Educativa en el Diario Oficial de la Federación [3]. Esto genera una serie de interpretaciones por parte de los docentes dentro de las escuelas de educación básica pública, con funciones: directivas, frente a grupo o de apoyo (especialistas) que intervienen en el proceso educativo, con relación a: ¿cómo trabajar con todos los alumnos, considerando que en el aula puede haber uno o varios con una condición de discapacidad, diversidad o vulnerabilidad?, ¿qué son las Barreras al Aprendizaje y la Participación(BAP)?, estas preguntas dan ocasión a diferentes respuestas producto del desconcierto, como son: “el maestro les tendrá que poner actividades diferentes a los que tienen discapacidad” (sic); “¿qué voy hacer si no tenemos especialista en la escuela?” (sic); “voy aplicarle un examen a ver qué sabe” (sic); “más trabajo por el mismo sueldo” (sic); “los especialistas para eso están en esas escuelas, que allá los envíen” (sic), ¿por qué los aceptan aquí?” (sic), el alumno tiene barreras, y lo debo atender, ¿con qué estrategias? (sic).

Considero que el trabajo del especialista y el docente titular del grupo con este cambio ha sido adverso, las condiciones de los contextos: escolar, áulico y sociofamiliar, así como la disponibilidad de algunos docentes, todavía se encuentra en la construcción de aceptar y lograr la permanencia de los alumnos con relación a sus aprendizajes. “La atención a la diversidad exige, por lo tanto, en primer lugar el conocerla para después aceptarla, valorarla y tratarla” pedagógicamente (35) [4]. La atención a la diversidad de los alumnos en los centros escolares, específicamente los alumnos con una condición de discapacidad o una variable de diversidad, se van complicando cuando se trata el tema de evaluación.

DESARROLLO:

Actualmente las características que hacen al alumno ser o verse diferente a la población del grupo en el salón de clase, se conceptualizan por la Dirección de Educación Especial (DEE), como variables de diversidad por las que son excluidos: capacidad, aptitud, género, salud física y mental, condición orgánica y sensorial, origen étnico, lengua, religión, condición socioeconómica, orientación sexual, y/o formas de convivencia (14) [1]. Paradójicamente plantea a través de las políticas educativas su inclusión al reconocer en los alumnos la presencia de estas variables. Los alumnos que llegan a tener alguna de

estas condiciones, desde el inicio de su escolarización, sin importar su edad, adquieren experiencias de aprendizaje significativas aunadas a sus procesos de maduración y del entorno sociocultural [5]. La apuesta es que a través de la interacción con los contextos se vayan posibilitando o no sus procesos de aprendizaje.

En las escuelas se encuentran alumnos que no denotan una discapacidad a primera vista, sino que tienen una variable de diversidad; estos son los que se encuentran en mayor riesgo de no culminar su educación primaria. En una primera instancia pueden ser excluidos de las evaluaciones: diagnóstica, formativa y sumativa, durante su paso por la escuela, donde obtienen bajas calificaciones, o sus comportamientos son inadecuados al relacionarse con el grupo de pares o maestros. Ellos han pasado desapercibidos para el maestro, para excluirse del grupo, utilizan algunas estrategias para no ser evaluados como: copiar, decir ya terminé (y no van a revisarse), juegan a discreción entreteniéndose en actividades diferentes a las solicitadas por el maestro, o dicen que no pueden, no entienden, hacen berrinches, desesperan al docente y pasan a ser alumnos etiquetados como flojos. Van pasando por la escuela con diferentes deficiencias difíciles de ser subsanadas. Me atrevo a decir: estos alumnos son los que, “aprendieron a no aprender”. Jaques Delors plantea los cuatro pilares de la educación: aprender a conocer, aprender a hacer, aprender a vivir juntos, y aprender a ser [6]. Estas categorías son retomadas en el enfoque por competencias implementado en los planes y programas de la Reforma Educativa de Educación Básica 2011, establecida por la Secretaria de Educación Pública (SEP). Aprender a conocer, el autor lo supone: “en primer término, aprender a aprender, ejercitando la atención, la memoria y el pensamiento” (92) [7]. En la escuela y en el salón de clase, a los alumnos que “aprendieron a no aprender” no les interesa ejercitar la atención, la memoria y el pensamiento. Suelen mostrar un desfase de más de un grado en el nivel de desarrollo de las competencias para la vida en relación al grado escolar que cursa [1]. Las razones de la condición de “aprender a no aprender” pueden ser diversas, sin embargo, el efecto es una bola de nieve, que aumenta con su paso por la escuela. Son alumnos que están ahí, y llegan a ser excluidos de algunos procesos de evaluación. Estos alumnos pueden pasar desapercibidos por la primaria y secundaria sin lograr la consolidación de los aprendizajes elementales: leer, comprender textos, escribir, realizar las cuatro operaciones básicas: sumar, restar, multiplicar y dividir en la resolución convencional de problemas matemáticos. Lo que en otros niños pueden ser indicadores para reconocer si su contexto sociofamiliar, escolar o áulico es adverso o no, en estos niños que han “aprendido a no aprender”, no es así.

El Planteamiento Técnico Operativo de la Unidad de Educación Especial y Educación Inclusiva, considera que estos alumnos se encuentran en una situación educativa de mayor riesgo por enfrentar dificultades en el acceso, permanencia, participación, en el desarrollo de aprendizajes relevantes y pertinentes, así como en el egreso oportuno [8]. Estas dificultades a las que se enfrentan estos niños se llaman Barreras al Aprendizaje y la Participación (BAP), es decir:

Las BAP, hacen referencia a aquellas condiciones (procesos, dinámicas, actitudes, concepciones, relaciones, prácticas) en los contextos escolar, áulico y sociofamiliar que obstaculizan, dificultan, limitan que un alumno o alumna ejerza plenamente su derecho a una Educación de Calidad con Equidad (que accedan a la escuela, permanezcan en ella, participen en las diversas actividades escolares y áulicas y que aprendan lo que está definido en el Currículo de acuerdo a su edad (29) [8].

Afortunadamente algunas prácticas pedagógicas dentro del aula, se ven traducidas en la inquietud de los docentes con preguntas: “¿qué debo hacer con estos niños?”, “¿qué actividades le pongo al niño si no aprende?” “¿cómo lo voy a evaluar”(sic). Pero por otro lado, sucede el reverso de la moneda. Un ejemplo de esta situación son los resultados nacionales 2015 de la prueba del Plan Nacional para la Evaluación de los Aprendizajes (Planea) en los campos de Lenguaje y Comunicación y Matemáticas de 6° grado de primaria. En este tipo de evaluaciones el día de la aplicación, los alumnos que se encuentran en situación educativa de mayor riesgo, no se presentan, en algunos casos es por coincidencia, y en otros porque se les pide no asistir. Algunos docentes comentan "para qué le digo que venga, baja el promedio del grupo y no me voy a quitar de encima al director y al supervisor" (sic). En estos casos el maestro puede considerar la evaluación como la ocasión para ser señalado por la comunidad escolar con resultados bajos de su grupo.

El propósito de la prueba de Planea, es: “conocer la medida en que los estudiantes logran aprendizajes esenciales al término de los distintos niveles de la educación obligatoria” (5) [9]. En el campo de formación Lenguaje y Comunicación se plantean cuatro niveles de logro, el nivel 1 es el más bajo. Los distintos niveles indican la medida en que los estudiantes logran aprendizajes esenciales al término de los distintos niveles de la educación obligatoria. A nivel nacional los resultados en Lenguaje y Comunicación son: 35.8% en el Nivel 1; 35.9 en el Nivel 2; 22.1% en el Nivel 3, y 6.3% en el Nivel 4. En Matemáticas 49.6% en el Nivel 1; 20.9% en el nivel 2; 17.7 % en el Nivel 3 y 11.8 % en el

nivel 4 [9]. Es preciso señalar que en la Ciudad de México (antes Distrito Federal), se concentran la mayoría de las escuelas generales públicas. Los resultados obtenidos en Lenguaje y comunicación, en el primer cuadro y de Matemáticas en el segundo, son:

| Nivel de Logro | Porcentaje % de la población | Lenguaje y comunicación |
|----------------|------------------------------|--|
| | | Descripción del nivel de logro |
| 1 | 51.6 % | <i>“seleccionan información sencilla que se encuentra explícitamente en textos descriptivos. Además comprenden textos que se apoyan en gráficos con una función evidente; distinguen los elementos básicos en la estructura de un texto descriptivo; y reconocen el uso que tienen algunas fuentes de consulta” (9) [9]</i> |
| 2 | 34.1 % | <i>“Comprenden la información contenida en textos expositivos y literarios”(9) [9]</i> |
| 3 | 12.7 % | <i>“Combinan y resumen información que se ubica en diferentes fragmentos de un texto” (9) [9]</i> |
| 4 | 1.6 % | <i>“Comprenden textos argumentativos como artículos de opinión y deducen la organización de una entrevista. Evalúan de manera conjunta elementos textuales y gráficos que aparecen en textos expositivos; sintetizan la información a partir de un esquema gráfico como un cuadro sinóptico y establecen relaciones textuales que son evidentes. Elaboran inferencias de alto nivel como evaluar el efecto poético y analizan el contenido y la forma de textos con una temática similar. Por otra parte, discriminan el tipo de información que se solicita en un documento y reconocen las sutilezas del lenguaje de distintos textos” (9) [9]</i> |

| Nivel de Logro | Porcentaje % de la población | Matemáticas |
|----------------|------------------------------|--|
| | | Descripción del nivel de logro |
| 1 | 67 | <i>“Escriben y comparan números naturales. Sin embargo, no resuelven problemas aritméticos con números naturales” (10) [9]</i> |
| 2 | 23.6 | <i>“Resuelven problemas aritméticos (que involucran suma, resta, multiplicación y división) con números naturales” (10) [9]</i> |
| 3 | 6.8 | <i>“Resuelven problemas aritméticos con números naturales o decimales. Resuelven problemas de aplicación de perímetros” (10) [9]</i> |
| 4 | 2.5 | <i>“Resuelven problemas aditivos con números naturales, decimales y fraccionarios. Resuelven problemas de aplicación de áreas. Resuelven problemas que implican calcular promedios y medianas y comparar razones” (10) [9]</i> |

En los cuadros destacan tres aspectos:

1. Los resultados de una prueba estandarizada aplicada a nivel nacional (inclusión) obvia los contextos de aplicación.
2. No se toma en cuenta en las estadísticas un apartado que registre alumnos ausentes.
3. En la mayoría de los casos, la evaluación de los conocimientos es considerada por los docentes como un mecanismo de control por parte de las autoridades.

Entonces si los alumnos con discapacidad, los que aprenden a no aprender, los de diversidad, los vulnerables, son excluidos, de alguna manera, de la evaluación de Planea a nivel nacional, por qué las Políticas de Inclusión Educativa en la Secretaría de Educación Pública, insisten en plantear a través de la Dirección de Educación Especial su inclusión en el salón de clase, enfrentar las Barreras al Aprendizaje y la Participación en alguno de los contextos: escolar, áulico o sociofamiliar. ¿Cómo intervenir la UDEEI para eliminar o minimizar esas Barreras y que el alumno o alumna ejerzan su derecho a aprender y participar conjuntamente con la escuela?

Evaluar a un alumno que asiste a la escuela y no quiere aprender, es una labor complicada para el maestro de grupo. Todavía más complejo cuando se requiere identificar el proceso de aprendizaje en el que se encuentra. Contrariamente cuando se evalúa con calificaciones, se afecta el proceso de aprendizaje. Santos Guerra expresa “la complejidad que encierra el proceso de evaluación es tan grande que resulta sorprendente el reduccionismo con el que frecuentemente se practica en el marco de las instituciones” (73) [10]. Cuando se evalúa con una calificación se implica una afirmación traducida en una cualidad, es decir, 10 = excelente, 9 = muy bien, 8 = bien, etc., pero difícilmente da cuenta del proceso de aprendizaje y de lo aprendido. Esta calificación lleva una connotación social que la mayoría de las veces puede excluir al alumno del grupo social donde se desenvuelve.

