

301029
2
2ej



ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

VASCO DE QUIROGA
CLAVE 3010 29

“VASCO DE QUIROGA”

INCORPORADA A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

TESIS CON
FALLA LE ORIGEN

“PREVENCIÓN DE LA FARMACODEPENDENCIA:
UN ENFOQUE DE TRABAJO SOCIAL”

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL

P R E S E N T A:
ANA MICAELA LOPEZ PALLARES



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.-

Introducción

Capítulo I:	Farmacodependencia y Salud Pública	4
1.1.-	Caracterización de la Salud Pública	4
1.1.1.	El proceso salud-enfermedad	4
1.1.2.	La salud-enfermedad mental	7
1.1.3.	La salud pública dentro del proceso salud-enfermedad	10
1.1.4.	Conceptualización de la salud pública	12
1.2.-	Caracterización de la farmacodependencia	14
1.2.1.	Conceptualización de la farmacodependencia.	14
1.2.2.	Principales factores que inciden en la presencia de farmacodependencia	17
1.2.3.	Características de los usuarios	21
1.2.4.	La farmacodependencia como enfermedad.	22
1.3.-	La farmacodependencia como problema de salud pública.	23
1.4.-	Implicaciones de esta caracterización.	29
Capítulo II:	Centros de Integración Juvenil: Institución abocada al problema de farmacodependencia.	31
2.1.-	Historia	31
2.1.1.	Principales antecedentes	31
2.1.2.	Generalidades de la forma de abordaje.	34
2.1.3.	Inclusión de los Centros de Integración Juvenil en los Planes y Programas de Salud.	36
2.1.4.	Centros de Integración Juvenil como Institución de participación estatal mayoritaria	38

2.2.-	Organización y funcionamiento.	39
2.2.1.	Estructura organizativa	39
2.2.2.	Funcionamiento	40
2.2.3.	Organigrama	41
2.2.4.	Los Centros de Integración Juvenil en la República Mexicana	43
2.3.-	Proyectos específicos.	43
2.3.1.	Modelo de atención en Centros de Integración Juvenil.	43
2.3.2.	Enfoque específico	45
2.3.3.	Clasificación de los programas y proyectos de acción de los Centros de Integración Juvenil, según nor- matización de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.	47
2.3.4.	Proyectos Específicos: objetivos.	49
2.4.-	Funciones del Trabajo Social.	60

CAPITULO III:	La información que acerca de la farmacodependencia poseen los adolescentes escolares de la zona norte del área metropolitana del Distrito Federal.	62
3.1.-	Aspectos generales.	63
3.2.-	Características generales de la población investigada	63
3.3.-	Conceptos generales acerca de la farmacodependencia.	64
3.4.-	Conceptualización acerca del farmacodependiente.	73
3.5.-	Valoración del consumo de drogas en la colonia donde viven los encuestados.	76
3.6.-	Medios por los que obtuvieron la información acerca de la farmacodependencia.	79
3.7.-	Análisis de la información.	80

Capítulo IV.	Prevención primaria de la farmacodependencia.	83
4.1.-	Elementos teóricos acerca de la prevención de la farmacodependencia.	83
4.2.-	La prevención primaria desde un abordaje de Trabajo Social	85
Conclusiones.		93
Sugerencias.		95
Anexo No. 1.-	Cuestionario.	96
Bibliografía.		98

INTRODUCCION,-

La farmacodependencia es un problema que constituía un tabú, hasta hace relativamente poco tiempo, debido al gran temor que existía de que en una familia se llegase a presentar algún caso de consumo de drogas, a la vez de que existía un gran rechazo hacia quienes desarrollaban este consumo, situación que aún se presenta.

Con el paso del tiempo, hubo una mayor posibilidad de hablar de este problema - tal vez debido a que se empezó a propagar con una gran rapidez, sobre todo en la población joven-, a la vez de que se iniciaron una serie de estudios en los que se trataba de entender las causas de este fenómeno. De ahí que se hayan estructurado diversas maneras de ver, de sentir y de vivir el fenómeno; por una parte, la de los consumidores rodeada de un velo mágico en donde el mundo de las drogas se constituye en una realidad que les permite transpasar hacia "algo" en donde se pueden sentir "bien", "felicidades" logrando irrealmente satisfacer (escapar), lo que en la realidad no han podido encontrar, elaborándose una serie de mitos y de falacias alrededor de este fenómeno, las cuales en ocasiones resultan atractivas para la población infantil y adolescente-; por otra parte, está la de los adultos cuyo temor hacia el consumo de drogas (específicamente las ilícitas) y hacia los consumidores, los hace quedar inmóviles frente a la magnitud del problema, a la vez que pueden ser consumidores de drogas denominadas lícitas, como son el alcohol, el tabaco o los medicamentos, generándose en ellos una gran contradicción; por último tenemos la visión de las instituciones, entre ellas los Centros de Integración Juvenil, que abocados al estudio de este fenómeno elaboran un marco teórico a partir del cual intentan prevenir la farmacodependencia, considerando que sólo ellos conocen el fenómeno sin ver que los que están fuera de ella tienen también una forma de concebirlo, producto de su relación con la cotidianidad, la vida diaria, el contacto con aquel farmacodependiente que se droga en aquella esquina; de ahí que las estrategias preventivas institucionales no surtan efecto, ya que podríamos considerarlas como dos racionalidades -la de la población y la del especialista- que hablan diferentes idiomas y que por tanto nunca logran entenderse y menos -

actuar conjuntamente,

Esta reflexión, me ha llevado a realizar este trabajo, que tiene como objetivo:

Contrastar la visión institucional del fenómeno de la farmacodependencia, con la información que la población adolescente escolar posee acerca del consumo de drogas.

De ahí que haya determinado como hipótesis: la información que acerca del fenómeno de la farmacodependencia se maneja en los Centros de Integración Juvenil es muy diferente a la información que posee la población adolescente escolar, lo que dificulta la prevención del fenómeno.

El desarrollo del trabajo se da en cuatro capítulos. El primero corresponde al marco teórico institucional acerca de la farmacodependencia y en él se incluyen los aspectos de la bibliografía que se considera dentro de Centros de Integración Juvenil como material de capacitación para el personal que labora en ella, aunque ordenado de una forma personal y completado con otra bibliografía, sobre todo en lo referente a salud pública.

En el segundo, se hace un planteamiento general acerca de la institución antes mencionada y en donde se expone la forma en que ésta aborda el fenómeno de la farmacodependencia a través de sus proyectos específicos.

El tercero hace referencia a la investigación de campo a nivel exploratorio, en diez escuelas de la zona norte del área metropolitana del Distrito Federal - que es el perímetro que tiene como cobertura el Centro de Integración Juvenil Norte-, y en donde se plasma la información que acerca de la farmacodependencia poseen los adolescentes escolares encuestados.

Estos tres capítulos a su vez posibilitaron el establecer una alternativa de prevención en donde se intentó conjuntar tanto la visión institucional de este fenómeno y la información que acerca de él tiene la población

adolescente escolar encuestada; esta parte se encuentra desarrollada en el cuarto capítulo y constituye el aporte de este trabajo desde una visión de trabajo social.

Esperando que este trabajo se constituya realmente en un aporte a la institución: Centros de Integración Juvenil, al personal que la constituye y específicamente a los trabajadores sociales que laboran en ella, quienes desde mi perspectiva muy particular, tienen una árdua labor a desarrollar pero desde una perspectiva más científica.

Capítulo I. Farmacodependencia y Salud Pública.

I.1.- Caracterización de la Salud Pública

I.1.1.- El proceso salud-enfermedad.

La vida es una aventura que se desarrolla en un mundo en el que na da es estático, de ahí que toda manifestación de vida sea una reacción a di versos estímulos y desafíos, cada uno de los cuales constituye una amenaza si no se afronta adecuadamente y donde la existencia es una relación de e-fectos recíprocos entre el individuo y el medio, que a menudo llega a con-vertirse en pugna provocando heridas o enfermedades.

El concepto de salud ha sufrido una evolución, siempre ligado al de enfermedad, identificando a diferentes factores como causantes de esta ú ti ma

Así, en 1779 la obra de Johann Peter Frank, "Medizinide Polizei" enunciaba la tesis de que las enfermedades eran causadas no sólo por facto res físicos, sino también- en medida semejante o acaso mayor- por influen -cias del medio social.

Los enciclopedistas por su parte, "formularon una filosofía cientí fica de la salud pública que subrayaba las complejas relaciones entre el me dio social y el bienestar físico del hombre" (1)

En 1820 Virey, en su obra "L'Hygiene Philosophique", planteó que el hombre en su estado "natural" posee un instinto de salud que le permite adap tar su comportamiento biológico a los recursos y los peligros de su medio, pero el hombre civilizado ha perdido este instinto de salud y ahora corres ponde a la ciencia la tarea de redescubrir para él, la sapiencia biológica que en otros tiempos fuera derecho de nacimiento.

(1) R.Dubos, "El espejismo de la salud", p. 27-28.

Muy avanzado el siglo XIX se consideraba todavía que la enfermedad era resultante de la falta de armonía entre el afectado y su medio.

Posteriormente se consideró que las causas específicas de la enfermedad son los agentes microbianos, la perturbación de los procesos metabólicos fundamentales, las deficiencias hormonales y las tensiones fisiológicas; el concepto anterior de la falta de armonía entre el enfermo y el medio se antojaba muy primitivo y obscuro frente a la terminología y a las explicaciones precisas de la moderna ciencia médica. "Incontestablemente, durante poco menos de un siglo la doctrina de la etiología específica ha constituido el elemento más constructivo de la investigación médica; más aún los logros teóricos y prácticos en que ha desembocado representan la médula de la medicina moderna" (2). Esta perspectiva parte de una visión del organismo humano fragmentado en órganos, aparatos y sistemas, ofreciendo una reparación del daño (atención curativa). La subespecialización y, por consiguiente, la fragmentación del conocimiento ha favorecido la concentración social y gremial del saber médico con la concomitante concentración del poder.

"Hoy en día se tienen ya fundadas reservas en relación con el concepto de la causa específica de las enfermedades" (3). "A finales de los sesentas surge como resultado de la crisis social, política y económica, así como de la medicina misma, una corriente de pensamiento médico crítico que cuestionaba el carácter puramente biológico de la enfermedad y de la práctica médica dominante y presupone que el proceso salud-enfermedad puede ser analizado con éxito como un hecho social" (4). Esta concepción supone que los problemas de salud son problemas sanitarios y su solución implica saneamiento, es decir, constituye una concepción ecologicista de la salud, según

(2) R. Dubos, Ob. cit. p. 114

(3) Ibidem, p. 116

(4) C. Laurell Asa, "La salud-enfermedad como proceso social", p. 7

la cual ésta es la interacción de dos factores: huésped y agente en el ambiente en el cual ambos se desarrollan. Para ellos el "proceso de la vida implica la interacción y la integración de dos sistemas ecológicos. Por una parte, está el organismo individual, que constituye un conjunto de partes interdependientes, relacionadas entre sí por medio de una compleja red de mecanismos de equilibrio. Este conjunto intraindividual funciona bien cuando su medio interno mantiene una estabilidad relativa entre ciertos límites... Por otra parte, cada organismo reacciona y compete constantemente con todos los seres vivos e inanimados con los que entra en contacto. En estas condiciones normales, el medio externo cambia continuamente y de manera impredecible. Muchas de las modificaciones que ocurren en el mundo exterior pueden tener efectos dañinos, de modo que todo organismo tiene que sufrir cambios adaptativos consecuentes con tales modificaciones para poder sobrevivir y continuar funcionando eficientemente... Así cualquier factor que rompa el equilibrio de cualquiera de los dos sistemas ecológicos puede convertirse en causa de enfermedad" (5) "... todos los mecanismos homeostáticos están vinculados y operan conjuntamente dentro del organismo normal para responder a la inmensa serie de estímulos y peligros que forman la vida diaria. Sin embargo, los mecanismos de defensa no son meramente pasivos. Su funcionamiento implica en la parte corporal, reacciones poderosas destinadas a alejar peligros o a reparar algún daño... Ciertamente es también, por supuesto, que existe sólo un número limitado de maneras en que el organismo puede responder a los estímulos y que la respuesta no siempre resulta benéfica. Puede resultar demasiado débil, demasiado fuerte o mal dirigida. La enfermedad se compone de la suma y de las consecuencias de aquellas respuestas mal dirigidas, las cuales tienen límite en número y carácter. Por ende, la enfermedad puede tomar, únicamente aquellas formas que el organismo es capaz de desarrollar, y nunca reflejará las peculiaridades de cada uno de los estímulos que la originaron". (6)

Una última concepción se ha desarrollado, en la que se "propone una

(5) R. Dubos, ob. cit. p. 123

(6) Ibidem. p. 124

integración entre las ciencias naturales y sociales que permitan concebir el proceso salud-enfermedad como un proceso histórico social que se manifiesta en sociedades y clases concretas de acuerdo con sus condiciones materiales de vida... Una de las constantes del discurso de esta corriente es el planteamiento de una visión crítica tanto del saber como de la práctica médica, que ubique los fenómenos de la salud en toda su amplitud hasta llegar a sus relaciones últimas con la sociedad en su conjunto" (7). De ahí que el proceso salud-enfermedad está determinado por el modo como el hombre se apropia de la naturaleza en un momento dado, apropiación que se realiza por medio del proceso de trabajo basado en determinado desarrollo de las fuerzas productivas y las relaciones sociales de producción. Por lo que algunas de las categorías sociales que permiten comprender el proceso salud-enfermedad son: clase social, proceso de trabajo.

1.1.2.- La salud-enfermedad mental.

Cada sociedad particular tiene sus propias definiciones respecto a la salud y enfermedad mental, mismas que no son estáticas, sino que se modifican en tanto cambian las circunstancias particulares que les dieron origen; no sólo porque se trate de sociedades geográficamente distintas, sino también debido a los distintos momentos de su devenir histórico y por el grado de salud o patología en que se encuentre la sociedad misma.

De acuerdo con el concepto estadístico de la salud sería 'normal' toda aquella persona que responde a las características que reúne la mayoría de las personas de su sociedad. Quedaría fuera de la definición aquellas que - por una causa u otra - escapan a tales características. Al criterio estadístico se le puede denominar adaptativo, ya que parte de la adecuación de la conducta individual a las normas y valores de la sociedad.

Según Erich From (en su obra "El miedo a la libertad") existen dos

(7) COPLAMAR, "Necesidades esenciales en México", p. 39

maneras de concebir a la normalidad: 1) desde el punto de vista de la sociedad, si el individuo puede cumplir un papel social dentro de ella; 2) desde la perspectiva del individuo, si puede alcanzar el grado óptimo de expansión y felicidad. En una sociedad óptima coincidirían ambos aspectos, pero ésto no existe, por tanto "la persona considerada normal en razón de su buena adaptación, de su eficiencia social, es a menudo menos sana que la neurótica, cuando se juzga de acuerdo a una escala de valores humanos. Frecuentemente está bien adaptada tan solo porque se ha despojado de su yo con el fin de transformarse, en mayor o menor grado, en el tipo de persona que cree se espera socialmente deba ser. Por otra parte el neurótico puede caracterizarse como quien no estuvo dispuesto a someter completamente su yo en esta lucha. Por supuesto el intento de salvar su yo individual no tuvo éxito y, en lugar de expresar su personalidad de una manera creadora, debió buscar la salvación en los síntomas neuróticos, retrayéndose en una vida de fantasía. Sin embargo desde el punto de vista de los valores humanos, este neurótico resulta menos mutilado que ese tipo de persona normal que ha perdido toda personalidad".

En 1948 el Congreso de Higiene Mental de Londres define que "la salud mental consiste en el desarrollo óptimo de las aptitudes físicas, intelectuales y emocionales del individuo, en cuanto no contraríe el desarrollo de otros individuos".

Para Henry Ey, la enfermedad mental es una expresión de trastornos neurosomáticos-directa o indirectamente-, manifestación de acontecimientos internos (herencia, instinto-afectivo) y la formación inconsciente de los fantasmas que estas fuerzas engendran.

Para Foucault las relaciones sociales que determinan la economía actual bajo las formas de competencia, de la explotación, de guerras imperialistas y de lucha de clases ofrecen al hombre una experiencia de su medio humano acosada sin cesar por la contradicción. Estas contradicciones sociales actúan como el terreno donde se desarrolla el ser humano y por

tanto hablar de "salud-mental" es una mera abstracción. Siendo por tanto las relaciones sociales condicionantes directas de la expresión de la patología, de ahí que la enfermedad mental solo puede reconocerse y entenderse en tales relaciones; negar tal condicionamiento y buscar la explicación en el interior del hombre con exclusividad (psicologismo u organicismo) es el correlato ideológico de la justificación -en este terreno- del orden social; y también lo es en la pretendida apertura "social" al microcosmos familiar, viendo sólo en la familia el origen de la perturbación, como si tal familia no se inscribiera también en las relaciones que le dan origen. De ahí que para este autor, hay enfermedad cuando el conflicto en vez de llevar a una diferenciación de la respuesta provoca una reacción difusa de defensa; cuando un individuo no puede gobernar, a nivel de sus reacciones, las contradicciones de su medio; cuando la dialéctica psicológica del individuo no puede encontrarse en la dialéctica de sus condiciones de existencia.

Para Mascovich y para Braunstein, la enfermedad aparece como la encarnación desdichada de una protesta justa ante una injusta opresión; de ahí que los criterios de salud sean: 1.- toma de conciencia de todas las determinaciones psicosociales limitantes; 2.- elección consciente y libre de conductas frente a todos los aspectos de la vida social humana; 3.-eliminación de los síntomas que esclavizan al paciente.

En la segunda reunión del Comité de Expertos en Higiene Mental de la OMS, se consideró que la salud mental "no es una condición estática... implica una capacidad del individuo para establecer relaciones armónicas con otros y para participar en modificaciones de su ambiente físico y social, o de contribuir en ello de un modo constructivo" (8).

