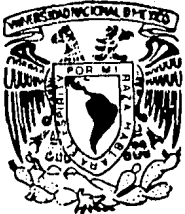
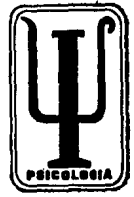


20/10



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Escuela Nacional de Estudios Profesionales
"ZARAGOZA"



PSICOTERAPIA FAMILIAR: UNA ALTERNATIVA EN
EL TRATAMIENTO A LA FARMACODEPENDENCIA.

INFORME FINAL DEL SERVICIO SOCIAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
IRMA MADRIGAL GONZALEZ



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

Página

PROLOGO	1
INTRODUCCION	3
I. MARCO CONCEPTUAL	
1.1 ANTECEDENTES	6
1.2 CONCEPTOS ELEMENTALES DE LA FARMACODEPENDENCIA.	7
1.3 CLASIFICACION DE LAS DROGAS MAS COMUNES.	9
1.4 CAUSAS DE LA FARMACODEPENDENCIA.	14
2. FAMILIA	
2.1 DEFINICION DE LA FAMILIA.	18
2.2 TIPOS DE FAMILIA.	19
2.3 FUNCIONES DE LA FAMILIA	20
2.4 ETAPAS DE LA FAMILIA.	23
2.5 FAMILIA Y DESARROLLO PSICOSOCIAL.	25
2.6 FAMILIA Y FARMACODEPENDENCIA.	30
3. PSICOTERAPIA DE LA FAMILIA.	
3.1 ANTECEDENTES.	33
3.2 DEFINICION Y OBJETIVOS DE LA PSICOTERAPIA FAMILIAR.	34
3.3 NIVELES DE ACCION DE LA PSICOTERAPIA FAMILIAR	36
3.4 IMPORTANCIA DE LA PSICOTERAPIA FAMILIAR EN EL TRATAMIENTO A LA FARMACODEPENDENCIA.	38
4. PSICOTERAPIA FAMILIAR EN EL TRATAMIENTO AL FARMACODEPENDIENTE.	46

II. OBJETIVOS DEL SERVICIO SOCIAL.	
1. OBJETIVOS DE LA ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES "ZARAGOZA".	47
2. OBJETIVOS DEL CENTRO DE INTEGRACION JUVENIL. . .	48
3. OBJETIVOS PERSONALES DE LA PASANTE.	48
III. CARACTERISTICAS GENERALES DE LA INSTITUCION. .	
1. DELEGACION POLITICA.	49
2. INSTITUCION Y UNIDAD DE TRABAJO.	56
IV. ACTIVIDADES DESARROLLADAS Y POBLACION ATENDIDA..	64
V. RESULTADOS.	71
VI. ANALISIS.	80
VII. CONCLUSIONES.	89
VIII. SUGERENCIAS.	92
ANEXOS.	98
BIBLIOGRAFIA.	112

PROLOGO.

Siendo el abuso de fármacos un problema tan complejo y actual es necesario su estudio para poder llevar a cabo las actividades pertinentes para su control. El presente documento representa una revisión breve acerca de tal fenómeno. Una parte del mismo esta referida a -- los diferentes aspectos del servicio social realizado en una institución dedicada a su estudio.

Por otra parte, para delimitar el marco conceptual que forma el primer apartado del trabajo, se hace un análisis acerca de lo que la familia representa en el fenómeno del abuso de drogas y la importancia que tiene en la solución del problema en cuestión. Se lleva a cabo como primer punto una revisión general acerca de los factores que intervienen en el fenómeno, la clasificación existente de los diversos fármacos, usos causas, -- etc.

En el segundo capítulo referente al marco conceptual se revisa lo relacionado a la familia, sus funciones y estructura actual, la gran relevancia que juega en el desarrollo de la personalidad de cada uno de sus integrantes, así como la importancia que posee en el desarrollo y mantenimiento del uso y abuso de fármacos.

El tercer capítulo corresponde a lo que actualmente se considera como la psicoterapia familiar, la importancia que tiene en el tratamiento al fenómeno de estudios y por último se realiza una breve descripción sobre lo que la institución en la que se presto el servicio social lleva a cabo al respecto.

Los 3 ultimos capitulos refieren los resultados del trabajo elaborado en las actividades del servicio social, las conclusiones sobre lo abordado tanto teórica - como prácticamente, así como las sugerencias que se integran en base al análisis de todo el proceso.

Para la elaboración del presente trabajo se obtuvo la valiosa colaboración de la Lic. Mirna García, a -- quien se agradecen sus correctas asesorías, así como al Psic. Juan Miguel Rivera quien guió la realización del mismo.

INTRODUCCION.

El fenómeno de la farmacodependencia es actualmente un serio problema de salud pública ya que en los últimos años el incremento de los usuarios de droga ha sido constante y aunque no necesariamente los adultos se encuentren exentos de caer en el uso excesivo de fármacos, es principalmente entre los jóvenes que se expande con más facilidad este fenómeno. Tal situación ha sido mencionada por diversos autores (CIJ. 1982; Llanes Jorge., 1982 A), indicando que los sujetos más susceptibles de caer en la trampa de las drogas son los adolescentes, por encontrarse en una difícil etapa de ajuste y desarrollo físico y psicológico, así como en la ampliación de un panorama socio-cultural, quienes al mismo tiempo conforman el recurso más importante para el futuro desarrollo del país.

Las causas determinantes del uso de fármacos son múltiples, sin embargo, han sido expuestas por los expertos tres factores que pueden propiciar fácilmente su consumo: causas individuales del usuario mismo; aspectos de mal funcionamiento familiar; y por último, situaciones sociales conflictivas.

Los estudios realizados sobre el tema han enfocado su atención en los dos últimos factores mencionados en el párrafo anterior, esto a partir del giro que dentro del proceso de salud-enfermedad mental se observó hacia los procesos sociales y su interrelación con la problemática emocional.

En referencia al punto anterior es importante hacer notar que la sociedad actual se caracteriza por el

cambio constante y acelerado tanto de aspectos socioeconómicos, así como científico-tecnológicos, políticos y culturales, viviendo en su seno la industrialización de grandes zonas, la urbanización, enormes movimientos migratorios, marginación, hacinamiento, diseminación a gran escala de la comunicación de masas, etc., provocando graves consecuencias sociales en la población que al no avanzar al mismo ritmo de crecimiento es arrastrada hacia la búsqueda de elementos sustitutos que de alguna manera lo hagan sentir perteneciente a ésta sociedad, afectando principalmente la homeostasi de las instituciones sociales, que dependen en gran medida del equilibrio establecido dentro de su esquema social.

Con el continuo avance científico-tecnológico y el perfeccionamiento de los medios masivos de comunicación se crean constantemente "nuevas necesidades" a los individuos, para una supuesta forma de vida más placentera, sin embargo, tal desarrollo genera en una gran cantidad de sujetos severas frustraciones por no alcanzar el nivel de vida que desean poseer (Llanes, Jorge., 1982 B)

Igualmente las consecuencias originadas por el sistema socioeconómico en que vivimos como son; el desempleo, la pérdida del poder de compra y la creación de necesidades uperfluas han mermado en gran medida la estructura familiar; la cuál refleja en si misma la problemática del medio social, cultural, económico y político de su contexto, provocando cambios importantes como son; la desintegración familiar, la confusión y cambio de roles, sentimientos de abandono, ambivalencia afectiva, etc. -- (Llanes, Jorge., 1982 C).

I. MARCO CONCEPTUAL.

1. ASPECTOS GENERALES DE LA FARMACODEPENDENCIA.

No obstante, es importante hacer notar que solo aquella familia que se mantiene con una estructura y funcionamiento adecuados será la que podrá cumplir con las funciones psicosociales requeridas para el adecuado funcionamiento de cada uno de sus miembros, pues de no ser así, se crearán en los sujetos que la componen ansiedades diversas, frustraciones, rebeldías, insatisfacciones etc., y como consecuencia existirá en ellos una tendencia a buscar satisfacciones en elementos falsos como puede ser el fenómeno que aquí se abordará: la farmacodependencia.

El fenómeno de la farmacodependencia es tan complejo, que se requieren de diversos profesionistas para su estudio, control y tratamiento, sin embargo; es necesario que éstos se encuentren capacitados para abordarlo. Por tanto, la realización del servicio social es una institución especializada en el tema en cuestión representa una gran oportunidad de poder conocer éste problema, permitiendo ampliar los conocimientos adquiridos a lo largo de los estudios de licenciatura.

FARMACODEPENDENCIA

1.1 ANTECEDENTES

En la historia de la humanidad se observa como una situación universal la exploración del universo para su conocimiento y comprensión sin faltar el interés por los elementos naturales, como; plantas, hojas, semillas, flores, cortezas, raíces, etc., es por ello que la exploración de sustancias capaces de actuar sobre las condiciones naturales del hombre es tan antigua como la misma humanidad. Su uso ha existido desde tiempos remotos relacionada a prácticas ó ritos religiosos, a la búsqueda de estados psíquicos especiales, ó bien en ambas situaciones a la vez. Al respecto Zax y Cowen (1979. p.274) nos menciona "El opio, hecho de la amapola del opio, se utilizó en una época tan remota como la de la civilización sumeriana como la "planta del placer". El cañamo, del que se obtiene una diversidad de narcóticos, cuenta con una larga historia igualmente. Se utilizó muy tempranamente en la India, como parte de determinados ritos religiosos. El mascar hojas de coca ha constituido una costumbre entre los indios sudamericanos desde al menos el siglo XI, aunque la cocaína no encontró el camino hacia el continente europeo hasta mediados del siglo XIX".

Sin embargo, el concepto de droga y el cambio en las razones para consumirla han variado de acuerdo a las necesidades, tensiones patrones de vida social, conocimientos científicos y nivel tecnológico de las sociedades a través del tiempo, resultando interesante que el

uso de las drogas no fue considerado como problema social hasta la época actual. Ya que mediante diversos movimientos político-sociales en la década de los 60' se hizo posible el consumo excesivo de drogas diversas sobre todo - en la juventud a nivel mundial, siendo a partir de entonces que al expandirse como pólvora causo una epidemia, reconociéndose entonces su uso excesivo como problema social.

Actualmente la farmacodependencia ó drogadicción constituye un problema de gran complejidad en el cuál intervienen tanto factores sociales como individuales, no olvidando que este fenómeno no respeta edad, sexo, ni posición social; que las causas por las cuales un individuo puede iniciarse en su uso varían ampliamente y que si bien, el número de fármacos de abuso es muy grande, tanto su variedad como su uso va en aumento; y que entre ellos se encuentran tanto productos sintéticos como naturales los que pueden ser adquiridos fácilmente por cualquier persona en las farmacias, ó en algunos otros lugares.

2.1 CONCEPTOS ELEMENTALES DE LA FARMACODEPENDENCIA.

Ahora bien, para poder extender en sentido más amplio el complejo fenómeno de la farmacodependencia se hace necesario proporcionar en forma clara y sencilla algunas definiciones básicas, las cuales se presentan a continuación:

Fármaco: es cualquier sustancia química que afecta a una persona de manera tal que le origine cambios fisiológicos, emocionales ó de comportamiento. Cuando estos cambios actúan, particularmente a nivel mental, pueden dar como resultado alteraciones del estado de ánimo, de percepción ó de conciencia. (CIJ., 1985).

Farmacodependencia; es definida como el estado psíquico y a veces físico causado por la interacción entre organismo vivo y un fármaco, caracterizado por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible por tomar al fármaco - continua y periódicamente; a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por la privación. (Organización Mundial de la Salud, 1974).

Dependencia física: se considera como el estado de adaptación biológica que se manifiesta por trastornos fisiológicos más o menos intensos cuando se suspende bruscamente la droga, es decir, al existir este tipo de dependencia el organismo necesita su consumo para vivir. (CEMEF. 1976).

Síndrome de Abstinencia; se puede definir como el conjunto de trastornos fisiológicos ocurridos en un organismo provocados al suspender bruscamente un fármaco que ha producido dependencia física. Aunque el síndrome de abstinencia es diferente para cada droga, los cambios fisiológicos más comunes son: alteraciones en la frecuencia cardíaca, en la presión arterial y en la respiración, sudoración, vómitos, delirios, etc., e incluso la muerte. (CIJ., 1985).

Dependencia Psíquica; ésta puede conocerse también con el nombre de habituación, se define como el uso compulsivo de una droga, en ocasiones sin que se presente la dependencia física, pero que sin embargo, implica también un grave peligro para el individuo. En este tipo de dependencia se dice que el individuo siente una fuerte necesidad de tomar la droga, lo cual lleva a un consumo excesivo que provoca alteraciones a nivel mental, las que varían según la droga ingerida (CEMEF., 1976).

Resulta importante señalar que ambos tipos de dependencia generalmente se presentan asociados.

Tolerancia: así se ha denominado a la adaptación del organismo a los efectos de la droga, que implica la necesidad de aumentar la dosis suministrada para seguir obteniendo resultados de igual magnitud.

Abuso de fármacos; es el consumo de una droga en forma excesiva, persistente ó esporádica, incompatible ó sin relación con la terapéutica médica habitual(CEMEF., 1976).

Al tomar en consideración cada una de las definiciones anteriores, se hace obvia la importancia que cada uno de tales factores toma en el inicio, desarrollo y mantenimiento del problema de la farmacodependencia, por lo cual, es necesario recordar que para poder determinar un diagnóstico, tratamiento ó bien una acción preventiva por muy sencillas que estas sean, será de suma importancia evaluar cada uno de ellos, así como algunas otras condiciones tanto individuales como sociales, ya que al presentarse como un fenómeno mucho muy complejo en el que interactúan diversos elementos, cualquier acción en su contra para que resulte efectiva deberá tomar en consideración la totalidad de ellos.

1.3 CLASIFICACION DE LAS DROGAS MAS COMUNES.

Ya que se menciona que existen una gran cantidad de fármacos de abuso y su número aumenta junto con el desarrollo científico-tecnológico, se ha hecho necesario establecer las características específicas a cada uno de ellos, para lo cual se han conjuntado éstos en dos grandes grupos de acuerdo al efecto que ejercen tales sobre el

parecido al de embriaguez, mejorando el ánimo y acelerando el pensamiento. Durante cierto tiempo que depende de la dosis y del organismo que la ha ingerido existe cierta locuacidad, para posteriormente sobrevivir la depresión con la pérdida de capacidad de trabajo y sensación de debilidad física (Sluchevski., 1960).

3) Alucinógenos; éstos producen efectos tanto emocionales como de comportamiento parecidos a la psicosis -- con desorganización de la personalidad, afectando la percepción espacio-temporal (CEMEF., 1976).

La marihuana es uno de los alucinogenos más frecuentes usados en México, en forma de cigarrillos (CIJ., 1985), aunque no produce dependencia física ni síndrome de abstinencia puede crear una fuerte dependencia psíquica. En dosis pequeñas puede provocar reacciones inesperadas con estados emocionales incontrolables, en altas dosis se pueden presentar alucinaciones, ansiedad, pánico e inclusive dar lugar a reacciones psicóticas. Igualmente su uso continuo puede atraer estados crónicos de desinterés y apatía, disminución de la motivación, además de desencadenar enfermedades latentes.

LSD, mezcalina y psilocibina. Estos alucinogenos producen trastornos de la percepción, haciendo que el usuario perciba objetos o sensaciones que no existen en la realidad, produciendo gran dependencia psíquica no así física, sin embargo, se genera una gran tolerancia en poco tiempo de modo que se deberá aumentar las dosis considerablemente en un lapso corto de tiempo para lograr los mismos efectos (CEMEF., 1976).

LSD; sus reacciones físicas incluyen la dilatación de las pupilas, disminución de la temperatura corporal, náuseas, palpitación acelerada del corazón, y aumento del

estado psíquico ó mental del individuo. A pesar de no ser los que a continuación se describirán la totalidad de los existentes sí son los más utilizados por la población mexicana consumidora de drogas, de allí la importancia que tienen en el estudio de la farmacodependencia. (CEMEF. , 1976). Los dos grupos de fármacos de abuso son:

A) Estimulantes; que son aquellas sustancias que aceleran la actividad mental produciendo esta dos de excitación.

B) Depresores; siendo éstos los fármacos capaces de retardar la actividad mental.

A) Los estimulantes al afectar al cerebro y al Sistema Nervioso Central, aceleran igualmente la actividad total de la persona. Existen dentro de ellos tres pincipa les tipos que pueden presentarse en la farmacodependencia, los cuáles se describirán a continuación:

1) Las anfetaminas; son estimulantes sintéticas, que comercialmente se presentan en forma de tabletas ó cap sulas, producen principalmente el aumento del estado de - alerta, falta de sueño, disminuyen el apetito, así como la sensación de fatiga. Son usados frecuentemente para mante - nerse alerta y en el tratamiento de la obesidad. Si se lle - ga a consumir dosis altas y frecuentes puede sobrevivir - síntomas físicos tales como; problemas de nutrición, debi - lidad, úlceras y graves problemas de la piel, llegando in - cluso a provocar la muerte por hemorragia cerebral ó un colapso cardiovascular.

2) Cocaína; es otro fuerte estimulante, siendo un anestésico local provocador de dependencia física y psí - quica. Al estimular la corteza cerebral produce un estado

estado psíquico ó mental del individuo. A pesar de no ser los que a continuación se describirán la totalidad de los existentes sí son los más utilizados por la población mexicana consumidora de drogas, de allí la importancia que tienen en el estudio de la farmacodependencia. (CEMEF. , 1976). Los dos grupos de fármacos de abuso son:

A) Estimulantes; que son aquellas sustancias que aceleran la actividad mental produciendo estados de excitación,

B) Depresores; siendo éstos los fármacos capaces de retardar la actividad mental.

A) Los estimulantes al afectar al cerebro y al Sistema Nervioso Central, aceleran igualmente la actividad total de la persona. Existen dentro de ellos tres principales tipos que pueden presentarse en la farmacodependencia, los cuáles se describirán a continuación:

1) Las anfetaminas; son estimulantes sintéticas, que comercialmente se presentan en forma de tabletas ó capsulas, producen principalmente el aumento del estado de alerta, falta de sueño, disminuyen el apetito, así como la sensación de fatiga. Son usados frecuentemente para mantenerse alerta y en el tratamiento de la obesidad. Si se llega a consumir dosis altas y frecuentes puede sobrevivir - síntomas físicos tales como; problemas de nutrición, debilidad, úlceras y graves problemas de la piel, llegando incluso a provocar la muerte por hemorragia cerebral ó un colapso cardiovascular.

2) Cocaína; es otro fuerte estimulante, siendo un anestésico local provocador de dependencia física y psíquica. Al estimular la corteza cerebral produce un estado

parecido al de embriaguez, mejorando el ánimo y acelerando el pensamiento. Durante cierto tiempo que depende de la dosis y del organismo que la ha ingerido existe cierta locuacidad, para posteriormente sobrevivir la depresión con la pérdida de capacidad de trabajo y sensación de debilidad física (Sluchevski., 1960).

3) Alucinógenos; éstos producen efectos tanto emocionales como de comportamiento parecidos a la psicosis -- con desorganización de la personalidad, afectando la percepción espacio-temporal (CEMEF., 1976).

La marihuana es uno de los alucinogenos más frecuentes usados en México, en forma de cigarrillos (CIJ., 1985), aunque no produce dependencia física ni síndrome de abstinencia puede crear una fuerte dependencia psíquica. En dosis pequeñas puede provocar reacciones inesperadas con estados emocionales incontrolables, en altas dosis se pueden presentar alucinaciones, ansiedad, pánico e inclusive dar lugar a reacciones psicóticas. Igualmente su uso continuo puede atraer estados crónicos de desinterés y apatía, disminución de la motivación, además de desencadenar enfermedades latentes.

LSD, mezcalina y psilocibina. Estos alucinogenos producen trastornos de la percepción, haciendo que el usuario perciba objetos o sensaciones que no existen en la realidad, produciendo gran dependencia psíquica no así física, sin embargo, se genera una gran tolerancia en poco tiempo de modo que se deberá aumentar las dosis considerablemente en un lapso corto de tiempo para lograr los mismos efectos (CEMEF., 1976).

LSD; sus reacciones físicas incluyen la dilatación de las pupilas, disminución de la temperatura corporal, náuseas, palpitación acelerada del corazón, y aumento del

azúcar en la sangre. Sin embargo, "los efectos psicológicos superan en mucho las manifestaciones fisiológicas. Las manifestaciones de la acción pueden ocurrir de 20 minutos a dos horas después de la ingestión dependiendo del organismo y la dosis" (Jerome Jaffe y cols., 1980.p. 56).

Mezcalina; sus efectos son muy parecidos a los del LSD, las alucinaciones que provoca pueden durar de 5 a 12 horas.

Psilocibina; es menos potente que el LSD, pero en altas dosis produce los mismos efectos. Las alucinaciones duran aproximadamente 6 horas.