Los alumnos podrían saber que van a sacar calificación baja, pero no saben por qué, qué implica y muchas veces, la familia y los maestros tampoco. Esta situación involucra un trabajo conjunto de observar, conocer, y reconocer en el alumno su desempeño en el aula, para ello el maestro especialista, corresponsablemente con el docente frente a grupo, comienza el reporte de la valoración inicial el cual se conforma actualmente de los siguientes aspectos:

| |
|--|
| <p>Datos de Identificación de los estudiantes</p> <ol style="list-style-type: none">Datos básicos: Nombre del alumno o alumna, fecha de nacimiento y edad, grado y grupo, nombre de la docente de grupo.Se incluye una descripción breve de las condiciones de vulnerabilidad en que pudiera encontrarse el alumno o alumna. Reporte de la Valoración de la Situación Inicial (30)[1] |
| <p>Situación Educativa del alumno o alumna en interacción con los contextos. Se incluyen los resultados de la valoración puntual y pormenorizada de la situación educativa del alumno o alumna en interacción con los contextos. Recordar:</p> <ol style="list-style-type: none">Un primer análisis de la situación educativa, considerando los indicadores de acceso, permanencia, aprendizaje y participación, dio la pauta para identificar que este alumno o alumna se encuentra en una Situación Educativa de Mayor Riesgo.Al definirse que este alumno o alumna requiere atención especializada, se tuvo que realizar una Valoración detallada y pormenorizada de su Situación Educativa en interacción con los contextos (escolar, áulico y socio familiar).Ese análisis debe llevar a reconocer los niveles de desempeño, potencialidades, estilos y ritmos de aprendizaje, etc., y a identificar, qué es lo que en cada uno de los contextos ha llevado a este alumno o alumna a una Situación Educativa de Mayor Riesgo, es decir, a identificar las BAP (30)[1] |
| <p>Barreras para el Aprendizaje y la Participación. Las BAP están en los contextos y no en el alumnado. Deben dar respuesta a las preguntas: ¿Qué condiciones en los contextos ha llevado a los estudiantes a llegar a esta Situación Educativa?, ¿Qué y cómo en este contexto se está obstaculizando o limitando su aprendizaje y/o participación de los alumnos y alumnas? (30) [1]</p> |
| <p>Necesidades Específicas de Intervención.</p> <ol style="list-style-type: none">Hacen referencia a la definición de las condiciones que es necesario generar en cada uno de los contextos (escolar, áulico y socio familiar) para favorecer el Aprendizaje y la Participación del alumno o alumna, lo cual se tiene que lograr a través de la intervención de la UDEEI.Generar estas condiciones implica eliminar o minimizar las Barreras para el Aprendizaje y la Participación que fueron identificadas en dichos contextos. La pregunta central: ¿Qué condiciones es necesario generar en los contextos para favorecer el Aprendizaje y la Participación de los alumnos y las alumnas? (31)[1] |
| <p>Líneas Específicas de Intervención</p> <ol style="list-style-type: none">A partir de las necesidades específicas de intervención identificadas, se define, cómo va a intervenir la UDEEI durante el ciclo escolar para generar las condiciones que permitan mejorar la Situación Educativa del estudiante en particular (acceder, permanecer, aprender, participar, egresar oportunamente). En otras palabras, implica definir qué y cómo va a hacer la UDEEI para eliminar o minimizar las barreras que en los contextos están obstaculizando el Aprendizaje y la Participación del alumno o alumna en particular. La pregunta central: ¿Qué va a hacer la UDEEI, cómo va a intervenir para generar en los contextos las condiciones que favorezcan el Aprendizaje y la Participación de los alumnos y alumnas? (31)[1] |

Objetivos Específicos de Aprendizaje y Participación

- a. Se establece, qué es lo que específicamente se pretende que el estudiante logre en cuanto a su situación educativa en el actual ciclo escolar. Estos objetivos deben apuntar a mejorar los indicadores (de acceso, permanencia, aprendizaje, participación y egreso) que llevaron a determinar que este alumno o alumna esté en una Situación Educativa de Mayor Riesgo. La pregunta central: ¿Qué pretende la UDEEI lograr para que este alumno o alumna aprenda?, ¿Qué pretende lograr en cuanto a su participación? (31)[1]

EL INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA “LA BALLENA”.

Ante este contexto se plantea como una opción El instrumento de evaluación diagnóstica “La ballena”. Actualmente se encuentra en proceso de validación [11]. Puede ser aplicado de forma grupal o individual, permite reconocer en cada uno de los alumnos, los procesos cognitivos: percepción, atención, memoria; el proceso de adquisición de la lecto-escritura y del cálculo matemático; los estilos de aprendizaje: visual, auditivo y kinestésico desde el enfoque de la programación neurolingüística. La finalidad es conocer a través de la observación inicial con la realización de diferentes actividades alrededor del dibujo de una ballena, como colorear, elaborar un rompecabezas y escribir una historia del mismo e inventar un problema matemático. Es un punto de partida para realizar un análisis comparativo con las calificaciones obtenidas del examen de conocimientos para determinar cómo serán las formas de enseñanza del profesor e implementar planeaciones diversificadas [12]. Este instrumento pretende conocer el proceso de aprendizaje en el que se ubican todos los alumnos del grupo, brinda elementos teórico-prácticos como parte de un andamiaje en los saberes del docente.

El instrumento de valoración diagnóstica “La ballena”, es una prueba de desempeño, su aplicación está dirigido a alumnos de educación primaria, quienes son guiados para generar una evidencia a partir de sus saberes. Se plantean diversas actividades. Cuenta con un protocolo de evaluación de los procesos de aprendizaje, que no se miden, se estiman en la escala: consolidado, en proceso y no consolidado. Se reconocen a la lectura, escritura y la lógica matemática como herramientas para poder acceder a los conocimientos de cada uno de los grados de la primaria.

El instrumento “La ballena” identifica en una primera instancia los procesos cognitivos: atención, memoria y pensamiento; ayuda a reconocer si existen vacíos en el proceso de aprendizaje de los alumnos y de los grupos para atenderlos y evitar la exclusión que el mismo proceso de aprendizaje genera.

Ante esta situación, se pone a discusión la evaluación diagnóstica, formativa y sumativa a través de las pruebas de desempeño, donde el estudiante efectúa una actividad o crea un

producto a fin de demostrar su conocimiento y habilidad, para que el planteamiento de los criterios a evaluar respondan a los conocimientos, habilidades y destrezas que el alumno posee. El instrumento de evaluación diagnóstica “La ballena” considera las competencias del grado que cursa el alumno e identifica si es un alumno que se encuentra en situación de mayor riesgo.

El instrumento de evaluación diagnóstica “La ballena” implica una actividad cotidiana, que trata de la elaboración de una ballena y diversas actividades, lo que elimina ser considerada con presión como sucede en los exámenes.

CONCLUSIONES

Es más fácil pedir la solución que buscarla, sin permitir cuestionar los aprendizajes y enseñanzas. Pero para muchos colegas, a pesar de las desventajas y contradicciones es un reto y un desafío. El trabajo conjunto es una labor comprometida, de modificación de las formas de enseñanza de los docentes para desmarcarse de una sociedad que continuamente devalúa la función formativa de la escuela.

La evaluación puede ser vista desde dos polos: incluir o excluir, pero es el docente quien determina inclinar la balanza hacia el polo de la inclusión, reconociendo la diversidad de alumnos que aprenden en el salón de clase.

BIBLIOGRAFÍA:

- [1] SEP (2015). UDEEI, Planteamiento técnico operativo, documento de trabajo. México: Dirección General de Operación de Servicios Educativos, Dirección de Educación Especial.
- [2] SEP (2010). Memorias y actualidad en la Educación Especial de México: Una visión histórica de sus Modelos de Atención. México: Dirección General de Operación de Servicios Educativos, Dirección de Educación Especial.
- [3] DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN (2013). Sección Secretaria de Educación Pública del 28 de diciembre de 2013.
- [4] ALBERICIO J.J. (1995). Citado en Belmonte Nieto M. (1998). Atención a la Diversidad. I: Diseño de estrategias y evaluación formativa basada en el análisis de tareas. Bilbao, España: Ediciones Mensajero.
- [5] VIGOSTKY L. (1979). El desarrollo de los procesos psicológicos superiores. En: Suárez, N. Rodríguez C. y cols. ¿Qué teorías del aprendizaje de la lectura se atribuyen a los profesores que enseñan a leer con diferente metodología?. European Journal of Investigation in Health, Psychology an Education. Vol. 4, No. 1, 2014.

- [6] DELORS, J. y otros. (1996). La educación encierra un Tesoro. Informe a la UNESCO de la Comisión Internacional sobre la Educación para el Siglo XXI. Madrid: Santillana.
- [7] DELORS, J. (1994). Los cuatro pilares de la educación. En: La educación encierra un Tesoro. México: El Correo de a UNESCO, 91-103. Consultado el 26 de junio de 2017. Disponible en: <https://www.uv.mx/dgdaie/files/2012/11/PPP-DC-Delors-Los-cuatro-pilares.pdf>
- [8] SEP (2016). Ruta de mejora escolar. Ciclo escolar 2016-2017 Consejo Técnico, Fase Intensiva UDEEI. México: Dirección de Educación Especial.
- [9] INEE (2016). Plan Nacional para la Evaluación de los Aprendizajes (Planea). Resultados Nacionales 2015. www.planea.sep.gob.mx
- [10] SANTOS GUERRA M.A. (2003). Dime cómo evalúas y te diré qué tipo de profesional y de persona eres. Departamento de Educación, Facultad de Ciencias Sociales Universidad de Chile. Revista Enfoques Educativos 5(1).
- [11] GÓMEZ GALLEGOS M.E. (2015). Validez del instrumento de evaluación diagnóstica de procesos y estilos de aprendizaje, "La ballena". Tesis de doctorado: CiES, en proceso.
- [12] TOMLINSON CAROL ANN. (2005). Estrategias para trabajar con la diversidad en el aula. Buenos Aires: Paidós, 2009.

EL VÍNCULO DE LOS PADRES EN EL PROCESO DE FORMACIÓN ACADÉMICA DEL ESTUDIANTE EN EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR

KARLA ROMERO USCANGA*

*Doctorante del Doctorado en Ciencias del Desarrollo Humano en el Colegio Internacional de Educación Superior(CiES). Maestría en Terapia Familiar por Instituto de la Familia A.C y Diplomado en Terapia de Pareja. Desde el 2003 Docente -Tutor e investigador en el Instituto de Educación Media Superior de la Ciudad de México. Miembro de la Asociación Mexicana de Terapia Familiar desde el año 2013.

Recepción: 8 de agosto de 2016/ Aceptación: 29 de mayo de 2017.

RESUMEN

El siguiente ensayo centra su temática en analizar la importancia del acompañamiento continuo y significativo de los padres y tutores de adolescentes que se encuentran estudiando el Nivel Medio Superior.