Según Ackerman, la enfermedad mental presenta tres niveles:

1. Lo que está pasando psíquicamente en una persona.
2. Lo que sucede en esta persona y su ambiente humano
3. Lo que está perturbado en el proceso social del mismo ambiente(9)

(8) R.M. Becerra, 'Elementos básicos para Trabajo Social Psiquiátrico' p.15

(9) R.M. Becerra, ob. cit. p. 15-16.

"Las enfermedades psiquiátricas... son en realidad una carga cada vez mayor para la mayoría de los países de la civilización... Así el problema de nuestro tiempo puede ser, más que incremento real en la cantidad de deficientes mentales, un decremento en la tolerancia que la sociedad les brinda. La enfermedad del individuo no se diferencia gran cosa de la enfermedad de la sociedad" (10)

"Entre las enfermedades mentales, algunas pueden tener su origen en un daño orgánico claramente bien definido... otras resultan de las tensiones individuales asociadas a situaciones vitales particulares. Otras más, probablemente la mayoría, corresponden al grupo de las psicosis asociadas con ciertos patrones culturales... Pero cualquiera que sea su origen, todas las formas de psicosis tienen un fuerte componente social..."(11)

"... se presume generalmente que las enfermedades mentales son menos comunes entre los pueblos primitivos y semicivilizados que entre las sociedades más evolucionadas y complejas... Por otro lado, es posible que la incidencia de los desórdenes psiquiátricos tienda a incrementarse siempre que un pueblo empieza a entremezclarse con una civilización más compleja... Ocurren en el momento y lugar donde los cambios sociales son demasiado rápidos para permitir una buena adaptación grupal. Si las enfermedades psiquiátricas realmente están aumentando en el mundo occidental, la razón de ello no se va a encontrar en el carácter complejo y compatitivo de nuestra sociedad, sino más bien en la acelerada tasa en que desaparecen los viejos hábitos y convencionalismos y aparecen otros nuevos..."(12)

1.1.3.- La salud pública dentro del proceso de salud-enfermedad.

Paralelamente al proceso salud-enfermedad, se han desarrollado una serie de acciones que podemos ubicarlas dentro del marco de la salud pública.

(10) R. Dubos, ob. cit. p. 225

(11) Ibidem, p. 225-226

(12) Ibidem, p. 226-227

En una primera instancia las medidas efectivas de salud pública "aparecen en una época en que los médicos eran entrenados considerando la necesidad de que entendieran las condiciones en las cuales vivía su paciente y sus relaciones sociales" (13), siendo sus postulados:

- ° La salud de la población es un asunto de interés social directo.
- ° Las condiciones socioeconómicas tienen un importante efecto en la salud y la enfermedad, y sus relaciones deben estar sujetas a investigación científica.
- ° Se deben tomar medidas para promover la salud y combatir la enfermedad y deben ser tanto sociales como médicas.

Posteriormente con el desarrollo de la tecnología, la medicina se vuelca a la microbiología, considerando que "con el enemigo mortal identificado el siguiente paso consiste en descubrir la bala que lo mate. Nace toda una industria que al paso del tiempo crecerá a proporciones insospechadas" (14), por lo que "las medidas de Salud Pública estarán atenuadas dentro de una idea de higiene que enfatiza en las prácticas cotidianas personales y en las medidas de saneamiento, sin alterar en su esencia el modo de vida y menos el proceso de trabajo" (15).

Para la etapa siguiente, los problemas de salud son problemas sanitarios y su solución implica saneamiento. De ahí que haya tenido un auge la salud pública dentro de los trabajadores de la salud, así como dentro de los diferentes organismos dedicados a abordar los problemas de salud, teniendo un amplio desarrollo la medicina social, la epidemiología, etc.

Dentro de la última etapa, mencionada en el proceso de salud-enfermedad, en donde se pretende llegar a la comprensión crítica de este proceso, implica necesariamente la formulación de un diagnóstico social y por tanto de una terapéutica social, lo cual aún tardaría en llegar por todas las implicaciones estructurales que conlleva y que por el momento quedan a nivel

(13) F.Mora y P.W.Hersch, "Introducción a la Medicina Social y Salud Pública", p.13

(14) F. Mora y P.W. Hersch, ob. cit. p. 21

(15) Ibidem, p. 23

de la teoría. "Todo parece indicar que la sociedad identifica como causas fundamentales aquellas que tienen la menor relación posible con la estructura social y que pueden ser atacadas sin cambiar ésta..." (16)

1.1.4.- Conceptualización de la Salud Pública.

Al analizar datos sobre el proceso salud-enfermedad nos enfrentamos a un problema complejo, dado por una conceptualización de la salud pública que no reconoce la realidad social entendida científicamente, ya que pone el énfasis en el daño más que en la salud; además de las cargas ideológicas que justifican las cifras e indicadores con la consiguiente inseguridad de que los datos no representen adecuadamente la realidad.

"La definición de salud pública propuesta por Winslow es la más conocida y ampliamente aceptada:

La salud pública es la ciencia y el arte de 1. Impedir las enfermedades; 2. Prolongar la vida y 3. Fomentar la salud y la eficiencia mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para 1. El saneamiento del medio; 2. El control de las infecciones transmisibles; 3. La educación de los individuos en higiene personal; 4. La organización de los servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico temprano y el tratamiento preventivo de las enfermedades y 5. El desarrollo de un mecanismo social que asegure a cada uno un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud" (17).

"Los instrumentos de que se vale la salud pública para ejecutar su acción son: a) la epidemiología, que permite el diagnóstico de salud o enfermedad en la población; b) la tecnología biomédica indicada en cada situación; c) el imprescindible desarrollo de un programa de educación higiénica

(16) Ibidem, p. 37

(17) L. Vega Franco y H. García Manzanedo, "Bases esenciales de la Salud Pública", p. 6

ca aplicado a las circunstancias, y d) la correcta administración de los recursos de salud disponibles" (18).

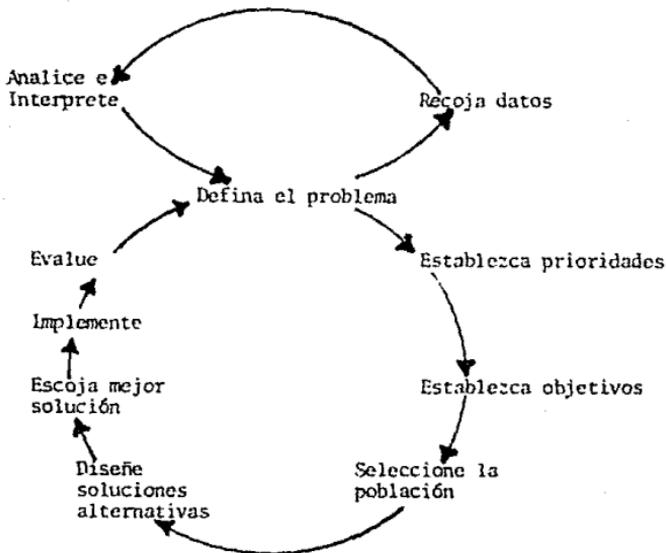
Generalmente el punto de partida para abordar los objetivos de la salud pública es la investigación epidemiológica "con la cual se establece la magnitud del daño y la naturaleza de los diversos factores que lo determinen; por otra parte, se estudian los recursos disponibles en la comunidad, así como la actitud y el sentir de los habitantes, tanto en lo que respecta a la salud como a la enfermedad. Mediante el análisis de la información recabada, se deciden las acciones programáticas de acuerdo a un estricto orden de prioridades; cabe, sin embargo, señalar que en la decisión influyen diversas circunstancias que dan lugar a considerar la eficiencia y la viabilidad del programa" (19). La ejecución simultánea de varios programas tendientes a prevenir las enfermedades y preservar o restaurar la salud, integran lo que se conoce como programa nacional de salud, a través del cual se regulan las actividades de las instituciones de salud y compete establecer este programa al organismo centralizador que atiende la salud (Secretaría de Estado)

"La posibilidad de elaborar recomendaciones viables dependen, en gran parte, del conocimiento que se tenga acerca de la magnitud y naturaleza del problema... De ahí que la descripción cuantitativa del daño, definida en función del tiempo, el espacio que abarca y las personas que afecta, permite identificar y jerarquizar su importancia. Puede, por otra parte, medirse la trascendencia del problema en términos de economía; en tal caso, son motivo de análisis el costo de la enfermedad, la invalidez o la muerte... No menos importante es prever los cambios futuros; el pronóstico ya sea que se realicen o no cambios en la comunidad, es requerido para identificar y definir cabalmente el problema" (20).

(18) L. Vega Franco y H. García Manzanedo, ob. cit, p. 10-11

(19) Ibidem, p. 13-14

(20) Ibidem, p. 16



1.2- Caracterización de la farmacodependencia.

1.2.1.- Conceptualización de la farmacodependencia.

La farmacodependencia es un fenómeno tanto de origen individual como social. Por un lado es un problema de un individuo o grupo de individuos y por el otro, es una manifestación que nos conduce a pensar en un problema provocado por algo que pasa en el cuerpo social en general.

Ha sido definida de muy diferentes maneras, al mismo tiempo que se le ha denominado de varias formas como: drogadicción o toxicomanía; la definición que más divulgación ha tenido es la de la Organización Mundial de la Salud: es el estado psíquico y a veces físico, causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco, caracterizado por modificaciones en el comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible por tomar un fármaco en forma continua o periódica a fin de

experimentar sus efectos psíquicos y a veces evitar el malestar producido por su privación. Otra definición fue publicada en el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, correspondiente al mes de noviembre de 1982, en que se señala que la farmacodependencia es un síndrome de carácter social, psicológico y biológico que se manifiesta mediante un comportamiento en el que el uso de una determinada droga psicoactiva adquiere mucho mayor importancia que otros tipos de comportamiento antes predominante, un rasgo fundamental es la prioridad asignada al comportamiento de búsqueda sobre otros tipos de comportamiento; también es denominado como síndrome de dependencia y señala que no es un fenómeno de carácter absoluto sino que tiene diferentes grados y puede medirse según los tipos de comportamiento provocados por el uso de la droga y por otros comportamientos secundarios que se relacionen con dicho uso, pudiéndose plantear una línea divisoria que separe la farmacodependencia del uso repetido de drogas que no implican dependencia.

De acuerdo al grado de dependencia, los usuarios pueden clasificarse en:

- a) Experimentador.- son los usuarios que toman droga con un propósito específico en una situación pasajera: por curiosidad, para no dormir, preparar un exámen. Generalmente el consumo cesa cuando desaparece la situación que lo originó.
- b) Ocasional, social.- consume drogas generalmente cuando está con un grupo y su consumo tiene la finalidad de pertenecer a ese grupo, de rebelarse contra los patrones sociales establecidos, de resolver conflictos pasajeros de la adolescencia o simplemente de seguir una moda.
- c) Funcional.- es aquel usuario que necesita tomar drogas para funcionar en sociedad, se trata de personas que han creado una dependencia tal que no pueden realizar ninguna actividad si no la consumen. Sin embargo, a pesar de su dependencia pueden seguir "funcionando en sociedad" y sólo presentan trastornos cuando no pue

den consumir la droga.

- d) Disfuncional.- son usuarios que han dejado de "funcionar en sociedad". Toda su vida gira en torno a las drogas y su actividad entera la dedican a conseguirlas y consumirlas.

Dentro de los diferentes grados de dependencia, se pueden presentar los siguientes fenómenos:

Tolerancia.- se manifiesta cuando después de una exposición a una droga se requiere concentraciones más elevadas de la droga en el sitio de su acción para que se produzca una determinada respuesta.

Dependencia psicológica.- se ha considerado substituir esta expresión por la de comportamiento aprendido de búsqueda de la droga y que está caracterizado por el anhelo impulsivo que requiere la administración periódica o crónica de un fármaco, en busca del efecto placentero o alivio del malestar psíquico.

Dependencia física.- que al igual que el término anterior se ha considerado reemplazarlo por neuro-adaptación o estado de neuroadaptación que presenta la característica de que si se interrumpe la administración de la droga o se desplaza el sitio de acción de dicha droga, se produce el síndrome de privación, que está constituido por un conjunto de signos y síntomas que es característico de la droga en cuestión y del sistema biológico particular.

Otras definiciones que nos permiten aclarar el aspecto de lo que se considera como droga y que se encuentran en el mencionado Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, son las siguientes:

Droga.- en el sentido más amplio es cualquier sustancia química o combinación de sustancias usadas para el tratamiento o alivio de una enfermedad, o con fines no terapéuticos.

Droga psicoactiva.- son las que alteran el estado de ánimo, las facultades cognoscitivas o el comportamiento. No existe un límite definido entre las "drogas psicoactivas" y aquellas que no reciben esta denominación, puesto que fármacos usados básicamente con otros propósitos pueden tener "efectos psicoactivos" en ciertas dosis o en determinadas circunstancias.

1.2.2.- Principales factores que inciden en la presencia de farmacodependencia

Existen varios factores que inciden en la aparición de la farmacodependencia, los cuales, en forma genérica, pueden agruparse en tres órdenes distintos: sociales, familiares e individuales. Aunque es difícil en la práctica definir los límites entre lo social, lo familiar y lo individual dada su mutua interrelación, en la presente exposición se abordarán en forma separada:

1.2.2.1. Factores sociales.

La farmacodependencia expresa una falla importante del sistema social, como una 'salida' sintomática cuyas causas obligan a penetrar las complejas fuerzas sociales para intentar saber cómo afectan a individuos y grupos; por lo que hay que hacer consciente a la población de que el problema irá aumentando en magnitud y celeridad debido a factores socioculturales existentes.

Las sociedades cambiantes e inestables provocan un sentimiento de desconfianza generalizado, que lleva a los individuos a un estado de inseguridad constante, en donde los valores, las normas, las actitudes, las motivaciones y la forma de conducta provocan desconcierto y tensión. Por otra parte, el hombre es receptor de una serie de estímulos cargados de mensajes contradictorios que crean necesidades, a la vez que generan frustración por no poderlas satisfacer.

En la actualidad, los cambios vertiginosos y las deficiencias del

sistema que provocan el desmoronamiento de las instituciones, superan las posibilidades de asimilación humana y por tanto disminuyen las posibilidades de eficacia e influencia positiva de los procesos socializantes, produciéndose la impotencia del establecimiento de relaciones interpersonales completas y humanas, que permitan al individuo una valoración de sí mismo y del otro en el cual pueda depositar la confianza.

Otro factor importante de considerar es la continua migración de los habitantes de las zonas rurales a zonas marginadas de la ciudad, que genera pésimas condiciones de vida y además la imposibilidad de lograr las expectativas de superación que motivaron el traslado y por consiguiente, un fenómeno de desculturación que se refleja en la desintegración de los grupos y las familias.

1.2.2.2. Factores familiares.

Es indudable la importancia de la familia en el desarrollo psicosocial del individuo, ya que es en el núcleo familiar donde se puede gestar la salud o la enfermedad. La familia puede ayudar al individuo a obtener confianza y seguridad en sí mismo y una adecuada percepción de la realidad, o, por el contrario, le proporciona una percepción alterada de sí mismo y de la realidad.

Las familias que favorecen la aparición de la farmacodependencia presentan múltiples y variadas características por lo que resulta difícil llegar a generalizaciones; sin embargo, entre los factores que frecuentemente se observan, se encuentran algunos como: desintegración familiar, presencia de adicciones o enfermedad mental en algún miembro de la familia, conflictos entre los padres y entre éstos y los hijos, madres sobreprotectoras, padres autoritarios o ausentes, familias que tienden a señalar o poner énfasis en lo negativo y no así en lo positivo de sus miembros, ausencia de manifestaciones afectivas, roles familiares difusos con varias líneas de autori

dad, mensajes ambivalentes sin establecimiento de límites, poca comunicación o comunicación inadecuada.

Es posible que existan más factores que aún no se han considerado; sin embargo las anteriormente expuestas nos pueden dar elementos que al combinarse con factores individuales y sociales inducen al individuo a ser el portador de una disfunción familiar a través del síntoma de la farmacodependencia; en este sentido, observamos como el uso de drogas no sólo provee una falsa salida al individuo, sino también ayuda a mantener la estabilidad familiar desviando hacia la farmacodependencia la atención de otros conflictos que también la requieren. Es común que los padres nieguen la farmacodependencia de sus hijos, sin darse cuenta de circunstancias obvias de donde podrían deducirlo, buscando tratamiento cuando el foco del problema es de tal magnitud que afecta el equilibrio familiar.

Con todo lo planteado, no hay que descuidar la importancia que tienen los hermanos, ya sea por el rol que han asumido frente al farmacodependiente o por los conflictos que les provoca el que el farmacodependiente es té más ligado a la madre.

La familia del farmacodependiente es un agente socializador inestable en la integración eficaz de sus miembros a la sociedad.

1.2.2.3. Factores individuales.

Se habla con frecuencia de que el farmacodependiente es un individuo que carece de una estructura de valores en el sentido más amplio y que dicha carencia es provocada ya sea porque no se le proveyó de un sistema sólido de valores o bien porque se le transmitieron como mensajes contradictorios o porque no se le brindó al individuo el instrumental necesario para el propio discernimiento de aquello que es pertinente creer y hacer de lo que no lo es.

Se manifiesta que las crisis se presentan primordialmente en el ado

lescente y el joven, que por una parte son quienes están más abiertos al cambio y por la otra, son los más desprotegidos e impotentes. En los farmacodependientes la insatisfacción de las necesidades de afecto y seguridad, de estimulación ambiental o intelectual, o simplemente de aquellas necesidades físicas más elementales de supervivencia, los conduce a un estado de inseguridad e impotencia, siendo por estas circunstancias que los adolescentes y jóvenes en su búsqueda de reafirmación se integren a grupos igualmente carenciados, que encuentran en la droga una salida a sus frustraciones.

De ahí, que el hecho de que un determinado sujeto recurra a las drogas debe entenderse como un síntoma, esto es como expresión de un conflicto emocional. Este conflicto está determinado por su desarrollo psicológico, el cual a su vez se determina por las relaciones que ha tenido desde sus primeros años, primero dentro de su familia, después en la escuela, con amigos, etc. Es por ello que el consumo de drogas en un individuo debe ser considerado como una manera de resolver una situación que para él resulta conflictiva.