B) Depresores. Bajo este rubro se agrupan las sustancias que disminuyen la actividad mental, se usan comúnmente para producir sedación ligera, sueño y anestesia. Su uso crónico produce tolerancia así como dependencia física y psíquica (CIJ., 1985), entre ellos se encuentran los siguientes:

1) Alcohol; siendo la droga que más se consume en toda la sociedad, actúa al igual que los anestésicos en general en forma depresiva sobre la corteza cerebral y sus funciones inhibitoras. (Velazco 1980). Existen características diversas del alcoholismo crónico; en la esfera afectiva los sentimientos superiores (sociales, éticos, y morales) se debilitan paulatinamente; en el área intelectual el pensamiento de conceptos abstractos disminuye, apareciendo conceptos más primitivos, igualmente la memoria y la atención se debilitan, lo cual repercute en toda actividad. Se hace igualmente patente el debilitamiento de la voluntad. Los síntomas físicos más simples repercuten en el Sistema Nervioso, manifestándose por un temblor esporádico que aparece cuando el sujeto desarrolla movimientos finos

(Sluchevski, 1960). El síndrome de abstinencia que se presenta es intenso con síntomas tales como: temblores, náuseas, vomitos, ansiedad, sudoración profusa, calambres, convulsiones, insuficiencia cardiaca y por último la muerte, frecuentes la cirrosis hepática, gastritis y graves daños cerebrales.

2) Barbitúricos; son productos sintéticos, presentados en forma de cápsulas y tabletas, usándose en gran medida con fines médicos. Producen gran dependencia física y psíquica al igual que gran tolerancia, lo cuál trae como consecuencia intoxicaciones por sobredosis. Algunos de los síntomas frecuentes por su uso son; dificultades en el habla, pérdida del equilibrio, facilidad para reír ó llorar (labilidad emocional) y agresividad, seguido por un sueño profundo, en casos extremos puede provocarse la pérdida de la conciencia, presión sanguínea baja, choque y muerte (CEMEF., 1976).

3) Tranquilizantes; en general actúan sobre todo el Sistema Nervioso Central, pudiendo ocasionar desde somnolencia hasta graves estados de confusión mental. A nivel físico se caracterizan por baja presión arterial, mareo, vértigo, así como trastornos gastrointestinales.

4) Narcóticos; constituyen el grupo de depresores más potentes, lo forman el opio y sus derivados. Son utilizados en medicina principalmente como analésicos aliviando el dolor. No tienen efectos anticonvulsivos ni producen alteraciones en la coordinación, desarrollando tolerancia, dependencia física y abstinencia (CIJ., 1985).

5) Inhalantes; forman un grupo especial de depresores del Sistema Nervioso Central. Su inhalación provoca dependencia física, psíquica y una gran tolerancia. Los

principales síntomas después de su inhalación son; náuseas, depresión, insomnio y pérdida del apetito. Su consumo altera el juicio, con lo cual puede que el usuario se involucre en accidentes peligrosos, pleitos, etc., aunque se observa que el problema mayor es el daño irreversible que se provoca al cerebro, a la médula ósea, a los hemisferios cerebrales, al hígado y a los riñones. En la siguiente hoja se presenta un cuadro esquemático de la clasificación de las drogas.

1.4 CAUSAS DE LA FARMACODEPENDENCIA.

En el caso de la farmacodependencia se puede hablar de tres factores principales que influyen en su aparición:

- a) Factores macrosociales, que abarcan todo el medio exterior que rodean al individuo, es decir, la sociedad.
- b) Factores microsociales, que se refieren a una comunidad menor, la familia.
- c) Factores individuales, de la personalidad del propio sujeto farmacodependiente.

El primer factor se refiere a la existencia de ciertas condiciones sociales ideales que incrementan el fenómeno mismo. Si nos remontamos algunos años atrás podemos observar que a lo largo del tiempo las drogas y su uso tienen una larga historia, en nuestra sociedad, específicamente desde precolombinos ha existido una amplia exploración de las propiedades que poseen las plantas, hojas, semillas, etc., con el objetivo de encontrarle usos medicinales, sin embargo, es bien sabido también que se han utilizado para numerosas prácticas religiosas. Por otra parte,

CLASIFICACION DE LAS DROGAS (*)

DROGAS O FARMACOS CAPACES DE PRODUCIR DEPENDENCIA.	ESTIMULANTES	AFETAMINAS: SULFATO DE DEXTROANFETAMINA METADRINA BENZEDRINA COCAINA ALUCINOGENOS: MARIGUANA L S D MEZCALINA PSILOCIBINA
	DEPRESORES	OTRO: TABACO CAFE TE ALCOHOL BARBITURICOS Y TRANQUILIZANTES NARCOTICOS: MORFINA (HEROINA, CODEINA) OPIO Y DERIVADOS INHALABLES: CEMENTO TINER ACETONA, ETC"

(*) Julio Frenk. Cómo Identificar las Drogas y sus Usuarios. Centro Mexicano de Estudios Farmaco. CEMEF. México, 1976.

a pesar de que el abuso de estos productos se da desde hace mucho tiempo, la crisis socio-económica actual ha atraído una verdadera atención hacia ellos, es así como en los últimos 10 años se ha considerado al uso de la droga como un problema social, convirtiéndola en una enfermedad de la comunidad (Llanes Jorge., 1982).

En los países subdesarrollados hablando específicamente, de México, se dio un predominio masivo entre la juventud, considerándose como una moda pasajera importada de los países desarrollados, sin embargo, se ha observado actualmente que no se trataba de algo pasajero, ya que se ha extendido ampliamente.

El fenómeno en cuestión está ampliamente relacionado con el avance tecnológico principalmente de la farmacología, pues el desarrollo de ésta industria permitió la introducción al mercado, de medicamentos capaces de estimular el Sistema Nervioso Central, con lo cual los usuarios se automedicamentaban ciertos fármacos no utilizándolos de manera terapéutica y viviendo en el contexto de una sociedad de consumo no podían sustraerse a los objetivos comerciales, induciéndose mediante diversas presiones sociales a ingerir tales productos tóxicos al organismo, con el fin de poseer fortaleza y así poder soportar los problemas de la sociedad actual, como la desorganización social, la crisis económica mundial que trae como consecuencia la crisis económica del país, la carencia afectiva dado el excesivo crecimiento demográfico tan acelerado, provocando que se viva en una sociedad inmensa de hombres solos, impidiendo al mismo tiempo el fortalecimiento de las relaciones genuinamente humanas.

Por otra parte, se dice que la drogadicción es un fenómeno esencialmente urbano, ya que hasta ahora en áreas rurales no se considera un problema grave de salud pública, ya que si existe el hecho es en menor cantidad asociado a ciertos patrones culturales como son; la mayor diseminación de los medios masivos de comunicación y la gran migración de campesinos a zonas industrializadas. En este sentido y teniendo la necesidad de huir de una realidad negativa, la droga es un medio de escape para soportar tensiones y frustraciones diarias. (Llanes Jorge., 1982).

Todos los problemas mencionados anteriormente influyen también en un núcleo social menor que es la familia, dentro de la cual se ubica igualmente una causa importante del abuso de drogas, ya que actualmente la desintegración familiar es un elemento común de las familias mexicanas. Algunos factores encontrados dentro del núcleo familiar que dan pie a la farmacodependencia (CEMESAM., 1979) de uno ó más de sus integrantes son:

a) La familia desintegrada, ya sea por la muerte de los padres, separación ó abandono.

b) Cambio de roles, pues dentro de las familias bien integradas cada miembro cumple cierta(s) función(es), sin embargo, existe la posibilidad de que está(s) sea(n) confusa(s) lo cuál altera el funcionamiento familiar.

c) La falta de autoridad moral de los padres, refiriéndose a las actividades ó conductas deshonestas de los padres que pueden favorecer en gran medida el desarrollo de psicopatologías.

d) La falta de comunicación ó comunicación defectuosa dentro del sistema familiar.

Los anteriores factores pueden ayudar ó desencadenar directamente la farmacodependencia, principalmente entre los adolescentes, quienes en la búsqueda de su integración personal corren mayor riesgo en períodos críticos de ésta etapa. (CIJ., 1982). Pues el individuo necesita de ciertas condiciones sociales y estímulos específicos para el desarrollo del problema. Dentro de ellos, la insatisfacción y la carencia afectiva pueden causar un desequilibrio principalmente en el área emocional y ya que el adolescente se encuentra en una situación de "crisis de identidad", presenta una serie de interrogantes para las cuales tal vez no encuentra las adecuadas para sí mismo, llevándolo ésto a una posible inadaptación dentro de su contexto social, sobre todo si se encuentra inmerso en una estructura familiar desequilibrada, buscando un medio de escape en la droga que lo llevará a aun desajuste físico y mental. Igualmente se ha observado que una característica muy particular del individuo farmacodependiente es la poca tolerancia a la frustración (CIJ., 1982). Por todo ésto se puede concluir que el fenómeno de la farmacodependencia tiene -- causas múltiples, ante lo cuál se debe realizar para su -- control y erradicación un trabajo a varios niveles, partiendo un nivel individual que involucre al sujeto consumidor de fármacos, atravesando por el grupal, hasta llegar al -- mas amplio que sería el comentario con fines preventivos.

Si se observa a la farmacodependencia como un gran problema de salud pública, en el que intervienen factores múltiples; entre ellos uno de los que actualmente se observa como muy importante tanto para su control como para su erradicación es la familia, se considera necesario por tanto especificar las características y condiciones bajo las cuales ésta se encuentra funcionando actualmente, primordialmente en nuestra sociedad mexicana.

2.1 DEFINICION DE FAMILIA

A pesar de que el ser humano es considerado el ser mayor evolución de los existentes en la tierra, es quizá al mismo tiempo el más necesitado de cuidados. De forma tal que para su supervivencia es necesario que sean satisfechas por otros seres, necesidades ilimitadas que aparecen desde el momento de su nacimiento, cambiándose y sucediéndose unas a otras de acuerdo a su propio desarrollo, necesidades de alimentación, cuidado, higiene, vestido, seguridad, comunicación, tranquilidad, expansión y desarrollo psíquico, aprendizaje, etc., Ha sido el hombre mismo quien al plantear formas colectivas de respuesta ante tales necesidades ha formado una diversidad de instituciones, entre ellas se encuentra la familia como grupo primario de adscripción, en la que se mantienen relaciones directas entre un conjunto de personas, donde cada uno se muestra ampliamente con sus características físicas y psicológicas.

Actualmente existen diversas definiciones de familia, pero no es el objetivo del presente trabajo describir cada una de ellas, por tanto, se tomará aquí la mencionada

por AckermanN., 1978.p.35., como"la unidad básica de desarrollo y experiencia de realización y fracaso. Es también la unidad básica de la enfermedad y la salud", siendo ésta seleccionada ya que parece describir en forma clara y concreta lo que actualmente significa la familia dentro de la sociedad así como las funciones con que cumple.

2.2 TIPOS DE FAMILIA

La familia a lo largo de su existencia ha sufrido constantes transformaciones como resultado del proceso de evolución de la humanidad misma, es así como ésta ha variado de acuerdo a las condiciones y necesidades imperantes en cada sociedad y momento determinado.

Los estudios acerca del desarrollo y evolución de la familia son diversos, entre ellos el más tradicional es el citado en la Biblia, el cuál afirma que la primera familia consistió en una familia monógama de padres y sus hijos. Posteriormente, la teoría evolucionista (Siglo XIX) indica que la familia primitiva estaba compuesta por hombres y mujeres que vivían juntos, pasando de tal forma por varias etapas de desarrollo, una de las cuáles consistió en que un hombre vivía con varias mujeres y una mujer con varios hombres, hasta culminar en el matrimonio monógamo.

Investigaciones más recientes (CEMESAM, 1979) indican que existe evidencia para pensar que han existido diversas formas de familia; la poliandrica, en la cuál una sola mujer cuida a los hijos que ha tenido con varios hombres; la poligámica, en la que varias mujeres teniendo por marido a un solo hombre, se encarga cada una del cuidado de sus propios hijos; el kibutz, donde en una comunidad varias parejas monogámicas se encargan del cuidado de los hijos de

todos; la familia nuclear ó conyugal, que consiste en una -
pareja monógama y sus hijos, y por último; la extensa ó con-
sanguínea, compuesta por la familia nuclear más un número -
indefinido de parientes.

Es igualmente importante distinguir entre familia -
de origen, cómo aquella en la cuál el individuo crece y se
desarrolla y la de procreación, la cuál funda al unirse a
su pareja conyugal. Por otra parte, la familia variará en -
sus formas y funciones dependiendo del número de integran-
tes, sus edades, el predominio de sexos, nivel educacional,
grado de modernización, etc.

Actualmente en nuestra sociedad es la familia nu-
clear compuesta por una pareja heterosexual junto con sus
hijos la mpas reconocida comunmente, sus características -
más importantes son que está compuesta por dos adultos de
diferente sexo que habitan bajo el mismo techo manteniendo
relaciones sexuales que son socialmente aceptadas, convi-
viendo en forma constante tanto en la abundancia como en -
la escasez al menos en cierta época de su vida, regularmen-
te existen hijos procreados por ellos ó bien adoptados por
la pareja. Dentro de éste tipo de familia, la relación ma-
rital es la encargada de formar las relaciones familiares
a su alrededor, siendo la pareja de cónyuges los construc-
tores del grupo familiar, de tal forma, que será determi-
nante su relación para el funcionamiento sano ó conflicti-
vo de la familia y de cada uno de sus miembros. (Macias,
Aviles., 1981).

2.3 FUNCIONES DE LA FAMILIA

Así como la forma de la familia ha sido variada a
lo largo de su existencia; sus funciones han sido diver-
sas en sus diferentes estadios evolutivos, en ocasiones -

se ha caracterizado mayormente como unidad económica y como matriz biológica y en menor grado con funciones psicosociales precisas. Sin embargo, los miembros del grupo familiar se encuentran ligados económicamente en interdependencia para la provisión de sus necesidades materiales, al mismo tiempo las funciones biológicas solo pueden ser adecuadas en un contexto organizado de fuerzas sociales satisfactorias, igualmente los integrantes de la familia a nivel psicológico dependen unos de otros para la satisfacción de sus necesidades afectivas.

Se describirán a continuación las funciones que de acuerdo a Leñero, Luis., (1976) cumple la familia contemporánea:

1. Regulación de las relaciones sexuales. A pesar de que la familia es un medio de regulación de las relaciones sexuales, éstas no se realizan únicamente en el núcleo familiar, sin embargo, actualmente se observa ésta como la forma adecuada y aceptada socialmente para el intercambio sexual de la pareja.

2. Función económica de la familia. Esta función se encuentra enmarcada por la satisfacción de necesidades materiales tanto a nivel individual como del grupo familiar.

3. Función de la reproducción. La presenta ha sido una de las funciones socialmente más aceptadas como naturales de la familia aunque la reproducción puede igualmente realizarse fuera del grupo familiar.

4. Función educativa y socializadora. Es admitida como una de las funciones universales más importantes de la familia, refiriéndose principalmente a la socialización,

fungiendo como canal de adaptación a la vida social, asumiendo los integrantes de la familia pautas básicas de conducta social. Por su parte, la función educativa se ha contraído grandemente, desplazándose a instituciones externas como la escuela.

5. Función afectiva. Se refiere al equilibrio emocional que la familia debe desarrollar en cada uno de sus miembros a nivel individual e igualmente grupal. Sin embargo, no siempre se cumple ésta en forma adecuada, siendo que actualmente es la función a la que se da mayor importancia, ya que parece difícil que pueda ser sustituida a través de otras instituciones, es por ello que frecuentemente se indica al sistema familiar como generador de desequilibrios psíquicos severos.

Por su parte, Ackerman (1978), describe las funciones que de acuerdo a su parecer serían las prominentes de la familia:

1. Provisión de alimentos, abrigo y otras necesidades materiales que mantienen la vida y provoca protección ante los peligros externos, ésta función se realiza mejor bajo condiciones de unidad y cooperación.

2. Provisión de unión social, que es la matriz de los lazos afectivos de las relaciones familiares.

3. Oportunidad para desplegar la identidad personal, ligada a la identidad familiar. Este vínculo de identidad proporciona la integridad y fuerza psíquica para enfrentar experiencias nuevas.

4. El modelamiento de los roles sociales, lo que -

prepara el camino para la maduración y realización sexual.

5. La ejercitación para integrarse en roles sociales y aceptar la responsabilidad social.

6. El fomento del aprendizaje y el apoyo de la creatividad e iniciativa individual.

Por otra parte, Gómez, F., Ma. E., (1981) menciona que, las funciones de la familia pueden también ser divididas en funciones de maternaje, como aquellas que son más - connaturales con la figura materna por su condición biológica y psicosocial, tales son; las nutricias, las de seguridad afectiva y las de aceptación. A su vez las funciones de paternaje se refieren a aquellas determinadas a la figura paterna como la orientación, estímulo y autoridad. Sin embargo, a pesar de estar divididas en éstas, las funciones de cada miembro de la pareja conyugal no son privativas de su sexo.

Es entonces que en gran medida dependerá del cumplimiento adecuado ó no de las funciones familiares que tanto los integrantes individuales como el grupo mismo obtengan un desarrollo sano ó interfieran en él.

2.4 ETAPAS DE LA FAMILIA

Las familias al igual que cualquier grupo generado dentro de la sociedad conlleva en sí misma una evolución - continua, que varía en cada caso, sin embargo, para su estudio y entendimiento se ha dividido ésta en varias etapas, de las cuales dependerá en gran medida las funciones que se realizan, las expectativas de cada uno de sus miembros con respecto a ella, los problemas ante los cuales tendrá que enfrentarse, etc. A continuación se describirán las -

etapas por las cuales atraviesa el ciclo de desarrollo familiar de acuerdo a Leñero, Luis., 1976,

I) Etapa constitutiva de la familia. a) se caracteriza por la fase de noviazgo, generandose en la pareja un enamoramiento afectivo y erótico de carácter personal, de tal forma que llega a seleccionarse pareja para la conformación de un lazo matrimonial. b) Período familiar de recién casados, que se refiere a un desarrollo temprano de la pareja conyugal, tratando de lograr la incorporación de roles conyugales mediante la fusión e implantación de estilos de comunicación e integración de cada uno de los miembros del nuevo matrimonio en un solo grupo.

II) Etapa procreativa. a) Período inicial de procreación, es ya aquí cuando se puede hablar propiamente de una familia, existiendo la necesidad de configurar los nuevos roles de padre y madre, este período finaliza hasta que los hijos se encuentran en edad escolar primaria, planteándose a lo largo de su duración problemas de tipo principalmente educativo, ante los cuales los padres deberán evitar desajustes y contradicciones de tal forma que se constituyen como unidad básica educadora. b) Período familiar de procreación avanzada y final. Con el advenimiento y crecimiento de los hijos, la dinámica familiar sufre crisis severas y constantes incrementándose para la pareja responsabilidades y sobrecarga emocional. Tal vez, dentro de éste período la fase más difícil para el logro de una armonía familiar es la adolescencia de los hijos, presentándose con ella crisis de identidad, de autoridad, cuestionamiento de pautas y normas culturales. Por otra parte, las propias relaciones conyugales se vuelven rutinarias, además de existir posiblemente problemas con hijos más pequeñas. Este período finaliza con el casamiento de los hijos precedido de grandes crisis, y problemas de orientación en diversos niveles como el vocacional, laboral, existencial, etc.

III) Etapa familiar final, éste se caracteriza por no poseer una forma determinada, la familia se presenta ya disgregada ó bien unidad como familia extensa, existe igualmente la posibilidad de la muerte de algún conyuge y que el otro vuelva a formar otra pareja, se adhiera a la familia de alguno de sus hijos ó bien, que después de la partida de todos los hijos la pareja conyugal realice un ajuste a su nueva situación.

2.5 FAMILIA Y DESARROLLO PSICOSOCIAL

La familia al ser el núcleo básico que se forma dentro de la sociedad provee para la pareja formas nuevas de crear y poder desarrollarse en múltiples aspectos, siendo por ello la unidad de crecimiento, realización, experiencia, fracaso, salud y enfermedad. Resumiendo las funciones que ella realiza independientemente del cómo, se podrían mencionar dos primordiales; asegurar la supervivencia humana y desarrollar lo esencialmente humano del hombre.

Dentro de la tarea de socializar y fomentar el desarrollo de sus miembros y en caso específico de los niños Ackerman (1978. p. 42). propone dos procesos centrales como definitorios de tal desarrollo:

" Primero, el paso de una posición de dependencia y comunidad infantil a la autodirección del adulto, y satisfacciones concomitantes; segundo, el paso de un lugar de importancia infantil, magnificada, omnipotente a una posición de menor importancia, esto es, de la dependencia a la independencia y desde el centro de la familia a la periferia".

La importancia radical de tales procesos se encuentra en su graduación, siendo así que las relaciones emocio-

nales que los individuos observen y conlleven dentro de su vida familiar determinarán en gran medida su salud mental.

Para los adultos la experiencia de la vida familiar representa el factor central para el desarrollo y estabilidad de la personalidad, así mismo, fomenta la satisfacción personal y la integración social. Igualmente es dentro del sistema familiar donde se presentan situaciones especiales que al requerir respuestas específicas, irán entrenando al individuo a responder ante una variedad de situaciones de diversa índole como son; situaciones de peligro, tensión, felicidad, tristeza, etc, pudiendo internificarlas ó disminuirlas, todo en un marco de relaciones humanas que contribuyen ó no a la expresión de todas ellas, haciendo de éstas un triunfo ó fracaso, confirmando la existencia ó no de una estructura familiar equilibrada ó desequilibrada. Siendo -- que la forma en que un individuo responda ante las diversas circunstancias de la vida, ya sea luchando ó escapando de ellas, se encontrará influida por la formación y desarrollo dentro de su medio familiar.