En la primera parte retomo algunos datos históricos que permitan contextualizar el surgimiento de dicho nivel educativo y sensibilizar al lector acerca de las funciones y características del bachillerato en México. Posteriormente retomo el sentido y función actual que pretenden las instituciones educativas cubrir para la formación biopsicosocial de los estudiantes, a partir de algunos planteamientos retomados del especialista Miguel Romero Griego (i), mostrando dos dimensiones o funciones que se le han dado al bachillerato mexicano, con la finalidad de exponer bajo una metodología sistémica datos, ideas y argumentos, que respaldan la propuesta de generar espacios que permitan incluir a los familiares, o personas responsables de esos adolescentes, como parte de la red de apoyo académica del estudiante, con la finalidad de disminuir la deserción y mejorar su rendimiento académico; así como su desarrollo humano.

El ensayo pretende responder una pregunta que me parece fundamental; ¿Hasta cuándo el padre o tutor debe dar un seguimiento acompañado al hijo o familiar adolescente estudiante? Este problema me permite mostrar la forma en que he identificado los efectos negativos que se generan cuando la institución educativa no promueve un espacio de apoyo al padre o tutor, involucrándolo en la formación académica de los estudiantes de este nivel educativo.

PALABRAS CLAVE: Desarrollo humano, Educación Media Superior, familia, formación integral, redes de apoyo, tutor.

SUMMARY

The following essay focuses its theme to analyze the importance of continued and significant support of those parents or guardians of teenagers who are studying the standard level Superior.

In the first part I return some historical data to contextualize the emergence of such education and sensitize the reader about the functions and features of high school in Mexico. Later I return to the current sense and function as intended educational institutions cover for biopsychosocial training of students from some approaches retaken specialist Miguel Romero Griego intend to show the two dimensions or formations that have given the Mexican school, with in order to be able to exhibit under a systematic methodology data and ideas mentioned to give arguments for supporting the proposal to create spaces for inclusion of family members or persons responsible as part of the network of academic student support in order to avoid desertion.

The trial seeks to answer a question that I think is fundamental; How long the parent or guardian must give track accompanied the child or family teenage student? The dilemma that opens allows me to show how I have identified that negatively affects the institution does not promote a supportive space the parent or guardian involving them in the academic progress of the student.

KEYWORDS: Human development, Higher Secondary Education, family, comprehensive training , support networks, tutor.

RÉSUMÉ

Cet essai analyse l'importance de l'encadrement permanent et significatif des parents et tuteurs d'adolescents de baccalauréat.

Premièrement, on reprend les données historiques qui permettent de faire la mise en contexte de l'émergence de ce niveau éducatif et faire la sensibilisation au lecteur sur les fonctions et les caractéristiques du baccalauréat au Mexique. Deuxièmement, on reprend le sens et la fonction actuelle que les institutions éducatives visent à satisfaire pour la formation biopsychosocial des étudiants, à partir des approches repris de Miguel Romero Griego, on montre deux cotes ou fonctions attribués au baccalauréat mexicain, afin

d'exposer, sous une méthodologie systémique de données, des idées et des arguments qui soutiennent la proposition de créer des espaces pour inclure aux parents ou personnes responsables de ces adolescents, en tant que faisant partie d'un réseau d'appui académique de l'étudiant. Cela a le but de diminuer la désertion et améliorer le rendement scolaire, ainsi que le développement humain.

Cet essai vise à répondre une question fondamentale : jusqu' à quel moment les parents ou tuteurs doivent faire un accompagnement à l'enfant ou à l'adolescent dans un contexte scolaire? Ce problème nous permet de montrer la façon dont on a identifié les effets négatifs générés quand l'établissement scolaire ne favorise pas un espace d'appui au parent ou tuteur qui l'implique dans la formation des étudiants de ce niveau éducatif.

MOTS CLÉS : Développement humain, Baccalauréat, famille, formation intégral, réseaux d'appui, tuteur.

Desde el siglo XIX es evidente la cada vez mayor importancia que adquiere el bachillerato en el Sistema Educativo Mexicano contemporáneo al fundarse la Escuela Preparatoria (ii), actualmente Escuela Nacional Preparatoria, con una orientación eminentemente positivista, base del proyecto planteado por Gabino Barreda en 1867. Cabe señalar que desde entonces se identifica en el proyecto educativo nacional, al igual que en todo proyecto educativo, implicaciones filosóficas e ideológicas. La propuesta de Barreda tiene como objetivo principal dar prioridad a la formación científicista y humanística. Al parecer desde entonces los jóvenes (iii) que ingresan al bachillerato tienen como objetivo la superación académica, la cual conlleva expectativas de vida diferentes de acuerdo con la situación económica, política, social e incluso de género, por mencionar algunos de los múltiples factores que pueden influir.

A lo largo de la historia de la Educación Media Superior podemos identificar que los objetivos principales de ésta van a variar de acuerdo con los intereses culturales, económicos, políticos y sociales. Así, por ejemplo, en los años 90 se resaltó la importancia del bachillerato como piedra angular para la formación integral y no únicamente propedéutica, que le permita al individuo tener una visión universal. Para el 2006 se enfatizó que el estudiante pudiera "capacitarse para el trabajo", la importancia del *homo faber*, buscando principalmente que puedan ser "productivos" de acuerdo con los

lineamientos de los organismos financieros internacionales y de los consorcios empresariales.

Según Romero G.M. “La formación en el bachillerato tiene características específicas que pueden ubicarse, por lo menos, en dos dimensiones que no pueden ser dissociadas: 1) Como parte de un nivel educativo definido dentro del sistema de educación nacional y; 2) como parte fundamental del desarrollo humano dada la etapa biopsicosocial de los estudiantes” (11) [1]. Es evidente que al Estado le interesa que los ciudadanos tengan cierto nivel de educación académica y “conciencia social”, una buena pregunta sería ¿Para qué? Tratar de responderla nos llevaría a cuestionar el tipo de formación académica que el gobierno pretende ofrecer. Al parecer tiene la intención de generar en las familias un falso interés de que realmente eso es lo que ellos y sus hijos requieren, por ejemplo Secundarias y Preparatorias técnicas que dejan de lado el segundo punto del que nos habla el Dr. Romero Griego acerca de coadyuvar al desarrollo biopsicosocial de los adolescentes y el “desarrollo humano”, además de los conocimientos científicos y “competencias laborales”, necesarios pero no suficientes para una “formación integral”.

Recordemos que la educación tiene un papel fundamental en la “formación” del ser humano de acuerdo con ciertos parámetros que postulan el “modelo” a seguir, el tipo de persona “idónea” que requiere la sociedad a partir de un determinado contexto histórico-cultural y, de acuerdo con ello, se generan proyectos educativos, planes y programas de estudio de los diferentes niveles educativos, los cuales pretenden realizar y alcanzar un “ser humano ideal” (138) [2]

Muchas familias buscan preparatorias técnicas para la formación de sus integrantes más jóvenes, con la finalidad de que en poco tiempo puedan apoyar a la economía de la familia.

Los niveles educativos (iv) responden a diversos intereses, tanto sociales como culturales, las competencias que se pretende desarrollar en los estudiantes tienen la intención de ayudar a la formación de ciudadanos que coadyuven al crecimiento económico, político y social del país. Podríamos ahondar en el tema, pero en realidad nuestro ensayo es para abordar un factor que se ha dejado de lado: ¿Hasta cuándo el padre o tutor debe dar un seguimiento acompañando al hijo o familiar adolescente estudiante? Pareciera una pregunta fuera de lugar o poco importante; sin embargo, el intentar responderla podría ayudarnos a comprender la importancia que tiene el apoyo familiar para el desarrollo

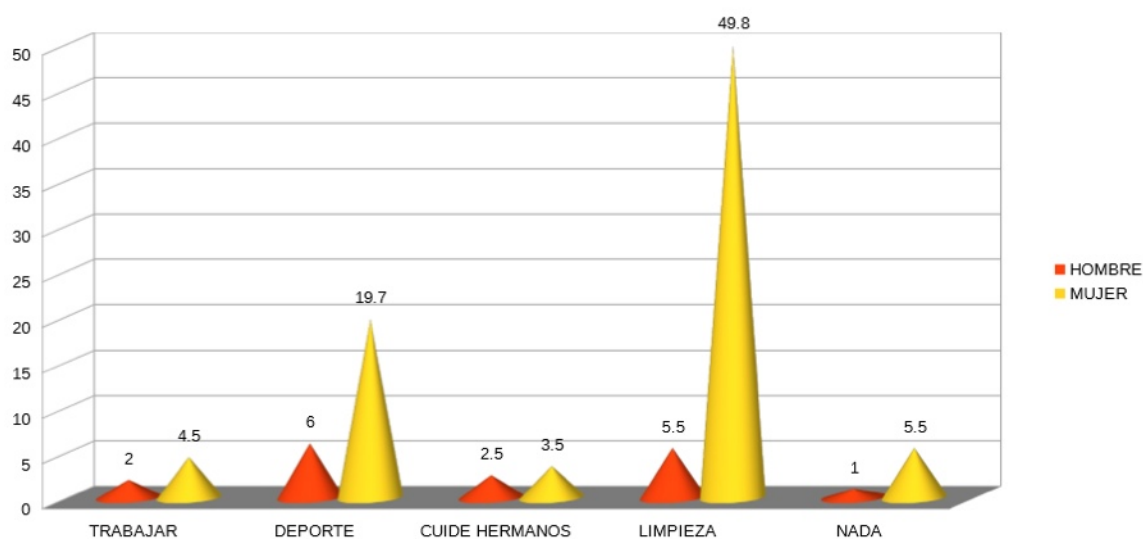
académico y biopsicosocial de los estudiantes que se encuentran en el nivel medio superior.

Actualmente observamos que para la mayoría de las familias es “muy importante” la formación académica de “los niños” o integrantes más pequeños, incluso se distribuyen las responsabilidades para recoger a los pequeños en colegios de pre-escolar (v), es el mismo caso en la primaria, aunque se llegan a dar casos de niños que regresan solos a casa o con algún grupo de compañeros o vecinos, es menos común que vayan por ellos a la secundaria (sobre todo en las escuelas públicas). Para algunas familias pareciera ser algo natural y una práctica que permite al adolescente fortalecer su autorregulación; sin embargo, los riesgos que corren los(as) adolescentes en la mayoría de las Delegaciones de la Ciudad de México son muy altos, ya que como menciona el INEGI en su estadística del 10 de Agosto del 2016 a propósito del “día internacional de la juventud”: en este grupo de edad la tasa mayor de fallecimientos está relacionada con agresiones físicas.

La estadística mencionada también refleja que sólo el 56.6% de los adolescentes convive con su familia. Considerando estos datos, en el plantel que trabajo cada año realizamos un cuestionario, tanto a padres como a estudiantes de nuevo ingreso, el cual tiene como objetivo identificar factores de riesgo relacionados con la deserción escolar. A partir de los resultados obtenidos al inicio del semestre 2016-2017A se identificó que; conforme los estudiantes avanzan en sus estudios, el acompañamiento de los padres o tutores disminuye, dejan de asistir a las juntas para seguimiento del avance y la conducta de sus hijos, llegando a la indiferencia total, lo que promueve que el estudiante adolescente de bachillerato se encuentre en un riesgo mayor de caer en conductas nocivas. Lamentablemente es una realidad que hemos observado aumentar en la última década. Por mencionar un dato: la población total inscrita para dicho semestre fue de 385 estudiantes y en la primera reunión informativa del semestre, la cual se considera muy importante ya que se les proporciona información acerca del modelo, sólo asistió el 51% del total de padres o tutores. Nos parece significativo el dato ya que refleja la forma en que los adultos “responsables” del seguimiento dejan de lado el acompañamiento con la institución educativa.