Algunos rasgos comunes en la personalidad de los farmacodependientes son: una imagen devaluada; carencia de relaciones íntimas y de confianza; egocentrismo; falta de control sobre sus impulsos; falta de capacidad para aplazar una gratificación; resentimiento ante figuras de autoridad; dependencia emocional; estados de ansiedad, depresión, miedo, desesperanza.

Entre algunas causales que se pueden encontrar dentro del ámbito individual, tenemos:

° La búsqueda del placer, a través del uso de drogas como un medio de producir estados físicos o psíquicos placenteros y, por consiguiente, un uso continuo.

° El uso de drogas debido a una curiosidad en sus efectos y ante los resultados positivos de alivio de tensiones, la curiosidad primera pue

de transformarse en hábito al ofrecer posibilidades de enfrentamiento a situaciones que antes de la droga, no podían darse. Por lo que el uso inicial puede desembocar en farmacodependencia.

° Cuando el consumo se hace en grupo, obedece a una necesidad de sentirse aceptados, queridos, respetados. La necesidad de aprobación es tan fuerte, que el adolescente hará cualquier cosa que considere parte de las normas del grupo al que pertenece.

° Otra circunstancia es la de aquellos individuos que al pertenecer a familias donde las relaciones están teñidas de violencia, en donde el consumo de drogas es un intento de fuga a estas realidades dolorosas.

1.2.3. Características de los usuarios.

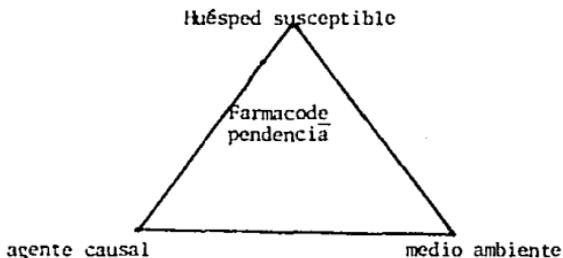
Las siguientes son algunas características que suele presentar el farmacodependiente:

- Transtornos de la atención
- Inseguridad
- Dificultad para aceptar responsabilidades
- Falta de interés
- Disminución en la eficiencia o ausentismo en la escuela o trabajo.
- Dificultad para adaptarse a diferentes situaciones.
- Presencia de estados de ánimo inestables
- Impulsividad
- Rechazo de antiguos amigos y sustitución del círculo de amistades
- Poca capacidad de respuesta social
- Poca o nula relación emocional
- Cambios en el lenguaje y/o en el vestido
- Exigencias extraordinarias para gastos personales
- Ejecución de robos y asaltos
- Descuido en la apariencia física o en la vestimenta.

- Presencia de algún olor especial en el cuerpo o en la ropa
- Alteración en el dormir
- Cambios en el apetito.

1.2.4. La farmacodependencia como enfermedad.

En la farmacodependencia considerada como una enfermedad, se pueden distinguir tres elementos.



En donde se entiende como huésped susceptible a aquel individuo que presenta ciertas características que lo hacen vulnerable a la farmacodependencia (factores individuales)

Por medio ambiente se considera a la familia, la escuela, los amigos y la sociedad en general, quienes de alguna manera están sirviendo como portadores de la enfermedad al sujeto (factores familiares y sociales).

El agente causal, que en este caso será la droga, es aquel que le va a producir al individuo una gran variedad de efectos; algunos de éstos se logran o hay la sensación de lograrlos porque existe una predisposición emocional en el individuo; dentro de estos efectos se pueden mencionar: placer, adaptación, aumento de la potencialidad física, control de los estados de ánimo, facilidad para la socialización, reto a la autoridad, satisfacción de la curiosidad, alivio al vacío emocional entre otras. Cabe aclarar que las

drogas no van a producir siempre el mismo efecto, ya que éste va a depender de la dosis, de las circunstancias en las que se ingiera y de las características psicológicas del sujeto que las consuma.

1.3. La farmacodependencia como problema de Salud Pública.

Lamentablemente hasta el momento no se han realizado estudios epidemiológicos que den cuenta de la magnitud del daño y la trascendencia individual y social ocasionadas por la farmacodependencia. Sólo encontramos dentro de la bibliografía afirmaciones tales como: "La farmacodependencia al ser contemplada como problema de salud pública, afecta a toda la población y presenta características de tipo epidémico en su instalación, crecimiento, desarrollo y expansión. Es un problema que se presenta en cualquier edad, sexo o estrato socioeconómico" (21)

Otro ejemplo es: "... la farmacodependencia, síntoma médico de un fenómeno multicausal en sus orígenes, complejo en su desarrollo y de difícil solución, pues al surgir como tal determina, desde el campo de la salud, un conjunto de acciones médico-sanitarias dirigidas no solamente al individuo sino también a su familia y comunidad. Este fenómeno multicausal, definido como un problema de salud pública, requiere de la confluencia de disciplinas sanitarias y educativas para su prevención, tratamiento y rehabilitación, pero muy especialmente de redefiniciones y reubicaciones, fruto de una adecuada coordinación con el sistema sanitario, a fin de que todos los recursos actúen armónicamente y de que, desde esa visión integral, se tenga una comprensión cabal del problema" (22)

Sin embargo, algunos datos que nos permiten darnos idea de la envergadura del problema, son los siguientes, fruto de investigaciones realizadas

(21) Dr. Jesús Martínez Malo "Conceptualización de la farmacodependencia. Modelo de Abordaje en CIJ". Copias fotostáticas.

(22) Centros de Integración Juvenil "Manual para curso de capacitación introductoria para servicio social y prácticas académicas" Manual interno.

en los Centros de Integración Juvenil por su Departamento de Investigación.

A la primera que se hará referencia es denominada "Investigación Documental Sobre Estudios Epidemiológicos en Farmacodependencia de la República Mexicana" (23), en la que fueron seleccionados aquellos estudios llevados a cabo en Escuelas y Hogares entre 1970 y 1981, presentando la limitación de que se trabajó sobre el material publicado y no el original y de que cada estudio fue efectuado bajo distinto procedimiento. Para la presentación de resultados, la República Mexicana se dividió en trece regiones, constituidas de la siguiente manera:

- Región 1 Pacífico Norte: Baja California Norte, Baja California Sur, Sonora y Sinaloa.
- Región 2 Norte: Coahuila y Chihuahua
- Región 3 Golfo Norte: Nuevo León y Tamaulipas
- Región 4 Centro Norte: Durango, San Luis Potosí y Zacatecas
- Región 5 Pacífico Centro: Aguascalientes, Colima, Jalisco y Nayarit
- Región 6 Bajío: Guanajuato y Michoacán
- Región 7 Centro: Querétaro, Hidalgo y México
- Región 8 Capital: Distrito Federal, Municipios de Naucalpan y Netzahualcoyotl
- Región 9 Tlaxcala y Puebla
- Región 10 Golfo de México: Veracruz
- Región 11 Península de Yucatán: Yucatán, Campeche, Quintana Roo y Tabasco
- Región 12 Morelos y Guerrero
- Región 13 Chiapas y Oaxaca

(23) Para mayor información consultar: Sánchez Huesca R. et al; "Investigación Documental sobre Estudios Epidemiológicos en Farmacodependencia de la República Mexicana". CIJ. México 1983.

Entre las conclusiones más significativas a las que se llegó en esta investigación documental están:

Durante la década de los setentas se advierte un aumento en el número de usuarios de drogas en ciudades de la República Mexicana, aunque se desconoce lo ocurrido en el medio rural.

De las zonas consideradas, la más afectada resulta ser la Región Pacífico Norte que comprende los Estados de Baja California Norte, Baja California Sur, Sonora y Sinaloa. Es posible que la vecindad con Estados Unidos y el ser reconocidos como lugares de producción de droga promueva la circulación de ésta y por tanto, su disponibilidad para el uso. Le sigue en orden de importancia, las áreas urbanas de mayor desarrollo industrial: Distrito Federal y Monterrey.

Al establecer la diferencia entre drogas de uso médico y drogas de uso no médico, los índices mayores se dan en las de uso médico, principalmente narcóticos y depresores, lo que lleva a replantear el problema de salud pública que implica la farmacodependencia, ya que el acento se ha venido colocando en la prevención y tratamiento de sustancias ilegales; siendo que la información que arrojan las investigaciones documentales es que el problema principal se encuentra en el abuso de drogas de uso médico utilizadas por adolescentes mayores y adultos.

En relación a la marihuana, en específico, tenemos que su consumo aumentó en las regiones 8 (Distrito Federal, Naucalpa y Netzahuacoyotl), en la 1 (Baja California Norte, Baja California Sur, Sonora y Sinaloa), en la 12 (Morelos y Guerrero), así como en las ciudades de mayor desarrollo económico (Monterrey y Guadalajara) donde se tuvo el índice más elevado de usuarios. Una posible explicación es que los Estados incluidos en las regiones 1 y 12 se les identifica como productores lo que supone la facilidad de su obtención; y el que el D.F., Monterrey y Guadalajara tengan índices elevados podría deberse a que son áreas de concentración demográfica lo que las vuelve mercados redituables al tráfico de drogas. Otra situación digna

de mención es que en la investigación realizada en 1981 en las ciudades don de se encuentra instalado algún Centro de Integración Juvenil, reportó que el consumo de marihuana en provincia se daba en la población que cursa ba el nivel medio-básico, seguida del nivel medio-superior; en tanto que otros estudios reportaron que el consumo de esta droga en el D.F., Naucalpan y Netzahualcoyotl se daba en el nivel profesional, lo cual puede deberse a que en provincia el uso de marihuana en poblaciones escolares se presenta a edades más tempranas por su disponibilidad y menor costo.

En un Estudio Predictivo sobre el uso de inhalables en la década 1970-1980, se estimó un aumento entre las poblaciones de 14 años en adelante; situación que fue corroborada en las Encuestas en Hogares y Escuelas. Sin embargo, no puede ubicarse una zona mayormente afectada, aunque en todas las ciudades estudiadas fue reportado su uso. El porcentaje más alto en las entrevistas efectuadas en Hogares se presentó entre habitantes de una zona marginal, lo que refuerza la idea de que los inhalables son sustancias de abuso a los que recurren con mayor frecuencia personas económicamente carenciadas. Sin embargo, en investigaciones realizadas en Escuelas ubicadas en zonas de diverso estrato socioeconómico en el Distrito Federal, se llega a la conclusión de que su uso se ha extendido a otras capas sociales. El uso de estas sustancias ha seguido una tendencia ascendente de 1976 a 1981, presentándose en niveles escolares inferiores lo que supone su uso por niños y/o adolescentes tempranos, quizá por su bajo costo en relación a otras drogas. Otro factor importante a considerar es que posiblemente el índice de usuarios sea mayor al encontrado en estas investigaciones, ya que el inhalador es un sujeto carente de vivienda estable y poco asiduo a instituciones escolares.

Pasando al grupo de los Depresores (ansiolíticos, barbitúricos, psicodislépticos, sedantes, tranquilizantes y depresores en general) éstos son consumidos principalmente por adultos. Los sedantes no barbitúricos son consumidos por las personas de más edad. Los ansiolíticos y sedantes barbitúricos se emplean menos en ciudades de baja y mediana industrialización, siendo los primeros consumidos preferentemente por mujeres.

En cuanto al grupo de estimulantes (anfetaminas, antidepresivos y cocaína) se pueden encontrar los siguientes datos: en la década de los se te nt as el uso de anfetaminas a u m e n t ó; en el caso de las Encuestas en Hogares las mujeres resultan ser las más afectadas, en tanto que en las Encuestas Escolares los afectados son los hombres, lo cual puede deberse a: a) que en las Encuestas en Hogares cuando se colectan los datos, las más e n t r e v i s t a d a s son las mujeres lo que puede constituir un sesgo en la muestra; b) en las Encuestas en Escuelas se encuentran con mayor frecuencia a l u m n o s h o m b r e s, sobre todo del nivel medio-superior hacia arriba, lo que también podría ser un factor de sesgo

En relación a la cocaína, a pesar de que es una sustancia bastante cara y en consecuencia poco accesible a la mayor parte de la población e s c o l a r, su consumo se observa en la mayor parte del país, sobre todo en el n i v e l d e e s t u d i o s u p e r i o r, por lo que es una sustancia a la que r e c u r r e n t ó j ó v e n e s mayores y adultos. En las Encuestas en Hogares se reportó que el c o n s u m o s e d a e n l a s ciudades del norte del país, tal vez debido a la v e c i n d a d a d e l a v e c i n d a d e l o s E s t a d o s U n i d o s.

Con referencia al grupo de narcóticos (analgésicos narcóticos con codeína, otros analgésicos narcóticos, opiáceos y heroína), se tiene que los analgésicos narcóticos con codeína son las drogas que presentan los í n d i c e s m a y o r e s de consumo, lo que hace pensar en la extensa m e d i c a c i ó n a la que se v e s o m e t i d a l a p o b l a c i ó n, correspondiendo fundamentalmente a los a d u l t o s. Con respecto a los opiáceos, en 1975 se afirmaba que su uso era p r á c t i c a m e n t e d e s o n o c i d o, salvo casos aislados, especialmente entre a d u l t o s; no o b s t a n t e p a r a 1 9 8 1 en una encuesta entre e s t u d i a n t e s de d i f e r e n t e s de l a R e p ú b l i c a s e r e p o r t a s u o, principalmente en la r e g i ó n P a c i f i c o N o r t e. Según resultados de estudios realizados entre e s t u d i a n t e s, el uso de la h e r o i n a p a r e c i r c u m s c r i t o al c e n t r o de l a R e p ú b l i c a s e r e h a c e n l a c i u d a d e T i j u a n. En lo que hace a los a l u c i n ó g e n o s, son poco utilizados, tal vez debido a lo l i m i t a d o e n s u d i f u s i ó n.

El segundo trabajo al que se hará referencia fue titulado "Investigación Documental sobre Estudios Epidemiológicos en Farmacodependencia del Area Metropolitana de la Ciudad de México" (24) y hace referencia a diversos trabajos epidemiológicos realizados por distintos organismos y personas durante el periodo comprendido entre 1970 y 1981, el cual presenta las mismas limitaciones que la investigación documental correspondiente a la República Mexicana, habiéndose seleccionado aquellas investigaciones realizadas con estudiantes y en hogares.

Las conclusiones a las que se llegó en la presente investigación documental fueron:

Entre el periodo de 1970 a 1981, se observa un aumento en el índice de personas que usan o han usado drogas.

Al establecer la diferencia entre drogas de uso médico y drogas de uso no médico, los índices mayores se dan en aquellas de uso médico, principalmente narcóticos y depresores, siendo usadas por adolescentes mayores y adultos.

En relación a drogas de uso no médico, el consumo se encuentra en los niveles de mayor grado académico, fundamentalmente en lo concerniente a la marihuana. Observando la tendencia, de que el uso de la marihuana se mantuvo entre 1975 y 1981, encontrándose que el índice promedio fue el 4% entre la población estudiantil de educación media básica a profesional, siendo mayor el índice en el nivel profesional. Por su parte, el uso de inhalables sigue una tendencia ascendente entre 1976 y 1981, dándose el mayor incremento en los niveles educativos inferiores, lo que hace suponer su mayor utilización por adolescentes jóvenes, quizá por el bajo costo en relación a otras drogas.

(24) Para ampliar información consultar: Sánchez Huesca R. et al; "Investigación Documental Sobre Estudios Epidemiológicos en Farmacodependencia del Area Metropolitana de la Ciudad de México" C.I.F. México 1983.

En investigaciones realizadas en escuelas de diferente estrato socioeconómico, se ha visto que el uso de inhalantes se ha extendido, aunque los estratos socioeconómicos bajos continúan teniendo el mayor predominio.

Con respecto al consumo de drogas de uso médico, el índice más alto se encontró en analgésicos narcóticos con codeína, lo que hace pensar en una extensa medicación, correspondiendo su uso a la población adulta principalmente.

Los estimulantes, especialmente las anfetaminas, presentan un incremento en la población estudiantil de nivel medio-básico y medio-superior; sin embargo, se encuentra más difundido en estos últimos niveles. Por otra parte, el uso de cocaína se quintuplicó en un lapso de seis años (1974-1980) en ese mismo nivel educativo.

Las investigaciones que estudian el uso de heroína y morfina en niveles escolares medio básico y medio superior muestran un aumento en el uso de esas sustancias entre los segundos, no teniendo información de niveles profesionales.

Del uso de alucinógenos sólo se pudo obtener el índice de LSD, el cual parece mínimo, no llegando al 1%.

1.4 Implicaciones de esta caracterización.

Dentro de las principales implicaciones, podemos mencionar:

- ° La consideración de la farmacodependencia como una enfermedad y por tanto, al farmacodependiente como un enfermo.
- ° La realización permanente de estudios epidemiológicos, que den cuenta de esta enfermedad, para establecer la magnitud del daño y la na

turaliza de los diversos factores que lo determinan, de tal manera que se puedan tomar decisiones para enfrentarlo de una forma más adecuada.

- ° La formulación de un plan que regule la intervención coordinada de las diferentes instituciones de salud.

- ° La realización de actividades preventivas con la población más vulnerable, buscando la participación activa y decidida de toda la so ci dad, así como la atención especializada a la población farmacodependiente.

II. GENIROS DE INTEGRACION JUVENIL: INSTITUCION ABOCADA AL PROBLEMA DE FARMACODEPENDENCIA.

2.1.- Historia

2.1.1.- Principales acontecimientos:

Es a partir de la década de los años sesenta que el mundo empieza a sentir, cada vez con mayor intensidad, la presencia y las consecuencias que el fenómeno de la farmacodependencia produce a nivel individual y social.