Refiriéndose a la importancia que la familia posee respecto al desarrollo del ser humano Satir, V. en Haley, J. (1980) y Satir, V. (1985), menciona que dentro del marco-familiar cada uno de sus integrantes es influenciado por el resto de ellos para que cada uno logre su propio desarrollo. Propone dos tipos de sistemas familiares:

El primero, el sistema abierto que permitirá el desarrollo de cada uno de sus miembros, abriendo paso a la -interacción constante dentro y fuera del mismo, según cada uno vaya madurando hasta lograr se arquitecto de una nueva estructura familiar. Para que un sistema abierto pueda funcionar necesita guías ó jefes quienes en forma clara y libre permitirán el constante cambio, ya que la expresión y

el desarrollo se necesitan para lograr tres cambios relacionados intimamente a la propia naturaleza de la vida y al modo de vivir, que son: a) cambios en cada miembro, por ejemplo, cambios en la sexualidad, cambios entre el nacimiento y la madurez, en el concepto y uso de la autoridad, etc.; b) cambios entre los miembros de la familia, por ejemplo entre los adultos y un niño en su infancia y su madurez, entre marido y mujer antes y después de tener un hijo, etc.; c) cambios determinados por factores sociales por ejemplo, un nuevo colegio, empleo, vecindario, etc.

Por su parte, el sistema cerrado no permitiendo la expansión y crecimiento, manejará los cambios que son inevitables en forma errónea ya se negándolos ó distorsionándolos, creando discrepancias entre la existencia del cambio y su reconocimiento, discrepancias que deben solucionarse ya que de no ser así no se normalizará la vida familiar ni social de sus integrantes, por tanto si el conflicto continua se llegarán a producir síntomas, ya sea a nivel del sistema familiar total ó bien en alguno de sus miembros pudiendo ser muy variados.

De tal forma, se puede observar que la familia puede ó no cumplir sus funciones, facilitando, desviando o bien dañando directamente el desarrollo de sus integrantes, lo cuál dependerá en primer lugar de que la pareja constructora sea capaz de mantener relaciones abiertas tanto para sí como para sus descendientes, de tal forma que sean satisfechas las necesidades esenciales de cada uno de ellos. En ocasiones los padres al no ser capaces de solucionar conflictos propios de la pareja utilizan al(los) hijo(s) como mediadores-objeto al servicio de si mismos, ocasionando una situación de tensión constante entre unos y otros ó bien al(los) hijo(s) utilizado (s).

Y ya que es imposible considerar el desarrollo del niño separado de la familia, Macías Avilés, R. (1981), propone seis etapas por las cuales atraviesa el niño dentro de la familia y como ésta puede crear problemas en cada una de ellas.

1. Etapa postnatal; es la etapa fundamental de necesidades fisiológicas de alimentación, abrigo y descanso, en este caso el daño puede deberse a la satisfacción inadecuada proporcionando excesiva ó escasamente cada uno de tales cuidados.

2. Etapa de lactancia; en ella se produce una relación simbiótica primaria con la madre provocando sentimientos de omnipotencia y de desamparo alternativamente, no existiendo aún la diferencia entre el "yo" y los otros, en este caso, la madre. Una separación prematura causaría en el bebé sentimientos de abandono y temor reaccionando probablemente con agresión.

3. Etapa de separación; en la medida en que el niño puede diferenciarse de "los demás" requerirá cierta independencia, pues la separación no causa ya angustia severa, internaliza poco a poco las normas y disciplina familiar a su propio yo. En ocasiones existen padres que no permiten el inicio de esa independencia observándose formas diversas de agresión física y/o verbal so pretexto de mantener la disciplina.

4. Etapa de identificación; en ésta, el niño dirige sus necesidades afectivas hacia la polaridad hombre-mujer, logrando establecer la diferencia sexual entre los padres, al mismo tiempo que va caminando su propio proceso de identidad sexual. Si llegará a existir un ataque contra la identidad sexual, se provocarían grandes daños.

5. Etapa de pubertud; se caracteriza por la apertura hacia nuevas fuentes de experiencia y realización socioemocional con sujetos ajenos a la familia regularmente dentro de la vida escolar. El daño en ésta etapa puede deberse a la inhibición que la familia puede realizar en el despliegue del niño ó bien, aprovechar su interés en el medio externo para deshacerse de él afectivamente.

6. Etapa de adolescencia; es la etapa de grandes conflictos ya que el muchacho ratifica líneas de identificación, aparecen claramente determinados impulsos sexuales, preparándose para la vida adulta en una constante lucha de adaptación. Los conflictos entre padres e hijos son diversos, sin embargo, el adolescente, comenzará ya en forma más palpable a tratar de imponer sus propios deseos y puntos de vista.

Por tanto, es importante hacer notar que depende de a forma en que el sistema familiar responda a las necesidades de cada integrante, que se realizará el desarrollo positivo ó negativo de ellos.

Ahora bien, mencionando solo a la familia mexicana se observa que en ella ha habido transformaciones que pueden ser más ilusorias que reales, pues para poder hablar de cambios estructurales dentro de la familia sería necesario que tanto su forma como las funciones que en ella se viven y realizan sus miembros sufrieran una transformación más o menos paralela a la evolución social, sin embargo, al respecto Leñero, L. (1971,p.196) informa que "una situación de equilibrio e integración conyugal-refiriéndose a los matrimonios que responden a patrones tradicionales + que paradójicamente consideramos peligrosa, pues representa un orden estático en el cuál la familia no viven en su seno la transformación que se experimenta a su alrededor.

Su tradicionalismo puede agrayar la situación". Esta estabilidad vivida dentro de la familia genera grandes conflictos entre padres e hijos, ya que estos últimos no pueden satisfacer necesidades mayormente generadas hacia ellos por la sociedad que sí se encuentra en constante cambio, haciendo que la estructura familiar tal y como se encuentra al menos teóricamente no se adapte ya a la vida moderna. "Apareciendo entonces una disfuncionalidad y una "anomia"++ ni se puede vivir con las normas y costumbres de antes ni se sabe como se debe vivir ahora; cuál debe ser el comportamiento de los padres hacia los hijos, del hombre frente a la mujer y viceversa" (William, G. 1964). Todo ello con la consecuente desintegración familiar que provoca la búsqueda de soluciones al conflicto personal de cada uno de los miembros del sistema familiar la que puede ser positiva ó negativa para el propio desarrollo.

2.6 FARMACODEPENDENCIA Y FAMILIA.

Cómo se ha podido observar la familia es una institución que puede provocar enfermedad ó generar salud. Ha sido desde la época de S. Freud que se destacó la importancia etiológica de conductas y actitudes familiares en la conformación etiológica, desarrollo y mantenimiento de diversas patologías, es por ello, que diversos investigadores (CEMESAM, 1979; Acosta V., Alvarado A., Flores Ma., 1982; Garrido P., Wagnr F. y Villagómez Yanga., 1983) han llegado a la conclusión de que la conducta farmacodependiente es, en ocasiones una manifestación de la psicopatología familiar. Aunque la familia difícilmente es consciente de su gran responsabilidad en el problema, indicando como reales generadores de la farmacodependencia a causas ajenas a la familia, como serían las "malas" compañías ó bien el propio farmacodependiente refiriéndose a éste como una persona problemática por sí misma.

Sin embargo, las diversas investigaciones realizadas con el propósito de determinar la dinámica familiar establecida en familias de farmacodependencia han demostrado que: a) generalmente los farmacodependientes provienen de familias con problemas de abuso de fármacos, Johnson, A.M. (1948); b) frecuentemente la madre del farmacodependiente heroínomano es neurótica, sobreprotectora, masoquista, y debe mantener la enfermedad de su hijo para lograr su propia supervivencia emocional, contribuyendo al pobre desarrollo emocional de su hijo, en esos casos el padre fue visto como "débil" y ausente, cuyos esfuerzos hacia el mantenimiento de las disciplinas son bloqueados por la madre. (Wolk, R.L. & Diskind, M.H., 1961); c) en un estudio con sujetos dependientes a las anfetaminas se reportó que 34 de 74 de ellos habían perdido a sus padres, sufriendo el duelo por la muerte de alguno de ellos o bien su separación antes de los 16 años, reportándose igualmente la existencia de patología grave entre los miembros de la familia. Entre los padres el 21 % tenía dificultades con el alcohol u otras drogas, el 5% contaba con antecedentes de alteración psiquiátrica. Por otra parte, se indicó que las madres el 7% tenía incidencia de abuso de alcohol y farmacodependencia y un 14% con antecedentes de alteración psiquiátrica. Entre los hermanos había una incidencia del 23% de abuso de alcohol y drogas y el 12% poseía una historia de alteración psiquiátrica. Hawks, D., Mitcheson, M., Ogborne & Edwards, G., (1979); d) por otra parte, refiriéndose a la distribución de la autoridad en la familia del farmacodependiente se suscribe que el papel protector de la madre se ve contrariada por la demanda del padre de que el hijo busque un trabajo o se vaya de la casa. Aún en caso de padres autoritarios se encontró el fácil control por parte de la madre, siendo que el fracaso del hijo en distintas áreas se ve reforzado consciente o inconscientemente por el padre débil -

que no quiere competencia. En tales casos la relación conyugal es de gran distanciamiento a excepción de períodos de farmacodependencia del hijo en que la interacción entre los padres se ve aumentada, ya que es capaz la farmacodependencia del hijo de mantener cierta relación entre los padres, acercándose ambos y culpándose uno al otro del problema. Schwartzman, J., 1975.

Por todo lo anterior, se concluye que el farmacodependiente es al mismo tiempo un problema y una solución para el sistema familiar ya que al caer en él toda atención se convierte en una válvula de seguridad que permitirá gastar la ansiedad que amenaza la desequilibrada dinámica familiar, de forma tal que solo cesará la conducta farmacodependiente cuando la estructura familiar se vea restablecida y la ansiedad sea tolerable para todos.

+ El apartado es personal.

++ Amonía; carencia de normas que rigan claramente cuál debe ser la conducta de la persona dentro de alguna institución.

3. PSICOTERAPIA DE LA FAMILIA

3.1 ANTECEDENTES

Dentro de las revisiones hechas a los antecedentes del desarrollo histórico de la psicoterapia familiar, Parloff (1961) describe tres etapas; la primera, aparece en el momento cumbre de la ortodoxia psicoanalítica, desalentando el contacto entre el terapeuta individual y la familia ya que se consideraba que los trastornos transferenciales y -contratransferenciales paciente-terapeuta serían contraterapéuticos; la segunda, se caracterizó por el interés que se mostraba por los efectos negativos que personas al cuidado infantil pudieran causar en los niños; la tercera etapa se constituyó por las observaciones teóricas de psicoanalistas tales como Sullivan, Horney, Fromm, Erickson, etc., quienes estudiaban el intenso valor que aspectos socioculturales causaban sobre la personalidad. Fueron por su parte Slavson y Moreno, quienes ensayaron nuevas técnicas psicoterapéuticas preparando el camino para la psicoterapia de grupo y del psicodrama respectivamente.

Aunque si bien fueron los mencionados autores quienes iniciaron el camino hacia la psicoterapia de la familia, no fué sino hasta la década de los 50" que se observa ampliamente el involucramiento de miembros del sistema familiar dentro del estudio y tratamiento de pacientes por un lado esquizofrenicos en instituciones de salud mental y por otro, de niños en las clínicas de conducta u orientación infantil. Tratando de determinar algunos rasgos anormales de los padres relacionados con anormalidades de los hijos, se estudiaba a los miembros del sistema familiar en forma diádica; madre-hijo, padre-hijo, madre-padre, siendo así

que se designaron conceptos tales como la madre patógena y padre inadecuado. Sin embargo, el desarrollo constante tanto teórico como técnico permitió la posibilidad de que fue se la familia total y no diádas de interacción quien se encontrara como un sistema patológico de interacción reciproca, lo que actualmente se concibe como el enfoque triádico. (Zuck, G., 1982; Boszormenyi, N. & Framo, L., 1979; Haley, J., en Zuck, G. & Boszormenyi, N., 1985; Haley, J., 1980).

De acuerdo a Minichin, S. (1983, p.15-16), existen actualmente tres corrientes en el tratamiento a las familias: " a) la corriente transaccional que trata de amalgamar conceptos nuevos de sistemas con conceptos dinámicos - tradicionales y que en el tratamiento tiene como objetivo la reestructuración psicológica del paciente, y pone énfasis en la exploración del pasado, en el contenido de la comunicación y en interpretación y transferencia como instrumento de cambio: b) la segunda es la corriente existencial, que tiene como objetivo el crecimiento y expansión de la persona y en el tratamiento pone énfasis en la experiencia en el presente, entre el terapeuta y los miembros de la familia, como instrumento de cambio para ambos: c) la tercera corriente tiene como objetivo el cambio del sistema familiar como contexto social y psicológico de los miembros de la familia y en la terapia el énfasis está en la transformación de los procesos interpersonales en disfunción".

3.2 DEFINICION Y OBJETIVOS DE LA PSICOTERAPIA FAMILIAR

Si reconsideramos las tres corrientes que en lo referente a la psicoterapia familiar se han mencionado anteriormente, sería difícil poder obtener una definición única y acertada por todos los terapeutas que trabajan en este amplio campo, igualmente los objetivos se determinarán

por el marco teórico bajo el cuál trabaje cada terapeuta - así como por las necesidades específicas de cada familia, sin embargo, a fin de sintetizar tanto una como los otros se ha seleccionado de la gran cantidad de materiales aquellos que parecen adecuarse mejor al marco general de lo que es la psicoterapia de la familia.

En lo referente a la definición de psicoterapia familiar se citará a Ackerman, N. (1970, p.12) quien indique "La psicoterapia familiar es un método especial de tratamiento de los desordenes emocionales. Utiliza un grupo - natural (true group) un grupo primario. Su ámbito de intervención no es el paciente individual aislado sino la familia vista como un todo orgánico".

Por su parte, Gómez F. (1981), menciona en términos generales los objetivos de la psicoterapia familiar:

1) Repartir la psicopatología entre todos los miembros del sistema familiar, reduciendo el síntoma que la familia lleve inicialmente a tratamiento, reetiquetando conductas, reestructurado el sistema y repartiendo la ansiedad grupas depositada en el paciente identificado.

2) Facilitar e incrementar la capacidad de comunicación, pensamiento y sentimientos. Este punto incluye;

- a. Aumentar la capacidad de comunicación verbal y no verbal.
- b. Aumentar la congruencia entre la comunicación verbal y no verbal.
- c. Aumentar la capacidad de metacomunicarse, es decir, de comentar las incongruencias, aclarar las dudas acerca del significado verificando si los otros lo recibieron en forma correcta para disminuir las distorsiones en la percepción.

- d, Hacer explicitas las reglas implícitas,
- e, Promover la expresión de afectos tanto de bienes tar como de emergencia,

3) Desplazar ó movilizar roles y coaliciones perturbadas e inflexibles con el fin de promover la flexibilidad en el desempeño de roles familiares y que los miembros puedan sustituirse entre sí en momentos determinados ó en situaciones de crisis.

4) Definir cuales son los patrones de interacción y las alianzas intrafamiliares más funcionales para cada familia en cada etapa de su propio desarrollo, evitando que los miembros se aferren a pautas de interacción rígidas, las cuales ante la crisis se vuelven obsoletas produciendo disfuncionalidad y sintomatología familiar.

5) Lograr que las funciones básicas de la familia se lleven a cabo mediante la organización de los recursos del propio sistema familiar, tanto desde el punto de vista instrumental (necesidades físicas) como expresivo (necesidades emocionales básicas).

3.3 NIVELES DE ACCION DE LA PSICOTERAPIA FAMILIAR.

Siendo el sistema familiar una estructura compleja y en constante cambio se hace difícil en algunos casos poder entablar una relación directa intensa ante los diversos problemas que ella presenta. Por tanto, y siendo el enfoque familiar en terapéutica una alternativa que puede ser aplicable a la gran diversidad de problemas de salud mental, se hace necesario establecer niveles diversos en su acción dependiendo del objetivo y caso específico en cada nueva estructura familiar, Macias Aviles, R. (1981), propone los siguientes:

A) Promoción y educación familiar.- Se refiere principalmente a las actividades educativas para la familia, informando el porqué y para qué de la familia, de tal forma que esto permita a los miembros del sistema darse cuenta de las posibilidades, responsabilidades y riesgos, contribuyendo ésta labor a la promoción de la salud mental y de prevención primaria inespecífica.

B) Prevención de problemas familiares y orientación ó consejería.- Fundamentalmente se considera a población con ciertos riesgos realizando prevención primaria específica e inespecífica a través de la orientación uni ó plurifamiliar en problemas comunes ó particulares, por ejem., niños con problemas de aprendizaje diversos, etc. Igualmente se puede llevar a cabo prevención secundaria para la detección precoz y tratamiento oportuno, por ejem., para problemas de farmacodependencia y por último, la prevención terciaria para la participación del núcleo familiar en el restablecimiento y rehabilitación de enfermos con problemas de cierto grado de cronicidad y la limitación del daño tanto del paciente como de la familia, para la que el enfermo implica un gran estrés constante.

C) Terapia familiar propiamente dicha.- Presentando la intervención terapéutica directa sobre la familia solo después de una evaluación rigurosa. Se recomienda de acuerdo al autor ante dos situaciones específicas; cuando en la unidad familiar en cuanto a su funcionamiento, nivel de satisfacción, bienestar individual y grupal, se considera -- que el sufrimiento de la misma y su disfuncionalidad son causas directas del trastorno sintomático de uno ó mas de sus miembros que puede así estar representado el sufrimiento grupal, y; cuando por otra parte, el problema de uno de sus integrantes a nivel individual afecta y crea tal crisis

en la familia que provoca disfuncionalidad y sufrimiento se vero.

Es necesario reconsiderar que la implementación de cualquiera de tales niveles requiere una adecuada evaluación en cada caso, al igual que es necesario sea realizada por los profesionales preparados en ese campo vasto de la psicoterapia.

3.4 IMPORTANCIA DE LA PSICOTERAPIA FAMILIAR EN EL TRATAMIENTO A LA FARMACODEPENDENCIA

Si como se describió en el apartado de familia y farmacodependencia del capítulo anterior la primera tiene en muchos casos de adicción un papel de suma importancia tanto en su etiología como en su desarrollo y mantenimiento, sería necio continuar la posibilidad de tratamiento al respecto dejando de lado a tan importante elemento. Si bien uno de los aspectos más importantes del control de la farmacodependencia es y seguirá siendo durante mucho tiempo la prevención éste no ha sido suficiente para erradicar el problema, de tal forma que actualmente sigue incrementándose el número de personas que ingresan diariamente a la adicción, es por ello que los estudiosos interesados en su solución continúan esforzándose en encontrar y proveer distintos métodos alternativos a su resolución.

Durante algún tiempo se creyó que mediante el control legal del uso de fármacos, se erradicaría su abuso, sin embargo, los resultados no fueron alentadores, pues su uso al menos aparentemente no sólo continuó sino que se incrementó, fué entonces cuando el enfoque dió un giro hacia la comprensión más humana y de relaciones sociales sensibles respecto al fenómeno, es así que se ha considerado a

la familia como el recurso más prometedor e importante de la sociedad para ayudar a la gente a sentirse más a gusto consigo misma y con la vida y así evitar depender de las drogas CEMESAM (1979). Ya que no debemos olvidar que el sujeto representa en gran medida una imagen microcósmica de lo que es su grupo primario de referencia de tal forma que la salud ó enfermedad mental no deben restringirse al individuo único sino que deben integrar al grupo mismo, es por ello que Ackerman, N. (1978, p.30) reocupado por el olvido en que se ha mantenido al grupo familiar como una herramienta de tratamiento ante problemas de salud mental, indica que la unidad de tratamiento y predicción de tal debe ser el "paciente" y su ambiente familiar como una unidad integrada, "ya que en muchos casos el fracaso del tratamiento consiste en no evaluar y/o controlar la estructura familiar en la que el sujeto se encuentra inmerso ya que "cualquier cambio en las actividades y conducta del paciente altera la conducta reciproca de otros miembros de la familia y a su vez el cambio de conducta afecta la experiencia del paciente. Con frecuencia un paciente puede ser inicialmente accesible pero pronto se estanca y bloquea el proceso porque esta emocionalmente encerrado en un rol distrocionado de su grupo familiar"

Estudiosos del fenómeno de la farmacodependencia como Klimenko, Dell Ortho, Huberty & Tec, citados en Acosta, V., Alvarado, A., & Flores, Ma. (1982) consideran el factor familiar como prominente en el desarrollo del problema planteado, por y tanto la necesidad de reestructurar el sistema familiar en el combate a la farmacodependencia. Por su parte Kovacs, J., (1975) afirma que el tratamiento del farmacodependiente y de su familia por separado aparentemente no es tan positivo como el tratamiento conjunto, ya que en éste último se presenta una situación en la que tanto las interacciones cuanto las relaciones pueden ser directamente observadas y alteradas cuando así se requiera.

4. PSICOTERAPIA FAMILIAR EN EL TRATAMIENTO AL FARMACODEPENDIENTE.

El presente apartado intenta de manera breve y un tanto simple describir el trabajo que la institución especializada en el estudio y tratamiento de farmacodependencia en México "Centros de Integración Juvenil" ha realizado, tomando como marco actual de referencia y dada la gran importancia que se ha observado tiene dentro del fenómeno mismo la familia.