Mencionando un caso que se observó en el espacio de seguimiento académico, una madre de familia que cité para mostrar las evaluaciones de su hija, al explicarle los riesgos de la zona (vi), la importancia de tratar de recogerla, acompañarla a la escuela y que asistiera tres veces en el semestre, como mínimo, para informarle el avance de su

hija comentó: “no todos los chicos que regresan solos a casa caen en drogas, los asaltan o son desaparecidos, además les permite ir adquiriendo responsabilidades que muy pronto serán las suyas”. Mientras hablábamos la estudiante cargaba a su hermana de cinco meses, en un principio me sorprendió la respuesta de la madre, pero al ver el familiograma que realicé para llevar el seguimiento, me percaté que la señora tiene cinco hijos más y los tres últimos son producto de sus relaciones con otra persona. Al hablar acerca de las responsabilidades que la estudiante tiene en casa, ésta señaló que le es difícil sobre llevar las diferencias que se hacían en casa, pues la estudiante sentía que debía apoyar mucho a su madre, por ejemplo, en ocasiones falta porque tiene que ir a dejar a una de sus hermanas a la primaria o pide permiso para salir antes porque debe recogerla; al escuchar las inquietudes de la estudiante, traté de dialogar con la madre sobre las ventajas de demostrarle su cariño y preocupación a su hija asistiendo regularmente a las juntas. Si bien no es el caso de todos los estudiantes, el cuestionario realizado en el plantel nos muestra que el 67.8% tienen asignadas tareas que no les corresponden, por ejemplo: cuidar de sus hermanos, trabajar y realizar la limpieza del hogar.



Además de estudiar ¿qué le pide a su hijo?

Es importante señalar algunos datos de la institución en la cual laboro, debido a que los estudiantes, padres de familia y programas de estudio a los que se hace referencia son en un contexto específico. A continuación daré algunos datos relevantes para mostrar la forma en que el Instituto de Educación Media Superior del Gobierno del Distrito Federal

pretende detener el rezago académico y elevar la calidad de vida y desarrollo humano de los ciudadanos; dicha institución tiene una característica particular y especial, los docentes están contratados como docentes, tutores e investigadores por lo cual sus actividades se dividen en tres: la primera se da en el aula y en cubículos de estudio o asesoría impartiendo la asignatura (vii). La segunda actividad puede variar el espacio, pero el objetivo principal es promover el avance de los estudiantes en las asignaturas y evitar la deserción académica a partir de un seguimiento y acompañamiento personalizado, el cual se lleva por medio de un registro para la atención tutorial, es decir; el docente tiene reuniones periódicas con 15 estudiantes; pueden ser de forma grupal o individual, en las cuales desarrollan actividades que promueven el fortalecimiento de sus competencias (conocimientos, capacidades y habilidades) para coadyuvar en su desarrollo humano. Posteriormente en el sistema se registra la actividad, los riesgos que se observan, la estrategia a seguir y, si es necesario, el seguimiento o intervención que requiere como apoyo.

Durante el semestre se hacen 3 cortes de evaluación en las cuales se reúne el profesor con el padre de familia o tutor, para informarle cuál ha sido el avance académico del estudiante y realiza algunas observaciones, principalmente cualitativas, relacionadas con el avance logrado en las asignaturas. La tercera actividad consiste en realizar una investigación, de la cual se entregan avances semestralmente, se pretende que el proyecto de investigación tenga un impacto en el fortalecimiento académico del estudiante.

A grandes rasgos podríamos decir que el Modelo Educativo del Instituto de Educación Media Superior (IEMS) es un híbrido entre un modelo educativo constructivista y un modelo educativo conductista, sus programas y planes de estudio están enfocados en que los estudiantes puedan relacionar la asignatura con su vida cotidiana, para poder responder a problemas sociales o culturales, por mencionar algunos; principalmente que pueda hacerlo de manera reflexiva y crítica, sin dejar de lado su desarrollo humano.

Desde que iniciaron las preparatorias del IEMS tuvieron como principal objetivo brindar estudios de nivel Medio Superior a las poblaciones más vulnerables que se encuentran en la periferia de la Ciudad de México, es por ello que los planteles comenzaron a construirse en Iztapalapa, Cuajimalpa, Álvaro Obregón (entre otros) (viii). Actualmente se cuenta con 20 planteles, en los cuales se lleva un seguimiento y acompañamiento en el espacio de tutoría para evitar el rezago o deserción de los estudiantes, para ello se recibe apoyo de

un equipo de especialistas formado por un psicólogo y un médico, que aplican su experiencia para detectar y canalizar a los estudiantes cuando se detecta un riesgo, por ejemplo: si el estudiante tiene problemas de Trastorno por Déficit de Atención, la cual en ocasiones se acompaña de otros trastornos, el cual es llamado Hiperactividad o si tiene ausencias, diabetes o epilepsia, por mencionar algunos casos. Es importante que el tutor informe a la institución de los diagnósticos o problemas que tiene el estudiante para apoyarlo asertivamente.

Podríamos decir que detectar y canalizar es un primer paso; sin embargo, el papel que tienen los padres, tutores o adultos a cargo en esta fase, es muy importante para la continuidad y seguimiento del proceso que llevarán a los estudiantes a concluir el bachillerato, ya que conlleva a cambios y convulsiones emocionales (ix). Así como la constancia y atención de los padres en pre-escolar promueve el desarrollo de habilidades en el infante, necesarias para entrar a la primaria, también el seguimiento y apoyo de los padres en el nivel medio superior promueve su formación y desarrollo de competencias básicas para fortalecer al estudiante en sus habilidades, para la vida y para acceder al nivel superior o profesional.

Las familias son como sistemas vivos que se van modificando, su transformación les transmite a las siguientes generaciones nuevas oportunidades o formas de responder a los problemas. Los padres de familia de los estudiantes que hoy se encuentran en nivel medio superior tienen entre 32 y 50 años aproximadamente.

Al hacer un recuento desde el siglo XIX a la fecha no perdamos de vista que los intereses políticos y sociales han variado, así como los intereses económicos y laborales de las familias. La Revolución y la Independencia fueron procesos históricos que requirieron hacer adultos a los niños y adolescentes (x) y dejar de lado, en la mayoría de los casos, su formación académica, pocos eran los padres que podían brindarles el apoyo económico y las facilidades para ser un "joven bachiller". Probablemente los padres de familia no tenían la posibilidad de acompañar y apoyar a sus hijos, incluso a nivel medio superior, lo cual no está muy lejos de la realidad actual que viven muchos padres y tutores especialmente en las zonas de bajos recursos. La mayoría de los padres de familia que tienen a sus hijos en educación básica no pueden apoyar en reforzar algunos conocimientos y habilidades de razonamiento lógico-matemático, o en las asignaturas de inglés y computación, debido a que no tienen los conocimientos correspondientes (incluso llegan a confundirlos). En la encuesta realizada al inicio del semestre 2016-2017A a

padres de familia en el plantel “Benito Juárez” del IEMS se les preguntó a los padres de familia su grado de estudios, los resultados mostraron que de 84 mujeres y 34 hombres la mayoría tiene como máximo grado de estudios la secundaria.



Lo anterior puede llegar a generar en el padre de familia vergüenza o frustración, que se oculta o trata de maquillar con frases como: “es tu tarea no la mía” o “deberías de saber pues estuviste ahí”, en el mejor de los casos le solicitan a un hijo o primo mayor que les ayude (a los hijos no a ellos).

La mayoría de los padres de familia dicen querer que sus hijos concluyan la preparatoria y se preparen para que “sean alguien en la vida”, pero en realidad ya son “alguien”, son seres humanos con cualidades maravillosas que se van conformando día a día, al igual que sus padres y familiares, a los cuales habría que preguntarles ¿Cómo se sienten de que sus hijos adquieran un nivel de estudios mayor del que ellos alcanzaron? y ¿Para qué sería bueno que concluyeran? Al preguntarles en la encuesta mencionada acerca de sus expectativas para el futuro de sus hijos los padres respondieron lo siguiente:

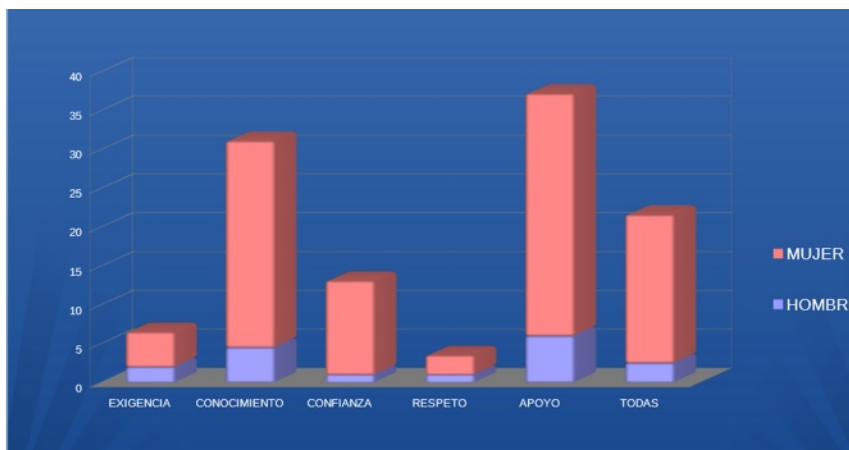
| | HOMBRE | % | MUJER | % | TOTAL | % |
|---------------------|--------|------|-------|------|-------|------|
| TERMINE PREPA | 8 | 4 | 21 | 10.6 | 29 | 14.6 |
| BUEN TRABAJO | 0 | 0 | 3 | 1.5 | 3 | 1.5 |
| INGRESO UNIVERSIDAD | 23 | 11.5 | 112 | 56.4 | 135 | 67.9 |
| SEA INDEPENDIENTE | 1 | 0.5 | 23 | 11.5 | 24 | 12 |
| APRENDA OFICIO | 2 | 1 | 6 | 3 | 8 | 4 |
| TOTAL | 34 | 17 | 165 | 83 | 199 | 100 |

Las familias de bajos recursos en ocasiones requieren del apoyo de sus hijos mayores para cuidar de los hijos más pequeños, hacer tareas domésticas o apoyar en la economía de la casa. Parece que todo lo anterior es más importante que asistir a la escuela, digamos que son el comodín familiar y es confuso para los estudiantes saber hasta dónde su formación académica es un complemento en su proyecto de vida. En ocasiones los niños y adolescentes se quedan solos realizando tareas que les corresponde a los adultos, provocando desgaste e inconformidad entre los integrantes [3].

Las instituciones educativas tienen un compromiso con los estudiantes y con los padres de familia. El vincular al padre o tutor por medio de reuniones que les permitan conocer sus expectativas y mejorar sus interacciones, puede impactar en el vínculo familiar significativamente, un ejemplo es el caso de la tutorada que su mamá no percibía el riesgo de que su hija regresara sola a casa y de no estar atenta de su avance académico, actualmente asiste cada tres meses para conocer el avance académico de la estudiante y comenta los cambios que observa en casa, su hija mejoró sus notas y en las actividades que realiza con su tutor (una vez por semana); dice sentir que a su madre le importa más apoyarla y respeta el tiempo de tareas y actividades académicas, incluso han pensado en la posibilidad de que su madre termine sus estudios de preparatoria.

Las primeras veces que se solicita que asistan a junta de “padres de familia”, cuando se les llama para explicarles ¿Cómo van académicamente? los padres de familia regularmente no se presentan, ya sea porque no pueden faltar al trabajo o deben cuidar de algún familiar, cuando logran asistir comentan algunos: “pensé que me iba a regañar” o

“creí que había hecho algo malo éste niño”, la mayoría están acostumbrados a ser citados sólo para que los docentes les señalen conductas negativas de sus hijos, la propuesta de este breve ensayo es: que se promueva una relación diferente en la cual los padres puedan acercarse con confianza de no ser acusados o ignorados. Es interesante que al preguntarles qué esperaban de los docentes de la institución, la mayoría de los padres respondieron: “apoyo”, más que conocimiento o confianza.