Ante esta situación la comunidad debió adoptar una actitud que le hiciera posible enfrentar este problema. En este sentido, y bajo los auspicios de Damas Publicistas de México y Asociados A.C., es que los Centros de Integración Juvenil A.C. iniciaron sus labores, el 12 de marzo de 1970, instalándose en Cerrada de Taxqueña el 'Centro de Trabajo Juvenil', nombre que dieron a la unidad en la que iniciaron las labores de prevención, tratamiento, rehabilitación e investigación en el campo de la farmacodependencia, estando asesorados por la Dirección de Salud Mental de la Secretaría de Salud y Asistencia. En dicha primera unidad, laboraron profesionales de la psiquiatría, psicología y trabajo social comisionados por diversas instituciones oficiales, además colaboraba un grupo de voluntarios con sentido de responsabilidad social pero sin experiencia alguna en el campo de la farmacodependencia.

A pesar de la buena voluntad y los esfuerzos, al cabo de dos años los fondos fueron totalmente insuficientes, por lo que se solicitó ayuda al C. Presidente de la República, Luis Echeverría Álvarez, encontrando en él una respuesta definitiva y eficaz. Dos días después de esta comunicación, el C. Presidente de la República visitó el Centro de Trabajo Juvenil acompañado

por un grupo de colaboradores, quienes por el puesto que ocupaban estaban abocados a tratar este problema: Dr. Jorge Jiménez Cantú, Secretario de Salubridad y Asistencia; Dr. Jorge Campillo Sáinz, Subsecretario de Salubridad; Dr. Ramón G. Bonfil, Subsecretario de Educación; Lic. Pedro Ojeda Payllada, Procurador General de la República; Dr. Sergio García Ramírez, Procurador del Distrito Federal; Sr. Fausto Zapata Loredo, Subsecretario de la Presidencia; Dr. Guillermo Calderón, Director de Salud Mental; Dr. Norberto Treviño Zapata, Director del INPI y el escritor Ricardo Garibay. La reunión duró más de tres horas, durante las cuales el Lic. Echeverría y sus colaboradores fueron informados de lo que se estaba haciendo, de los problemas a los que el grupo se estaba enfrentando y de las necesidades iminentes que había que resolver. Se discutieron varios puntos, personalmente el Sr. Presidente ofreció su ayuda económica en forma privada. Una de las primeras resoluciones fue el cambio de local, ya que en aquel entonces se tenían graves problemas con los vecinos. Se decidió crear un patronato en el cual, además del grupo de Damas Publicistas de México y Asociados A.C. participaran otros sectores de la iniciativa privada.

En aquella ocasión, el Primer Mandatario fijó al grupo como primer objetivo el abrir por lo menos un Centro en cada Delegación del Distrito Federal.

Por otra parte, en 1972, por Decreto Presidencial, se constituyó el Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia, organismo descentralizado para la investigación biomédica, prevención, tratamiento y rehabilitación de pacientes. En consecuencia, los Centros de Trabajo Juvenil establecidos pasaron a depender técnicamente de él.

El Primer Patronato de los Centros se fundó el 2 de octubre de 1973, habiéndose acordado en la Primera Asamblea, cambiar el nombre original de Cen-

tros de Trabajo Juvenil por el de Centros de Integración Juvenil, ya que uno de los principales objetivos es el de reintegrar a la juventud a la sociedad y a la vida productiva del país.

Durante una asamblea extraordinaria celebrada en marzo de 1975 se eligió la nueva mesa directiva del Patronato.

Dada la importancia cobrada por los Centros de Integración Juvenil, fueron incluidos en el Plan Nacional de Salud, que había fijado como meta para 1976, el mínimo de un Centro en cada estado de la República y un Centro por cada Delegación del Distrito Federal.

En el año de 1976, por Decreto Presidencial, el Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia amplió sus funciones a todo el campo de la salud mental y se creó el Centro Mexicano de Salud Mental (CEMESAM). Los Centros de Integración Juvenil A.C. quedaron entonces como una entidad autónoma de carácter privado, única especializada en prevención, tratamiento, rehabilitación e investigación de la farmacodependencia.

Y, desde el año siguiente, el Gobierno de la República, en un decidido apoyo a los Centros de Integración Juvenil, incrementó notoriamente su ayuda económica en forma de subsidio, ya que había llegado a la conclusión de que los jóvenes farmacodependientes, así como sus familiares, se resisten a asistir a instituciones públicas para recibir la atención necesaria pues temen que no exista la discreción debida o se utilice la información que proporcionan para actos de represión. Asimismo y esencialmente, consideró muy necesario corresponsabilizar a la comunidad en la prestación de un servicio de gran contenido social, como es la prevención, tratamiento y rehabilitación para atacar el problema integralmente, no sólo en sus efectos sino- ante todo- en sus causas.

En la actualidad -a partir del Decreto del 10. de septiembre de 1981- Centros de Integración Juvenil ha quedado definida jurídicamente como una Asociación Civil, de participación estatal mayoritaria, asumiendo al Sector Salud.

2.1.2.- Generalidades de la forma de abordaje.

1970-72. El enfoque de trabajo se centró en la actividad asistencial, prestandose el servicio de consulta externa a farmacodependientes desde una perspectiva exclusivamente psiquiátrica.

1973-76. En este período se realizan investigaciones sociales a través del CEMEF, que conducen a establecer las bases de un enfoque biopsicosocial que pretende trascender al ámbito estrictamente clínico; se fortalece el equipo interdisciplinario y se inicia la sistematización del trabajo voluntario, con una marcada tendencia a insertarlo en la actividad asistencial.

Asimismo, al hacerse patente la necesidad de acudir a las poblaciones incientemente afectadas por la farmacodependencia o con un alto riesgo de serlo, se inicia el desarrollo de actividades preventivas realizadas extra muros para informarles sobre la problemática y sus consecuencias:

Por su parte, la tarea asistencial continúa desarrollándose enfocada ha cia el tratamiento individual de pacientes farmacodependientes; se amplia también en esta etapa la atención a problemas de salud mental en general.

Este período de intenso crecimiento estuvo aunado a la celebración de convenios interinstitucionales a fin de promover y facilitar información su ficiente sobre el panorama general de la farmacodependencia en México; dicha información serviría en el futuro para la evaluación del fenómeno.

1977-79. Técnicamente se caracteriza por el fuerte impulso que se da a

los proyectos preventivos. Se pretendía desarrollar este tipo de acciones desde una perspectiva psicosocial, es decir, considerar las necesidades de la población con la que se trabaja y propiciar su participación en la generación de alternativas para solucionar el problema. Con el tiempo, estos planteamientos de prevención inespecífica, hicieron perder la especificidad de la tarea de Centros de Integración Juvenil.

El modelo de tratamiento utilizado en este período se basaba fundamentalmente en técnicas psicoterapéuticas a largo plazo; en el campo de la rehabilitación se implementaron programas de educación abierta así como algunos talleres de capacitación laboral.

Dado el nivel de atención y la gran variedad de campos de actividad, se hizo notoria la carencia de recursos humanos especializados, por lo que se inició un proceso sistemático de enseñanza mediante capacitación.

Asimismo, es en esta etapa donde se manifiestan concretamente las diferentes formas de participación comunitaria, a través de aportaciones en efectivo, en especie y en servicio. Sin embargo, por la ausencia de parámetros y criterios normativos para la organización y funcionamiento de los diferentes tipos de voluntarios, existió dificultad para incorporarlos a la tarea de la entidad.

1980. Es durante el inicio de esta década que los Centros de Integración Juvenil se conforman como una institución de interés social colectivo dentro del área de la salud mental, específicamente para investigación, prevención, tratamiento, rehabilitación y capacitación en el campo de la farmacodependencia por existir otros organismos, públicos y privados, que se encargan de la atención de problemas originados por sus sustancias ilícitas como el tabaco, el alcohol y otros problemas de salud mental.

En 1981 fueron normatizados los proyectos institucionales, en donde la conceptualización de la farmacodependencia fue considerada a partir de un problema de salud, según el modelo de causalidad multifactorial, asimilando los planteamientos de la Organización Mundial de la Salud. La prevención fue delimitada en el ámbito de la prevención primaria específica, basándose en la Educación sobre Drogas cuyas estrategias fueron resumidas por Nowlis en los modelos médico-sanitario, ético-jurídico, psico-social y socio-cultural.

En 1982 se intentó ubicar a la farmacodependencia bajo el encuadre de la Salud Pública, retomándose algunos conceptos fundamentales de ésta como un medio de entender la integración de Centros de Integración Juvenil al Sector Salud.

El año de 1983 representó un corte con el modelo de Educación sobre drogas, retomándose la educación para la Salud como un medio por el cual se ambiciona informar, orientar y capacitar a la población en la prevención de las situaciones y motivos que inducen al consumo de drogas; de ésta forma ella misma se apropia del problema y genera instancias organizativas que le procuren para sí misma, la posibilidad de evitar este consumo, lo que implica asumir la responsabilidad de crear mejores condiciones de vida.

2.1.3- Inclusión de los Centros de Integración Juvenil en los Planes y Programas de Salud.

La primera inclusión que se hizo de Centros de Integración Juvenil dentro de las instancias gubernamentales fue en el Plan Nacional de Salud - - 1974-76, 1977-83, formulado por la Secretaría de Salubridad y Asistencia en 1974, cuyos objetivos eran:

- 1.- extender la cobertura de servicio sanitario-asistencial a la totalidad de la población.
- 2.- Transformar las condiciones adversas del medio en circunstancias propias para la salud.
- 3.- Incorporar a la población por sí misma y a través de su organización social en el desarrollo de programas de salud.
- 4.- Promover y coordinar las acciones de las instituciones del sector salud, para lograr el máximo aprovechamiento de los recursos y el aumento en la productividad de los servicios.
- 5.- Aumentar la esperanza de vida y crear las condiciones para mejorar la calidad de la misma.

Como una de las metas dentro del rubro de la salud mental se encontraba el crear un Centro de Integración Juvenil en cada una de las entidades federativas y en todas las poblaciones fronterizas. La proyección de esta meta para el año de 1983 se planteaba de la siguiente manera: que estén funcionando en todas las entidades federativas del país Centros de Integración Juvenil y unidades de urgencia para la atención de casos de farmacodependencia. Y dentro de las actividades que proponía para tal efecto se encontraban: el poner en práctica programas educativos sobre salud mental y crear Centros de Integración Juvenil bajo el control del Centro Mexicano de Estudios de Farmacodependencia.

En el año de 1984 fue formulado por la Secretaría de Salubridad y Asistencia el Programa Nacional de Salud para el período 1984-88, que dentro de su rubro de asistencia social planteaba como objetivo el 'contribuir al beneficio social de la población al proporcionar asistencia social principalmente a menores en estado de abandono, ancianos desamparados, minusv

lidos, madres gestantes de escasos recursos, así como a indigentes, a fin de propiciar su incorporación a una vida equilibrada en lo económico y social, y de apoyar el desarrollo de la familia y de la comunidad, fomentando la educación para la integración social', en donde plantea como meta para los Centros de Integración Juvenil beneficiar a 828 mil personas a través de consultas de salud mental y externa especializada, así como educación y orientación sobre los daños y riesgos de la farmacodependencia.

2.1.4.- Centros de Integración Juvenil como institución de participación estatal mayoritaria.

En el Diario Oficial publicado el 3 de septiembre de 1982 aparece publicado un acuerdo en el que las entidades de la administración pública para estatal se agruparán por sectores a efecto de que sus relaciones con el Ejecutivo Federal, en cumplimiento de las disposiciones legales aplicables, se realicen a través de las Secretarías de Estado. En específico, Centros de Integración Juvenil se ubica desde la fecha mencionada en el sector que corresponde a la Secretaría de Salubridad ; Asistencia, como una empresa de participación estatal mayoritaria.

Por lo anterior, Centros de Integración Juvenil tiene un carácter de Asociación Civil y es una persona moral, con personalidad jurídica y patrimonio propios, de acuerdo con el Apartado I, del ítem Décimo Primero de la Segunda Parte del Libro Cuarto del Código Civil para el Distrito Federal, asimilado como empresa de participación estatal mayoritaria al Sector Salud en el Subsector de Asistencia Social, en los términos de los artículos 46 y 47 del Capítulo Único del ítem Tercero de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.

Perteneciendo al Subsector de Asistencia Social de acuerdo al Artículo 36 del acuerdo por el que se establecieron las formas y lineamientos para la integración y funcionamiento de los órganos de gobierno de las entidades paraestatales coordinadas por la Secretaría de Salubridad y Asistencia, con fecha 30 de mayo de 1984.

2.2.- Organización y Funcionamiento.

2.2.1.- Estructura organizativa:

En la estructura organizativa de los Centros de Integración Juvenil, el órgano máximo de decisión es la Asamblea de Asociados cuyos miembros representan a la comunidad.

El manejo de la Institución está depositado en el Patronato Nacional; entre las responsabilidades del Presidente de la República interviene el designar a los Presidentes del Patronato y de la Comisión de Vigilancia, reservándose el derecho de vetar los acuerdos de la propia Asamblea. El Patronato se encuentra integrado por diez miembros, cinco representantes del Gobierno Federal y cinco de los Patronatos Locales y está asesorado por una comisión consultiva, formada por profesionales del país y del extranjero de reconocido prestigio en la materia y por un representante de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

La Comisión de Vigilancia está integrada por expresidentes del Patronato Nacional y un representante de la Secretaría de Programación y Presupuesto.

El nivel ejecutivo es designado por el Patronato Nacional y está compuesto por: Dirección General, Dirección Adjunta, Dirección Médica, Dirección de Patronatos, Dirección Administrativa y Coordinación de Planeación y Comunicación.

El nivel operativo está integrado por órganos desconcentrados te-

territorialmente y descentralizados por función, responsabilidad y prestación de los servicios: Direcciones Regionales, Patronatos y Centros Locales.

2.2.2.- Funcionamiento:

La responsabilidad de hacer cumplir las disposiciones de la Asamblea de Asociados, así como el manejo de la Institución, están depositados 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.

La Dirección General tiene bajo su cuidado la coordinación de la norma y de la operación diaria de la Institución.

La Dirección Adjunta es responsable de las acciones para integrar a los Centros de Integración Juvenil al Sector Salud.

La Dirección Médica vigila y opera la prestación de los servicios.

La Dirección de Patronatos norma y coordina las actividades de los Patronatos Locales, quienes colaboran con los equipos técnicos en los proyectos implantados en la comunidad.

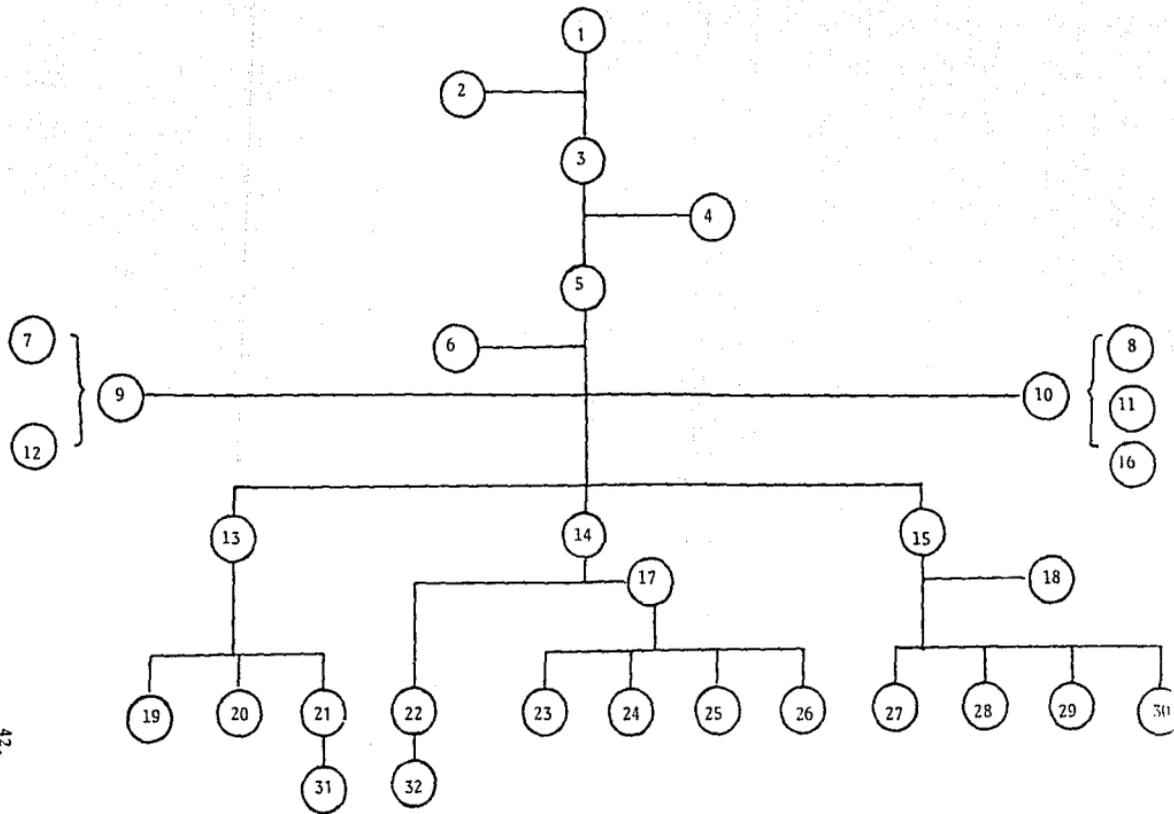
La Dirección de Administración y Coordinaciones, Planeación y de Comunicación, funcionan como unidades de apoyo a la Dirección General.

Debido a la cobertura nacional de los servicios, se ha requerido que la organización, como sistema, opere bajo principios de delimitación, determinados por las condiciones geográficas, la complejidad, modalidad y nivel de atención. Así se han agrupado los diferentes patronatos y Centros Locales por regiones y con ello a las Direcciones Regionales se les pretende dotar de áreas de apoyo para descentralizar las funciones de carácter nor

mativo y operativo.