Primeramente, es necesario señalar que los diversos reportes existentes con respecto al punto a tratar a pesar de haberse llevado a cabo, son escasos y poco sistematizados lo que limita en gran medida la observación clara y precisa de lo realizado hasta ahora respecto a la psicoterapia familiar en farmacodependencia. Por otra parte es igualmente importante hacer notar que en México es literalmente joven el desarrollo del trabajo con la familia del farmacodependiente, ya que hasta el período comprendido entre 1979-1981 comenzó de manera sistemática a realizarse tal labor, para lo cuál en muchos casos no se contaba aún con más herramientas de trabajo que el interés de los familiares, el paciente mismo y el empeño del personal de los diversos centros, quienes al lado de asesores que les brindaban una valiosa ayuda teórico-práctica iniciaron la implementación de la psicoterapia familiar en el fenómeno en cuestión. Es por ello que y no pretendiendo sirva a manera de disculpa, el trabajo á mas de ser valioso se encuentra aún en período de germinación.

El principal factor a tomar en consideración es -- que la gran mayoría del trabajo psicoterapéutico con las familias del farmacodependiente se ha enfocado a nivel de orientación dentro del denominado programa "Orientación a Familiares del Farmacodependiente" (O.F.Fd) el cual trabaja con grupos cuyos objetivos son: (Torres, A., Barberá, C., & Cols. 1982).

- 1) Disminuir los índices de desersión, ya que la experiencia adquirida demuestra que la ausencia de los padres determina en alto grado el abandono del tratamiento por parte del paciente identificado.
- 2) Proporcionar mediante el grupo un continente de la ansiedad que se genera en los padres del farmacodependiente.
- 3) Promover el cambio de actitud de los padres del farmacodependiente.
- 4) Establecer un diagnóstico preciso a nivel individual, que permita decidir lo conducente en cada caso.

Estos grupos se establecen a lo largo de nueve sesiones, debiendo asistir tanto los padres como los miembros importantes dentro del grupo familiar. Su desarrollo conlleva tres etapas principales la primera, de la 1^a a la 3^a sesión, dentro de la cual el factor principal es la descripción del problema que los lleva allí; la segunda, de la 4^a a la 7^a sesión, en la que generalmente se abordan situaciones de la problemática familiar y la tercera, de la 8^a y 9^a sesión, dónde se realiza una evaluación particular

de cada caso tanto personal como por parte del terapeuta. Al término de esas nueve sesiones grupales y de acuerdo a la evaluación de cada caso se propone en varias alternativas que bien puede ser la reinstalación en un nuevo grupo, la terminación del tratamiento ó su continuación hacia - - otros niveles de acción en psicoterapia individual ó familiar.

Ahora bien, existen diversos factores que se han ido mostrando a lo largo del trabajo con esos grupos:

-Regularmente asiste la persona que dentro la familia se responsabiliza del cuidado del paciente y al respecto cabe mencionar que de acuerdo a nuestra cultura es la madre la encargada de los hijos, por tanto es habitualmente ella la única que asiste al grupo.

-En caso de que asista el esposo, es frecuente que se muestre aislado y poco comprometido con el trabajo, - - siendo que en las pocas ocasiones en que éste realiza un trabajo real dentro del grupo, llegando en ocasiones a ventilarse situaciones conyugales ó del sistema familiar en su totalidad de tipo conflictivo se promueve en gran medida la mejoría del paciente.

-Se espera por parte de los participantes en tales procesos grupales, una mejoría ó cura mágica para sus farmacodependientes de forma tal que no se vean ellos amenazados ó culpables. En la medida en que avanza el proceso y observan que sus expectativas no se cumplen abandonan el tratamiento, lo cuál favorece la deserción a gran escala, principalmente en las sesiones de la primera etapa.

Por último, se concluye que si bien estos grupos -

no son psicoterapéuticos por sí mismos, y sus objetivos se enmarcan en un nivel educacional, constituyen un elemento importante en la comprensión y tratamiento del problema, - demostrando logros tales como:

- A) Siendo un proceso educativo ayuda a la sensibilización de los familiares de pacientes farmacodependientes, de tal forma que existe mayor conocimiento y comprensión de la enfermedad promoviendo un mayor compromiso para el tratamiento.
- B) De llevarse a cabo adecuadamente permite realizar un diagnóstico mucho más completo tanto a nivel individual como familiar, pudiendo por tanto presentar un proceso psicoterapéutico más adecuado a cada caso.
- C) Ayuda al conocimiento de causas importantes dentro de la deserción. (Torres, A., Barberá, C. - & Cols., 1982; Acosta, V., Alvarado, A., Flores Ma., 1981).

Por otra parte, el trabajo psicoterapéutico a nivel familiar propiamente dicho dentro de la institución no posee como los grupos de orientación a familiares de farmacodependientes una estructura precisa, por lo cual los reportes describen la forma particular que en cada caso de acuerdo al psicoterapeuta encargado del tratamiento, la fundamentación teórica en la que sustenta su trabajo, la preparación que posea respecto al campo de la psicoterapia familiar, su empeño, etc., - se realizó como labor terapéutica.

Berriel, R., Luna, V., 1981. describieron un proceso llevado a cabo con diversas familias de farmacodependientes en la ciudad de León, Gto., el cuál describiendolo a grandes rasgos estaba compuesto por tres fases: la primera, consistía en seleccionar y evaluar el sistema. Para que una familia pudiera ser introducida a psicoterapia solo se requería que sus integrantes estuvieran lo "suficientemente motivados" y que el paciente identificado fuera farmacodependiente, el segundo punto se desarrollaba a lo largo de varias sesiones, éste comprendía un nivel individual, familiar y del sistema con la sociedad; la segunda fase, parece referida a la afloración de conflictivas diversas de la estructura familiar; y la tercera fase se refería a la elaboración y resolución de las situaciones problemáticas.

Por su parte, Ortiz, E., & Vélez, B., 1981. propone una manera de abordar a la familia en forma tanto diferente, ellos a través de un proceso de internamiento para desintoxicación en casos requeridos unicamente, involucran de manera forzada a los integrantes del grupo familiar en el tratamiento. Su programa consiste de sólo cuatro sesiones de dos horas cada una con todos los miembros del sistema familiar. En la primera sesión se discutía realmente el problema del paciente internalizado, trabajando en el "aquí y ahora", con un modelo de intervención en crisis. Durante la segunda sesión se continuaba con lo "no hablado" respecto al problema y en ocasiones se trabajaba al igual que en la tercera sesión las expectativas de cada uno de los integrantes respecto a los otros, interesándose principalmente en lo referente al paciente así como en el que hará al salir del internamiento. La última sesión se dedicaba a los aspectos positivos de cada individuo que po

seía con lo que se daba finalización al trabajo psicoterapéutico con la familia.

Por último, cabe mencionar que si bien son diferentes modelos ó programas dirigidos hacia un mismo fin, las conclusiones a las que se llegaron son en gran medida semejantes, por lo que se permite englobarlas de la siguiente manera:

-Las expectativas de la familia son irreales a la psicoterapia familiar en sí misma fantaseando una cura mágica tanto para el paciente identificado - como para la resolución de conflictivas familiares, obstaculizando con ello el tratamiento.

-Si inicialmente el farmacodependiente disminuía el síntoma, traía como consecuencia que la familia dejará de asistir ó su asistencia fuera irregular.

-Cuando el paciente disminuía la ingestión de fármacos en fases tempranas del tratamiento aparecía dentro del grupo familiar otro integrante con algún síntoma.

-Es necesario en muchas ocasiones que adjunta a la psicoterapia familiar, se realicen tratamientos que sirvan de apoyo a ésta como pueden ser la terapia individual, farmacoterapia, etc.

De todo lo anterior se puede determinar, que si bien los resultados no pueden ser del todo concluyentes si se ha observado que el tratamiento familiar es una alternativa eficaz en muchos casos al problema de farmacodependen

cia, aunque es necesario continuar realizando investigaciones que conformen lineamientos generales para el manejo -- psicoterapéutico con la familia mexicana y que conjuntamente se capacite en forma total y adecuada al personal que laborará en ese campo.

II. OBJETIVOS DEL SERVICIO SOCIAL.

OBJETIVOS.

I. Objetivos Generales de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales "Zaragoza".

Los objetivos del programa del servicio social de la E.N.E.P. "Zaragoza" se plantean a dos niveles - - (CISSEP., 1985):

A) Nivel Institucional.

- 1) Propiciar situaciones de aplicación de la práctica psicológica que permita relacionar al Psicólogo como profesional de la conducta comprometido con la solución de problemas nacionales.
2. Adecuar el perfil profesional del Psicólogo a los problemas nacionales prioritarios.
3. Propiciar situaciones de intervención que permitan detectar formas concretas de intervención psicológica como medios alternativos de docencia.
4. Propiciar situaciones de intervención que permitan implementar las técnicas de intervención psicológica al análisis de la problemática nacional y de la eficacia de la carrera de psicología, para formar profesionales de utilidad para el desarrollo nacional.

B) Nivel estudiantil.

- 1) Desarrollar habilidades que permitan realizar acciones concretas que demuestren el dominio operacional y el conocimiento integral de un concepto dado.
- 2) Desarrollar las habilidades, que permitan aplicar en la práctica los aspectos operacionales relevantes a la información teórica adquirida e integrada durante su carrera.

- 3) Desarrollar habilidades que permitan abstraer y generar información relevante a partir del análisis y aplicación de las diferentes dimensiones de un concepto dado.

II. Objetivos del Centro de Integración Juvenil para el programa de voluntariado y servicio social. (CIJ. - Guías técnicas de Atención Preventiva, 1982).

Objetivo General; formar recursos humanos como multiplicadores de la acción preventiva en la comunidad y en los proyectos de la Institución.

Objetivos específicos.

- 1) Capacitar y supervisar a los voluntarios y pasantes en materia de prevención de la farmacodependencia de tal modo que puedan participar activamente y con buen nivel profesional en los proyectos del área de prevención.
- 2) Capacitar a voluntarios de la comunidad y pasantes, de acuerdo a su nivel educativo y al papel que desempeñan en ésta, como respuesta a su apoyo a proyectos preventivos.

Objetivos personales.

Objetivo General: participar en forma directa de los problemas que una sociedad cambiante trae en sí misma, de forma tal que los conocimientos teórico-prácticos adquiridos a lo largo de la carrera puedan verse involucrados dentro del sistema nacional, lo que contribuirá en gran medida a la propia formación profesional.

Objetivos específicos.

- 1) Conocer en forma clara y precisa el fenómeno de la farmacodependencia, las posibles causas que llevan a un individuo hacia ella, así como las consecuencias tanto a nivel personal como social que trae consigo dicho fenómeno.
- 2) Capacitar al pasante en el manejo terapéutico, evaluación y tratamiento que del paciente farmacodependiente se lleva a cabo dentro del plan nacional de salud, impartido en los C.I.J.
- 3) Participar activamente en los programas de prevención que se realizan en el área de la farmacodependencia.

III. CARACTERISTICAS GENERALES DE LA
INSTITUCION

CARACTERISTICAS GENERALES DE LA INSTITUCION.

I.- DELAGACION POLITICA.

El Centro de Integración Juvenil "Aragón" está situado dentro de la Delegación Gustavo A. Madero, la cual se encuentra localizada al norte de la Ciudad de México, limitada al norte por los municipios de Coacalco, Tultitlán y Ecatepec del Estado de México; al sur las Colonias Peralvillo y Valle Gómez de la Delegación Cuahutemoc, Felipe Angeles, Simón Bolívar y Ejidos del Peñón de la Delegación Venustiano Carranza; al oriente los municipios de Nezahualcóyotl, San Salvador Atenco, Texcoco y Ecatepec del Estado de México; al poniente la Delegación Azcapotzalco y los municipios de Tlalnepantla y Tultitlán del Estado de México. (Ver anexo I).

I.1 Origen de la localidad.

Los antecedentes históricos de la Delegación Gustavo A. Madero se remontan a 2500 años a de C., a la época del preclásico prehispánico, dando testimonio de sus primeros asentamientos humanos las ruínas de Ticomán, Zacatenco y Arbolito (Nahuatl).

En el año de 1521, época de la conquista de México Gonzálo de Sandoval se estableció en el cerro del Tepeyac durante el sitio de la gran Tenochtitlán. En 1530 hace su aparición la Virgen de Guadalupe construyéndose su santuario y tiempo después se declara símbolo nacional. En 1743 se inició la construcción del acueducto que traía agua a Ticomán, Zacatenco y Santa Isabel con una extensión de 12 kms. Fué durante el gobierno del General Plutarco Elías Calles que se le dió el nombre de Delegación Gustavo A. Madero en memoria del mártir de

la revolución de 1910. a la región de las llanuras de la parte norte del D.F. aunque no es sino hasta el 31 de Diciembre de 1934 cuando se señalan los límites y nombre que actualmente tiene la Delegación. Hoy en día forma parte de una organización perfectamente estructurada, siendo consecuencia de la descentralización administrativa con bases legales en la ley orgánica del Departamento del Distrito Federal. (D.F.F. 1982).

I.2 Extensión Territorial.

La Delegación cuenta con una superficie total de 84.7 Km², que representa un 6.1% de la superficie total del Distrito Federal ocupando el 6° lugar en cuanto a extensión territorial comparándola con otras Delegaciones. (Ver anexo 2).

I.3 División Política, Sanitaria e Institucional.

La Delegación Gustavo A. Madero, está constituida por 138 colonias, 11 barrios, 11 pueblos, además de 22 unidades habitacionales. Por otra parte, en ella se encuentran la Delegación 32 del I.M.S.S., el módulo del ISSSTE y la Jurisdicción Sanitaria No. 1 de la S.S.A. del sector salud, así como la Dirección General No. 1 de la SEP del sector educativo.

I.4 Demografía.

La población delegacional ha sufrido un incremento considerable en los últimos 10 años, para 1974 la población estimada era de 1,393.189 habitantes, para 1984 la cifra es de 3,367.800 habs., lo cual significa un aumento poblacional del 123% (ver anexo 3). La estructura poblacional indica por sexo un 52% de sexo masculino; la población menor de 14 años representa el 33.71%, la eco

nómicamente activa el 47.7% y de 45 años en adelante el 18.58% en una población de 3,103.860 hab. para 1983. (ver anexo 4). La pirámide de población muestra gráficamente una estructura similar hasta la edad de 24 años, de esa edad en adelante tiende a ser discretamente piramidal (ver anexo 5).

I.5 Hechos Vitales de la Delegación.

Se mencionaba anteriormente la aparente explosión demográfica que ha tenido la Delegación, sin embargo, al observar las tasas de natalidad se determina la existencia de un decremento de la misma, en 1970 la tasa indicaba un 44.04 niños nacidos vivos, registrados para 1978 era 25.22 lo que significa una disminución de 2.1 nacimientos anuales por 1,000 hab., es decir, el 42,73% de reducción en 9 años.

La mortalidad general ha tenido una tendencia descendente importante, pues de una tasa de 10.76 por 1,000 hab. para 1970, en 1978 era de 3.3 por 1,000 hab., con un decremento de 7.7% anual en 9 años. Situación semejante sucede aún con sus debidas proporciones en lo referente a la mortalidad materna (3.9%), infantil (6.1%), preescolar (9.3%) y escolar (8.0%).

La densidad de población se ha incrementado en 9 años, pues para 1970 era de 10420.97 hab. por Km^2 y para 1978 fué de 18455.46 hab por Km^2 , y en 1984 se estima en 39761.5 hab. Km^2 (ver anexo 6).

La morbilidad representada por la notificación de padecimientos infectocontagiosos obligatori y del Registro Médico por demanda de atención en los establecimientos de atención de la salud del área en estudio demues-

tra lo siguiente para los años de 1979, 1981 y 1983 respectivamente:

- La preponderancia de padecimientos respiratorios agudos.
- Padecimientos enterales agudos infecciosos y parasitarios.
- Incremento en la notificación de los mismos casos.
- Padecimientos estomatológicos.
- Enfermedades genitourinarias. (ver anexo 7).

La morbilidad hospitalaria detectada en la consulta externa de 4 hospitales dependientes de servicios médicos del D.D.F. y que seguramente tienen la misma tendencia con otros hospitales del área indican padecimientos de predominio infeccioso y parasitario (ver anexo 8).

Tomando como ejemplo las actividades de atención médica hospitalaria pertenecientes a las unidades de salud del D.D.F. del área en estudio, se observa que las 10 principales causas de egreso estuvieron dadas por padecimientos infecciosos que por su gravedad ameritaron internamiento, así como también egresos por traumatismos que requirieron atención especializada en ortopedia y traumatología (ver anexo 9).

SERVICIOS.

1.6 Vivienda.

La Delegación cuenta para 1980 con 350,521 viviendas en las que habitan 2,495.208 personas aproximadamente, lo cual indica que en promedio en cada vivienda hay de 7 a 10 personas. Del total de viviendas el 60.91% son de tenencia propia en tanto que el 39.09% restantes son casas alquiladas, lo anterior comparado con 1970

había 19,335 viviendas, el 11,61% propias, el 54,39% alquiladas, muestra un desplazamiento hacia la forma de propiedad de la vivienda. (ver anexo 10).

En general, del total de viviendas para 1979, 237,388 de ellas cubrían los requisitos que determinan un buen estado y construcción las restantes se encuentran en vías de mejoramiento a través del programa de rehabilitación de la vivienda consituído por la administración anterior.

1.7 Agua.

Dentro del área geográfica del Distrito de Salud Pública No. 1 se cuenta con dos sistemas de distribución de agua potable. Se puede indicar que únicamente el 3.8% del total de viviendas carece de agua potable entubada, que el 39% disponen de agua entubada fuera de la vivienda y de hidrante ó llave pública, es decir, que el 56% disponen de agua entubada cerca dentro de la vivienda.

1.8 Drenaje.

En esta área el drenaje sufre en forma parcial porque lo forman zonas escasas donde no existe. Un 70% de las viviendas cuenta con él y un 30% no lo tiene por contar con colonias de nueva creación o por las características de terreno escabroso, ya que colinda con una zona limitada por cerros donde el apoyo económico debe ser enorme.

1.9 Vías de Comunicación.

A esta Delegación la cruzan 28 rutas directas de las líneas de ruta 100 de autobuses de autotransporte urbano, además de 19 líneas de transporte foráneo per

férico. Igualmente cuenta con 19 Kms., del Sistema de Transporte Colectivo Metro de la Ciudad de México, existen además 3 líneas de trolebus, 8 líneas de transporte colectivo de peseras. En la azotea del edificio delegacional se encuentra un helipuerto, al igual que otro particular ubicado en una industria cercana al hospital de Urgencias Villa. También a lo largo de toda la Delegación se cuenta con servicio eléctrico, por tanto, con radio y televisión, al igual que una gran cantidad de oficinas de correos y telégrafos, puestos de periódicos y revistas de toda clase.

1.10 Educación.

Los datos más recientes al respecto se refieren al diagnóstico de 1981, donde se consideró que el 90.14% de la población de más de 10 años, correspondiente a 1,081.115 habitantes que saben leer y escribir y el 9.86% es decir, 1,118.262 habitantes no saben leer ni escribir. De la población de 6 años en adelante según estudios realizados en la Jurisdicción Sanitaria No. 1 perteneciente a la Delegación Gustavo A. Madero existió una población escolar de 1,250.259 repartidos en:

- 97 escuelas preescolares.
- 266 escuelas primarias.
- 71 escuelas secundarias federales.
- 28 escuelas secundarias particulares.
- 16 escuelas secundarias técnicas.
- 9 escuelas de educación media superior.
- 8 escuelas de educación superior.

1.11 Centros de Salud.

La Delegación Gustavo A. Madero corresponde geo-

gráficamente a la Jurisdicción Sanitaria No.1, la cual cuenta con una extensión territorial de 91,5 km². El Centro de Salud Dr. Manuel Cárdenas de la Vega, el Centro de Salud Gertrudis Sánchez, el Centro de Salud Dr. Gabriel Gascón y el Centro de Salud La Esmeralda, estos dos últimos con una densidad de Población de acuerdo al Censo realizado por personal de la S.S.A. en la 83 de 40,483.82 y 3,926 habitantes correspondientemente.

1.12 Deportes.

Dentro de la Delegación se manejan 175,000 deportistas debidamente afiliados a los 8 centros deportivos los cuales se encuentran localizados a lo largo de la superficie total de ésta, además se calcula una población flotante de 200,000. Solamente en el deportivo "Los Ganeana" se practican 21 disciplinas en los siete restantes se manejan un promedio de 7 a 10 disciplinas por cada deportivo.

1.13 Cultura y Recreación.

Dentro del aspecto cultural se cuenta con varias bibliotecas de las cuales 8 son administradas por la Delegación.

En el aspecto recreativo se cuenta con 36 áreas de espectáculos de los cuales 9 son centros familiares, 14 salas de cine, 3 salas de teatro, 2 centros recreativos y culturales y 4 auditorios. Se cuenta también con el Bosque de Chapultepec San Juan de Aragón que presta diferentes servicios como son: zoológico, balneario popular centro de convivencia infantil, ferrocarril escénico y teatro al aire libre.

Por último, la Delegación cuenta con varios recursos turísticos como son; la basílica de Guadalupe, el Monumento Histórico Acueducto y las estatuas de los Indios Verdes.

2. INSTITUCION Y UNIDAD DE TRABAJO.

2.1 Antecedentes históricos de la Institución.

Los Centros de Integración Juvenil se fueron conformando en varias etapas. (C.I.J., 1982)

1970-1972. Ante la existencia de una fuerte demanda social para que el fenómeno de la farmacodependencia fuera controlado surge de la comunidad una respuesta, fungiendo como portavoz un un grupo de Damas Publicitarias A.C., el cual realizó el esfuerzo de sensibilizar tanto al gobierno federal como a la sociedad sobre la existencia, desarrollo acelerado y evolución del problema. Como primer paso se creó el Centro de Trabajo Juvenil Dakota con un equipo de trabajo tanto técnico profesional como paramédico y administrativo. El enfoque de trabajo se centró en la actividad asistencial de consulta externa a farmacodependientes desde una perspectiva exclusivamente psiquiátrica (CEME., 1982)

Es hasta el 2 de octubre de 1973 que se le cambia el nombre al Centro Dakota por el de Centro de Integración Juvenil Dakota.