Para concluir, me parece importante insistir en que el vínculo de los padres de familia en el proceso de formación del estudiante en el Nivel Medio, con respeto y valorando el esfuerzo que realizan, puede ayudar a evitar el abandono escolar y el cambio de dinámicas negativas en la comunidad, entre ellos: problemas de adicciones o embarazos no deseados, que se han incrementado en los últimos años.

Es importante hacer un ejercicio de *parrhesía* es decir, que se pueda decir democráticamente lo que se piensa, para promover la transformación y generar el diálogo *veraz*, permitiendo que padre e hijo puedan hablar sin importar ¿quién es “mejor” o “peor”? (307) [4], dicho ejercicio promueve una comunicación más clara y directa, ejercitando en los adolescentes el *gobierno de sí* desde el acompañamiento, tanto de los padres como de las instituciones educativas.

BIBLIOGRAFÍA

[1] ROMERO GRIEGO. M. “Retos y perspectivas del Bachillerato mexicano”, en: Revista de investigación y saber docente, No.1 octubre 2006.sin/E. IEMS

[2] ROMERO GRIEGO. M. (2014). Filosofía de la educación, Ideología y Utopía. México: Ediciones Lirio, 2014.

[3] AACAP. Los niños que se quedan solos en casa. American Academy of Child & Adolescent. Phychyaty [Revista electrónica]. No. 46 (Revisado 12/00), Fecha de consulta: 2016-04-1.Disponible en :

http://www.aacap.org/AACAP/Families_and_Youth/Facts_for_Families/FFF-Spanish/Los-Ninos-que-se-Quedan-Solos-en-la-Casa-046.aspx.

[4] FOUCAULT, M. (2008). El gobierno de sí y de los otros. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2009.

Notas

i Lic. En Filosofía por la UNAM, Mtro. En Enseñanza Superior y Dr. En Estudios Latinoamericanos (en el campo de conocimiento de Filosofía) todos los grados por la facultad de Filosofía y letras de la UNAM. Especialista en filosofía y educación quien se ha preocupado por ésta temática y problemática desde hace varios años.

ii Fundada en diciembre de 1867.

iii El tipo de población que generalmente atiende el bachillerato son jóvenes adolescentes entre los 15 y los 30 años de edad aproximadamente.

iv Me refiero a la distinción entre Nivel Básico, Nivel Media Básica, Nivel Medio Superior y Superior.

v En México los niños de 3 a 6 años asisten a preescolar, posteriormente ingresan a la primaria la cual consta de 6 grados en los cuales adquieren diversos conocimientos hasta aquí sería el nivel básico, al concluir asisten durante 3 años a la secundaria y la preparatoria o bachillerato dura 3 años, denominado nivel Medio Superior.

vi La preparatoria se encuentra en la Ciudad de México, Colonia San Lorenzo Tezonco, cerca del reclusorio San Rosario, Delegación Iztapalapa. Es una zona de alto riesgo, donde se han encontrado algunas “casas de seguridad”, lugares donde esconden a personas secuestradas.

vii Los Docentes- Tutores- investigadores del instituto son titulados en la carrera de la asignatura que imparten, es decir, los maestros de filosofía deben tener un título en Filosofía y Cédula Profesional correspondiente.

viii Actualmente se cuenta con 22 Planteles distribuidos en casi todas las Delegaciones, cabe señalar que no se ha podido en la Delegación Benito Juárez.

ix Este tipo de convulsión es diferente a la neurológica, entiéndase por convulsiones emocionales aquellos actos impulsivos de enojo, desapego, enamoramiento, sentimientos de odio y rechazo, seguimiento poco reflexivo a conductas de indiferencia frente a las normas y límites o en ocasiones de confrontación.

x Cabe señalar que en el siglo XIX y principios del XX los padres de familia no reconocían el término de adolescencia, para ellos después de los 13 años sus hijos podían ser considerados adultos.

**En la interdisciplina: RESEÑA DE LIBROS.
CANNABIS Y SALUD: DEL MITO A LA EVIDENCIA.***

Dr. Mario Souza y Machorro. **

La vida no es un “recurso natural renovable”,
sino una oportunidad que debe vivirse a plenitud,
y cuyo desarrollo ha de nutrirse del conocimiento y la experiencia.
En su defecto, puede perderse en la subjetividad,
para tornarse trágica, insatisfactoria e inmodificable.
M. Souza.

Resumen. El presente documento proviene de la presentación del libro del mismo título, ocurrida el 20 de Abril de 2017 en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente con los comentarios del Dr. Óscar Prospero García (Médico cirujano; Doctor en Neurociencias. Investigador en el Laboratorio de Cannabinoides del Departamento de Investigaciones Biomédicas de la UNAM; investigador nacional Nivel III y psicoterapeuta cognitivo conductual); del Dr. Enrique Chávez León (Médico Psiquiatra, Profesor de Psiquiatría, Coordinador del área clínica de la carrera de Psicología en la Universidad Anáhuac, Doctorado en Bioética, Conferencista nacional e internacional y Presidente de la Asociación Psiquiátrica Mexicana) y del Dr. Enrique Camarena Robles (Médico Psiquiatra, con especialidad en Psiquiatría infantil y de la adolescencia y especialidad en Psicoterapia Psicoanalítica. Coordinador de los Servicios de Salud Mental del IMSS, Profesor del Curso de Postgrado de Psiquiatría del IMSS. Ex Presidente de la Asociación Psiquiátrica Mexicana

A.C. y Presidente de la Asociación Ibero Latinoamericana de Neurociencias y Psiquiatría). El libro muestra el punto de vista biomédico acerca del Cannabis. Su revisión reúne estudios publicados en los últimos 40 años, en 375 páginas y 785 referencias. Se basa en el Lexicón de la OMS y une los Trastornos Adictivos con los trastornos mentales que conforman la visión actual de la Patología Dual, que en alta proporción desarrollan los consumidores de esta droga. Puntualiza el efecto de toda sustancia a la luz de la triada epidemiológica (agente, huésped y ambiente), que contrasta con la reducida y prejuiciada visión popular al efecto.

Se contempla al Cannabis y sus derivados desde su farmacocinética, farmacodinamia y sus efectos nocivos, en especial sobre la población infantojuvenil, la más vulnerable de todas

* Souza y MM. Cannabis y salud: del mito a la evidencia. Editorial Alfil. México, 2017. *Psiquiatra, psicoterapeuta y psicoanalista. Pionero en México en la Enseñanza de las Adicciones y la Patología Dual. Coordinador de la Maestría de Psicoterapia de las Adicciones. CIES y de la Sección Permanente de Patología Dual. Asociación Psiquiátrica Mexicana, A.C.*

(Clark, 2012). Asimismo, se comentan algunos posibles usos médicos del psicotrópico bajo la premisa de que deben ser las Academias, Consejos, Colegios de las Especialidades médicas y a las autoridades sanitarias del país, quienes otorguen la aprobación para su uso.

Las descripciones clínicas parten datos epidemiológicos, a través de cuya visión se revisan los cuadros clínicos clasificados en la CIE-10, para fundar las opciones terapéuticas. Se revisan algunos motivos que condicionan el tipo de consumo que lleva al abuso y la dependencia, sus consecuencias individuales, familiares y sociales como la violencia derivada de éste y la psicopatología asociada (Souza, 2015). Se plantea la indispensable evaluación clínica de los casos de Trastorno Inducido por Consumo de Cannabis y otros Trastornos Mentales, objetivos y metas para su manejo que corroboran la Patología Dual en muchos de los consumidores (Murphy y Ting, 2010; Lawoko et al. 2011).

Con importancia capital, se enfatiza la relación médico-paciente, la alianza terapéutica y el apego al tratamiento, como elementos esenciales de cualquier terapéutica (Souza, 2012). En el marco de tal complementariedad, la psicoterapia y sus procedimientos apoyan el manejo farmacológico, a efecto de que las acciones de rehabilitación posibiliten la reintegración social de los pacientes (Souza, 2015). Más adelante, se desmitifican las afirmaciones conminatorias respecto de la inocuidad del Cannabis y se concluye con reflexiones sobre la legalización y su inconveniencia, a la luz de las recomendaciones internacionales (Barkley, 2015), una vez clarificados los conceptos de “Legalización, Despenalización y Comercialización indiscriminada o libre”, Consumo Recreativo, “Uso Lúdico”, etc. con base en la terminología técnica internacional.

Al efecto, se cuestiona el “Derecho a decidir sobre el desarrollo sano de la personalidad”, en tanto cada individuo no disponga de: Individuación, independencia, autonomía, conocimiento, voluntad, autocrítica, buen juicio y uso efectivo de tales recursos no existirá tal derecho. El texto concluye con reflexiones éticas desde el punto de vista humanista de la medicina (Souza, 2017).

Introducción. El título del libro Cannabis y Salud, del mito a la evidencia alude al conjunto de mitología e ignorancia popular, lo mismo que a la esperanza de lograr con la técnica y el conocimiento científico, un bienestar colectivo.

“Tengo el placer de realizar por segunda ocasión, la presentación de un libro en este emblemático instituto -que aún siento como mi casa-, no sólo porque aquí diseñé el logotipo que ostentan sus edificios, sino porque en este auditorio realizamos conferencias, talleres y cursos de Educación para la Salud Mental, para médicos, psicólogos,

enfermeras, trabajadores sociales y maestros”. El curso de Orientación en Salud Mental para Maestros capacitó a 500 directivos y profesores de la SEP. Produjimos diversos materiales educativos, artículos de revista, capítulos de libro y 4 libros. Apoyamos a la Revista Salud Mental y al Centro de Documentación Científica, durante diez años y a solicitud de Universidades, Centros de Enseñanza, Hospitales y gobiernos de los Estados, cubrimos todo el país con labores informativas, educativas y preventivas. Con la Asociación Psiquiátrica Mexicana y otras sociedades científicas, continuamos presentando nuestra visión en congresos nacionales y extranjeros.

“Ingresé a esta institución en 1976 gracias a la entrevista con el Dr. Adrián Ramírez Moreno, entonces Director de Prevención, Tratamiento y Rehabilitación, cuando era Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia, CEMEF. Me acuerdo que después de mirarme fijamente y revisar mis documentos, se levantó y me dijo -haciendo un ademán descriptivo de amplitud- : Si quiere Ud. trabajar aquí “Ancha es Castilla”... y así conocí a Carlos Pucheu, a Augusto Fernández-Guardiola, Armando Vázquez, Héctor Pérez Rincón, María Elena Medina-Mora y demás colegas de investigaciones sociales y biomédicas, entrañables compañeros, quienes colocamos con el Maestro De la Fuente, los cimientos de este instituto en una aventura profesional compartida de alcance nacional”.

El texto muestra el punto de vista científico acerca del Cannabis, basado en la evidencia documental de los últimos 45 años; contiene 306 páginas, 2 anexos y 977 referencias. Es un libro no se parece a ninguno. La revisión contiene información selecta tomada de fuentes de alta credibilidad técnica y científica, nutrida por estudios e investigaciones provenientes de autoridades profesionales en la materia, investigadores, clínicos y docentes con experiencia, que brindan la opinión fundada que sustenta el periodismo científico que se pretende realizar acerca de este complejo asunto.

Si, en efecto, por el consumo de Cannabis se han documentado múltiples daños físicos, psíquicos, de desarrollo y sociales (White House Report, 2015). La población más vulnerable a sus efectos es la infanto-juvenil y en ella, es precisamente sobre la que más daño causa.