2.2.3. - Organigrama:

1. Asamblea de Asociados
2. Comisión de Vigilancia
3. Patronato Nacional
4. Comité Técnico Consultivo
5. Dirección General
6. Dirección Adjunta
7. Comunicación Social
8. Programación
9. Coordinación de Comunicación
10. Coordinación de Planeación
11. Organización y Sistemas
12. Centro de Información e Intercambio
13. Dirección de Patronatos
14. Dirección Médica
15. Dirección de Administración
16. Evaluación
17. Subdirección de Servicios Técnicos
18. Adquisiciones
19. Participación Comunitarias
20. Operación
21. Patronatos Regionales
22. Direcciones Regionales
23. Departamento de Prevención
24. Departamento de Tratamiento y Rehabilitación
25. Departamento de Capacitación
26. Departamento de Investigación
27. Contabilidad y Control Presupuestal
28. Administración y Desarrollo de Recursos Humanos
29. Tesorería
30. Servicios Generales
31. Patronatos Locales
32. Centros Locales.



2.2.4.- Los Centros de Integración Juvenil en la República Mexicana

En la actualidad, aparte de las Oficinas Generales, existen 32 Centros de Integración Juvenil, de los cuales once se encuentran en el área metropolitana y 21 en provincia.

Los Centros del área metropolitana son: Aragón, Azcapotzalco, Caracol, Cuauhtemoc, Miguel Hidalgo, Nápoles, Naucalpan, Netzahualcoyotl, Norte, Sur y Tlatelolco.

Los de Provincia son: Acapulco, Chihuahua, Cuernavaca, Ciudad Juárez, Culiacan, Guadajuara, Hermosillo, Jalapa, La Paz, León, Mazatlán, Mérida, Monterrey, Nogales, Pachuca, Piedras Negras, Puebla, Querétaro, San Luis Potosí, Tijuana y Tuxtla Gutiérrez.

2.3.- Proyectos Específicos.

2.3.1.- Modelo de Atención en Centros de Integración Juvenil.

De acuerdo al enfoque social y sanitario que considera tanto a la salud y a la enfermedad como al individuo y a la población, desde el punto de vista social en cuanto al origen y a las consecuencias de la farmacodependencia, Centros de Integración Juvenil presta sus servicios dentro de un modelo de atención que tiene, entre otras, las siguientes características:

- La atención al problema parte de las necesidades locales detectadas por la propia comunidad.

- Definida el área de influencia y de acción, los servicios los brinda un equipo interdisciplinario de psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales donde cada miembro, desde su disciplina específica, ve con un enfoque médico-social al paciente farmacodependiente, a la familia y a la comunidad en la que actúa.

- La prevención es el área prioritaria de la actividad, trascendiendo el espacio intramuros para desarrollarse en el seno mismo de la comunidad.

- Las acciones preventivo-sanitarias se retroalimentan desde dos vertientes: Una con la presencia activa de la comunidad y otra por proyectos de investigación social y estudios epidemiológicos aplicados a este campo de acción y a un marco de evaluación sistemático.

- El paciente farmacodependiente que llega espontáneamente al Centro o que es captado a través del trabajo comunitario, recibe atención de tipo ambulatorio integrado al núcleo familiar por lo que el modelo terapéutico se extiende también, como el preventivo, fuera del ámbito físico institucional.

- Cuando el paciente requiere ser hospitalizado, permanece en Unidades de Internamiento (Guadalajara y Tijuana) y una vez superada la etapa aguda participa de manera activa en todas las actividades que se tienen programadas. Después del período de internamiento pasa a consulta externa para continuar en tratamiento ambulatorio hasta su recuperación.

- Desde el enfoque terapéutico se contemplan las posibilidades futuras para trabajar con el paciente y la familia en la rehabilitación del mismo.

- En la fase preventiva y en la rehabilitación es muy importante el apoyo del voluntariado, quien junto con el equipo técnico, brinda alternativas para los programas y proyectos específicos.

- Dada la necesidad de actualización científico-técnica, así como la permanente supervisión, se mantiene un programa de capacitación continuo, dirigido fundamentalmente a la prevención y al tratamiento.

2.3.2.- Enfoque Específico

2.3.2.1.- Investigación:

La investigación clínica y social aparece como una de las respuestas a la necesidad de sintetizar y organizar el pensamiento conceptual de las diferentes tareas que realiza la institución. De esta manera la práctica técnica se encuentra vinculada al marco teórico, abriendo la posibilidad de explicar el fenómeno y poder así transformarlo.

2.3.2.2.- Prevención:

Los esfuerzos institucionales en el área de prevención, tiene como objetivo el reducir o eliminar el abuso de drogas, llevando a cabo su labor por medio de programas de orientación en la familia, en escuelas, grupos organizados. Además, se tiende a promocionar la salud mental como determinante con la aparición del fenómeno de la farmacodependencia.

En cuanto a los ámbitos de acción, la institución intenta llegar a cada individuo a través de los grupos en que está inmerso, como son: su familia, la escuela, la comunidad y el núcleo de amigos o pares. Son atendidos también, los sectores de la población que como necesidad de estudio tengan algún interés sobre la farmacodependencia, proporcionándoles asesoría.

2.3.2.3.- Atención curativa:

El tratamiento y la rehabilitación que Centros de Integración brinda al farmacodependiente, se basan en que siendo la farmacodependencia una enfermedad, se pretende mejorar la salud y bienestar del individuo en una forma integral a través de dos tipos de atención curativa: la consulta externa y los servicios internos o de hospitalización.

El objetivo del tratamiento que se brinda es que el paciente abandone

por completo el uso de drogas mediante el análisis y conocimiento de las causas y efectos que han incidido sobre el individuo y lo han llevado a buscar en las drogas los elementos que no encuentra en la realidad. Por su parte la rehabilitación tiene como finalidad completar el proceso terapéutico iniciado en la psicoterapia, así como respaldar al farmacodependiente para que logre una nueva y más sana integración en la comunidad a la que pertenece.

La atención proporcionada en consulta externa es de tipo ambulatorio y con abordaje profesional interdisciplinario, el cual enfoca las diversas acciones diagnósticas, terapéuticas y rehabilitatorias en relación al farmacodependiente, a su familia y a aquellos elementos de la comunidad adecuados para colaborar en el proceso rehabilitatorio.

La institución cuenta también con unidades de internamiento, destinadas a la desintoxicación de pacientes farmacodependientes, así como al control de síndromes de abstinencia provocados por el abuso de fármacos, atención que se brinda paralelamente a la rehabilitatoria. Sin embargo, la función eje de dichas unidades es la de atender de manera especializada a ciertos casos debidamente seleccionados, que serán sujetos de investigaciones clínicas, realizadas con la debida ética y autorización del paciente y de sus familiares.

Son varias las fases o etapas que intervienen durante el tratamiento que la institución lleva a cabo, y van desde la recepción del paciente, su diagnóstico a través de varias técnicas y los diferentes abordajes terapéuticos y rehabilitatorios, hasta la orientación a familiares de farmacodependientes. Por otra parte, se ha implementado un sistema de seguimiento que permita evaluar los resultados del tratamiento y rehabilitación del paciente, y reanudar su atención en caso de que así lo requiera. Se ha creado la técnica del res

cate por medio de la cual se brinda al paciente la oportunidad de reanudar el tratamiento, en caso de haberlo interrumpido.

11.3.2.4.- Capacitación:

Como institución del Sector Salud, Centros de Integración Juvenil debe, en forma permanente, capacitar integralmente a su personal, proporcionándole los elementos teóricos, metodológicos y técnicos necesarios para implantar una línea que permita el conocimiento de aquellos factores de riesgo que contribuyen a la aparición del fenómeno y, de esta manera, poder brindar a la población los servicios de atención más efectivos.

11.3.3.- Clasificación de los Programas y Proyectos de Acción de los Centros de Integración Juvenil según normatización de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

<u>PROGRAMA</u>	<u>SUBPROGRAMA</u>	<u>PROYECTOS</u>
U.T. Investigación aplicada y desarrollo experimental en la medicina, en salud y seguridad social	01.- La violencia y los programas de la salud mental	-Incidencia y prevalencia -Localización estratificada de incidencia. -Incidencia y prevalencia de Heroína Centro local Tijuana -Pensamiento social del adolescente farmacodependiente urbano.

PROGRAMA	SUBPROGRAMA	PROYECTOS
Y.U.-Atención preventiva	06.- Salud Mental	-Orientación familiar preventiva. -Voluntariado y personal en servicio social
Y.V.-Atención curativa	02.- Consulta Externa especializada	- Diagnóstico - Farmacoterapia - Psicoterapia breve familiar - Psicoterapia breve grupal - Psicoterapia breve individual - Orientación a familiares de farmacodependientes. - Servicios terapéuticos conexos y de apoyo
Y.W.-Capacitación a la población	01.- Orientación e información	- Información pública periódica - Escuelas - Capacitación a la comunidad. - Grupos organizados

PROGRAMA	SUBPROGRAMA	PROYECTOS
5B.-Formación y desarrollo de recursos humanos para la salud.	01.- Formación y desarrollo de personal profesional	- Seminario de prevención - Seminario clínico
	02.- Formación y desarrollo de personal técnico	
	03.- Formación y desarrollo de personal auxiliar	
	01 y 02	- Taller de revisión de la tarea preventiva. - Taller y revisión clínica. - Curso monográfico
	03	- Capacitación introductoria de servicio social y prácticas académicas.
	01 y 02	- Revisión de material básico

2.3.4.- Proyectos Específicos: Objetivos.

2.3.4.1.- Investigación aplicada y desarrollo experimental en la medicina, en salud y seguridad social.

Subprograma:

07.- La violencia y los problemas de la salud mental.

Proyecto:

Incidencia y prevalencia

Objetivos:

- obtener la incidencia y prevalencia del consumo de drogas a través de los pacientes que acuden a los Centros Locales.
- Establecer indicadores demográficos y patrones de consumo en Centros Locales.

Proyecto:

Localización estratificada de incidencia

Objetivos:

- Dar una visión epidemiológica por estratos socioeconómicos a través de los pacientes farmacodependientes que acuden por primera vez a los Centros Locales.
- Ubicar geográficamente los niveles socioeconómicos en la zona de influencia del Centro Local.
- localizar en los mapas estratificados las colonias de mayor incidencia de cada Centro Local

Proyecto:

incidencia y prevalencia de heroína - Centro Local Tijuana

Objetivos:

- Obtener la incidencia y prevalencia del consumo de heroína en los pacientes heroínómanos que asisten a consulta externa o internamiento al Centro Local Tijuana.

Proyecto:

Pensamiento social del adolescente farmacodependiente urbano.

Objetivo:

- Conocer el pensamiento social del joven farmacodependiente urbano a partir de la medición de la percepción que tiene de su medio ambiente considerado en las siguientes áreas: educación, trabajo, salud, política y economía.

2.3.4.2.- Atención preventiva.

Subprograma:

00.- Salud mental.

Proyecto:

Orientación familiar preventiva

Objetivos:

A partir de la realidad social, familiar e individual que vive, proporcionar a la familia elementos que la ayuden a prevenir la aparición del fenómeno de la farmacodependencia en su seno y orientarla acerca de las alternativas que pueden instrumentar para tal efecto.

- Orientar acerca de las situaciones, procesos y motivos que pueden inducir a cualquiera de los miembros de la familia al uso y abuso de drogas.
- Orientar acerca de las alternativas sociales, familiares e individuales que pueden instrumentar a fin de evitar la aparición del fenómeno en cualquiera de ellos.

Proyecto:

Voluntariado y personal en servicio social.

Objetivos:

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

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

2.3.4.3.- Atención curativa.

Subprograma:

02.- Consulta externa especializada

Proyecto:

Diagnóstico

Objetivos:

General.- Alcanzar un reconocimiento médico, psicológico, familiar y social del paciente farmacodependiente para establecer un pronóstico ajustado a su realidad y un plan terapéutico más adecuado a ello.

Específicos:

La recepción tiene como finalidad responder a la demanda de atención del paciente, con una actitud terapéutica que considere este primer periodo de ayuda. De igual manera permitirá la discriminación de los pacientes no farmacodependientes para realizar la canalización adecuada a cada caso.

El reingreso tiene como objetivo actualizar la información que se tiene

de aquellos pacientes que desertaron y solicitan nuevamente atención, con el fin de realizar un replanteamiento de la estrategia terapéutica específica de cada caso.

La historia clínica tiene como finalidad obtener ordenadamente la información relevante respecto de los antecedentes personales del paciente desde el punto de vista clínico para lograr la comprensión global de su personalidad y su conflictiva.

Los estudios psicológicos tienen como fin profundizar en el conocimiento de la personalidad, conducta, nivel intelectual y organicidad del paciente, para apoyar al terapeuta en el establecimiento del diagnóstico.

El fin del estudio socio-familiar es proporcionar información del paciente y su familia para conocer el ámbito socio-económico-familiar en el que se desenvuelven.

Proyecto:

Farmacoterapia

Objetivo:

El propósito es dar información a los médicos tratantes de los diversos compuestos químicos, su dosificación, sus indicaciones y contraindicaciones en los pacientes farmacodependientes.

Proyecto:

Psicoterapia breve familiar

Objetivo

Detectar los aspectos sanos y patológicos de la familia del farmacodependiente y abordarlos a fin de modificarlos para lograr el desarrollo sano e integral de todos los miembros de la familia.

Proyecto:

Psicoterapia breve grupal

Objetivo:

Abordar los aspectos patológicos relevantes del paciente, en una experiencia grupal terapéutica, a fin de ayudarlo a desarrollar su individualidad y su participación social, encontrando alternativas adecuadas en la resolución de su conflictiva más perturbadora.

Proyecto:

Psicoterapia breve individual

Objetivo

La psicoterapia breve individual se propone ofrecer al farmacodependiente que acude a los Centros de Integración Juvenil, un ámbito que le permita cuestionar y esclarecer el lugar que la droga ocupa como parte de la conflictiva que tiene dificultad de resolver. A través de este esclarecimiento, se brinda al paciente la oportunidad de que éste encuentre una nueva alternativa de existencia.

Proyecto:

Orientación a familiares de farmacodependientes.

Objetivo:

Captar en un primer momento a los familiares que no aceptan su participación y responsabilidad en cuanto al síntoma de la farmacodependencia, así como sensibilizarlos para el entendimiento del síntoma mismo y lograr su apoyo al tratamiento de su miembro farmacodependiente.

Proyecto:

Servicios terapéuticos conexos y servicios terapéuticos de apoyo.

Objetivos:

General:

1.- Incrementar y apoyar por medio de las actividades educativas, aquellos aspectos funcionales predeterminados del paciente farmacodependiente, que se encuentren disminuidos, poco desarrollados, o bien, nunca se hayan desarrollados.

2.- Incorporar los elementos psicoterapéuticos de las actividades antes mencionadas, de manera tal que permita la familiarización paulatina del paciente a las exigencias de las situaciones socio-ambientales y que van de acuerdo a los intereses de éste.

Específicos:

Servicios educativos: facilitar el desarrollo de las habilidades y capacidades del paciente, por medio de la transmisión intencional de conocimientos, normas y valores, de manera sistematizada y metódica.

Servicios laborales: apoyar al paciente en la búsqueda de una actividad mediante la cual pueda solventar sus necesidades económicas, y que le permita al mismo tiempo, reconocer su capacidad y habilidad creativa y productiva como ente social que es.

Servicios deportivos: facilitar el trabajo grupal que apoye la resocialización del paciente por medio de actividades que le permitan el aprendizaje, la recreación y la recuperación de la salud física.

Servicio cultural-recreativo: proporcionar al paciente actividades por medio de las cuales pueda conocer y mostrar sus habilidades y capacidades a través del aprendizaje y el esparcimiento.

2.3.4.4.- Capacitación a la población

Subprograma:

Orientación e información

Proyecto:

Información pública periódica

Objetivos:

General:

Informar a la población abierta acerca del consumo de drogas.

Específicos:

Brindar información sobre los aspectos y factores relacionados con la farmacodependencia como problema social y de salud, realizando informativas con grupos de la población.

Sensibilizar a la población sobre el problema de la farmacodependencia.

Promover a Centros de Integración Juvenil como institución dedicada a la prevención, tratamiento y rehabilitación de la farmacodependencia.

Promover los diferentes proyectos preventivos.

Motivar a la población a participar activamente en ellos.

Lograr recursos humanos propios de la comunidad para los proyectos preventivos.

Proyecto:

Escuelas

Objetivos:

General:

Promover la salud integral física y mental en y desde las escuelas, ofreciendo a los diferentes sectores de la población escolar toda la información pertinente acerca de las situaciones y procesos que inducen al consumo

de drogas y difundir los servicios que Centros de Integración Juvenil ofrece.

Específicos:

Informar a los alumnos- partiendo de la realidad y dinámica social familiar e individual en que se encuentra- acerca de las situaciones, condicionamientos y procesos que pueden conducir al uso y abuso de drogas. Promover entre ellos los servicios que ofrece el Centro Local.

Informar a los padres de familia- partiendo de la realidad y dinámica social, familiar e individual en que se encuentran tanto ellos como sus hijos- acerca de las situaciones, condicionamientos y procesos que pueden generar el uso y abuso de drogas y motivarlos a alcanzar los niveles de orientación y capacitación que se ofrecen en los proyectos preventivos.

Informar a los maestros- tomando como punto de partida la realidad y dinámica social, familiar e individual en que se encuentran- acerca de las situaciones, condicionamientos y procesos que pueden conducir al uso y abuso de drogas y motivarlos a adquirir los niveles de orientación y capacitación que se ofrecen en otros proyectos preventivos.

Proyecto:

Capacitación a la comunidad.

Objetivos:

General:

Propiciar y motivar la autogestión como medio para que la misma comunidad genere instancias organizativas que le procuren mejores condiciones de salud mental y prevenir así las situaciones y motivos que inducen al uso y abuso de drogas dentro de su ámbito socio-geográfico específico.

Específicos:

Organizar y capacitar a líderes de la comunidad sobre las situaciones y motivos que pueden conducir al consumo de drogas, así como de las medidas preventivas que pueden instrumentar.

Sensibilizar y motivar a la población de la comunidad, a colaborar y participar en el desarrollo de proyecto.

Supervisar y asesorar a la comunidad y a los líderes en capacitación, sobre el desarrollo del PEPA (Programa de Estrategias Preventivas de Apoyo), como un ejercicio de auto-organización.