1973-1976. Durante este período se presentó como situación predominante la necesidad de apoyo técnico y financiero por parte del gobierno federal, en tanto que la demanda de servicio rebasaba la capacidad de respuesta de los recursos existentes. El crecimiento de la Institución fué acelerado, al final se contaba

con 29 centros en la República y fué así como en 1975 por decreto presidencial se solicita de parte del Centro de Integración Juvenil. Esta asociación llevó el trabajo conjunto de investigaciones que llegaron a establecer las bases de un enfoque biopsicosocial que establece el ámbito estrictamente clínico fortaleciendo el trabajo interdisciplinario. Por otra parte se inicia una serie de actividades comunitarias con el fin de orientar a la población e informarla acerca del problema y sus consecuencias, así mismo, se amplía la atención a problemas de salud mental en general. (CIJ. Organ Informativo, 1983).

1977-1979, Técnicamente se caracteriza por el fuerte impulso que a proyectos preventivos desarrollados desde una perspectiva psicosocial, con un modelo de tratamiento basado en técnicas psicoterapéuticas a largo plazo. En el campo de rehabilitación se implementaron programas de educación abierta y talleres de educación laboral. Por tanto la gran variedad de actividades se hizo notoria la carencia de recursos humanos especializados por lo que se inició un proceso sistemático de enseñanza mediante la capacitación.

1980. Es durante la década de los 80 que los Centros de Integración Juvenil se conforman como una institución de interés social colectivo dentro del área de salud mental, específicamente para investigar, prevenir, tratar, rehabilitar y capacitar en el campo de la farmacodependencia. (CEMEF., 1982).

2.2 Estructura Organizativa de la Institución.

Dentro de la estructura organizativa de los Cen-

tros de Integración Juvenil el órgano de máxima decisión es la Asamblea de Asociados, cuyos miembros representan a la comunidad. La responsabilidad de hacer cumplir sus decisiones así como el manejo de la institución está depositado en el Patronato Nacional.

La comisión de vigilancia es aquella instancia que analiza y evalúa los resultados de los programas institucionales y el aprovechamiento de los recursos, por su parte la Comisión Consultiva asesora al Patronato.

El nivel ejecutivo es designado por el patronato nacional y está compuesto por:

La Dirección General, que tiene bajo su cuidado la coordinación de la norma y de la operación diaria de la institución.

Dirección Médica, que norma, vigila y realiza la prestación de servicios.

Dirección de Patronatos, la cual norma y coordina las actividades de los patronatos locales, quienes colaboran con los equipos técnicos en los proyectos implem~~en~~ados en su comunidad.

Dirección de Administración y Coordinaciones de Planeación y Comunicación, estas funcionan como unidades de apoyo a la dirección general.

El nivel operativo está integrado por órganos descentralizados territorialmente y descentralizados por función, responsabilidad y prestación de servicios en Patronatos y Centros Locales. (CIJ. Política Institucional, 1983) (ver anexo 11).

2.3 Antecedentes Históricos del Centro de Integración Juvenil "Aragón".

El Centro de Integración Juvenil Aragón se fundó el 3 de mayo de 1979, por la Sra. Ma. Eugenia Moreno quedando como director Gerardo Pacheco.

El primer equipo de Trabajo Social se establece en 1980, con 7 trabajadoras sociales. En octubre de ese mismo año es nombrada directora la Lic. Patricia Pérez Maya.

Anteriormente se atendían además de problemas de farmacodependencia, problemas de conducta y lenguaje, ya en 1981 se eliminaron las actividades no enfocadas sobre la farmacodependencia y se comenzó a funcionar con 25 pacientes en Psicoterapia Bre. (CIJ. Manual de Organización, 1982).

2.4 Ubicación del Centro de Integración Juvenil "Aragón".

El Centro local "Aragón" se encuentra ubicado en la Avenida 214 No 176 de la 7a. sección de la colonia San Juan de Aragón. (Ver anexo 12.) Se denomina esta sección como de alto riesgo, ya que dentro de la población que en ella habita es fácilmente observable estados de ebriedad o farmacodependencia en grados diversos principalmente en jóvenes, que comunmente se encuentran sin actividad alguna en esquinas ó jardineras a lo largo de la zona, así mismo se encuentran con facilidad desechos de los fármacos como pueden ser; botellas de licor ó cerveza, botecitos de cemento, etc. Cabe mencionar que una gran cantidad de niños son expectadores de tales conductas y del fenómeno mismo.

El Centro "Aragón" trabaja en 13 colonias que forman el XXV Distrito, estas son:

San Felipe de Jesús.
Pradera.
Ampliación Pradera.
Providencia.
Ampliación Providencia.
Villa de Aragón.
Campestre Aragón.
25 de Julio
Casas Alemán.
Esmeralda.
Unidad Esmeralda.
Unidad Enseñanza.
Unidad Exito.
Unidad Triunfo.

2.5 Organización Política del Centro Local "Aragón".

La organización del Centro "Aragón", se encuentra a cargo de la Directora del mismo, Lic. Patricia Pérez Maya, quien coordina las diversas áreas de atención como son: psiquiatría, psicología, trabajo social, así como el área administrativa. (CIJ. Estructura general de Organización "Centro Aragón", 1983).

El centro cuenta con un psiquiatra, encargado de realizar el examen médico, a fin de diagnosticar y recetar en caso necesario de desintoxicación así mismo proporciona terapia a nivel individual, grupal y orientación a padres.

Los tres psicólogos con los que cuenta el centro proporcionan tratamiento psicológico, además de llevar

a cabo uno de los proyectos del centro, cuyo objetivo es - extender la información sobre los CIJ y la Farmacodependencia en escuelas y Centros Socioculturales.

Igualmente laboran allí dos trabajadoras sociales, quienes se encargan de recibir y canalizar el paciente al terapeuta. Algunas otras de sus funciones son las de anotar los datos generales del solicitante, abrir su expediente clínico y realizar el estudio socioeconómico correspondiente. Por otra parte, realiza en caso necesario el rescate de pacientes, así como colaboran en diversos proyectos.

Una secretaria es la encargada de atender y/o dar información a quienes lo soliciten, además de encargarse de las cuestiones administrativas del Centro.

Los pasantes de Psicología en Servicio Social se encontraron bajo la supervisión y dirección del Psicólogo encargado del área, quien dictaminaba las actividades a realizar por cada pasante, así como el lugar, fecha y horario de éstas.

Dentro del Centro "Aragón" aunque las áreas de rehabilitación y tratamiento no se descuidan como estrategias importantes en la acción contra la farmacodependencia si resulta claro que las actividades se encuentran mayormente encaminadas hacia la prevención como medida más importante en la lucha contra la farmacodependencia.

2.6 Actividades del Centro de Integración Juvenil "Aragón"

Los servicios que presta la institución se dividen en tres áreas:

- a) Prevención
- b) Consulta externa
- c) Capacitación.

El desarrollo de las actividades preventivas en -- farmacodependencia forman parte de protección a la salud - del individuo, dentro de los lineamientos del sector salud, integrados con este sector los programas que realizan los CIJ., los cuales son los siguientes; (CIJ., 1983).

- 1) Información Pública Mensual; que promueve las - funciones de los CIJ., sobre los servicios que en la institución se presentan.
- 2) Orientación a Concurrentes; informa sobre aspec - tos para resolver problemas familiares y preven - nir la farmacodependencia.
- 3) Orientación Familiar Preventiva; sensibiliza a padres de familia para resolver problemas tanto familiares así como de farmacodependencia.
- 4) Escuelas; orienta e informa a los alumnos, pa - dres de familia y maestros sobre el fenómeno de la farmacodependencia.
- 5) Comunidad: capacita a la comunidad y elabora es - trategias preventivas de apoyo.
- 6) Voluntariado y Servicio Social; capacita a pa - santes de diversas áreas y voluntarios sobre -- las estrategias que realiza la institución a - fin de prevenir la farmacodependencia.

2,7 Recursos del Centro Local "Aragón".

Los recursos humanos con que se cuentan han sido descritos en el apartado correspondiente a la Organización política del centro.

Los recursos materiales con que cuenta el centro son los siguientes: una habitación amplia que se utiliza como dirección, una oficina administrativa, una amplia sala de espera, dos cubículos para el trabajo social, un cubículo para la labor psiquiátrica, una pequeña biblioteca que cuenta con un lote de libros de temas diversos, una sala amplia designada como área de terapias grupales ó para juntas administrativas. (Ver anexo 13).

El mobiliario con que cuenta actualmente el centro "Aragón" consta de: siete escritorios, dos divanes, una mesa grande, un pizarrón, un archivero, una máquina de escribir, dos aparatos telefónicos, una vitrina, y varias sillas de madera y de plástico.

Por otra parte, periódicamente se recibe la papelería necesaria para funciones administrativas como las de servicio.

IV. ACTIVIDADES DESARROLLADAS Y
POBLACION ATENDIDA

ACTIVIDADES DESARROLLADAS Y POBLACION ATENDIDA.

Las actividades que a continuación se presentan corresponden a las realizadas durante el tiempo total en que se presentó el Servicio Social, se han clasificado por áreas para su mejor entendimiento.

A) Las pláticas que a dos niveles se realizaron ante públicos diversos se encuentran enmarcadas bajo los proyectos de prevención correspondiente a:

1) Proyecto Genérico Exuelas. El cuál tiene como objetivo principal: (C.I.J. Guía Técnica para el proyecto genérico escuelas, 1980).

Informar a padres de familia, maestros y alumnos sobre los efectos del uso y abuso de fármacos, para proteger a la población más expuesta y modificar el criterio de algunos padres y educadores.

2) Proyecto Genérico Comunidad, con su subproyecto información Pública Mensual, cuyo objetivo primordial es: (Guía Técnica para el proyecto genérico comunidad, 1980).

Informar a la población en general sobre los diversos aspectos de la problemática de la farmacodependencia.

A.1) Pláticas relacionadas a problemas conductuales y su prevención.

TEMA	TIPO DE AUDITORIO	No. de ASISTENTES.
Farmacodependencia	Adolescentes	60
Farmacodependencia	Adolesc. y Adultos (fem.)	36
Farmacodependencia	Adultos (femen)	35
Alcoholismo	Niños, Adolesc. y Adultos	38
Alcoholismo	Adultos (femen.)	34
Farmacodependencia	Adolescentes	36
Farmacodependencia	Adultos	35
Alcoholismo	Adolesc. y Adultos	32

TEMA	TIPO DE AUDITORIO	No. de ASISTENTES.
Farmacodependencia	Adolescentes (Alumnos)	56
Farmacodependencia	Adolescentes (Alumnos)	101
Alcoholismo	Adultos (Padres de familia)	42
Farmacodependencia	Adolescentes (Alumnos)	46
Farmacodependencia	Adultos (Padres de Familia)	62
Farmacodependencia	Adultos (Padres de familia)	87

A.2) Platicas relacionadas a la Orientación e In-
formación de temas de interes general.

TEMA	TIPO DE AUDITORIO	No. de ASISTENTES
Sexualidad	Adolescentes y adultos	58
sexualidad	Adultos (femen.)	36
sexualidad	Jovenes	76
sexualidad	Adultos (femen)	38
sexualidad	Adultos	36
Relaciones Pa- dres-hijos.	Adolescentes y adultos (femeninos)	28
Relaciones Pa- dres-hijos.	Adultos (femeninos)	36
Desarrollo	Adultos	
Prenatal	(femeninos)	26

B) Actividades de evaluación de caso.

Se llevo a cabo en una sola ocasión la aplica-
ción de un Test Gestáltico Visomotor de Laretta Bender,
a un paciente adolescente con el objetivo de diagnósti-
car si existio ó no una lesión neurológica como conse-
cuencia de su adicción a los inhalantes.

C) Educación durante el Servicio Social.

La educación se derivó en tres áreas principales que fueron las siguientes: Capacitación y/o Adiestramiento; Sesiones Clínicas y; Sesiones Bibliográficas. Teniendo éstas como objetivos principales:

- Dar a conocer los más modernos descubrimientos, teorías y manejos de los problemas relacionados a la farmacodependencia.
- Elevar el nivel de conocimientos de los integrantes del equipo médico-técnico de los Centros de Integración Juvenil.
- Homogeneizar criterios en cuanto a la prevención y tratamiento de la farmacodependencia.

C.1) Adiestramiento y Capacitación.

TEMA	DURACION
Curso de Capacitación para pasantes en Servicio Social ^{&}	12 hrs.
Taller sobre el Test Gestaltico Visomotor de Laretta Bender.	4 hrs.
Seminario sobre Exámen Mental	4 hrs.
Seminario sobre farmacología	4 hrs.
Seminario sobre esquizofrenia	4 hrs.
Práctica Clínica: Aspectos Teórico-Prácticos.	4 hrs.

& La descripción del programa se puede observar en el anexo 14.

C.2) Sesiones Clínicas.

TEMA	DURACION
Elaboración de la Historia Clínica	4 hrs.
Psicoterapia Breve y de Emergencia	8 hrs.
Primera Entrevista en Psicoterapia	8 hrs.
Esquizofrenia	8 hrs.
Paranoia	8 hrs.

C.3) Sesiones Bibliográficas

TEMA	DURACION
La familia y el Farmacodependiente	4 hrs.
La relación terapéutica en Psicoterapia	4 hrs.
Psicoterapia breve	4 hrs.
Técnica en la terapia a largo plazo	8 hrs.

D) Actividades de Investigación.

En el área de investigación se participo a nivel operativo, en la aplicación de encuestas a los sujetos de investigación, así como a la codificación de resultados de las mismas. Todo ello dentro de la investigación llevada a cabo por los Centros de Integración Juvenil. de tipo epidemiológico denominada "Estudio Epidemiológico en Escuelas".

El estudio centro su interes en detectar la incidencia (aparición de nuevos casos) y prevalencia (número de casos activos) del uso de fármacos en la población escolar, utilizando el método epidemiológico, el cual se orienta al conocimiento de la extensión y magnitud del

fenómeno. Se optó por la población estudiantil por ser ésta semicerrada y de fácil abordaje. El universo estuvo formado por estudiantes de ambos sexos, con una edad mínima de 11 años en escuelas privadas, estatales, oficiales, y por cooperación, desde nivel de secundaria hasta el profesional. Se trabajó en 14 ciudades de provincia y 10 zonas del área metropolitana de la Cd. de México que cuenta con un centro local. El estudio inicial contemplaba 37 centros quedando sin encuestar 7 por causas como -- problemas gubernamentales, cambio de director en las escuelas, suspensión de clases, exámenes finales, etc.

El instrumento que se empleo fue un cuestionario elaborado por el Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia y aprobado por la Organización Mundial de la Salud. El cuestionario consta de 50 preguntas que comprenden; datos personales, uso de sustancias con ó sin prescripción médica, frecuencia de uso, edad de inicio en el consumo de drogas, actitud hacia ésta y facilidad ó dificultad para adquirirlas.

El muestreo que se empleo fué estratificado probabilístico y se realizó en tres etapas: en la primera se seleccionaron las escuelas; en la segunda, los grupos y; en la tercera, a los alumnos quedando una muestra de 11, 263 alumnos. (C.I.J. Estudios Epidemiológicos, 1983).

V. RESULTADOS

+

V. RESULTADOS

Durante el período de realización del servicio social, las actividades primordialmente realizadas se distribuyeron en las de capacitación y participación en los proyectos de prevención. En el presente capítulo se intentará describir los resultados obtenidos a lo largo del trabajo en los mencionados proyectos.

Proyecto de Capacitación:

Dado que la participación de los pasantes en servicio social se avocó principalmente a la prevención del fenómeno de la farmacodependencia, trabajando en primer plano ante la comunidad; las actividades de capacitación hacia los pasantes por parte de la institución fué un aspecto de suma importancia durante el período de servicio social, pues únicamente adiestrando en forma permanente al personal que se encarga de representar a la institución ante la población se pudo asegurar la adecuada información y orientación respecto de los diversos temas abordados.

Fué por ésto que la capacitación no solo se implementó en relación al fenómeno en cuestión, sino en diversos temas relacionados a la salud y más específicamente a la salud mental. Mediante la capacitación la pasante pudo obtener mayor grado de información profesional ya que los diversos temas abordados eran de sumo interés asimismo, su implementación era coordinada por el personal de base de la institución, quienes ya con varios años de experiencia en el trabajo de enseñanza, capacitación y servicio a la comunidad permitían la mayor clarificación y en muchos casos el ir más allá de los temas abordados, incluyéndose en ocasiones aunque

en menor medida no solo el área clínica sino también áreas de las ciencias sociales.

Proyecto genérico "Escuelas"

Los resultados del proyecto "escuelas," solo pueden ser cualitativas, ya que no existía la posibilidad de implementar un instrumento de evaluación que permitiera observar la importancia y utilidad real para la población.

Pláticas a Padres de Familia: La dinámica de tales actividades era desarrollada en forma de conferencia para lo cual se utilizaban algunos materiales como rotafolios, cartulinas, etc., que permitieran de manera más sencilla el entendimiento del fenómeno de la farmacodependencia. Se abordaron elementos tales como causas, peligros tanto físicos y psicológicos del uso y abuso de fármacos, así como la importancia que los padres y en general la familia tienen en la prevención del fenómeno en cuestión. Mediante las diversas ocasiones en que se realizaron tales pláticas se pudo observar que muchos padres de familia poseen información y actitudes inadecuadas acerca del fenómeno constatándose mediante los comentarios ó preguntas que realizaban al final de la conferencia. Igualmente era notorio que la gran mayoría de ellos asistían a tal actividad no por un interés propio sino como un requisito impuesto por la escuela a la que asistían sus hijos, lo cual en ocasiones provocó que al inicio se percata un ambiente de enfado ó hostilidad, sin embargo en el transcurso de la conferencia y mediante las preguntas que hacían los pasantes la actitud cambiaba por una abierta e interesada en el tema, siendo que en la gran mayoría de ocasiones, al finalizar la exposición las preguntas y comentarios respecto al fenómeno de la farmacodependencia fueran

interesantes, variadas y en una buena cantidad.

Pláticas a Alumnos: Siendo el objetivo principal de éste proyecto la prevención del uso y abuso de fármacos, y ya que una información inadecuada y abundante al respecto, emitida hacia niños y adolescentes puede provocar mayor interés y curiosidad hacia ésta, la dinámica utilizada en tales ocasiones fue la de preguntas y respuestas de manera tal que se sondeaba primeramente la información que los niños poseían así como el interés que mostraban en diversos factores del fenómeno para partir de allí hacia la información que pudiera ser emitida. Mediante esa dinámica se permitió aumentar igualmente el interés y la participación de los asistentes aunque no fué en ocasiones del todo positiva ya que no siempre todos los asistentes mostraban tales actitudes. Así mismo, se obtuvo el conocimiento de la gran cantidad de información equivocada que se maneja, ante lo cual se trato de aclarar en forma sencilla y clara los mitos e información equivocada. Se concluyó al final del ciclo de actividades dentro del proyecto que si bien la técnica se consideraba adecuada al caso, era necesario que se organizaran grupos más pequeños de forma tal que la gran mayoría de asistentes pudieran participar más activamente en la actividad, pues en ocasiones diversas dado que el tiempo se terminaba, algunos alumnos quedaban con sus dudas sin aclarar ó sin comentar sus intereses personales. También se cree que siendo grupos más pequeños, los sujetos a quienes el tema les provocará temor su participación quizá por sentirse amenazados y/o descubiertos ante sus compañeros pudieran sentir más motivación para participar. Por tanto, se pueden mencionar en este caso los resultados como satisfactorios, aunque existe la posibilidad de poder mejorarse en diversos factores mayormente.

A continuación se presenta el cuadro con los resultados

cuantitativos del número de asistentes total.

TEMA	AUDITORIO	No. ASISTEN.
Farmacodependencia	Alumnos	203
Farmacodependencia	Padres de familia	149
Alcoholismo	Padres de familia	42

Proyecto de información pública mensual.

Respecto a las diversas conferencias impartidas en centros diversos de la Delegación que comprendían principalmente actividades de asistencia social y enseñanza de oficios varios se puede mencionar que no existieron resultados positivos ya que si bien existía la asistencia de participantes no se observaba una actitud de interés hacia las pláticas, pues eran asistentes oblitadas por el mismo centro ó en ocasiones realizaban al mismo tiempo las actividades por las cuales asistían al mencionado lugar. Sin embargo, en ocasiones existía el interés aislado de algun(a) asistente quien aportaba comentarios ó emitía dudas respecto al tema que se abordará en esa ocasión, igualmente en varias ocasiones al finalizar la conferencia alguien se acercaba a las pasantes con el objeto de pedir orientación ó bien consulta respecto a situaciones problemáticas específicas por las que se encontrará atravesando en esos momentos, para lo cual se le indicaban las actividades y objetivos realizadas en el Centro -- Aragón, invitándosele a acudir a éste, sin embargo, en ninguna ocasión se observó la asistencia directa al centro por alguna de tales personas.

A continuación se presenta el cuadro que describe cuantitativamente el total de los (resultados) asistentes a las diversas conferencias.