Los estudios epidemiológicos, clínicos y de laboratorio de los últimos decenios indican una asociación entre el consumo de Cannabis y múltiples resultados adversos a la salud, además de los Síndromes de Dependencia y de Abstinencia, alteraciones en el desarrollo de las funciones psicofísicas y de relación en los adolescentes, y en adultos sobre su salud mental (Andrew, 2001). De ahí que en el abordaje diagnóstico y terapéutico del consumidor, debe considerarse la participación de los antecedentes de trastorno. adictivo

o de trastorno mental también en los padres como: Separación; Conflictos familiares; Violencia domiciliaria; Abuso físico o sexual; Pobreza y/o desorganización; Enfermedades graves y/o crónicas, catástrofes ya naturales o de guerra, entre otros.

La percepción familiar acerca de la “inocuidad del efecto de las drogas” durante la etapa infanto-juvenil de los hijos es totalmente falsa. Al igual que lo son los elementos estresantes en la vida, los cuales requieren un periodo de adaptación adecuado para retomar la estabilidad, misma que de no lograrse, incrementa la psicopatología, del mismo modo que el consumo iniciático de psicotrópicos, donde ya es habitual encontrar que empiezan con tabaco, cannabis, alcohol, cocaína, metanfetaminas, etc.

La información disponible sobre las diversas alteraciones confirma que son mayores, cuanto menor es la edad de inicio del consumo, debido a la falta de maduración de corteza cerebral prefrontal. La evidencia científica indica que el Cannabis fumado, lejos de ser inofensivo y medicinal -como quisieran algunos, por distintas razones ajenas a la salud y al bienestar colectivo-, es nocivo, merced a su carácter neurotóxico y adictivo para el cerebro humano (White House Report, 2015; ONDCP, 2016). Obsérvese que en la medicina moderna, ninguna sustancia fumada se considera medicamento –salvo quizá, los cigarrillos electrónicos-. Pero lo más importante del caso a señalar, es que en la mayor parte de los casos, el consumidor ignora la posible predisposición, tenida en su condición psicofísica al momento del primer consumo, ya solo o con otros psicotrópicos, lo cual le hace exponerse y correr un riesgo mayor en cada ocasión.

El Cannabis es la droga ilegal más consumida en el mundo, excluyendo al alcohol y al tabaco que aun siendo tóxicos, son legales y se obtienen fácilmente por lo menores, a pesar de la existencia de regulaciones restrictivas para ellos. Su ingrediente activo Δ^9 -THC, no es un sedante clásico ni un psicodisléptico como tal, aunque tiene algunos de tales efectos, por lo que se trata de un psicotrópico con diversas propiedades, pero con mayores riesgos inesperados que en aquellos.

Precisa aclarar que para entender los efectos de cualquier sustancia droga, medicamento o psicotrópico –lejos de como lo piensa la gente-, se deben considerar los elementos de la interacción que propicia la respuesta del organismo: a) El Agente, es decir la procedencia, pureza, calidad, contaminación con fertilizantes, tipo de sustancia, dosis, vía de administración, frecuencia de aplicación, mezcla con otras sustancias, costo, etc., b) El Huésped, sus antecedentes de patología adictiva y mental; patrón de consumo, expectativas sobre el efecto e impacto esperado, intensidad y duración, comorbilidad psiquiátrica, personalidad, diagnósticos médico-psiquiátricos y manifestaciones residuales, etc.), y c) El Ambiente, es decir, el dónde, cuándo y con quién consume, tipo

de reuniones para ello, los recursos que destina, lugares, situaciones, circunstancias, para lograrlo, etc.) por lo que deviene conveniente descartar las habituales generalizaciones y simplificaciones tenidas por la mayoría de la gente acerca de este psicotrópico tóxico (Souza, 2010).

Descripción. Un “porro” o cigarrillo nunca es igual a otro, ya que el contenido varía entre 2.5 y 5 mg de Δ^9 -THC, dado que provienen de distintas partes de la planta, cuya concentración es distinta. La dosis del consumo personal autorizada en México (5 gr.) nunca será regular como la de los medicamentos, por lo que el consumidor nunca conocerá la cantidad que inhala o ingiere en cada ocasión ni sus consecuencias. De hecho, el desconocimiento del individuo sobre su propio estado de salud, podría llevarlo más allá de un estado de alteración mental, a serias complicaciones y otras diversas consecuencias que se desestiman a menudo por no ser inmediatas o simplemente por ser desconocidas. De modo que frente al posible cambio de status legal del Cannabis, precisa esclarecer los conceptos “Legalización, Despenalización y Comercialización indiscriminada o libre”, que aún no son bien comprendidos en la sociedad. Tales argumentos se sustentan en el concepto de Consumo personal o “Recreativo” señalado por la OMS, que no aplica al caso del Cannabis ni a otros psicotrópicos ilegales, debido a que: 1) No son inocuos, 2) Producen dependencia y 3) Aunque se usen en situaciones sociales supuestamente “relajantes”, no es posible regular sus dosis consumidas sin prescripción, es decir son consumidas por automedicación.

La asociación del consumo de Cannabis con otro trastorno mental y su extensión poblacional documentada, va en aumento en Estados Unidos como en nuestro país, por lo que el refuerzo de su consumo, agravará la afectación de la capacidad de ajuste psicosocial esperado del adolescente, en la adultez temprana y en la vida posterior.

En México la última Encuesta Nacional sobre drogas ilícitas, indica que el Cannabis es el psicotrópico de mayor consumo, con 80% del consumo total de todos los psicotrópicos ilegales. Los adolescentes tienen las cifras más altas de consumo con 4.2 por cada mujer. En las adolescentes el consumo de Cannabis y cocaína es mayor al reportado en las adultas. El de Cannabis es 3.3 veces más frecuente en ellas, pero el consumo de cocaína en uno y otro sexo es similar. Ambas son las drogas ilegales de mayor consumo en el país - excluyendo al alcohol que es legal-, con cifras de 2.4 usuarios de Cannabis por cada una de cocaína. Lamentablemente, sólo 20% de los adictos -hay que destacar este dato- ha asistido a tratamiento (o sea 2.2 hombres por cada mujer) y la suma de tratamientos completos y parciales no llega a la mitad de los casos (INPRFM; 2012). El consumo de Cannabis suele asociarse al de otras drogas legales e ilegales, solas o combinadas como

nicotina, cafeína, cocaína, anfetaminas y drogas de diseño o metanfetaminas, metadona, heroína, entre otras, incluidos algunos medicamentos controlados o no. Por lo que debe señalarse que la frecuente combinación de alcohol y drogas ilegales como Cannabis y cocaína en muchos consumidores aparece en distintos eventos y tipos de violencia. Por ejemplo, la evidencia, sustenta que el consumo de Cannabis actúa como un componente en la causa de la psicosis y en la producción de episodios psicóticos. El incremento de riesgo se observa más claramente en personas con cierta vulnerabilidad genética y/o ambiental. Por ello, la exposición al cannabis durante la adolescencia, su frecuencia de consumo y el uso de altos niveles de la droga, disminuye el umbral para los síntomas de la esquizofrenia y causa impacto sobre los lóbulos frontales cerebrales, implicados en funciones de comportamiento social, motivación o capacidad de razonamiento. Se han documentado por ejemplo, casos de consumo de Cannabis que han precipitado o producido una recidiva de la esquizofrenia (Andreasson et al. 1987; Baigent et al. 1995; Gleason et al. 2012). En el caso de un consumidor habitual, se favorecen los riesgos de toxicidad progresiva debido a su prolongada acumulación (Lowinson y Ruiz, 2011). Esta condición es la que permite que se hagan estudios de la presencia de Δ^9 -THC en orina, distinto de los casos de consumidores de otras sustancias.

Cuando el consumo es crónico se asocia con muchos otros trastornos, como: disminución de memoria y su deterioro progresivo, fallas en el aprendizaje asociadas a la falta de concentración, alteración de las funciones ejecutivas como el juicio, planeación, abstracción, toma de decisiones y resolución de problemas. Existen además cambios de la personalidad y la conducta como impulsividad, agresividad, irritabilidad y desconfianza que generan distintos cuadros de conducta violenta. Lo que llama la atención es que todas estas alteraciones a menudo no son percibidas por el consumidor (ONDCP, 2016)

Estudios forenses indican que los casos más violentos de muerte por suicidio y muchos de los accidentes automovilísticos derivan de su consumo. También se asocia con los trastornos del Dormir, alteraciones oníricas desagradables, infecciones pulmonares, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Enfermedad Bulosa Pulmonar, cáncer broncogénico. Las Arritmias cardíacas y otros trastornos del funcionamiento corporal, vinculados con el consumo de tabaco, se encuentran entre los pacientes con consumo intenso. Tal cronicidad al reducir la dosis o incluso sin haber cambio en el consumo se asocia con el Síndrome Amotivacional, caracterizado por apatía, conformismo, aislamiento, introversión, pérdida de ideales, falta de emoción, indiferencia, falta de afecto, pérdida del cuidado personal, deterioro de las habilidades sociales, inhibición o disminución del impulso sexual, incapacidad de desarrollar planes para el futuro,

disminución de la atención, disminución de la concentración, disminución de la capacidad de cálculo, disminución de la capacidad de juicio, disminución de los reflejos, lentitud de movimientos. Otras alteraciones refieren a los productos de mujeres gestantes que mantienen consumo de Cannabis durante el embarazo: bajo peso y talla al nacer, alteraciones cognitivas durante el crecimiento y desarrollo responsables de problemas en las funciones ejecutivas, atención, control de impulsos y agresividad (El Marroun et al., 2009). En consecuencia, sólo con la evaluación adecuada de los casos se podría emitir una opinión clínica acertada, no así con la sola opinión del usuario y sus compinches. De hecho, el autodiagnóstico en medicina no tiene valor documental, clínico ni legal, aunque mucha gente lo ignore.

La actual terapéutica nacional emplea los avances de las neurociencias por su carácter científico y promoción de mejores técnicas diagnóstico-curativas. Pero su deficiente uso institucional en el país, posiblemente relacionado con una escasa supervisión médica y administrativa, ha apoyado una modalidad clínica que no suele reunir todavía el trastorno inducido por cannabis con otros trastornos mentales para su diagnóstico y tratamiento en calidad de patología coexistente (Arias et al., 2013).

Creer que el Cannabis es una droga “blanda”, libre de riesgos para la salud y cuyo consumo libre debe permitirse, constituye un grave error contra la salud pública, pues contraviene los resultados de la investigación contemporánea.

La legalización del Cannabis para fumarlo con fines supuestamente “lúdicos” es motivo de gran controversia. En el debate actual, aún habiéndose legalizado su uso con fines de investigación científica y terapéuticos –hasta ahora sólo han sido paliativos-, hemos de considerar que el derecho a opinar es correcto, pero no asigna veracidad sobre lo que se opina.

Discusión. Los fines de un bando y otro frente a este problema son distintos, toda vez que obedecen a intereses diferentes. Mas no confundir consumo de Cannabis (demanda de consumo de drogas) con narcotráfico (oferta y disponibilidad social e ilegal de drogas). Tal discusión requiere de un análisis profundo y cuidadoso. La bibliografía mundial apoya su legislación para aprovechar el “uso médico” que pudieran tener sus derivados sintéticos utilizados con utilidad comprobada –pero sólo ellos-, en beneficio de la salud colectiva como un derecho humano (Clark, 2004; Clark, 2015).

Pero el argumento más fuerte para su uso *ad libitum*, es la incorrecta interpretación de la aprobación que la Administración de Alimentos y Medicamentos de EU. (FDA) otorgó al uso de Cannabis y sus derivados sintéticos para su prescripción legal por los médicos, pero ojo, solo con propósitos paliativos y en ocasión de ciertos casos graves de

enfermedad especial, es decir, aquellas patologías donde pueda demostrarse utilidad superior o más conveniente, que los recursos farmacológicos empleados en la actualidad. Pero he aquí que muchas personas esperan con ello, para sus fines tóxicos individuales, que se libere la posibilidad de fumar el cannabis libremente a voluntad.