Proyecto:

Grupos organizados

Objetivos:

General:

Lograr la participación de personas estratégicas en la creación de mejores condiciones de salud mental y con ésto, prevenir las situaciones y motivos que propician el uso y abuso de drogas.

Específicos:

Orientar a grupos organizados acerca de su situación respecto al uso y abuso de drogas

Capacitar a estos grupos sobre las alternativas que pueden instrumentar.

2.3.4.5. Formación y Desarrollo de Recursos Humanos para la Salud.

Subprogramas:

01. Formación y Desarrollo de Personal Profesional

02. Formación y Desarrollo de Personal Técnico

03. Formación y Desarrollo de Personal Auxiliar

Proyecto:

Seminario de prevención.

Objetivo:

Proporcionar a los equipos médico-técnicos elementos teóricos relacionados con su práctica preventiva que posibiliten la consolidación de la tarea.

Proyecto:

Seminario Clínico.

Objetivo:

Proporcionar a los equipos médico-técnicos elementos teóricos relacionados con su práctica clínica que posibiliten la consolidación de la tarea.

Subprogramas:

u1.- Formación y Desarrollo de Personal Profesional

u2.- Formación y Desarrollo de Personal Técnico

Proyecto:

Taller de Revisión de la Tarea Preventiva.

Objetivos:

Promover el intercambio de conocimientos y experiencias entre los miembros de los equipos médico-técnicos para lograr que solucionen las dificultades técnicas que surgen en la tarea preventiva.

Promover la revisión permanente de la práctica de cada uno de los miembros de los equipos médico-técnicos para consolidar la tarea preventiva.

Proyecto:

Taller de Revisión Clínica.

Objetivos:

Promover el intercambio de conocimientos y experiencias entre los miembros

bros de los equipos médico-técnicos para consolidar la tarea terapéutica.

Proyecto:

Curso monográfico

Objetivo:

Proporcionar a los equipos de los Centros Locales elementos técnicos para mejorar la realización de la tarea institucional.

Subprograma

03.- Formación y desarrollo de Personal Auxiliar.

Proyecto:

Capacitación Introductoria de Servicio Social y Prácticas Académicas.

Objetivo:

Capacitar a pasantes y estudiantes sobre el fenómeno de la farmacodependencia y el funcionamiento de los Centros de Integración Juvenil.

Subprograma:

01.- Formación y desarrollo de Personal Profesional.

02.- Formación y desarrollo de Personal Técnico

Proyecto:

Revisión de material básico

Objetivo:

Proporcionar al personal médico-técnico de nuevo ingreso, los medios para conocer los conceptos elementales sobre la farmacodependencia y las políticas nacionales sobre los sistemas de Salud en México.

2.4.- Funciones del Trabajador Social.

Las funciones que están definidas institucionalmente para los trabajadores sociales son:

Aportar información que ayude al equipo técnico profesional a conocer el medio familiar y social en que se desenvuelven los pacientes y las limitaciones que pueden tener para su tratamiento y rehabilitación.

Concientizar a la comunidad -en especial a la familia- sobre las vías de solución adecuadas a los problemas de la farmacodependencia.

III.- La información que acerca de la farmacodependencia, poseen los adolescentes escolares de la zona norte del área metropolitana del Distrito Federal.

3.1 Aspectos Generales.

Para el desarrollo de este trabajo de campo, se tomó como límite geográfico la zona norte del área metropolitana del Distrito Federal, que es la zona de cobertura del Centro de Integración Juvenil Norte, donde se seleccionaron al azar diez escuelas: 4 primarias y 6 secundarias, que permitieron que se encuestara a uno de sus grupos. En las primarias sólo se encuestaron los 5o y 6o. años, que es el sector de población atendida a través del proyecto preventivo denominado escuelas; en las secundarias se encuestaron los tres grados.

Las escuelas fueron:

Primarias:

5o. Matutino	"Enrique Rebsamen"
5o. Vespertino	"Josefa Ortiz de Domínguez"
6o. Matutino	"Defensores de Anáhuac"
6o. Vespertino	"Profesor Juan B. Garza"

Secundarias:

1o. Matutino	"Lázaro Cárdenas"
1o. Vespertino	"Diurna No. 240"
2o. Matutino	"Margarita Maza de Juárez"
2o. Vespertino	"José María Luis Mora"
3o. Matutino	"Lázaro Cárdenas" (Federal)
3o. Vespertino	"Felipe Villanueva"

El cuestionario aplicado fue el mismo para todos los grupos y se encuentra en el Anexo I y del que se pudo obtener la siguiente información:

3.2 Características generales de la población investigada

Con respecto al sexo, sólo hay un 3.12% de población masculina sobre la femenina, lo que nos dará una visión casi equitativa por sexo. Sin embargo, considerando este aspecto por cada grado escolar, hay muchas diferencias, mismas que podemos percibir a través del siguiente cuadro:

CONCEPTO	P O R C E N T A J E										
	5o.M	5o.V	6o.M	6o.V	1o.M	1o.V	2o.M	2o.V	3o.M	3o.V	Total
Masculino	45.95	26.09	48.84	56.82	41.07	60.38	86.84	63.53	48.28	50.98	53.12
Femenino	54.05	73.91	51.16	43.18	58.93	39.62	13.16	36.67	51.72	49.02	46.88
Total	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

En lo que hace a la edad, todos son preadolescentes o adolescentes, de edades variables entre los 9 y los 20 años de edad; pero los mayores porcentajes se concentran entre los 11 y los 14 años de edad, con un 81.06%. Como se mencionó en capítulos anteriores, la etapa de la adolescencia es la más vulnerable en lo que hace al consumo de drogas, por lo que es valiosa la información que la población encuestada proporcione.

De una forma detallada, las diferencias de edad están plasmadas en el siguiente cuadro:

CONCEPTO	PORCENTAJE											
	EDAD	5o.M	5o.V	6o.M	6o.V	1o.M	1o.V	2o.M	2o.V	3o.M	3o.V	Total
ASOS:	9	-	8.70	-	-	-	-	-	-	-	-	0.46
	10	37.84	39.13	2.33	4.54	-	-	-	-	-	-	6.01
	11	35.14	43.47	60.46	13.64	51.79	-	-	-	-	-	19.40
	12	21.62	8.70	30.23	25.00	44.64	62.26	2.63	-	3.45	-	21.94
	13	2.70	-	4.65	47.73	3.57	32.08	36.84	16.67	34.48	7.84	19.86
	14	2.70	-	2.33	9.09	-	5.66	39.47	43.33	62.07	25.49	19.86
	15	-	-	-	-	-	-	10.53	40.00	-	49.02	9.47
	16	-	-	-	-	-	-	7.90	-	-	13.73	2.31
	17	-	-	-	-	-	-	2.63	-	-	-	0.23
	20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3.92	0.46
Total		100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

3.3 Conceptos generales acerca de la farmacodependencia.

En un principio se considerarán dos aspectos, uno referente al nombre con el que concen el fenómeno de uso de drogas y otro concerniente al conocimiento que tienen acerca de sustancias que sean drogas.

Con respecto al primer aspecto, se tiene una gama muy amplia de denominaciones, las cuales están plasmadas tal y como fueron reportadas, en el siguiente cuadro:

CONCEPTO	PORCENTAJE										
	5o.M	5o.V	6o.M	6o.V	1o.M	1o.V	2o.M	2o.V	3o.M	3o.V	Total
Fenómeno uso drogas											
Narcotraficantes	-	-	-	-	-	-	-	3.33	3.34	-	0.68
Drogamiento	8.11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.68
Drogado	13.51	47.83	-	44.90	-	1.82	5.13	6.67	-	-	9.75
Nombran drogas	8.11	-	46.50	18.37	16.07	16.36	2.56	33.33	6.90	11.77	16.10
Drogadicto	35.14	-	2.33	8.16	-	-	46.16	-	-	-	8.17
Marihuano	5.40	26.09	-	26.53	23.21	14.54	-	-	-	5.88	10.21
Los que toman	16.22	8.69	-	-	-	-	-	-	-	-	1.81
Alcoholismo	-	-	2.33	-	-	-	2.56	-	-	-	0.45
Moto	-	-	2.33	-	-	3.64	-	-	-	-	0.68
Drogadicción	-	-	30.23	2.04	30.36	21.82	43.59	23.34	18.97	50.98	23.58
Vicio	-	13.04	2.33	-	-	1.82	-	3.33	8.62	7.84	3.40
No sabe	8.11	4.35	-	-	30.36	38.18	-	20.00	48.28	23.53	19.96
No contestó	5.40	-	13.95	-	-	-	-	10.00	5.17	-	3.17
Farmacodependencia	-	-	-	-	-	1.82	-	-	8.62	-	1.36
Total	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Dentro de lo más relevante que se puede observar es que, si se reúnen los porcentajes de aquellos que no contestaron con los que no saben (23.13%), casi se iguala el porcentaje de los que plantearon que al fenómeno de uso de drogas se le conoce como drogadicción (23.58%); en este último porcentaje se podrían considerar otros dos términos poco precisos que son drogamiento (0.68%) y drogado (9.75%) lo que haría un total de 34.01%. Entre otros porcentajes importantes se tiene un 16.10%

de quienes mencionaron diferentes drogas, lo que haría pensar en que desconocen el nombre del fenómeno que agrupa el uso de todas las sustancias que refirieron, pero que no por ello desconocen el fenómeno de la farmacodependencia.

En lo que hace al segundo aspecto, referente al conocimiento de sustancias que sean drogas, un 84.53% refiere conocer estas sustancias y un 15.47% que las desconoce. Para detallar más esta información por grado escolar, se recurrirá al siguiente cuadro:

CONCEPTO	PORCENTAJE											
	5o.M	5o.V	6o.M	6o.V	1o.M	1o.V	2o.M	2o.V	3o.M	3o.V	Total	
Drogas:												
No	13.51	-	16.28	9.09	17.86	20.75	7.89	10.00	25.86	17.65	15.74	
Si	86.49	100.00	83.72	90.91	82.14	79.25	92.11	90.00	74.14	82.35	84.53	
Total	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	

De ese 84.53% que refirió conocer sustancias que fueran drogas, se les pidió que las mencionaran, por lo que por cada uno de ellos hubo una o más sustancias referidas. En el siguiente cuadro se contemplan sus respuestas tal y como fueron proporcionadas, destacando con un 22.94% el cemento, 15.19% la marihuana, 13.57% el thinner, 12.92% el resistol que son las drogas más utilizadas por los adolescentes, específicamente de los estratos socioeconómicos medios y bajos, que son a los que pertenece esta población.

CONCEPTO	PORCENTAJE										
	5o.M	5o.V	6o.M	6o.V	1o.M	1o.V	2o.M	2o.V	3o.M	3o.V	Total
Café	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.25	0.16
Aguarraz	-	-	-	-	-	-	1.51	24.19	-	-	2.57
Cemento	35.51	43.48	38.63	20.97	37.50	23.46	27.27	-	12.86	10.00	22.94
Thiner	30.51	13.04	2.27	3.23	18.06	13.58	22.73	12.90	14.29	3.75	13.57
Resistol	10.17	4.35	18.18	17.74	19.44	4.94	10.61	6.45	18.57	15.00	12.92
Gasolina	3.39	-	2.27	-	-	-	-	-	1.43	-	0.65
Diesel	-	-	-	-	-	1.23	-	-	-	-	0.16
Alcohol	16.95	-	4.55	1.61	-	3.70	1.51	-	-	-	2.75
Pastillas	3.39	-	2.27	-	-	6.17	4.55	16.13	-	5.00	4.04
Marihuana	-	39.13	4.55	14.52	11.11	18.52	16.67	24.19	24.29	10.00	15.19
Amapola	-	-	4.55	17.74	1.39	7.41	7.58	4.84	10.00	8.75	6.79
Cocaína	-	-	9.09	14.52	12.50	7.41	6.06	-	7.14	25.00	9.21
Tabaco	-	-	4.55	1.61	-	4.94	1.51	4.84	-	3.75	2.26
Nota	-	-	2.27	3.23	-	-	-	-	-	3.75	0.97
Opio	-	-	2.27	4.83	-	-	-	-	5.71	2.50	1.62
Inyecciones	-	-	-	-	-	2.47	-	3.23	-	1.25	0.81
Hongos	-	-	-	-	-	2.47	-	-	-	-	0.32
Polvo de Angel	-	-	-	-	-	-	-	3.23	-	-	0.32
Coca cola con mejoral	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5.00	0.65
Refresco (coca-cola)	-	-	4.55	-	-	3.70	-	-	5.71	3.75	1.94
Narcóticos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.25	0.16
Total	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Otra observación que se considera importante en relación al cuadro anterior, es que dentro de la gama de sustancias que se contemplan, aunque en porcentajes bajos, aparecen algunas que por lo general no son consideradas como drogas y por tanto dentro del fenómeno de la farmacodependencia, como es el caso del café (0.16%), alcohol (2.75%), medicamentos (4.04%), tabaco (2.26%).

Dentro de la información recabada, se contempla el aspecto de qué población es la que utiliza drogas, siendo sus respuestas las siguientes:

CONCEPTO	PORCENTAJE											
	5o.M	5o.V	6o.M	6o.V	1o.M	1o.V	2o.M	2o.V	3o.M	3o.V	Total	
Población												
Niños	6.89	6.67	3.57	7.69	5.44	6.32	6.94	5.26	-	-	5.05	
Adolescentes	24.14	3.35	57.14	34.62	56.52	47.37	47.22	45.62	78.87	63.77	47.34	
Adultos	19.54	73.33	8.93	9.62	10.87	13.68	6.94	10.53	4.25	1.45	12.55	
Viejos	5.75	-	1.79	0.96	1.08	1.05	1.39	-	-	2.90	1.63	
Hombres	27.59	16.67	26.78	27.88	17.39	18.95	31.95	29.82	16.90	21.74	23.74	
Mujeres	16.09	-	1.79	19.23	8.70	12.63	5.56	8.77	-	10.14	9.69	
Total	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	

De donde se puede ratificar la información de que la población que más consume drogas son los adolescentes (47.34%), en su mayoría población masculina (23.74%) aunque también el consumo se presenta en adultos (12.55%), población femenina (9.69%), niños (5.05%) y viejos (1.63%). Aunque los porcentajes no correspondan a la realidad, en general nos puede dar la visión de que la farmacodependencia es un fenómeno que se presenta a cualquier edad, en cualquier sexo y estrato socioeconómico.

Otro aspecto que se consideró fundamental, fue el conocer- desde la perspectiva de los en

cuestados- cuáles consideran que son las causas por las que la gente recurre al consumo de drogas, las cuales son muy variadas y se presentan en el siguiente cuadro:

Causa:	PORCENTAJE										
	5o.M	5o.V	6o.M	6o.V	1o.M	1o.V	2o.M	2o.V	3o.M	3o.V	Total
Problemas familiares	27.50	-	40.00	27.59	28.81	15.12	46.41	28.90	31.09	25.93	28.81
Gusto	-	-	-	8.62	-	7.58	-	-	13.51	29.63	7.97
Seguridad	20.00	4.35	2.00	18.97	-	9.09	12.49	20.00	8.11	11.11	10.51
Influencia amigos	-	-	2.00	-	-	6.05	-	-	-	-	1.81
Falta información	-	-	-	6.89	5.09	3.02	5.37	13.34	4.05	9.88	5.25
Necesidad	-	-	-	-	5.09	-	17.85	11.11	1.35	2.47	5.80
Vicio	5.00	-	-	-	-	-	8.93	-	6.76	1.23	2.36
Enfermedad	27.50	-	4.00	3.45	10.17	7.58	3.58	6.67	-	-	5.62
Calmar nervios	2.50	-	-	3.45	-	1.52	-	2.22	1.35	-	1.09
Curiosidad	2.50	-	6.00	-	1.69	-	-	-	-	-	0.91
Pérdida familiar	-	-	-	1.72	-	3.02	1.79	2.22	1.35	-	1.27
Soledad	-	39.12	2.00	-	-	-	-	-	-	-	1.81
Tristeza	-	26.09	14.00	-	-	1.52	1.79	-	1.35	-	2.90
Coraje	-	26.09	-	-	5.09	-	-	-	2.70	-	1.99
Tener fuerza	-	4.35	-	1.72	-	-	-	2.22	-	-	0.54
Están locos	-	-	2.00	3.45	-	-	-	-	-	-	0.54
Vagancia	-	-	8.00	-	-	3.02	-	-	-	-	1.09
Ignoran consecuencias	-	-	4.00	-	-	1.52	-	2.22	2.70	-	1.09
Exceso medicamentos	-	-	2.00	5.17	-	1.52	-	-	-	-	0.91
Les atrae el olor	-	-	-	-	1.69	-	-	-	-	-	0.18
Los obligan	-	-	-	-	1.69	-	-	-	-	-	0.18
Capricho	-	-	-	-	-	4.55	1.79	-	-	-	0.72
Tentación	-	-	-	-	-	1.52	-	-	-	-	0.18
Sentirse hombres	-	-	-	-	-	1.52	-	-	1.35	-	0.36
Resistir dolor	-	-	-	-	-	1.52	-	4.44	-	-	0.54
No sabe	-	-	-	-	-	1.52	-	-	-	-	0.18
No contestó	7.50	-	-	18.97	40.68	28.81	-	2.22	24.33	13.58	15.76
Total	5.00	-	10.00	-	-	-	-	4.44	-	-	1.63
Total	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

En estos resultados, se pueden observar los siguientes aspectos: la principal causa para el consumo de drogas son los problemas de muy diversa índole (28.81%) y en específico familiares (7.97%) lo que nos daría un total de 36.78%, en otra instancia, tenemos en 15.96% que no supieron precisar alguna causa; otra de las causas es por gusto (10.51%) que se podría relacionar con otra, aunque un tanto subjetiva, que es por vicio (5.62%); dentro de los factores de índole personal son muy variadas, entre ellos: por seguridad (1.81%), soledad (2.90%), tristeza (1.99%), coraje (0.54%), tener fuerza (0.54%), sentirse hombres (0.54%), capricho (0.18%), por tentación (0.36%), pérdida de un familiar (1.81%), que en conjunto nos daría un 10.67%. Otros factores que se podrían conjuntar son: la influencia de los amigos (5.25%), falta de información (3.80%), curiosidad (1.27%), ignoran las consecuencias (0.91%), los obligan (0.72%) y que podrían presentarse aunados a los factores que fueron mencionados como individuales. Dentro de otro rubro se puede mencionar la necesidad de seguir consumiendo droga por haber desarrollado dependencia (2.36%), por enfermedad (1.09%), para calmar los nervios (0.91%), por exceso de medicamentos (0.18%) y por resistir el dolor (0.18%).