TEMA	AUDITORIO	No. ASISTEN.
Farmacodependencia	Adolescentes	106
Farmacodependencia	Adultos	96
Alcoholismo	Niños y Adolescentes	33
Alcoholismo	Adultos	81
Sexualidad	Adolescentes	32
Sexualidad	Adultos	136
Sexualidad	Jóvenes	76
Relaciones Padres-hijos	Adolescentes	13
Relaciones Padres-hijos	Adultos	57
Desarrollo Prenatal	Adultos	26

Resultados de actividades de investigación.

Como se mencionó en el apartado de actividades desarrolladas se participó en la investigación denominada 'Estudio Epidemiológico en escuelas'. A continuación se mencionarán los resultados obtenidos en la investigación realizada. (CIJ. Estudios Epidemiológicos, 1983).

De los resultados globales se encontró que era más elevado el porcentaje de hombres que de mujeres consumidores de drogas. El equipo de edad predominante estaba entre los 11 y 20 años. En cuanto a escolaridad el nivel de secundaria y preparatoria concentró el mayor número de alumnos; si trabajaban lo hacían esporádicamente percibiendo o no remuneración y eran residentes de zonas urbanas en su totalidad.

De la población total y en cuanto al uso de fármacos - 1,732 sujetos (15%) reportó haber usado una droga, el 11 % drogas simples, es decir, una sola droga y el 4% drogas múltiples. Las drogas de uso más frecuente fueron en orden de importancia:

Tranquilizantes	21.9 %
Mariguana	21.8 %
Inhalables volátiles	21.2 %
Anfetaminas	17.6 %

El 20 % restante se repartió en:

Opiáceos

Cocaína

Alucinógenos.

Dentro de la clasificación específica de los tranquilizantes se reportó principalmente el Diazepam y el Cloro - diaxepoxido; en los inhalantes volátiles el cemento ó pega - mento y el thinner en las anfetaminas el Tenuate ó el Cap - tagón.

En cuanto a la edad de inicio en el uso de las drogas resulto predominante el grupo de 15 a 20 años, y la mayor - parte se encontró en los últimos dos meses durante el perío - do de realización de la investigación.

Los principales consumidores en todas las drogas fue - ron los hombres a excepción de los tranquilizantes donde - las mujeres ocuparon el primer lugar en uso.

Es notorio que el consumo de drogas decrece en forma - inversa a la edad, es decir, a menor edad mayor consumo y a mayor edad menor consumo. En los niveles de escolaridad el uso de drogas se concretó en la secundaria y preparatoria ó estudios equivalentes, observandose que conforme avanzan -- los estudios académicos se disminuyó ó se deja de lado al - uso de drogas.

A continuación se describirán los resultados por los Centros de Integración Norte y Aragón, los cuales abarcan -

V. RESULTADOS

V. RESULTADOS

Durante el período de realización del servicio social, las actividades primordialmente realizadas se distribuyeron en las de capacitación y participación en los proyectos de prevención. En el presente capítulo se intentará describir los resultados obtenidos a lo largo del trabajo en los mencionados proyectos.

Proyecto de Capacitación:

Dado que la participación de los pasantes en servicio social se avocó principalmente a la prevención del fenómeno de la farmacodependencia, trabajando en primer plano ante la comunidad; las actividades de capacitación hacia los pasantes por parte de la institución fué un aspecto de suma importancia durante el período de servicio social, pues únicamente adiestrando en forma permanente al personal que se encarga de representar a la institución ante la población se pudo asegurar la adecuada información y orientación respecto de los diversos temas abordados.

Fué por ésto que la capacitación no solo se implementó en relación al fenómeno en cuestión, sino en diversos temas relacionados a la salud y más específicamente a la salud mental. Mediante la capacitación la pasante pudo obtener mayor grado de información profesional ya que los diversos temas abordados eran de sumo interés asimismo, su implementación era coordinada por el personal de base de la institución, quienes ya con varios años de experiencia en el trabajo de enseñanza, capacitación y servicio a la comunidad permitían la mayor clarificación y en muchos casos el ir más allá de los temas abordados, incluyéndose en ocasiones aunque

en menor medida no solo el área clínica sino también áreas de las ciencias sociales.

Proyecto genérico "Escuelas"

Los resultados del proyecto "escuelas," solo pueden ser cualitativas, ya que no existía la posibilidad de implementar un instrumento de evaluación que permitiera observar la importancia y utilidad real para la población.

Pláticas a Padres de Familia: La dinámica de tales actividades era desarrollada en forma de conferencia para lo cual se utilizaban algunos materiales como rotafolios, cartulinas, etc., que permitieran de manera más sencilla el entendimiento del fenómeno de la farmacodependencia. Se abordaron elementos tales como causas, peligros tanto físicos y psicológicos del uso y abuso de fármacos, así como la importancia que los padres y en general la familia tienen en la prevención del fenómeno en cuestión. Mediante las diversas ocasiones en que se realizaron tales pláticas se pudo observar que muchos padres de familia poseen información y actitudes inadecuadas acerca del fenómeno constatándose mediante los comentarios ó preguntas que realizaban al final de la conferencia. Igualmente era notorio que la gran mayoría de ellos asistían a tal actividad no por un interés propio sino como un requisito impuesto por la escuela a la que asistían sus hijos, lo cual en ocasiones provocó que al inicio se percatare un ambiente de enfado ó hostilidad, sin embargo en el transcurso de la conferencia y mediante las preguntas que hacían los asistentes la actitud cambiaba por una abierta e interesada en el tema, siendo que en la gran mayoría de ocasiones, al finalizar la exposición las preguntas y comentarios respecto al fenómeno de la farmacodependencia fueran

interesantes, variadas y en una buena cantidad.

Pláticas a Alumnos: Siendo el objetivo principal de éste proyecto la prevención del uso y abuso de fármacos, y ya que una información inadecuada y abundante al respecto, emitida hacia niños y adolescentes puede provocar mayor interés y curiosidad hacia ésta, la dinámica utilizada en tales ocasiones fue la de preguntas y respuestas de manera - tal que se sondeaba primeramente la información que los niños poseían así como el interés que mostraban en diversos factores del fenómeno para partir de allí hacia la información que pudiera ser emitida. Mediante esa dinámica se permitió aumentar igualmente el interés y la participación de los asistentes aunque no fué en ocasiones del todo positiva ya que no siempre todos los asistentes mostraban tales actitudes. Así mismo, se obtuvo el conocimiento de la gran cantidad de información equivocada que se maneja, ante lo cual se trato de aclarar en forma sencilla y clara los mitos e información equivocada. Se concluyó al final del ciclo de actividades dentro del proyecto que si bien la técnica se consideraba adecuada al caso, era necesario que se organizaran grupos más pequeños de forma tal que la gran mayoría de asistentes pudieran participar más activamente en la actividad, pues en ocasiones diversas dado que el tiempo se terminaba, algunos alumnos quedaban con sus dudas sin aclarar ó sin comentar sus intereses personales. También se cree que siendo grupos más pequeños, los sujetos a quienes el tema les provocará temor su participación quizá por sentirse amenazados y/o descubiertos ante sus compañeros pudieran sentir más motivación para participar. Por tanto, se pueden mencionar en este caso los resultados como satisfactorios, aunque existe la posibilidad de poder mejorarse en diversos factores mayormente.

A continuación se presenta el cuadro con los resultados

cuantitativos del número de asistentes total.

TEMA	AUDITORIO	No. ASISTEN.
Farmacodependencia	Alumnos	203
Farmacodependencia	Padres de familia	149
Alcoholismo	Padres de familia	42

Proyecto de información pública mensual.

Respecto a las diversas conferencias impartidas en centros diversos de la Delegación que comprendían principalmente actividades de asistencia social y enseñanza de oficios varios se puede mencionar que no existieron resultados positivos ya que si bien existía la asistencia de participantes no se observaba una actitud de interés hacia las pláticas, pues eran asistentes olvidadas por el mismo centro ó en ocasiones realizaban al mismo tiempo las actividades por las cuales asistían al mencionado lugar. Sin embargo, en ocasiones existía el interés aislado de algun(a) asistente quien aportaba comentarios ó emitía dudas respecto al tema que se abordará en esa ocasión, igualmente en varias ocasiones al finalizar la conferencia alguien se acercaba a las pasantes con el objeto de pedir orientación ó bien consulta respecto a situaciones problemáticas específicas por las que se encontrará atravesando en esos momentos, para lo cual se le indicaban las actividades y objetivos realizadas en el Centro -- Aragón, invitándosele a acudir a éste, sin embargo, en ninguna ocasión se observó la asistencia directa al centro por alguna de tales personas.

A continuación se presenta el cuadro que describe cuantitativamente el total de los (resultados) asistentes a las diversas conferencias.

TEMA	AUDITORIO	No. ASISTEN.
Farmacodependencia	Adolescentes	106
Farmacodependencia	Adultos	96
Alcoholismo	Niños y Adolescentes	33
Alcoholismo	Adultos	81
Sexualidad	Adolescentes	32
Sexualidad	Adultos	136
Sexualidad	Jóvenes	76
Relaciones Padres-hijos	Adolescentes	13
Relaciones Padres-hijos	Adultos	57
Desarrollo Prenatal	Adultos	26

Resultados de actividades de investigación.

Como se mencionó en el apartado de actividades desarrolladas se participó en la investigación denominada 'Estudio Epidemiológico en escuelas'. A continuación se mencionarán los resultados obtenidos en la investigación realizada. (CIJ. Estudios Epidemiológicos, 1983).

De los resultados globales se encontró que era más elevado el porcentaje de hombres que de mujeres consumidores de drogas. El equipo de edad predominante estaba entre los 11 y 20 años. En cuanto a escolaridad el nivel de secundaria y preparatoria concentró el mayor número de alumnos; si trabajaban lo hacían esporádicamente percibiendo o no remuneración y eran residentes de zonas urbanas en su totalidad.

De la población total y en cuanto al uso de fármacos - 1,732 sujetos (15%) reportó haber usado una droga, el 11 % drogas simples, es decir, una sola droga y el 4% drogas múltiples. Las drogas de uso más frecuente fueron en orden de importancia:

Tranquilizantes	21.9 %
Mariguana	21.8 %
Inhalables volátiles	21.2 %
Anfetaminas	17.6 %
El 20 % restante se repartió en:	
Opíaceos	
Cocaína	
Alucinógenos,	

Dentro de la clasificación específica de los tranquilizantes se reportó principalmente el Diazepam y el Cloro - diaxepoxido; en los inhalantes volatiles el cemento ó pega - mento y el thinner en las anfetaminas el Tenuate ó el Cap - tagón.

En cuanto a la edad de inicio en el uso de las drogas resultado predominante el grupo de 15 a 20 años, y la mayor - parte se encontró en los últimos dos meses durante el perío - do de realización de la investigación.

Los principales consumidores en todas las drogas fue - ron los hombres a excepción de los tranquilizantes donde - las mujeres ocuparon el primer lugar en uso.

Es notorio que el sonsumo de drogas decrece en forma - inversa a la edad, es decir, a menor edad mayor consumo y a mayor edad menor consumo. En los niveles de escolaridad el uso de drogas se concretó en la secundaria y preparatoria ó estudios equivalentes, observandose que conforme avanzan -- los estudios académicos se disminuyó ó se deja de lado al - uso de drogas.

A continuación se describirán los resultados por los Centros de Integración Norte y Aragón, los cuales abarcan -

dentro del área Metropolitana la delegación Gustavo A. Madero, en su participación del estudio en cuestión.

La muestra en esta área estuvo compuesta por 24 escuelas constituidas por un total de 1271 alumnos. De la población total se encontró que el 18.88 % de los encuestados son consumidores ya sea simplea ó múltiples de drogas. (ver cuadro 1).

Las sustancias de mayor consumo son los inhalables, la marihuana, las anfetaminas y los tranquilizantes. (ver cuadro 2).

La presentación y orden de las drogas consumidas en determinada exclusivamente por la frecuencia de consumo en orden decreciente. Se pudo percatar que la mayor prevalencia se encontro en los seis meses anteriores a la investigación, aunque también se presentó a los 12 meses y 30 días. (ver cuadro 3).

La mayor incidencia en el consumo de fármacos por edad es entre los 13 y 18 años, concentrandose más entre los 15 y 16 años (ver cuadro 4).

Cuadro 1

CONSUMIDORES DE DROGA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Consum. Múltiples	75	5.90%
Consum. Simples	165	12.98%
No consumidores	1031	81.11%
Total	1271	100 %

Cuadro 2

DROGAS CONSUMIDAS	Frecuencia
Inhalantes	71
Mariguana	60
Tranquilizantes	64
Anfetaminas	41
Opiaceos	19
Alucinógenos	9
Cocaína	10
Total	274

Cuadro 3

PREVALENCIA POR CADA DROGA O FARMACO
(Frecuencia)

Tiempo	Mariguana	Anfetaminas	Cocaína	Alucinógenos	Inhalantes
30 días	19	15	4	6	18
6 meses	19	19	5	7	24
12 meses	22	20	3	7	23
Tiempo	Tranquilizantes	Opiaceos	Total		
30 días	29	40	124		
6 meses	32	10	116		
12 meses	29	10	114		

Cuadro 4
 INCIDENCIA POR EDADES
 (Frecuencia)

Años	Mariguana	Anfetaminas	Cocaina	Alucinógenos	Inhalantes
Hasta 10	2	9	6	0	10
11-12	4	8	1	0	11
13-14	15	10	0	1	21
15-16	21	8	1	4	19
17-18	13	5	1	4	8
19 o más	5	1	1	0	2

Años	Tranquilizantes	Opiáceos	Total
Hasta 10	20	5	52
11-12	7	3	34
13-14	13	8	68
15-16	16	2	71
17-18	4	1	36
19 ó más	4	0	13
			274

VI. ANALISIS

VI. ANALISIS

Es indudable que el servicio social se presenta como la etapa última de preparación y formación escolar para el estudiante sin que por encontrarse al final resulte menos importante, razón por la cuál realizar un análisis acerca de ésta etapa es difícil y controvertido.

Delimitando el análisis de lo realizado por la pasante dentro de los proyectos pertenecientes a la institución donde se presto el servicio social, resulta penoso indicar que poco fué en realidad lo que se instituyó de relevancia para la totalidad de objetivos a cubrir; ya que si bien la capacitación recibida para el abordaje a varios niveles, al igual que la preparación respecto a temas relacionados a la psicología clínica fué de gran ayuda para ampliar el marco de conocimientos ya establecido en el ámbito netamente-escolar, fué poca y casi nula la oportunidad brindada para realizar actividades que permitieran el involucramiento directo con aspectos reales del uso y abuso de fármacos.

Lo anterior a consecuencia de que las actividades realizadas se avocaron dentro de los proyectos de prevención al trabajo con la población delimitada a la zona del centro Aragón, sin dirigirse como actividades educativas propiamente dichas, las cuáles como se ha observado mediante el estudio del fenómeno serían las que probablemente mostrasen un efecto realmente preventivo, ya que las conferencias dictadas se realizaban con fines de orientación a personas que no se encontraban minimamente motivadas por el conocimiento y mucho menos por la comprensión de la farmacodependencia.

Por otra parte, dentro de las actividades de rehabilitación y tratamiento sólo se permitió el involucramiento de la pasante en la aplicación, calificación e interpretación de un Test, sin oportunidad alguna de intervenir en tratamiento y/o rehabilitación alguna ya sea de pacientes y/o familiares con problemas de farmacodependencia, lo cuál no posibilitó la formación técnica -práctica en el manejo del paciente farmacodependiente. Aparece por tanto, la totalidad de actividades llevadas a cabo durante el período de Servicio Social no abarcaron en forma total la formación que la pasante requería para una mejor expansión profesional. Sin embargo, se puede mencionar que de manera parcial e indirecta se pudo conocer y comprender el fenómeno mediante el acercamiento a los profesionistas que mantenían contacto realmente directo con los diversos factores de la farmacodependencia, resultando con ello el conocimiento mayor del fenómeno en estudio. Ya que es ahora conocido que la labor del psicólogo no se reduce únicamente a la psicometría, sino a labores tanto terapéuticas como de acción comunitaria, en las que junto con otros profesionistas pueden de manera más completa abordar los fenómenos de salud mental involucrándose del todo en las acciones y planes de salud a nivel nacional.

A continuación se llevará a cabo el análisis de cada uno de los objetivos propuestos a fin de comentar los alcances obtenidos en cada uno de ellos.

Objetivos Generales propuestos por la Escuela Nacional de Estudios Profesionales "Zaragoza", los cuales se presentan a dos niveles:

A. Nivel Institucional;

1. Propiciar situaciones de aplicación de la práctica psicológica que permita relacionar al psicólogo como profe -

sional de la conducta comprometido con la solución de problemas nacionales.

El objetivo mencionado se logro en la medida en que las diversas conferencias a nivel orientación ayudan a la prevención y clarificación de un problema de salud a nivel nacional.

2. Adecuar el perfil profesional del psicólogo a los problemas nacionales prioritarios.

Se logro el cumplimiento del presente objetivo, ya que las conferencias impartidas debian adecuarse a cada población específica de forma tal que contribuyeran a la prevención de la farmacodependencia.

3. Propiciar situaciones de intervención que permitan detectar formas concretas de intervención psicológica como medio alterantivos de docencia.

La capacitación marco el más importante logro del servicio permitiendo al menos teóricamente que el objetivo fuera cubierto.

4. Propiciar situaciones de intervención que permitan implementar las técnicas de intervención psicológica al análisis de la problemática nacional y de la eficacia de la carrera de psicología, para formar profesionales de utilidad para el desarrollo nacional.

El involucramiento a nivel minimamente preventivo de las pasantes en el fenómeno de la farmacodependencia permitio observar que los conocimientos adquiridos en el transcurso de su periodo escolar cubrian adecuadamente lo requerido.

Resumiendo lo anterior se puede mencionar que los objetivos propuestos por la E.N.E.P. "Zaragoza" a nivel institucional fueron cubiertos unicamente en forma parcial, debido a la falta de oportunidad brindada en el centro local Aragón a los pasantes de psicología, quienes no obstante se mostraban preparadas para las actividades ante las que eran requeridas.

B. Nivel Estudiantil

1. Desarrollar habilidades que permitan realizar acciones concretas que demuestren el dominio operacional y el conocimiento integral de un concepto dado.

Mediante el manejo conceptual a todo lo largo de la realización del Servicio Social concretamente en las conferencias impartidas, así como en la revisión de materiales correspondientes al tema de la farmacodependencia, se cubrió el objetivo en cuestión.

2. Desarrollar las habilidades que permitan aplicar en la práctica los aspectos operacionales relevantes a la información teórica adquirida e integrada durante su carrera.

Los conocimientos teóricos adquiridos durante la preparación académica en la E.N.E.P. "Zaragoza", fueron precurrentes necesarios para poder realizar las actividades requeridas durante el Servicio Social, por tanto, éste objetivo fué cubierto completamente.

3. Desarrollar habilidades que permitan abstraer y generar información relevante a partir del análisis y aplicación de las diferentes dimensiones de un concepto dado.

A partir del concepto mismo de farmacodependencia y los elementos que la conforman, se abstraigo la importancia de cada uno de ellos, así mismo se analizaron las implicaciones que tenían en el fenómeno mismo. Todo ello permitió que de alguna manera el objetivo fuera cubierto.

Resumen de los objetivos estudiantiles.

Por tanto, los objetivos que a nivel estudiantil son propuestos por la E.N.E.P. "Zaragoza" para los pasantes de psicología en servicio social, se cubrieron sólo en la medida en que tales sean observados como requisito mínimo de información y orientación, ya que el desarrollo de habilidades se delimito principalmente a marcos de referencia -- conceptuales, dejando de lado los aspectos de formación práctica en el abordaje al fenómeno de la farmacodependencia.

Objetivos del Centro de Integración Juvenil.

Objetivo General: Formar recursos humanos como multiplicadores de la acción preventiva en la comunidad y en los proyectos de la institución.

Mediante la capacitación iniciada y continuada a lo largo de todo el período de Servicio Social, se permitio la formación de los pasantes como sujetos actuantes en la prevención de la farmacodependencia, cubriéndose adecuadamente el objetivo.

Objetivos específicos:

1. Capacitar y supervisar a los voluntarios y pasantes en materia de prevención de la farmacodependencia de tal modo que puedan participar activamente y con un buen

nivel profesional en los proyectos del área de prevención.

En cada una de las actividades realizadas por los pasantes se recibía la capacitación y asesoría de parte del personal de base del centro Aragón, lo cual cubrió el objetivo mencionado.

2. Capacitar a voluntarios de la comunidad y pasantes, de acuerdo a su nivel educativo y al papel que desempeñen en ésta como respuesta a su apoyo a proyectos preventivos.

Dado que la capacitación cubrió diversos temas de interés psicológico y de ciencias sociales, los pasantes se encontraron en capacidad de poder responder adecuadamente ante la comunidad a nivel preventivo de orientación.

Es bastante observable que los objetivos propuestos por la institución fueron cubiertos en su totalidad, ya que el nivel de acción de los pasantes se promueve como mínimo.

Objetivos Personales

Objetivo General: Participar en forma directa de los problemas que una sociedad cambiante trae en sí misma, de forma tal que los conocimientos teórico-prácticos adquiridos a lo largo de la carrera puedan verse involucrados dentro del sistema nacional, lo cual contribuiría en gran medida a la propia formación profesional.