En caso de aceptarse tal “uso médico”, se recomienda a la sociedad que esté segura del potencial adictivo que puede producir su uso a dosis controladas por mecanismos o sistemas no tóxicos. Que asuma y respete el proceso de aprobación de drogas en el contexto de la salud pública, no solo para la droga y sus derivados, sino para todos los medicamentos y los psicotrópicos controlados, en particular, aquellos que tienen un alto potencial de abuso y dependencia. Pero son eso, controlados no prohibidos... En tal sentido, llama la atención que en las farmacias que los expenden, se soliciten distintos requisitos a las recetas de los médicos facultados para prescribirlos. Ello da pie a pensar que exista falla conceptual en la regulación o bien que no se aplica la supervisión adecuada. El resultado es que cada farmacia en el país hace lo que se le da la gana...

Al efecto, cabe destacar, por lo que toca a la autorización del consumo de los compuestos sintéticos del Cannabis, que no es lo mismo el uso del aceite de un derivado sintético del cannabis, que fumar la yerba como tal. La decisión atañe a las Academias, Consejos, Colegios de las Especialidades médicas y a las autoridades sanitarias del país, quienes habrán de otorgar o negar el cambio. Pero no se contempla para jóvenes que buscan intoxicarse corriendo riesgos contra su salud, o que exhiben conductas antisociales, o gustan del divertimento riesgoso en términos de: “a ver qué pasa”...

La resolución de la Suprema Corte de Justicia del país: “Cada persona puede decidir y optar por aquello que le concierna a su propia vida”, es teóricamente adecuada. Pero el deseable y conveniente “Derecho a decidir sobre el desarrollo sano de la personalidad” que se señala, requiere para hacerse real, de que cada individuo disponga de: Individuación, independencia, autonomía, conocimiento, voluntad, autocrítica, buen juicio y uso efectivo de tales recursos. En su defecto, ese derecho es in consolidable al no alcanzar su propósito, porque no faculta a la persona a obtener la capacidad de decidir con acierto en temas de salud, aunque sea la propia. Cuando no se sabe que no se sabe, la ignorancia no impedirá expresar opinión; el simple derecho a opinar no otorga veracidad sobre lo que se opina. En tales condiciones el debate deberá elegir entre toxicidad y daño o prevención y salud (Dennis y White, 2009)

En este delicado asunto se tiende a generalizar inadecuadamente los conceptos y a sobre simplificar las conclusiones, por lo que habrá de llevarse un adecuado control de la discusión por personal profesional capacitado y *ad hoc*. Tal legalización habrá de

considerar la amplia variedad de efectos que puede producir -algunos de ellos permanentes-, asociados con su consumo en edades tempranas. La comercialización de esta droga -intención subrepticia de muchos individuos y grupos-, no debe de aprobarse en tanto el “libre mercado” no sea capaz de preservar la salud pública. Se debe proteger a los jóvenes impidiendo su acceso, dado que siempre será mejor que no la usen en vez de exponerse. Se requiere por ahora, limitar su dispensación, educar a la gente y seguir combatiendo la ilegalidad, sin ambivalencias.

En su momento, el interés popular centrado en iniciativas de Estado legalizó el consumo de Cannabis fumado. Hoy, una vez aprobado por el Congreso Mexicano y por iniciativa de Don Enrique, Presidente de México, no se criminalizará el cultivo de la planta que tenga usos médicos o científicos. Su intención fue incrementar la cantidad permitida para la posesión personal y libre consumo de 5 a 28 gr., lo cual serviría, así lo dijo; a) Para elaborar medicamentos a base de marihuana y/o sus ingredientes activos; c) Favorecer la investigación clínica y c) Para dejar en libertad a los presos o en individuos bajo proceso, por menores cantidades de la droga. Dicha iniciativa, reiteró, “se dirige a la prevención de adicciones, y a la protección de nuestra niñez y de nuestra juventud”. Pues sí, pero como ello da paso al consumo llamado “lúdico” en vez de “tóxico”. Ya no tendremos mariguanitos sino mariguanotes. Tal propuesta causa disonancia cognoscitiva, al reflejar ignorancia, confusión y ambivalencia ¿cómo se hará prevención entonces?... Salvo que instara a la población infanto-juvenil y adulta a abstenerse del consumo, como en el caso de cualquier producto nocivo a causa de su abuso y su autoadministración (Souza, 2017). La experiencia clínica, apoya la idea de que la gente “no sabe lo que quiere o por qué lo hace”, ya que la mayor parte de los consumidores de Cannabis no saben decir por qué la consumen y las razones que esgrimen, plenas de subjetividad, muestran casi siempre ignorancia y falta de reflexión al efecto. Observado desde la experiencia documentada, el consumo mundial de Cannabis en la población infanto-juvenil y adulta joven parece obedecer: a) A la ignorancia acerca del origen de su deseo, como una “necesidad”; b) A la búsqueda de sensaciones nuevas e intensas que quieren obtenerse al instante tras el consumo; c) Al logro de una sobrevalorada gratificación inmediata, basada en el mínimo esfuerzo; d) Al escapismo existencial frente a las dificultades que plantea la vida y los problemas cotidianos; e) Al hecho de considerarla “natural y por tanto “no adictiva”, entre otras bizarras motivaciones y f) A la escasa percepción tenida acerca del daño que provoca en la salud y el desempeño, donde cabe señalar la opinión de Damasio: cuando señala “la miopía juvenil que existe hacia el futuro”...

“Mientras lo inconsciente no sea haga consciente, dijo Jung, el subconsciente dirigirá la vida y se le llamará destino”... Muchos de los consumidores -ignorantes de ello-, lo fuman como parte de un mecanismo necesario para ingresar, pertenecer y mantenerse activos en su grupo de pares. En esta condición parecen subyacer respuestas afectivas que impulsan su participación, ya sea a modo de obediencia o de colaboración. La práctica de la medicina, cada vez más exigente con sus estándares en todas las especialidades, tiende a basarse en la evidencia científica. Sin embargo, hay quien hace caso omiso y tolera ambivalente dicho consumo bajo el impreciso término de “consumo personal”.

Hoy es el día mundial en pro de su legalización, mi mejor consejo es que para que no se afecten abandonen la droga. Por eso en la calle se escucha el clamor de los consumidores que exige: “Mariguanicen la legaliguana”...

El Cannabis produce adicción y otros daños, por tanto, sus derivados han de cumplir con los mismos estándares de supervisión que se aplican a otros medicamentos. Los médicos que decidan el destino de tal consumo y la prescriban, habrán de adherirse a los principios éticos y profesionales establecidos para el cuidado de los pacientes, so pena de sanción.

En México el comité nacional de autoridades sanitarias y los expertos en la materia deben vigilar que se cumpla con la normatividad en cualquier uso clínico que pretenda darse a este psicotrópico, para la protección de todo el que lo consuma, sea portador de otro trastorno mental o no, y a la sociedad. Hoy, el uso permitido de la marihuana -como tal-, ni su uso médico cumplen esta norma. Hasta que dichos productos y dispositivos hayan recibido la aprobación de comercialización de FDA y COFEPRIS, debe rechazarse su consumo y rehabilitar al paciente con ambos trastornos que conforman la patología dual. Los individuos encargados de aprobar este tipo de consumo deben ser personas calificadas para tomar decisiones y basarse en una cuidadosa revisión de los datos científicos en tanto seguridad, eficacia, normalización y la formulación de dosificación requerida para evitar que el psicotrópico cause abuso y dependencia, entre otras de las consecuencias. La ciencia es responsable al igual que la sociedad, de realizar todo aquello que mejore a la colectividad y a su vez, desde la ética humanista, de apoyar la producción y diseminación del conocimiento científico para lograr el bienestar de todos.

Conclusión. Desde hace ya algunos años y para beneficio de la sociedad, la investigación mundial –como lo señala Pedrero-, ha aportado un gran cúmulo de información sobre: 1) Los trastornos adictivos coexistentes con trastornos mentales, como los de la personalidad. 2) Se ha incrementado el conocimiento sobre los mecanismos de la dependencia; 3) Las vulnerabilidades individuales y las alteraciones del funcionamiento

cerebral; 4) Las manifestaciones comportamentales y emocionales asociadas; 5) Los mecanismos implicados en la recaída del consumo, y 6) Los esperanzadores procesos para el tratamiento, recuperación y reintegración social de los pacientes con trastornos adictivos coexistentes. También se han actualizado los datos acerca de las bases neurobiológicas de la dependencia, desde la investigación experimental en animales. Se conocen ahora, muchas de las estructuras y funciones implicadas en el proceso adictivo (Pedrero et al., 2016).

Los estudios en humanos han proliferado y permiten comprender las diferencias y similitudes habilitando con ello un plano amplio respecto de los mecanismos vinculados a la dependencia, por la interacción ambiental que puede lo mismo, desencadenar o proteger contra ella. Se han formulado modelos complejos para explicar los fenómenos adictivos desde perspectivas más globales y unitarias. El resultado es que las propuestas teóricas han avanzado en su pretensión de explicar y predecir los mecanismos de la dependencia. Pocas áreas del conocimiento en medicina han proporcionado tal cantidad y variedad de enfoques teóricos en un periodo tan breve. Sin embargo, la complejidad de estos trastornos trasciende a los mecanismos biológicos para adquirir la visión y el carácter de conducta social. En el ámbito de la neuroimagen y sus aplicaciones, tanto en la investigación sobre la estructura y el funcionamiento cerebral, como en su potencial diagnóstico, el cerebro ha pasado de ser la incógnita a resolver, a ser ese órgano al que ahora se puede observar tanto durante sus procesos normales como patológicos, es decir en plena actividad, sin recurrir a métodos invasivos, merced a la utilización de técnicas de neuroimagen funcional (Pedrero et al., 2016). Hoy, se considera al cerebro como un órgano en permanente relación con el ambiente, lo cual le imprime carácter especial a las funciones propias de la mente, ampliando con ello una visión biopsicosocial enriquecedora. Tal proceso permanente, inicia al nacimiento y se mantiene a lo largo de la vida, si bien admite periodos críticos durante los cuales, recibe continuamente la influencia exterior. Dicha influencia participa e incluso, determina sus transformaciones con implicaciones críticas en el rendimiento cerebral a corto, mediano y largo plazo. Y aunque se ha documentado que cualquier conducta gratificante es potencialmente generadora de dependencia, es el cerebro el que finalmente controla o se desborda ante las exigencias de cada condición. Circunstancialidad que continúa dilucidándose con detenimiento para su mejor conocimiento (Pedrero et al., 2016)