Todo lo anterior nos da una visión de los diferentes factores sociales, familiares e individuales que pueden incidir en la presencia de la farmacodependencia y sobre todo, da cuenta de que las personas encuestadas tienen, en conjunto, la visión del problema.

Como contrapartida, si se plantean las causas, se tiene que hablar de consecuencias, mismas que se presentan en el siguiente cuadro:

CONCEPTO	PORCENTAJE										
	5o.M	5o.V	6o.M	6o.V	1o.M	1o.V	2o.M	2o.V	3o.M	3o.V	total
Consecuencias											
Enfermedades físicas	46.16	13.05	16.07	16.09	35.90	25.77	16.36	25.58	30.88	44.93	28.10
Enfermedades mentales	28.21	-	5.36	-	6.41	3.02	43.64	34.89	26.47	20.23	16.37
Muerte	12.82	56.52	23.21	3.08	21.79	9.09	10.91	16.28	7.36	15.94	15.12
Delincuencia	2.56	-	-	23.07	-	1.52	3.64	-	-	-	3.38
Locura	-	30.43	8.91	27.69	7.69	10.59	-	2.33	-	11.59	9.25
Vicio incurable	-	-	1.79	3.08	-	-	-	-	-	-	0.53
Es malo su uso	-	-	1.79	-	-	1.52	-	-	-	-	0.36
Pérdida células cerebrales	-	-	5.36	-	-	4.54	-	-	2.94	2.90	1.78
Tráfico de drogas	-	-	3.57	-	-	-	-	-	-	-	0.36
Afecta pulmones	-	-	3.57	-	-	7.57	-	-	-	-	1.25
Invalidez	-	-	1.79	-	-	1.52	-	-	-	-	0.36
Alucinaciones	-	-	1.79	3.08	-	1.52	1.82	-	-	2.90	1.25
Agresividad	-	-	5.36	13.38	-	1.52	-	6.97	-	-	3.02
Falta memoria	-	-	5.36	-	-	-	-	-	-	-	0.53
Necesidad	-	-	1.79	1.54	-	-	-	4.65	-	1.45	0.89
Intoxicación	-	-	-	-	11.54	-	-	-	-	-	1.60
No puede explicarlas	-	-	1.79	-	-	-	-	-	-	-	0.18
Ninguna	2.56	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.18
Suicidio	-	-	-	-	-	1.52	-	-	-	-	0.18
Herede											
enfermedades	-	-	-	-	-	-	5.45	-	-	-	0.53
Desinterés	-	-	-	1.54	-	-	1.82	-	-	-	0.36
Rechazo social	-	-	-	-	-	-	5.45	-	4.41	-	1.07
No contestó	7.69	-	10.70	-	-	-	-	4.65	-	-	1.96
No sabe	-	-	1.79	4.62	16.67	30.30	10.91	4.65	27.94	-	11.39
Total	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

En este cuadro podemos observar que se plantearon toda una gama de consecuencias, dentro de las cuales destacan: las enfermedades físicas (28.10%), las enfermedades mentales (16.37%), la muerte (15.12%), la locura (9.25%), la presencia de otro problema que con frecuencia se asocia al consumo de drogas: delincuencia (3.38%) y la agresividad (3.02%) entre los más representativos, además de un 11.39% que planteó que no sabía las consecuencias que acarrea el consumo de drogas.

Relacionado con el aspecto anterior, está la determinación de si el consumo de drogas provoca alteraciones, siendo los resultados los siguientes:

CONCEPTO	PORCENTAJE										
	5o.M	5o.V	6o.M	6o.V	1o.M	1o.V	2o.M	2o.V	3o.M	3o.V	Total
No hay alteraciones	0.93	1.37	-	-	-	-	-	1.79	1.15	-	0.49
Altera relaciones familiares	26.17	28.76	23.08	41.09	17.74	16.67	25.69	14.29	18.39	28.00	24.06
Altera relaciones laborales	12.15	12.33	6.15	1.37	6.33	11.76	17.43	14.29	8.05	6.67	10.08
Altera relaciones con amigos	18.69	15.07	7.69	12.33	13.93	20.59	13.76	16.07	5.75	8.00	13.61
Altera relaciones con vecinos	15.89	15.07	9.23	2.74	5.06	14.71	13.76	10.71	4.59	8.00	10.45
Altera la salud	26.17	27.40	53.85	42.47	56.96	33.33	29.36	42.85	60.92	49.33	41.19
No sabe	-	-	-	-	-	-	-	-	1.15	-	0.12
Total	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

En el porcentaje más alto y que concuerda con el resultado del cuadro anterior, es el correspondiente a las alteraciones de la salud (11.19%), siguiendo las alteraciones en las relaciones familiares (24.06%), las relaciones con los amigos (13.61%), las relaciones con los vecinos (10.45%) y las relaciones laborales (10.08%), siendo mínimo el porcentaje de los que consideran que el consumo de drogas no ocasiona alteraciones (0.49%).

3.4 Conceptualización acerca del farmacodependiente.

A las personas que consumen drogas, los encuestados los conocen con diversas denominaciones:

CONCEPTO	PORCENTAJE										Total	
	5o.M	5o.V	6o.M	6o.V	1o.M	1o.V	2o.M	2o.V	3o.M	3o.V		
Farmacodependiente												
Enfermo	22.00	8.57	36.67	8.51	17.74	25.00	25.45	18.18	55.38	51.48	26.50	
Vicioso	46.00	40.00	40.00	76.59	66.13	50.00	52.75	43.18	30.77	53.70	49.81	
Loco	16.00	28.57	13.33	8.51	4.84	5.00	5.45	9.09	4.62	9.26	9.59	
Delincuente	16.00	22.86	8.33	2.13	9.68	1.67	3.64	15.92	4.62	5.56	8.27	
Irresponsable	-	-	1.67	-	-	1.67	-	-	-	-	0.19	
Malviviente	-	-	-	-	1.61	6.66	-	-	-	-	0.37	
Amargado	-	-	-	-	-	6.66	-	-	-	-	0.19	
Marihuano	-	-	-	2.13	-	1.67	-	-	-	-	0.94	
Drogado-Drogadicto	-	-	-	2.13	-	-	7.27	4.55	-	-	2.07	
Curioso	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.19	
Adicto	-	-	-	-	-	-	3.64	-	-	-	0.37	
Desorientado	-	-	-	-	-	-	1.82	-	-	-	0.19	
Atarantado	-	-	-	-	-	-	-	2.27	-	-	0.19	
Traficante	-	-	-	-	-	-	-	2.27	-	-	0.19	
Transformado	-	-	-	-	-	-	-	2.27	-	-	0.19	
Vago	-	-	-	-	-	-	-	2.27	-	-	0.19	
Demente	-	-	-	-	-	-	-	-	1.54	-	0.19	
Incomprendido	-	-	-	-	-	-	-	-	3.07	-	0.37	
Total	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	

Los resultados se concentraron básicamente en cuatro aspectos: vicioso (49.81%), enfermo (26.50%), loco (9.59%) y delincuente (8.27%), que de alguna manera son los conceptos que por lo general se manejan sobre el farmacodependiente, aunque en diferente proporción, ya que básicamente se le concibe como vicioso con toda una carga negativa que refleja el rechazo social hacia el consumidor de drogas que, por otra parte, no favorece ni su tratamiento ni su rehabilitación.

Se consideró que relacionado a la conceptualización del farmacodependiente, estaba el de terminar a quién recurriría si en su familia alguien consumía drogas:

CONCEPTO	PORCENTAJE										Total
	50.M	50.V	00.M	00.V	10.M	10.V	20.M	20.V	30.M	30.V	
Sacarlos de la familia	-	8.70	-	-	-	-	-	2.86	-	-	0.62
Vecinos	2.50	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.21
CIJ	7.50	-	-	-	-	-	-	-	3.13	-	1.04
Doctor	12.50	47.83	31.12	14.00	18.03	15.26	19.05	5.71	9.37	22.95	18.12
Persona mayor	5.00	4.35	11.12	4.00	-	-	2.38	-	1.56	-	2.50
Persona ayude	7.50	-	-	-	-	-	-	11.43	9.37	-	2.71
Miembro	2.50	4.35	-	-	-	-	-	-	-	-	0.42
Inst.salud	2.50	-	-	-	18.03	3.39	4.76	-	1.56	11.47	5.00
A.A.	15.00	-	13.34	8.00	-	1.69	-	11.43	3.13	4.92	5.42
Familiar	10.00	8.69	2.22	10.00	-	10.18	11.91	11.43	3.13	9.84	7.29
Padres	10.00	-	4.44	2.00	18.03	-	2.38	-	-	-	3.96
Drogadictos											
Anónimos	-	-	0.07	2.00	8.20	-	-	5.71	-	-	2.29

Como se puede observar, la información reportada fue muy basta, destacando un 23.12% de quienes no sabían a donde recurrir, lo cual es una situación frecuente, en una segunda instancia un 18.12% de los que recurrirían a un doctor y relacionado a este aspecto, tenemos un 5% de los que recurrirían a una institución de salud, un 3.54% de quienes irían con un psicólogo, 2.50% a un especialista en drogas, 7.08% a un psiquiatra y un 0.42% a una enfermera. Habría un 7.29% que recurriría a algún familiar, un 3.96% que acudiría a sus padres, un 0.21% con vecinos, 2.50% a una persona mayor, 2.71% a una persona que lo pudiera ayudar (pero no especifican cuál), 1.46% recurriría a los amigos, un 1.04% iría a un Centro de Integración Juvenil, 2.29% a Drogadictos Anónimos, 5.42% a Alcohólicos Anónimos, un 2.08% a un centro de rehabilitación para farmacodependientes; en relación a otro tipo de instancias un 1.67% a la policía, 0.42% a la delegación, 0.42% a la cárcel, 0.83% al manicomio. Un 1.04% recurriría a exfarmacodependientes y un 0.62% al grupo de farmacodependientes; un 1.25% no recurriría a nadie, en tanto que un 0.21% lo echarían de la casa, un 0.62% lo sacarían de la familia, un 2.50% hablaría con él y un 0.42% recurriría a Dios.

3.5 Valoración del consumo de drogas en la Colonia donde viven los encuestados.

A este respecto, el 63.74% reportó que en la colonia donde viven sí se presenta el consumo de drogas, contra un 33.72% que reporta lo contrario. Más detalladamente, lo podemos visualizar en el siguiente cuadro:

CONCEPTO	PORCENTAJE										
Consumo drogas:	5o.M	5o.V	6o.M	6o.V	1o.M	1o.V	2o.M	2o.V	3o.M	3o.V	Total
Sí	81.08	100.00	60.47	57.27	58.93	75.47	73.68	76.67	50.00	41.18	63.74
No	18.92	-	39.53	47.73	32.14	22.64	26.32	23.33	44.83	54.90	33.72
No sabe	-	-	-	-	8.93	1.89	-	-	5.17	3.92	2.54
T o t a l	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Por otra parte, los que reportaron que sí se presenta el consumo refieren que ese consumo es grupal en un 54.16%, individual 12.13%, en tanto que un porcentaje bastante significativo del 33.26% reportó que desconocía este aspecto:

CONCEPTO	PORCENTAJE										
Tipo consumo:	5o.M	5o.V	6o.M	6o.V	1o.M	1o.V	2o.M	2o.V	3o.M	3o.V	Total
Individual	8.11	31.03	4.65	9.09	8.93	16.07	18.42	12.90	11.86	7.69	12.13
Grupal	64.86	65.52	62.79	68.18	58.93	42.86	60.53	70.97	33.90	36.54	54.16
No sabe	27.03	3.45	27.91	22.73	32.14	41.07	21.05	16.13	54.24	55.77	33.26
No contestó	-	-	4.65	-	-	-	-	-	-	-	0.45
T o t a l	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

A partir de esta respuesta, se puede presuponer que los encuestados conocen los lugares donde se reúnen, principalmente para el consumo en grupo:

CONCEPTO	PORCENTAJE										Total	
	5o.M	5o.V	6o.M	6o.V	1o.M	1o.V	2o.M	2o.V	3o.M	3o.V		
Construcciones	-	4.35	-	-	-	-	-	-	-	-	1.67	0.37
Calle	34.15	21.74	34.00	3.77	9.68	18.46	32.78	25.01	-	-	6.67	17.35
Canteras	4.88	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.37
Interior casas	2.43	-	-	-	-	1.54	3.28	-	-	-	3.33	1.12
Esquinas	7.32	8.70	10.00	11.32	6.45	7.69	16.39	21.15	4.35	-	6.67	9.89
Mercado	7.32	-	4.00	-	-	-	3.08	-	-	-	-	1.30
Lugares oscuros	9.76	17.59	-	1.89	6.45	3.08	11.47	11.54	5.80	-	13.33	7.46
Parques/jardines	2.43	13.04	6.00	1.89	-	-	-	1.92	1.45	-	-	1.86
Callejones	7.32	-	12.00	7.54	12.90	7.69	4.92	-	-	-	8.69	6.72
Tiendas	9.76	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.75
Canal	7.32	-	-	-	-	-	-	6.56	-	-	-	1.30
Puente	4.88	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.37
Basureros	-	-	2.00	1.89	-	-	-	-	-	2.90	-	0.75
Casas vacías	-	13.04	4.00	5.66	-	3.08	1.64	7.69	11.59	-	6.67	5.04
Vocindades	-	-	6.00	-	-	-	1.64	-	-	-	-	0.75
Cerro y llano	-	-	-	5.66	8.06	-	-	9.84	7.69	-	-	1.67
Lotes baldíos	-	13.04	-	28.50	25.81	3.08	3.28	9.62	23.19	10.00	-	12.13
Vías	-	-	-	-	3.23	3.08	-	-	-	1.45	-	0.93
Río	-	-	-	-	-	13.84	-	-	-	-	-	1.68
Establo	-	-	-	-	-	1.54	-	-	-	-	-	0.19
Andadores	-	-	-	-	-	1.54	-	-	1.45	-	-	0.37
Lugares solitarios	-	-	-	-	-	1.54	-	-	-	-	-	0.19
Todas partes	-	4.35	-	-	-	1.54	-	-	-	-	-	0.37
Estacionamientos	-	-	-	-	-	-	1.64	-	-	-	-	0.19
Centros vicio	-	-	-	-	-	-	1.64	-	-	-	-	0.19
Barranca	-	-	-	-	-	-	-	5.77	-	-	-	0.56
Camiones	-	-	-	-	-	-	-	1.92	-	-	-	0.19
No sabe	2.43	4.35	14.00	32.08	27.42	29.22	4.92	7.69	39.13	48.32	-	23.32
No contestó	-	-	8.00	-	-	-	-	-	-	-	-	0.75
Total	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Como se puede observar, el consumo de drogas se realiza en la vía pública, a simple vista de la gente -en general- y específicamente frente a niños y adolescentes.

3.6 Medios por los que obtuvieron la información acerca de la farmacodependencia.

A partir de las respuestas de los incisos anteriores y sobre todo a lo concerniente a los lugares donde se realiza el consumo, es que los entrevistados plantearon como medio por el cual se han enterado de la farmacodependencia a ellos mismos, a través de la utilización de sus sentidos - (44.26%), lo que a simple vista nos da cuenta de la magnitud del problema y de la complejidad del mismo. En una segunda instancia, están los que recibieron la información por sus padres (10.25%); los que la obtuvieron por amigos (10.04%), a partir de libros y revistas (9.43%), por la televisión y el radio (9.22%), a partir de otros familiares (4.31%), por sus maestros (3.90%), a través de sus vecinos (2.05%) entre los más relevantes. Detalladamente se planteará en el siguiente cuadro:

CONCEPTO	PORCENTAJE										
	5o.M	5o.V	6o.M	6o.V	1o.M	1o.V	2o.M	2o.V	3o.M	3o.V	Total
El mismo	72.89	52.17	33.34	40.42	28.36	31.03	54.35	70.96	42.65	46.05	44.26
Maestro	2.70	4.35	6.25	2.13	2.99	3.45	4.35	-	1.47	9.52	3.90
Hermanos	2.70	-	-	-	-	3.45	-	-	-	-	0.62
Radio y T.V.	-	17.39	14.58	12.76	31.34	1.72	10.87	3.25	-	-	9.22
Amigo	-	13.04	6.25	6.38	4.48	24.14	10.87	-	22.06	4.76	10.04
Padres	-	4.35	16.62	2.13	14.92	10.35	13.04	3.23	10.29	15.88	10.25
Persona mayor	-	-	2.08	-	-	-	-	-	-	-	0.20
Revistas/libros	-	-	4.17	2.13	-	15.52	-	9.68	23.53	23.81	9.43
Especialista fd.	-	-	2.08	-	-	-	-	-	-	-	0.20
Médico	-	-	6.25	2.13	-	-	-	-	-	-	0.82
Vecino	-	8.70	2.08	4.26	4.48	3.45	-	-	-	-	2.05
Familiar	-	-	2.08	25.53	7.46	5.17	4.35	-	-	-	4.74

ESTA TESIS NO DEBE
 SAIR DE LA BIBLIOTECA

CONCEPTO	PORCENTAJE										
	5o.M	5o.V	6o.M	6o.V	1o.M	1o.V	2o.M	2o.V	3o.M	3o.V	Total
Documental	-	-	-	2.13	5.97	-	-	-	-	-	1.02
Farmacodependiente	-	-	-	-	-	1.72	2.17	-	-	-	0.41
No contestó	21.62	-	4.17	-	-	-	-	12.90	-	-	2.87
Total	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

3.7 Análisis de la información.

A partir de la información recabada, se ha podido tener un aspecto general de cómo los encuestados conciben al fenómeno de uso y abuso de drogas. Lo que llevará a pensar que esta población no desconoce el problema, a pesar de su edad, cuestión que muchas veces los adultos suelen argumentar para no abordar el tema de una manera directa y responsable con ellos, lo que posiblemente podría redundar en una mejor información, adecuadamente orientada, no dejando que ellos solos resuelvan sus inquietudes con respecto a la droga; y sobre todo, porque es un fenómeno que en la actualidad no se puede negar, ya que se vive en un mundo rodeado de drogas, por una parte, y por otra, el consumo ha alcanzado gran magnitud pudiéndose percibir a través de los comentarios que se hacen en las colonias acerca de quienes consumen drogas y también a simple vista, ya que, como fue reportado el consumo se hace en grupos, en lugares abiertos a vista de los demás, lo que provoca curiosidad e inquietud sobre todo en la población infantil y adolescente, pudiendo ser ésta una de las causas que podría llevar al consumo de drogas y, sobre todo, si a este individuo le han informado que este uso produce el escape a los problemas tanto familiares como de cualquier índole (que fue el porcentaje más alto reportado), o que es una sensación agradable y por tanto el consumo de drogas se hace por gusto, o que sirve para

solventar una serie de deficiencias personales.