Ya que solo se permitió la realización de actividades a nivel preventivo de orientación, no quedó cubierto el objetivo propuesto por la pasante, pues sólo en mínima medida se pudo insertar los conocimientos adquiridos en

el ámbito escolar dentro del problema de salud a nivel nacional que representa la farmacodependencia.

Objetivos específicos:

1. Conocer en forma clara y precisa el fenómeno de la farmacodependencia, las posibles causas que llevan a un nivel personal como social trae consigo el fenómeno antes mencionado.

Este objetivo pudo cubrirse únicamente desde un punto de vista netamente teórico.

2. Capacitar al pasante en el manejo psicoterapéutico-evaluación y tratamiento- que del paciente farmacodependiente se lleva a cabo dentro del plan nacional de salud, impartido dentro de los C.I.J.

Este objetivo no fué cubierto en su fin primordial - que era la capacitación práctica, ya que sólo se obtuvo el conocimiento teórico de lo realizado a nivel de rehabilitación y tratamiento.

3. Participar activamente en los programas de prevención que se realizan en el área de la farmacodependencia.

Este objetivo se cubrió en la medida en que los planes del centro Aragón cumplen la tarea de prevención.

Por todo lo arriba mencionado, se puede observar que la gran mayoría de los objetivos que pudieron ser cumplidos no lo fueron aún ellos en su totalidad, pues durante el período en que se realizó el Servicio Social en el C.I. J. Aragón, éste se encontraba en una etapa de reorganización y junto a estos nuevos recursos humanos y materiales

eran enviados para su integración. Por otro lado, al ser el primer grupo de pasantes de psicología que acudía al centro no se tenía un programa bien establecido que determinará adecuadamente las funciones y actividades que se permitirían a todos los niveles. Sin embargo, era obvio que el papel del psicólogo dentro de la institución es útil en cada una de las actividades, desde un nivel preventivo hasta el de investigación, ya que se encuentra capacitado para realizar aún dentro del servicio social la totalidad de acciones que la institución se propone y más aún recordando que para cada actividad existía la capacitación y supervisión del personal de base.

VII. CONCLUSIONES

VII. CONCLUSIONES.

En el análisis realizado en presente trabajo, respecto al fenómeno de la farmacodependencia es posible llevar a cabo conclusiones diversas tanto a nivel de la conceptualización teórica que actualmente se plantea así como, sobre los aspectos prácticos que pudieron ser observados a través del servicio social.

Dado que el fenómeno de la farmacodependencia es un problema multicausal y puede afectar a cualquier ser humano, es necesario abordarlo para su control y erradicación desde varios niveles; a) de prevención, en la que actualmente a pesar de ser sobre la que recae el mayor peso de acción, no actual tal y como es esperado, pues diariamente nuevos sujetos caen presa de tal problema, debido a que las acciones comunitarias que se realizan al respecto funcionan únicamente como conferencias de información, a población que en la mayoría de ocasiones no se interesa por los temas abordados, por tanto, no se puede hablar en un sentido estricto de acciones preventivas ni siquiera de nivel primario inespecífico. Al respecto los grupos de orientación a padres de farmacodependientes han funcionado únicamente como apoyo específico e inespecífico de prevención primaria, sin atender necesariamente los problemas ante los que se enfrentan ya las familias con miembros farmacodependientes.

b) de rehabilitación y control, pues aunque actualmente los aspectos teóricos se encuentran en grado avanzado de conocimientos sobre el problema, tanto a nivel de causas como de riesgos, las actividades netamente prácticas no se hallan al mismo nivel. Puesto que se habla de diversos factores que pueden servir tanto de

prevención como de erradicación, rehabilitación, etc., - tales como el individuo mismo, la familia, la escuela, - la comunidad en general y demás, sin embargo, al llevar a cabo acciones concretas éstas se pierden aisladamente en alguno de ellos, como es el caso del nivel individual, iniciando al farmacodependiente en una psicoterapia individual con un enfoque ante el que probablemente no se en cuentra preparado y por tanto no entienda.

Por otra parte, el factor familiar es mínimo como apoyo a la rehabilitación del paciente, no interrelacionando uno con otro, ya que se maneja mediante grupos de padres de farmacodependientes, y en pocas ocasiones - como "psicoterapia familiar", encontrándose ésta desorganizada y sin elementos realmente estructurados que permi tan un trabajo psicoterapéutico de resultados positivos.

Por último, el trabajo comunitario que si bien - persigue objetivos envidiables sus lineamientos de ac - - ción parecen no ser los adecuados.

Lo anterior igualmente sucede en el trabajo que los diversos profesionistas inmersos tanto en su estudio como en su control realizan, ya que fue posible observar la no existencia de un trabajo interdisciplinario para - un problema que cada uno de ellos delimita como complejo; un fenómeno biopsicosocial. Por tanto, se indica necesario un trabajo conjunto organizado de todos aquellos pro fesionistas inmiscuidos e interesados en un problema tan grave de salud pública, que amenaza principalmente a - - quienes se encargarán más adelante del desarrollo nacional.

Cabe señalar por tanto, que los profesionistas -

dedicados al mantenimiento de la salud deben realizar un arduo trabajo a fin de adecuar y concientizar de forma real a la población en general para encontrar en ella el principal apoyo de control. Ante todo ello, el psicólogo debe participar como agente importante de cambio, y no únicamente como transmisor de información.

VIII. SUGERENCIAS

VIII. SUGERENCIAS

Con base en los resultados obtenidos dentro del C.I.J. Aragón se mencionarán en el presente apartado una serie de recomendaciones a fin de contribuir al establecimiento de mejores programas de servicio social que puedan ayudar a los alumnos que vayan a cubrir éste, a realizarlo de la mejor manera posible para que de tal forma el servicio social les sirva como una etapa real de formación profesional.

Como primer punto se describirán las sugerencias pertenecientes a la Escuela Nacional de Estudios Profesionales "Zaragoza".

Dentro del plan de estudios de la carrera de Psicología se establecen lineamientos para una preparación teórica de diversas técnicas psicoterapéuticas, sin embargo, éstas no son suficientes para que el pasante pueda abordar el fenómeno de la farmacodependencia, por lo que sería de gran ayuda ampliar la preparación de métodos grupales, pues dentro de las instituciones dedicadas a complejos fenómenos de salud pública, son los últimos los considerados más adecuados, ya que se abordan problemas que en gran medida son generados por situaciones sociales caóticas ó contradictorias -familiares ó comunitarias- ante las cuales debe encontrarse preparado quien vaya a enfrentarseles.

Por otra parte, los fundamentos teóricos de los que la carrera de psicología provee a sus alumnos son mínimos respecto a fenómenos tales como la farmacodependencia, lo que implica que tampoco a ese nivel el pasante se encuentre completamente preparado, ante ello se --

propone la implementación de programas teóricos que involucren problemas de salud pública, desde una visión general como desde una perspectiva nacional.

Por último, se mencionará que dadas las dificultades para la realización de actividades por parte de los pasantes dentro de la institución, se sugiere que la Coordinación de Servicio Social de la carrera de Psicología encargada de realizar los contratos para llevar a cabo el mismo, exija y revise los programas reales de actividades.

Respecto a las propuestas que se observan pertinentes al Centro de Integración Juvenil "Aragón", se mencionará que:

Sería de gran ayuda tanto para la institución como para los pasantes, la integración de éstos últimos en los diversos proyectos institucionales, de tal forma que la casi totalidad de objetivos pudieran ser cubiertos en forma adecuada. Al mismo tiempo que se ampliaría el marco teórico-práctico que ambos poseen, pues se insistía en que los pasantes no poseían los fundamentos teóricos pertinentes al enfrentamiento del abuso de drogas, sin embargo, no se permitía tampoco que éstos se involucraran en las actividades, impidiendo con ello que ampliaran los marcos de intervención pertinentes a la institución.

Por otra parte, la capacitación en que se involucró a los pasantes a pesar de ser interesante y amplia no contemplo aspectos diversos del fenómeno que se pretendía conocer, refiriéndose principalmente al marco práctico de situaciones de dominio comunitario, ante lo

cual se sugiere capacitación a los psicólogos en servicio social, en el manejo de tal tipo de situaciones que la institución lleva a cabo, así como complementarlo con mayores fundamentos teóricos correspondientes a las ciencias sociales.

Por último, y tal vez el aspecto más importante se refiere a los programas de la institución, control y erradicación del fenómeno de la farmacodependencia, para lo cual fue fundado y funcionan los C.I.J., en especial mencionando al centro local "Aragón", pues si bien los proyectos se presentan en forma interrelacionada, su realización es lineal, de forma que los programas diversos de prevención y tratamiento poseen una estructura que ya en su realización los aísla.

Ante la situación actual, se sugiere que las acciones que se lleven a cabo dentro del aspecto de prevención se adecuen a las características de la población -- hacia quienes se dirigen, nivelándose como; de educación y promoción de salud mental en general; y/o de orientación o consejería en problemáticas particulares. Lo anterior se podría realizar a nivel grupal dentro de la comunidad ó bien dentro del mismo local donde funciona la -- institución.

El objetivo de lo mencionado en el párrafo anterior es que los programas de prevención funcionen como tales, integrando más que la simple información, la formación educativa de quienes introducidos a ellos, para lo que sería necesario trabajar éstos con grupos más pequeños, más o menos homogéneos en lo referente a edad, escolaridad, nivel socioeconómico, actitudes y conocimientos respecto a la farmacodependencia, etc.; con el

material adecuado a cada grupo y el personal realmente capacitado para ello. A fin de no únicamente informar sino formar actitudes a través del cuestionamiento, reflexión y análisis de los riesgos, peligros e implicaciones que trae consigo el uso y abuso de fármacos.

A nivel de rehabilitación y tratamiento se sugiere la integración del individuo farmacodependiente un tratamiento médico-psicoterapéutico éste último a nivel individual o grupal, dependiendo ello de factores tales como; el grado de farmacodependencia, la actitud misma del farmacodependiente ante las drogas, las características de personalidad que presente etc.

Igualmente que al mismo tiempo se involucre a la familia dentro del programa de rehabilitación de "su paciente", mediante la psicoterapia familiar dirigida hacia ellos, la cuál debe adecuarse a cada estructura familiar; considerando la etapa de desarrollo por la que atraviesa, los roles que cada uno de sus elementos juegan dentro del contexto total, los límites existentes en sus interrelaciones las funciones que contemplan cada uno de ellos, los diversos canales de comunicación existentes dentro del sistema mismo, etc. De tal forma que uno de los principales objetivos sería el diluir la patología entre toda la estructura familiar, disminuyendo la atención en el "paciente identificado", con el objeto de que al término de las sesiones familiares cada integrante del conjunto familiar contribuya a la realización y satisfacción de necesidades económicas, biológicas, sociales y afectivas en la medida de sus posibilidades dentro del núcleo familiar.

La causa principal de sugerir la psicoterapia familiar dentro del tratamiento a la farmacodependencia, es que siendo la familia el principal elemento en el marco conceptual del presente trabajo, se concluye que ésta forma es una gran sino en la totalidad de ocasiones un elemento causal, así como, un medio de rehabilitación y control, ésto último en la medida en que cada uno de sus elementos sean integrados al sistema familiar con roles bien definidos y canales de comunicación adecuados, lo cuál puede lograrse con el manejo adecuado de la familia en psicoterapia.

De la misma manera, como un requisito del tratamiento mismo se propone que minimamente los padres de familia ingresen a un grupo de orientación para padres de farmacodependientes; el cuál funcionaría de acuerdo a los establecido en el aparato de niveles de acción de la psicoterapia familiar como: a) grupos de educación familiar con actividades educativas, referentes a la familia en general, establecidos como de prevención primaria inespecifica,; b) grupos de orientación y consejería en problemas comunes, como prevención primaria específica - siendo en este caso la farmacodependencia-. En la realización de una detección precoz y tratamiento oportuno como prevención secundaria, y como prevención terciaria para la participación del núcleo familiar en el tratamiento al farmacodependiente.

Todo ésto a fin de orientar a los familiares en el manejo y acción del abuso de drogas, abordándose como principales temas: la farmacodependencia como un proceso biopsicosocial, la familia y la interrelación existente entre ellas, informándose primero acerca de cada una por separado para después relacionarlas, lo que permitiría -

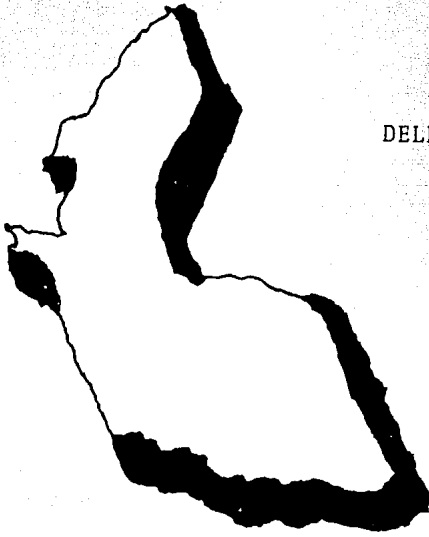
que los padres no se perciban amenazados ni culpables, - ya que en la medida en que se analize y reflexione acerca de cada una de ellas, se comprenderá la importancia - importante interrelación que existe entre ellas, provocando probablemente el interés de los padres por su solución.

Cabe mencionar que siendo la anterior solo una - alternativa de acción contra el uso y abuso de drogas, - queda abierta al análisis y crítica que puede generar, - así como, a las alternativas que a partir de ella se pueden presentar. Ya que si bien se pretende que involucre los tres niveles: biopsicosocial, no se cree los abarque en forma total; pues siendo un fenómeno tan complejo requeriría la intervención no solo del médico, psicólogo, psiquiatra, trabajador social, sino también de profesionales tales como el sociólogo, antropólogo, jurista, -- etc., abarcando un trabajo interdisciplinario arduo, para lo cual se necesita igualmente la intervención del -- sector educativo y del sector social, coadyudando al trabajo que realizan los Centros de Integración Juvenil, que a pesar de llevar a cabo una adecuada labor no es suficiente, además de observarse como una necesidad obvia la implementación de acciones más concretas y adecuadas contra la farmacodependencia.

A N E X O S

Anexo 1

DELEGACION POLITICA



DELEGACION

GUSTAVO A.

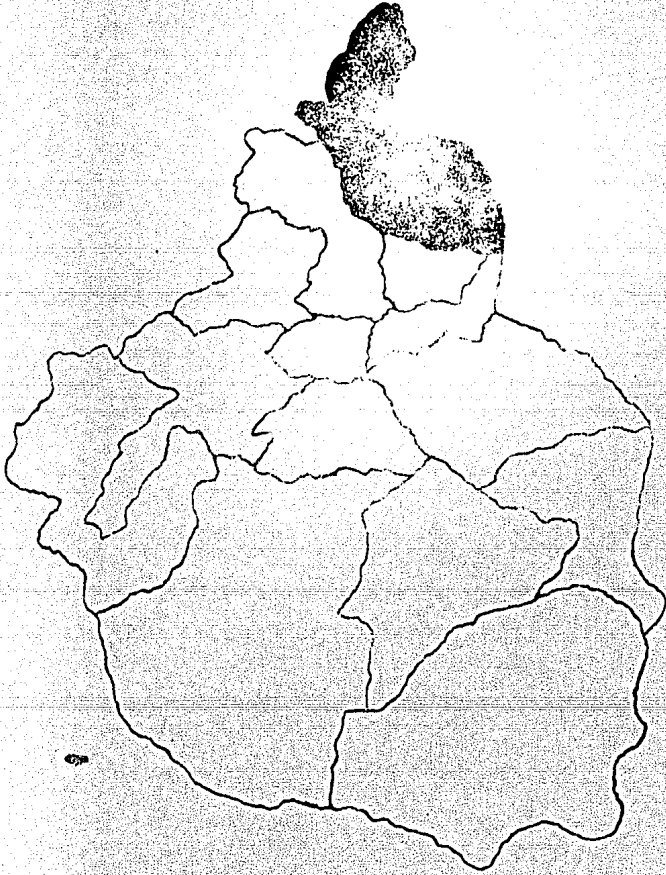
MADERO



DISTRITO
FEDERAL

LOCALIZACION GEOGRAFICA

Anexo 2



DELEGACION GUSTAVO A. MADERO

COMITE DELEGACIONAL DE SALUD
DELEGACION GUSTAVO A. MADERO

ANEXO 3

Demografía.

Población General

1974- 1983

CUADRO

AÑOS	POBLACION CALCULADA (1)
1974	1 393 189
1965	1 445 122
1976	1 492 059
1977	1 597 055
1978	1 688 675
1979	2 273 000
1980	2 247 113
1981	2 656 140
1982	2 871 286
1983	3 103 860

(1) Calculo al 30 de Junio de cada año,

Fuente: Of. Bioestadística D.G.S.D.F.

La delegación para el año de 1984, estima una población aproximada de 3 367 800 habitantes; con una densidad de 39 761.5 habitantes por Km²,

COMITE DELEGACIONAL DE SALUD

DELEGACION GUSTAVO A. MADERO

Población calculada por grupos quinquenales de edad y sexo. 1983

Anexo 4

GRUPO EDAD	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	PORCENTAJE
0-4	163 820	173 259	337 079	10.86
5-9	170 792	188 014	358 806	11.56
10-14	183 273	167 153	350 426	11.29
15-19	182 298	166 265	348 563	11.23
20-24	169 150	155 514	324 664	10.46
25-29	141 497	130 091	271 588	8.75
30-34	112 865	101 301	214 166	6.90
35-39	91 675	84 624	176 299	5.68
40-44	75 697	69 874	145 571	4.69
45-49	76 853	71 512	148 365	4.78
50-54	68 266	54 957	123 223	3.97
55-59	57 492	44 625	120 117	3.29
60-64	50 599	38 171	88 770	2.86
65 y +	69 447	44 775	114 222	3.68
TOTAL	1 613 724	1 490 135	3 103 860	100.0

Población calculada al 30-VI-83

FUENTE; Proyección aritmética. Of. de Epidemiología
Jurisdiccional.

COMITE DELEGACIONAL DE SALUD
 DELEGACION GUSTAVO A. MADERO

Población calculada por grupos quinquenales de edad y sexo.
 (1983).

Anexo 5

MASCULINO		FEMENINO
69447	65 y +	44775
50599	60 - 64	38171
57492	55 - 59	44625
68266	50 - 54	54957
76853	45 - 49	71512
75697	40 - 44	69874
91675	35 - 39	84624
112865	30 - 34	101301
141497	25 - 29	130091
169150	20 - 24	155514
182298	15 - 19	166265
183273	10 - 14	167153
170792	5 - 9	188014
163820	0 - 4	173259

Población Calculada al 30-VI-83

Fuente: Proyección Aritmética, Of. de Epidemiología
 Jurisdiccional.

COMITE DELEGACIONAL DE SALUD
 DELGACION GUSTAVO A. MADERO

Anexo 6

Población, natalidad, mortalidad y densidad de población 1970-1978

AÑO	POBLACION	NATALIDAD		MORTALIDAD			INFANTIL		
		No.	Tasa (1)	General No.	Tasa (1)	Materia No.	Tasa (2)	No.	Tasa (2)
1970	953519	41993	44.04	10265	20.76	58	13.80	4827	103.04
1971	1248331	44542	35.79	10172	8.15	59	13.80	4444	99.55
1972	1294324	48343	39.35	10671	8.24	48	9.9	2529	95.73
1973	1342250	45103	33.59	10344	7.62	63	14.0	3750	83.14
1974	1393190	45000	32.30	9314	6.63	46	10.2	3271	65.50
1975	1445122	42400	32.80	8372	5.79	33	6.9	2777	58.6
1976	1492059	45000	30.16	8511	5.70	31	6.0	2923	60.5
1977	1597055	44411	28.81	7948	5.0	29	7.0	2365	53.2
1978	1689675	42003	25.22	5628	3.3	19	9.0	1993	46.8

(1) Tasa por 1000 habitantes

(2) Tasa por 10 000 recién nacidos registrados

Fuente: D.G.B./ S.S.A.

COMITE DELEGACIONAL DE SALUD
DELEGACION GUSTAVO A. MADERO

Anexo 7

Cinco principales causas de morbilidad por demanda de atención en unidades de salud de S.S.A.

Años 1979 1981 - 1983

CAUSAS	C.I.E.	AÑOS								
		Lugar	No. de casos	%	Lugar	No. de casos	%	Lugar	No. de casos	%
Infecciones Respiratorias agudas	460	1	19886	21.0	1	21109	22.6	1	20602	17.5
Enf. de los dientes y estruc. de sostén	466	2	6770	7.2	2	12277	13.1	2	12841	11.0
Enteritis y otras enf. diarréicas.	520	3	6676	7.1	3	6986	7.5	5	8026	6.8
Otras enf. infecciosas y parasitarias.	008	4	6430	6.8	4	6297	6.7	4	8624	8.2
Enf. del Aparato Genito-Urinario	009	5	6006	6.4	6	4906	5.3	3	10949	9.8
Enf. del Aparato Respiratorio	136	6	4797	5.1	5	5156	5.5	6	5873	5.0
Las demás causas	590-91		43972	46.5	-	36719	39.3	-	4951-	42.2
Total	93-95		94537	100.0	-	93450	100.0	-	117425	100.0
	99-601									
	629									
	501-18									
	17-19									

Fuente. Coordinación General de la S.S.A.