El cerebro será tanto más vulnerable cuanto más deficiente haya sido su proceso de desarrollo, y éste depende de asuntos tan variados como la carga genética, los procesos de socialización originales y posteriores, la sensibilidad individual al estrés, el aprendizaje

de estrategias para enfrentarlo, etc. Ya no basta para el manejo adecuado de los casos, conocer qué sustancia se consume, sus efectos neurobiológicos, el diseño de programas enfocados al consumo excesivo de una droga en particular o la creación de programas para las unidades de atención en las cuales los pacientes deban participar resignadamente. Por el contrario, cualquier programa de tratamiento que aspire a rehabilitar y reintegrar socialmente a sus pacientes debe tender a la individualización, como lo señala la OMS, formulándose con la suficiente flexibilidad como para reconocer a los pacientes desde una óptica que acepta de antemano las características diferentes entre ellos, ofreciendo así, la posibilidad de que cada uno de los afectados bajo los lineamientos del programa ad hoc, encuentre lo que necesita para superar definitivamente su dependencia, en el marco del control de su dualidad patógena (Pedrero et al., 2016). Por ello, es crucial evaluar con criterios amplios a las personas a las que los profesionales deben atender, y a estos últimos, supervisar en su praxis para su mejor capacitación, de modo que puedan incrementarse las posibilidades de brindar beneficios con la programación de la cada intervención. Desde la visión centrada en el funcionamiento cerebral, algunas disciplinas conexas a la salud pueden aportar una intensa y amplia experiencia en el abordaje de las patologías neuropsiquiátricas de muy diversas etiologías. El conocimiento de cómo las alteraciones cerebrales afectan a los individuos en su vida diaria, y los instrumentos que a lo largo del tiempo se han ido creando, sitúan a la terapéutica simultánea actual -de la farmacoterapia con la psicoterapia-, en un lugar privilegiado que continúa su desarrollo (Pedrero et al., 2016). Un componente crítico para que las personas, accedan, permanezcan y se beneficien de los programas de tratamiento es la motivación. Hoy se dispone de técnicas al respecto con la entrevista inicial, que ha mostrado su utilidad en distintos individuos, durante determinadas fases y bajo cierto grado de intensidad de su afección y manejo a recibir. La eficacia de todas estas intervenciones está fuera de toda duda en el presente, sin embargo, también es limitada y menor en la dependencia que la observada en la mayor parte de los demás T. mentales (Pedrero et al., 2016). El propio proceso adictivo bloquea la posibilidad de beneficiarse de estos tratamientos. Muy posiblemente la alteración existente en el funcionamiento cerebral: 1) Derivado de su condición adictiva; 2) Del Deseo-Necesidad imperiosa de consumo y su conducta de búsqueda de la sustancia de consumo; 3) De su personalidad; y 4) De la interpretación de sus experiencias vitales, entre otros muchos elementos de actuación simultánea, impiden que determinados pacientes sean capaces de poner en marcha los mecanismos de cambio que requieren. Si este es el caso, nunca

sería conveniente ni adecuado pedir al paciente que intente lo que no podrá lograr: como échale ganas para dejar la drogas...

La inclusión de técnicas de rehabilitación cognitiva en los programas de tratamiento de personas con T. adictivos coexistentes es una necesidad de primer orden, no sólo porque con ello se favorezca al resto de intervenciones terapéuticas, lo cual es importante para el manejo global del caso, sino también porque un mejor funcionamiento cerebral se traduce en un mejor funcionamiento en la vida diaria, precisamente en aquellos aspectos que de otro modo, podrían favorecer el retorno al consumo. Estos programas dispuestos a integrar los conocimientos de disciplinas complementarias, pueden ser formulados tanto desde una perspectiva psicoeducativa como de otra más enfocada sobre los conceptos neuropsiquiátricos y neuropsicológicos (Pedrero et al., 2016). Con este nuevo andar, la investigación contemporánea cierra la brecha que por muchos años la separó de la praxis clínica, al generar espectaculares avances, la dimensión más decisiva del actual enfoque neurocientífico. La Psicofarmacología que siempre fue importante en el pasado como el pivote central de la intervención con en pacientes con T. adictivos es hoy, motivo de revisión de la evidencia científica disponible, lo cual trae a la mesa de discusión, sólo la selección de aquellos fármacos que hayan documentado su utilidad en el tratamiento de la Patología Dual. Si, la investigación de nuevos fármacos no debe perder de vista los síntomas, pero a la par debe centrarse en el conocimiento más fino de los componentes fisiopatológicos de la dependencia y su comorbilidad con trastornos mentales. Por tanto, se requiere de fármacos que: 1) Mejoren el rendimiento las de estructuras cerebrales específicas; 2) Bloqueen los mecanismos de la dependencia; 3) Favorezcan la neurogénesis y el aprendizaje de conductas; 4) Incrementen el funcionamiento general del cerebro y posibiliten un mayor control superior de la conducta intencional orientada a metas adaptativas (Pedrero et al., 2016)

Un asunto trascendente de señalar es la comprobación de que una buena parte de las alteraciones cerebrales y metabólicas provocadas por la Patología Dual son reversibles, aún desde las fases más tempranas de la abstinencia y el control sintomatológico respectivamente, si bien existen otras según sea su tipo y extensión, que presentan un cierta tendencia y grado de cronicidad, que permanecerán de forma permanente o bien tardan muchos años en revertir. Pero en todo caso, la mayor parte de las personas que abandonen su adicción pueden desarrollar una actividad cotidiana plena y relacionarse de forma adecuada con su entorno social con apoyo del equipo de salud coordinado en sus funciones por médicos, neuropsicólogos y psicoterapeutas. Al fin de cuentas, controlados lo síntomas psiquiátricos, el manejo a largo plazo recaerá en estos últimos. Por tanto: 1)

Se enfatiza la actualización de medidas educativo-preventivas, 2) La desmitificación del trastorno mental, 3) Los prejuicios contra los pacientes y su estigmatización, 4) Los trastornos en sí mismos –todavía observados como “falla moral” en ciertos sectores de la sociedad- y 5) El fomento de las actividades clínicas a través de la diseminación adecuada y oportuna de información veraz, encaminada a dar luz sobre las dudas que prevalecen en estos temas. Por ello, la responsabilidad profesional del personal de salud, clínicos e investigadores obliga a: 1) Prescindir de los viejos prejuicios, 2) Actualizar los conocimientos, 3) Proporcionar las mejores prácticas de atención, con mayor grado de evidencia para favorecer el desarrollo cerebral optimizado, 4) Prevenir el contacto con las sustancias psicotrópicas, en especial durante los periodos de máxima vulnerabilidad, 5) Favorecer comportamientos alternativos al consumo de sustancias, 6) Minimizar el impacto de los trastornos adictivos coexistentes, 7) Posibilitar el abandono temprano y la recuperación en las mejores condiciones posibles y la plena incorporación del sujeto a una vida lo más sana posible. Se requiere pues, de la asunción plena del conocimiento científico, el cual deja poco margen a la especulación, los prejuicios y la ambigüedad. Destacándose así, la responsabilidad de cada uno de los involucrados y asesoría de pacientes y familiares, con la meta prioritaria de reforzar el indispensable apego terapéutico. La explicación de las enfermedades del hombre al igual que los efectos de cualquier sustancia en el cuerpo requieren de la participación de elementos simultáneos, que como en el caso de los trastornos adictivos comorbidos a los trastornos mentales, la explicación no puede ser solo biológica, debe considerar los aspectos psíquicos del individuo, los que a su vez están inmersos en los fenómenos sociales. (Pedrero et al., 2016)

Seguimos en la encrucijada, como señaló Bertrand Russell: “Gran parte de las dificultades por las que atraviesa el mundo, se deben a que los ignorantes están completamente seguros y los inteligentes están llenos de dudas”. Se requiere por tanto de una organización política efectiva e imparcial. ¿Estarán nuestros representantes sociales preparados para ello? ¿La Ciencia al servicio de la Política o la Política al servicio de la Ciencia?

Referencias

1. Andreasson S; Allebeck P; Engstrom A., Et al. Cannabis and schizophrenia: a longitudinal study of Swedish conscripts. *Lancet*. 1987 ii, 1483-6.
2. Andrew J. Psychiatric effects of Cannabis. *Brit J. Psychiat* 2001; Feb. 178:116-22.

3. Arias F; Szerman N; Vega P; Mesias B; Basurte I; Morant C., Et al. Abuso o dependencia al Cannabis y otros trastornos psiquiátricos. Estudio Madrid sobre prevalencia de Patología Dual. Actas Esp Psiquiatr 2013, 41(2):122-9.
4. Baigent M; Holme G; Hafner RJ. Self/reports of the interaction between substance abuse and schizophrenia. Australian and New Zealand J. Psychiat. 1995. 29:69-74.
5. Clark DB. Pharmacotherapy of adolescent alcohol use disorder. CNS Drugs. 2012. 26(7):559-69.
6. Clark DB. The natural history of adolescent alcohol use disorders. Addiction 2004. Nov. 9(2): 5-22.
7. Clark TB. The Medical Marijuana Debate. Compliance Corner. Wolters Kluwer Financial Services. 2015. (Julio, 2017).
8. Dennis ML; White M; Ives MI. Individual characteristics and needs associated with substance misuse of adolescents and young adults in addiction treatment. In Leukefeld C; Gullotta T; Tindall ST (eds.), Handbook on Adolescent Substance Abuse Prevention and Treatment: Evidence-Based Practice. New London, CT: Child & Family Agency Press, 2009.
9. El Marroun H; TiemeierH; Steegers EA; Jaddoe VW; Hofman FC; Verhulst A. et al. Intrauterine cannabis exposure affects fetal growth trajectories: the Generation R Study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatr. 2009. 48:1173-81.
10. Gleason KA; Birnbaum SG; Shukla A; Ghose S. Susceptibility of the adolescent brain to cannabinoids: long-term hippocampal effects and relevance to schizophrenia. Transl Psychiatry. 2012. 2:e199.
11. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Alcohol. Medina-Mora ME, Villatoro-Velázquez JA, Fleiz-Bautista C, Téllez-Rojo MM, Mendoza-Alvarado LR, Romero-Martínez M, Gutiérrez-Reyes JP, Castro-Tinoco M, Hernández-Ávila M, Tena-Tamayo C, Alvear-Sevilla C y Guisa-Cruz V. México DF, México: INPRFM; 2012. www.inprf.gob.mx. (Julio, 2017).
12. Lawoko S; Sanz S; Helström L; Castren M. Screening for Intimate Partner Violence against Women Swedens Healthcare. Prevalence-Determinants. ISRN Nurs. 2011. 1-7.
13. Lowinson and Ruiz's Substance Abuse: A Comprehensive Textbook. Ed. Pedro Ruiz and Eric C. Strain 5a. Lippincott & Williams and Wilkins, 2011.
14. Murphy CM, Ting L. The effects of treatment for substance use problems on intimate partner violence: A review of empirical data. Aggression and Violent Behaviour. 2010. 15(5):325-33.
15. ONDCP's Office of National Drug Control Policy. Marijuana Resource Center: www.whitehouse.gov/ondcp/marijuana_info, 2016. (Julio, 2017).
16. Pedrero-Pérez EJ. Fundamentos Neurobiológicos de las Adicciones. Coordinador. Sociedad Española de Toxicomanías. Plan Nacional Sobre Sustancias psicotrópicas. España. 2016.
17. Souza y Machorro M. La alianza terapéutica y el apego al tratamiento: metodología técnica en adicciones. Rev Mex Neuroci. 2012. Nov-dic, 13(6):324-30.

18. Souza y Machorro M. Abuso de menores y violencia sexual en la sociedad actual. Revista APM Psiquiatría. 2015. Septiembre-Diciembre Época 1 2(3):28-38.
19. Souza y Machorro M. Adicciones visión integral de su problemática, abordaje y terapéutica (Patología Dual). Facultad de Medicina, UNAM. Editorial Prado, México, 2014
20. Souza y Machorro M. Cannabis y salud: del mito a la evidencia, Editorial Alfil, México, 2017.
21. Souza y Machorro M. De la Resiliencia a la Reinserción Social del Paciente Dual. Seminario "Prevención y Rehabilitación de las Adicciones". Maestría en Psicoterapia de las Adicciones. Colegio Internacional de Educación Superior, CIES/SEP. México, D.F. Mayo 31, 2015.
22. Souza y Machorro M. Psiquiatría de las adicciones. Editorial Fondo de Cultura Económica. México, 2010.
23. The White House Report. President Barack Obama. Marijuana Resource Center. Office of National Drug Control Policy, 2015.