COMITE DELEGACIONAL DE SALUD. DEL. GUSTAVO A. MADERO
HOSPITALES DEL DEPARTAMENTO DEL DISTRITO FEDERAL. MORBILIDAD HOSPITALARIA DETECTORA
EN LA CONSULTA EXTERNA: DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE DEMANDA. 1979-1983.
Anexo 8.

CAUSAS	Infantil	Infantil	General	Urgencias	Total
	Villa	Aragón	Cuauhtepéc	Villa	
	Número	Número	Número	Número	
Enf. de los dientes y estructuras de sostén.	30 372	26 116	8 032	4 638	69 158
Fracturas	30 587	2 586	---	24 550	57 723
Enteritis y enf. diarreicas.	21 966	22 513	987	---	45 466
Hipertrofia de amigdalitis y vegetaciones adeniocás.	18 577	9 033	1 083	---	28 693
Disenteria Bacilar y amibiásis.	825	23 679	---	---	24 504
Enf. del aparato respiratorio.	10 680	11 641	190	---	22 511
Anomalías congénitas	19 764	---	---	---	19 764
Traumatismos intracraneales y otros traumat. internos.	12 060	2 234	---	5 407	19 701
Bronquitis, enfisemas y asma.	16 873	1 868	596	193	19 530
Neumonía	10 598	5 333	---	---	15 931
Otras lesiones	39 106	---	6 841	26 301	72 248
Otras causas exter.	---	---	---	24 573	24 573
Todas las demás	68 916	23 043	2 869	9 631	104 513
Total	280 324	128 046	20 508	95 353	524 321

Fuente: Informes de Consulta Externa. D.D.F.

COMITE DELEGACIONAL DE SALUD
 DELEGACION GUSTAVO A. MADRID
 HOSPITALES DEL DEPARTAMENTO DEL DISTRITO FEDERAL: DIEZ
PRIMERAS CAUSAS DE EGRESO HOSPITALARIO.

ACUMULADO

1979-1983

Anexo 9

Hospitales del área delegacional.

CAUSAS	Infantil Villa Número	Infantil Aragón Número	General Cuatepec Número	Urgencias Villa Número	Total
Enteritis y otras Enf. diarreicas.	3956	3884	65	---	7905
Disenteria bacilar amibiasis	154	4606	---	---	4760
Fracturas	517	150	---	3890	4557
Traumatismos intra- craneales y otros traumat. internos.	1077	187	---	2968	4232
Parto sin complicación	---	---	580	3417	3997
Aborto	---	---	118	2281	2399
Enfermedades infeccios. y parasitarias.	708	993	---	---	1701
Hipertrofia de amigda- las y vegetaciones ade- noicas.	498	998	65	---	1561
Enf. del aparato respi- ratorios.	299	980	---	---	1279
Neumonía	1304	638	---	119	2061
Demás causas externas.	72	---	---	370	442
Demás lesiones	284	---	203	392	3579
Demás causas	4691	2426	1059	5934	13970
Total	13560	14862	2090	21931	52443

DELEGACION GUSTAVO A.MADERO
VIVIENDA Y TIPO DE TENENCIA

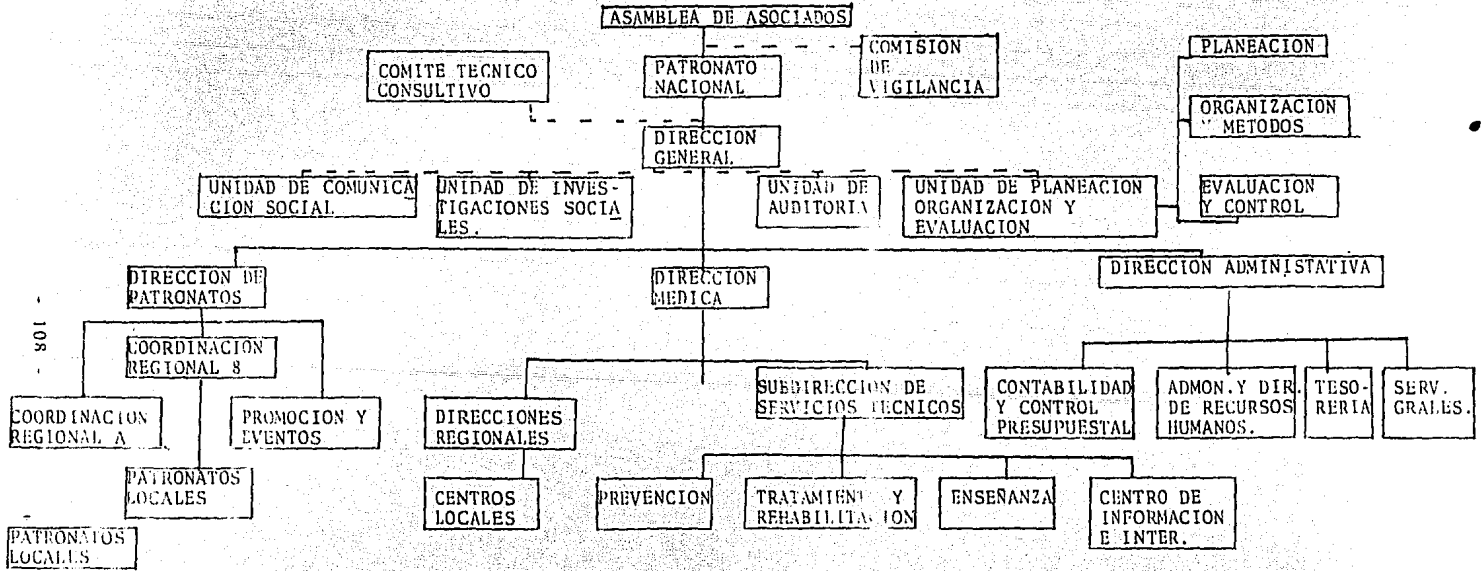
Anexo 10

Número y porcentaje de viviendas según tipo de tenencia.

	No.	%
Propias	197 504 3	60.91
No propias	126 751 6	39.09
Total	324 255 9	100.0

ESTRUCTURA GENERAL DE ORGANIZACION

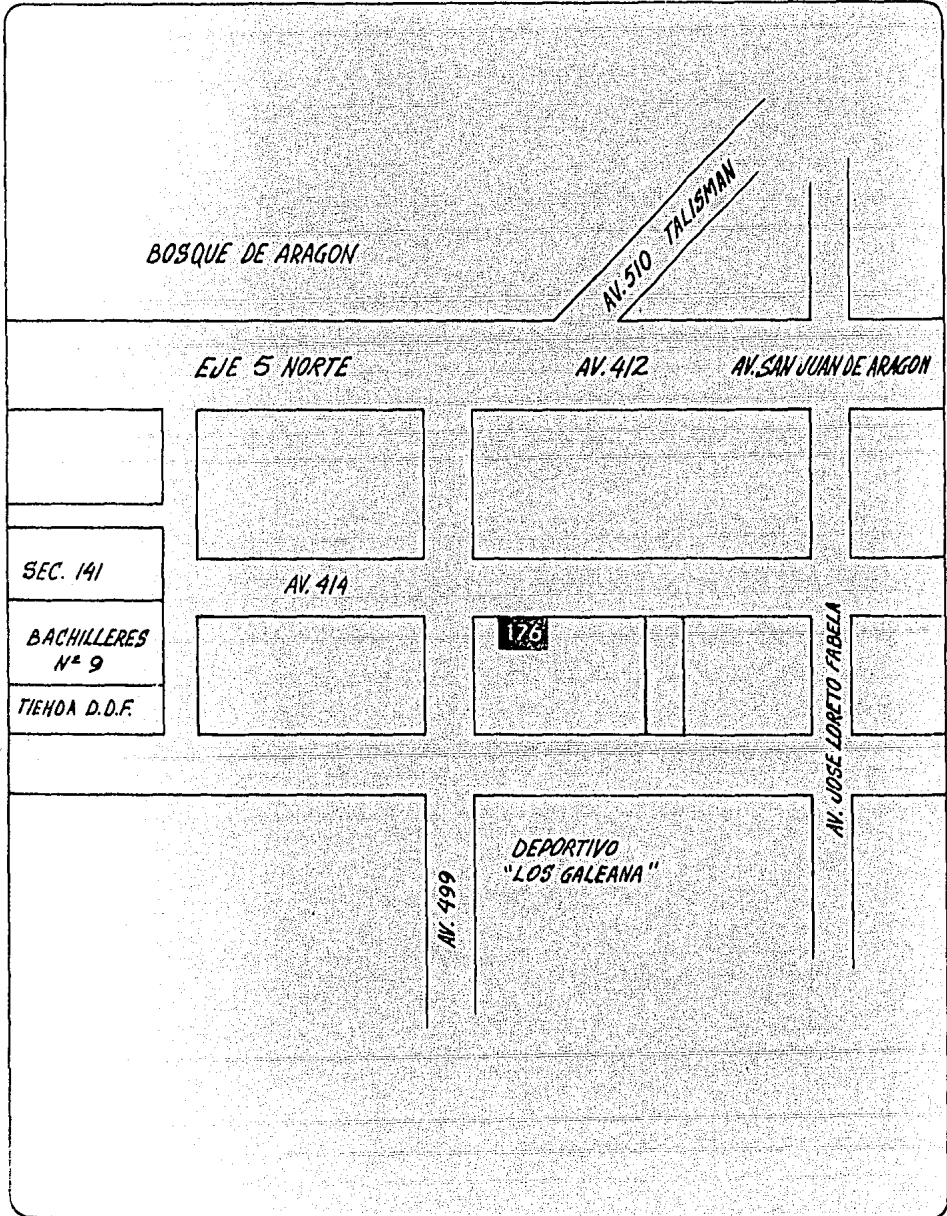
Anexo 11



108

UBICACION DEL CENTRO DE INTEGRACION
JUVENIL ARAGON
Anexo 12

ARAGON

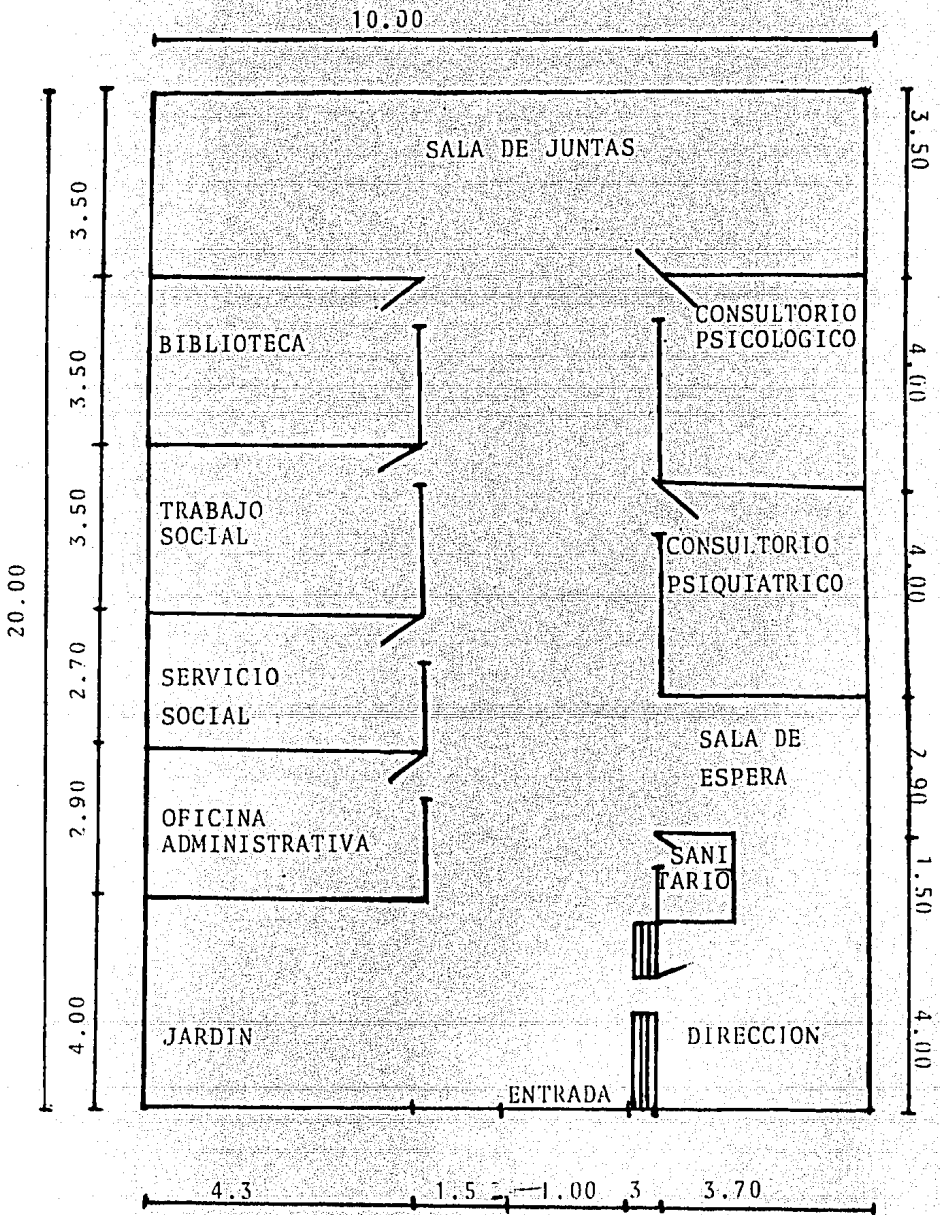


Programa de Concertación: Secretaría General de Desarrollo Social-Centros de Integración Juvenil



CROQUIS DEL C.I.J. "ARAGON"

Anexo 13



CENTRO DE INTEGRACION JUVENIL "ARAGON"

Programa de capacitación para pasantes en
Servicio Social.

Anexo 14

Fecha de inicio: Lunes 6 de abril de 1981
Duración del curso: 12 hrs. lectivas (6 sesiones)
Material y técnicas: Bibliografía, audiovisual, conferencias,
discusión y role-playing.
Lugar: Sala de juntas del C.I.J. "Aragón"

Días y Horario	Tema	Coordinador
Lunes 6 de abril 10:00 a 12:00	¿Qué son los CIJ ? (Historia,Organiza- ción y objetivos)	Dr. Federico Soto
Martes 7 de abril	Farmacodependencia, (tipos, causas,grados, clasificac.patología)	Dr.Federico Soto
Miércoles 8 de abril	Atención del Farmaco- dependiente en CIJ.	Dra.Carolina Castro
Jueves 9 de abril	Prevención y Trabajo Comunitario.	T.S. María Rosales H.
Lunes 13 de abril	"Aspectos epidemioló- gicos y legales de la Farmacodependencia".	Dr.Federico Soto
Martes 14 de abril	Programas de CIJ. "Aragón.	Dra.Carolina Castro T.S. María Rosales H Dr. Federico Soto.

B I B L I O G R A F I A

BIBLIOGRAFIA

- Ackerman, N. & otros. Teoría y Práctica de la Psicoterapia Familiar. Ed. Proteo. Buenos Aire. 1970.
- Ackerman, N. W. Diagnóstico y Tratamiento de las Relaciones Familiares: Psicodinamismos de la vida familiar. Ed. Paidós. Buenos Aures. 1978.
- Acosta, V., Alvarado, A., Flores, Ma. Conceptos y Práxis de la Orientación a Familiares de Farmacodependientes en: CIJ Serie Técnica, Volumen-3. Perfil Familia. 1985.
- Berreil, R. & Luna, V. La psicoterapia Familiar con Pacientes Farmacodependientes en: CIJ Serie Técnica, Volumen-3, Perfil Familia. 1985
- Boszormenyi, N. & Framo, J. Terapia Familiar Intensiva. Ed. Trillas, México., D.F. 1982.
- CEMEF. Una respuesta Integral al Fenómeno de la Farmacodependencia. CEMEF. México, D.F. 1982.
- CEMESAN. La Familia ante el Problema de las Drogas. CEMESAM México, D.F. 1979,
- CEMEF. ¿ Cómo Identificar las Drogas y sus Usuarios? CEMEF México, D.F. 1976.
- C.I.J. Guía Técnica para la realización del Proyecto Genérico Comunidad. C.I.J. México, D.F. 1980.
- C.I.J. Guía Técnica para la Realización del Proyecto Genérico Escuelas. C.I.J. A.C. México, D.F. 1980.
- C.I.J. Guias Técnicas de los C.I.J. Departamento de Prevención. C.I.J. A.C. México, D.F. 1982.
- C.I.J. Farmacodependencia. Manual para el Curso de Capacitación Introdutoria para Servicio Social. C.I.J. A.C. México, D.F. 1982.
- C.I.J. Guias Técnicas de Atención Preventiva. C.I.J. A.C. México, D.F. 1982.

- C.I.J. Manual de Organización de los Centros de Integración Juvenil. C.I.J. A.C. México, D.F. 1982.
- C.I.J. Estructura General de Organización: Centro "Aragón". C.I.J. "Aragón", México, D.F. 1983.
- C.I.J. Organo Informativo: Farmacodependencia. Año III. No. 2 Febrero. C.I.J. A.C. México, D.F. 1983.
- C.I.J. Estudios Epidemiológicos: Estudio Epidemiológico en Escuelas. C.I.J. A.C. México, D.F. 1983.
- C.I.J. Alcoholismo y Farmacodependencia: Programa de Paternidad Responsable. C.I.J. A.C. México, D.F. 1985.
- CISSEP. Manual para la Elaboración del Informe Final del Servicio Social de la Carrera de Psicología. E.N.E.P. Zaragoza. México, D.F. 1985.
- D.D.F. Monografía de la Delegación Gustavo A. Madero: Sumario. México, D.F. 1982.
- Garrido, P., Wagner, F., & Villagómez, Y. Salud y Prevención de la Farmacodependencia en: C.I.J. Serie Técnica. Volumen 4 Perfil Comunidad. México, D.F. 1983.
- Gómez, F., Ma., E. El tratamiento de los Problemas Familiares Qué es la Terapia Familiar. en: Primer Simposium sobre la Dinámica y Psicoterapia de la Familia. I.F.A.C. México, D.F. 1981.
- Hawks, D., Mitcheson, M., Osborne & Edwards, G. Abuse of Methylanphetamine. Br. Médical, J. No. 2 pp.715-721.1979
- Jerome, F., Peterson, R., & Hudgson, R. Vicios y Drogas. Ed. Harla. México, D.F. 1980.
- Johnson, A.M. Sanctions for Super-Ego in: K.R. Eisler. Ed, Fearlights on delinquence. New York. 1984.
- Kovacs, J., An Approach to treating Adolescent Drug Abusers. Schenkman, Cambridge Massachusetts. 1975.
- Leñero Luis. Investigación de la Familia en México. Instituto Mexicano de Estudios Sociales. México, D.F. 1971.
- Leñero Luis. La familia, Ed. Edicol. S.A. México, D.F. 1976
- Leslie I. Rabkin. La Familia del Paciente: Métodos de investigación. en: Ackerman, N. Familia y Conflicto Mental. Ed. Paidós. Buenos Aires. 1976.

- Llanes Jorge. Crisis Social y Drogas. Serie Sociedad y Drogas México, D.F. 1982. A
- Llanes Jorge. La juventud y las drogas. Serie Sociedad y drogas. México, D.F. 1982. B.
- Llanes Jorge. La sociedad ante las drogas. Serie Sociedad y Drogas. México, D.F. 1982. C.
- Macías Aviles, R. El grupo Familiar, Su Historia, Su Desarrollo, su Dinámica. en: Primer Simposium sobre la Dinámica y la Psicoterapia de la Familia. Instituto de la Familia. A.C. México, D.F. 1981.
- Minuchin, Salvador. Familia y Terapia Familiar. Ed. Gedisa. México, D.F. 1983.
- Organización Mundial de la Salud. Informe del Comité de Expertos en Drogas Toxicomanígenas. No. 13. Serie de Información Técnica 273. Ginebra 1984.
- Ortiz, E., Vélez, B. Abordaje Terapéutico de la Familia Mexicana con Problemas de Farmacodependencia. en C.I.H. Serie Técnica Volumen-3. Perfil Familia. México, D.F. 1985.
- Parloff, M. The Family in Psychotherapy. A.M.A. Archive Gral. 1964.
- Satir Virginia. La Familia como Unidad de Tratamiento. en: Haley, J. Tratamiento de la Familia. Ed. Toray. Barcelona. 1980.
- Satir Virginia. Relaciones Humanas en el Núcleo Familiar. Ed. Taller Abierto. México, D.F. 1985.
- Schwartzman, J. The Addict, Abstinence and the Families. Am J. Psychiatry 132. pp. 154-157. 1975.
- Sluchevski, F. Psiquiatría. Ed. Grijalbo. México, D.F. 1960.
- Torres, A., Barberá, C. y Cols. La Orientación a Familiares de Farmacodependientes. en: C.I.J. Serie Técnica Volumen-3 Perfil Familia. México, D.F. 1985.
- William, G. The Family. Ed. Prentice Hall, Inc. Englewood Cliffs, New Jersey, 1974.

- Wolk, R.L. & Diskind, M.H. Personality Dynamisc of Mothers a and Wives of Drug Addicts. Crime Delinquency, 7.pp.148-152. 1961.
- Zax, M & Cowen, E. Psicopatología. Ed. Interamericana.México D.F. 1979.
- Zuck, Gerald. Psicoterapia Familiar: Un Enfoque Triadico. Ed. Fondo de Cultura Económica. México, D.F. 1982.
- Zuck, G., Boszoymenyi, N. Terapia Familiar y Familias en - Conflicto. Ed. Fondo de Cultura Económica.México, D.F.1985.