Por otra parte, un aspecto relevante es que el alcoholismo es incluido como un aspecto específico de la farmacodependencia, situación que no es frecuente, ya que se consideran como dos aspectos totalmente diferentes; igualmente están incluidas toda una serie de sustancias, como son los medicamentos, el tabaco y el café, que no son considerados por la generalidad como drogas, ya que son de uso común y muy publicitados a través de los medios masivos de comunicación, llegando a la aberración de considerar a los consumidores como gente de status. Es por ello que la farmacodependencia, como los encuestados lo plantearon, es un problema que no respeta edad o sexo.

El consumo de drogas afecta como una primera instancia a la familia, ya que a medida que va avanzando el consumo, las relaciones entre los miembros de ésta y el farmacodependiente se van deteriorando. Otro tipo de relaciones que sufren alteraciones son las que se establecen con los amigos, ya que son muy diferentes los amigos antes del consumo de drogas con los que se establecen a partir del consumo; en otra instancia, las relaciones laborales y dentro de este aspecto también las de estudio, son modificadas ya que el desinterés por el ejercicio de estas labores genera una serie de problemas, entre ellos el desempleo y el abandono de los estudios. Igualmente, las relaciones con los vecinos son alteradas sobre todo si se desarrolla el rechazo hacia el farmacodependiente y a su familia, así como el desarrollo de conflictos. Otro tipo de alteraciones se presentan en la salud del consumidor, tanto física como mental, y en grados extremos puede ocasionar la muerte.

La conceptualización del farmacodependiente por lo general, es como el vicioso, que necesariamente nos habla del rechazo social que hay hacia los consumidores de drogas, que en muchas de las ocasiones los lleva a una segregación y como contrapartida a la formación de grupos como búsqueda de aceptación y de justificación de su propia farmacodependencia. De ahí, que sea de suma importancia el cambiar esta conceptualización del farmacodependiente como vicioso a enfermo, lo que le

abre toda una posibilidad de tratamiento y de rehabilitación. Y es desde estas concepciones que se plantea el recurrir a muy diversas instancias cuando en el interior de una familia se presenta el consumo de drogas, las que van desde el correr al farmacodependiente del interior de la familia para que no vaya a 'contagiar' al resto de los integrantes, el recurrir a instituciones 'represoras' como la policía, hasta llegar a las instituciones de salud y a diferentes instancias que intentan brindar ayuda tanto a nivel personal como de grupo.

A partir de este análisis, no es posible llegar a una conclusión absoluta acerca de si la hipótesis es totalmente comprobada o no, debido a que la población encuestada posee cierta información común a la de los Centros de Integración Juvenil - como es el caso de las sustancias que son consideradas como drogas, de quienes son los usuarios de estas sustancias, de las posibles causas inmediatas para iniciar el consumo, de los lugares donde se realiza éste, de los aspectos que altera el consumo de drogas y las consecuencias que les acarrea-, sin embargo la principal diferencia -y que considero fundamental ya que impide cualquier intervención de la población en la realización de actividades preventivas- es que al farmacodependiente se le considera como el vicioso, contrariamente a la concepción de enfermo manejada institucionalmente, con toda una carga peyorativa en la cual se marca el rechazo social hacia el farmacodependiente condenándolo a ser consumidor de drogas para toda su vida, depositándole además, todas las lacras que en otras personas no consumidoras pueden ser aceptables o no tan malas. Siendo por tanto un problema de concepción y no de información.

CAPITULO IV. Prevención Primaria de la Farmacodependencia.

4.1. Elementos teóricos acerca de la prevención de la farmacodependencia.

La prevención del abuso de drogas es el conjunto de acciones encaminadas a limitar o anular los factores etiológicos del abuso de drogas, con vistas a que éste no se produzca o quede reducido a su mínima expresión. Pueden distinguirse tres tipos de prevención: primaria, secundaria y terciaria.

La prevención primaria abarca múltiples tareas que en conjunto se refieren a la promoción de la salud, en donde el mejoramiento de las condiciones ambientales e individuales de vida equivale a una forma de prevención de la farmacodependencia; de una forma específica, incluye todas las acciones particulares destinadas a evitar su aparición. La prevención secundaria se entiende como las acciones que abarcan el tratamiento y la terciaria alude a la rehabilitación, la cual previene la completa invalidez, procura la reintegración del individuo a la sociedad.

A partir de que se han considerado los siguientes tres elementos en la dinámica de la farmacodependencia: a) la sustancia, b) la persona que la usa y c) el contexto social y cultural de tal uso, es que se han establecido cuatro diferentes modelos: 1) ético-jurídico, 2) médico-sanitario, 3) psico-social y 4) sociocultural, que a grandes razgos se caracterizan por:

1) Modelo ético-jurídico: enfoca su atención en la droga y la farmacodependencia se plantea como un problema legal, al cual hay que atacar de todas las maneras posibles y disuadir al usuario. Entre las formas que utiliza está el control de las drogas disponibles o el aumento en su costo; el castigo, la amenaza de castigo; la divulgación de los perjuicios físicos, psicológicos y sociales que acarrea el consumo de drogas.

2) Modelo médico-sanitario: parte de considerar a la farmacodependencia como una enfermedad que manifiesta un desequilibrio entre los factores del agente, los factores del huésped y factores del ambiente.

Cuando la dolencia permanece asintomática (prepatogénica) es posible aplicar la prevención primaria; cuando manifiesta signos y síntomas (patogénica) se aplica la prevención secundaria y la terciaria.

En este modelo se ve a la droga como el agente activo al que hay que controlar y al farmacodependiente como un individuo capaz de transmitir el agente infeccioso.

3) Modelo psico-social: la farmacodependencia es vista como una forma más de comportamiento desviado y la estrategia de prevención es aplicable no sólo a problemas relacionados con la drogadicción, sino a todo tipo de situación que implique una conducta destructiva.

4) Modelo socio-cultural: centra su atención en el ambiente; la droga y su consumo son vistas en función de lo que representa para la sociedad y la forma en que una cultura dada define su uso, lo mismo que al usuario. Toma en cuenta que la conducta que impulsa al individuo a consumir la droga está influenciada por determinada cultura y subcultura; considera que los motivos del consumo deben investigarse en las desigualdades propias de cada sistema social; más que modificar al individuo, están enfocadas a cambiar las instituciones y las estructuras sociales.

Basadas en estos cuatro modelos es que históricamente han existido cuatro estrategias de prevención. La prevención inspirada en el modelo ético-jurídico recurre al castigo y a la amenaza de castigo por la posesión y el uso de droga. La basada en el modelo médico-sanitario recurre a las actividades de contención de los consumidores conocidos para evitar que 'infecten' a otras personas, a la identificación y al tratamiento de los individuos que corren peligro y a una labor educativa relativa al uso indebido de drogas. Los esfuerzos basados en el modelo psicosocial se enfocan a la prevención del uso y abuso de drogas, cualquiera que sea su grado o tipo, haciendo hincapié en el comportamiento. Las estrategias derivadas del modelo sociocultural se valen del contexto social, del comportamiento, para

la introducción de cambios importantes procurando afectar así al ambiente del individuo. Sin embargo, para controlar y prevenir el problema de la farmacodependencia, es necesaria una visión totalizadora que englobe los cuatro modelos.

Un modelo integral de prevención primaria enfocaría las medidas en dos grupos: indirectas y directas. Las medidas indirectas abarcarían todos los esfuerzos encaminados a influir en gran escala sobre las condiciones políticas y sociales de toda la comunidad. Las medidas directas abarcarían todas aquellas cuyo objetivo es la prevención en algún nivel de farmacodependencia.

La eficacia de las medidas destinadas a prevenir, varían según el grado de interacción de los siguientes factores:

- La medida en que se comprenden las causas del problema.
- La idoneidad de las técnicas de prevención disponibles y su mayor o menor facilidad de aplicación.
- La disponibilidad de los recursos humanos y de otro tipo, in dispensables para la ejecución de un programa preventivo.
- La medida en que la prevención exige un cambio en el comportamiento habitual de la población.
- La decisión y energía con la que se lleven a cabo los programas.

4.2 La prevención primaria desde el abordaje de Trabajo Social.

Una forma específica de abordaje de la prevención primaria de la farmacodependencia podría establecerse a partir del trabajo comunitario, ya que es dentro de la comunidad donde se pueden abordar a todos los sectores de la población, no sólo desde su actividad particular, sino desde su red de relaciones intra y extra comunales, así como desde su forma de vida espe cífica en donde se pueden captar sus carencias, sus necesidades, su forma

ser y de vivir las situaciones, sus problemas, su forma de transmitir valores y formas de ser, y en específico, su forma de concebir a la farmacodependencia. Por otra parte, se pueden aprovechar los recursos de la comunidad, sus formas específicas de organización, así como las diversas instituciones que se encuentran dentro del área, las cuales pueden ser muy variadas en cuanto a su función y tipo de acciones que desarrollan.

A partir de lograr la inserción en la comunidad y de lograr un conocimiento permanente de la población que la habita, es que se pueden establecer una serie de medidas para sensibilizar a la población acerca del problema de farmacodependencia como una enfermedad individual y social, y por tanto la necesidad de una participación más directa y decidida en su prevención, planteándose como objetivo último el lograr mejores condiciones de salud y, por consiguiente, mejores condiciones de vida, lo que redundará necesariamente en la prevención no sólo de la farmacodependencia sino de toda una gama de problemas que afectan a la sociedad actual.

Esta primera etapa de sensibilización nos permitiría conocer la forma específica de vivir y concebir al consumo de drogas, así como trabajar y abordar los diferentes sentimientos que giran alrededor de este fenómeno como son los de temor, rechazo, etc, lo que necesariamente nos lleva a romper con la forma 'tradicional' de prevenir la farmacodependencia a través de un discurso preestablecido, y por tanto una tarea específica es la de determinar- en conjunto con la población- el contenido de ese discurso, de tal manera que tenga un real significado para ellos y, por tanto, se identifiquen con él como sujeto pensante y no como objeto pensado. De ahí la necesidad de establecer un diálogo permanente, en donde los sujetos participantes estén de acuerdo, es decir, que la expresión verbal de uno de los sujetos tiene que ser percibida dentro de un cuadro significativo común por el otro sujeto.

Todo ello nos llevará a una concepción específica del hombre, de su historia y de su realidad. Al hombre es preciso concebirlo en su interacción con la realidad sobre la cual ejerce una práctica transformadora,

en donde la historia está hecha por los hombres, al mismo tiempo que los hombres se van haciendo también en ella.

Una metodología que considero podría ser de utilidad para este tipo de trabajo comunitario es la de investigación participativa, considerada por Boris Yopo como un método de trabajo educativo que pretende romper e innovar sustancialmente un conjunto de técnicas tradicionales basadas en una relación vertical y poco participativa en donde no cabe la reflexión crítica de la realidad social concreta, determinada históricamente.

En la investigación participativa se pueden distinguir dos elementos: la investigación y la práctica, que permiten el conocimiento de la realidad y su modificación, a través de la intervención de la población en su conjunto, siendo sus características más relevantes:

- Visualiza a la realidad como una totalidad donde se interrelacionan múltiples procesos y donde se remarca la relevancia del conocimiento científico como generador de una conciencia crítica de la realidad.

- Mantiene un énfasis en preservar el carácter de la totalidad concreta de la realidad y sus rasgos más dinámicos, cualquiera que sea la dimensión analítica desde donde se aborde.

- Asegura la unidad esencial de la teoría y la práctica en el proceso de generación de un conocimiento transformador, enriqueciendo el proceso metodológico.

- A través de un proceso de conocimiento crítico de la realidad, pretende su transformación social.

- Supera, dentro de una concepción dinámica de su quehacer científico, la dicotomía sujeto-objeto, es decir la relación sometedor-sometido.

- Supera la dicotomía técnica cuantitativa - técnica cualitativa

para la indagación de la realidad social.

- Capta los elementos fundamentales dispersos y presentes en la realidad y cultura popular, y en la evolución sistemática de los mismos para operar como un instrumento de conocimiento crítico y transformación social.

- Visualiza la investigación y la educación como momentos de un mismo proceso, vale decir, la investigación social se transforma en un que hacer de aprendizaje colectivo.

- Los investigadores y sectores populares quienes por su ubicación en el cuadro general de las relaciones sociales exigen objetivamente en este proceso investigativo, un conocimiento profundo, veraz y crítico de la realidad que les permita actuar en pro del establecimiento de relaciones de igualdad y satisfacción de sus necesidades básicas, como: trabajo, vivienda, salud y educación.

- El investigador se inserta en la comunidad vivencialmente para, conjuntamente con ella, ejercer los momentos investigativos y de proyección socio-cultural y económica en un momento determinado.

- Su estrategia metodológica permite que las decisiones se tomen colectivamente: el problema se define en función de la realidad concreta y compartida, los grupos sociales definen la programación del estudio y las formas de encararlo, con sus modalidades de gestión y evaluación de un proyecto concreto de acción para el desarrollo tecno-social de la propia comunidad.

- En tanto intencionada hacia la comprensión global de la realidad cultural, económica, política y social, centra el análisis en aquellas contradicciones que muestran con mayor claridad las determinantes de tipo estructural que conforman la realidad concreta (vívida) y enfrentada como objeto de estudio.

- La actividad investigativa no culmina en una respuesta de orden teórico sino en la generación de propuestas de acción expresadas en una perspectiva de cambio social.

En el desarrollo de la investigación participativa se pueden distinguir las siguientes etapas, fases y momentos:

I.- Etapa Previa.- Formación de un equipo interdisciplinario cuyo objetivo es llegar a la formación de una visión coherente y sistemática de la realidad a transformar. Esta formación debe comprender aspectos teóricos y metodológicos.

II.-Etapa de la investigación participativa.

1.- Momento investigativo:

a.- Primera fase.- comprende la determinación y reconocimiento de un área de la investigación acción:

- Determinación de un área económica, física y sociocultural estratégica.
- Reconocimiento sensorial del área, por todo el equipo.
- Levantamiento bibliográfico y cartográfico acerca del área motivo de estudio.
- Entrevistas de y con las personas que residen en el área
- Selección de comunidades estratégicas dentro del área.

b.- Segunda fase.- es el acercamiento inicial a las comunidades y grupos del área, sistematizando de la siguiente manera:

- Reconocimiento sensorial y personal de las comunidades.
- Identificación y primeros contactos con grupos naturales o formales existentes.
- Observación inicial de la comunidad y participación de los miembros

del grupo interdisciplinario en la vida sociocultural de la comunidad.

- Selección de los grupos estratégicos para llevar a cabo la investigación-acción.

c.- Tercera fase.- investigación de la problemática de la comunidad y de los grupos que la constituyen, cuya aproximación comprende los siguientes estudios:

- Primer acercamiento sensorial de la problemática de los grupos seleccionados.
- Graficaciones y codificaciones hechas por los grupos a partir de su propia observación.
- Discusiones de los grupos sobre su propia interpretación de la realidad (descodificación).
- Registro detallado de las descodificaciones efectuadas por el o los grupos.
- Sistematización de todo el material registrado con participación de el o los grupos.

2.- Momento de tematización.

a.- Primera fase.- reducción teórica, con el fin de iniciar el análisis concreto de las observaciones realizadas bajo una instancia deductiva-analítica. Su desglose abarca los siguientes componentes:

- Análisis de los contenidos de las descodificaciones.
- Elementos constituyentes de las percepciones
- Conjunto de elementos conformando temas.
- Reducción teórica de los contenidos.

b.- Segunda fase.- reducción temática con el fin de ingresar a la etapa prospectiva mediante la elaboración de proposiciones y material escrito. Sus pasos esenciales son:

- Formación de unidades temáticas a partir de los temas detectados que a su vez se transformarán en problemas a ser presentados a la comunidad motivo de estudio.
- Elaboración de los códigos correspondientes al programa.
- Capacitación y entrenamiento de la población perteneciente a los grupos.
- Elaboración de material.

3.- Momento de programación-acción.

a.- Primera fase.- descodificación en los grupos para discutir y analizar los programas elaborados, a partir de las siguientes etapas:

- Organización de grupos.
- Trabajo a partir de círculos de estudio
- Discusión de los contenidos de los programas y análisis crítico de los mismos.
- Reajuste del programa.

b.- Segunda fase.- irradiación de la acción y de las decisiones tomadas a la comunidad, a través de las siguientes acciones:

- Presentación del programa a la comunidad.
- Discusión, aceptación o rechazo del programa; en caso de éste último, se efectúa la modificación del mismo.
- Organización de nuevos grupos.

c.- Tercera fase.- secuencialmente esta fase plantea la selección de proyectos en base a los siguientes pasos:

- Evaluación de posibles alternativas por la comunidad considerando la percepción y prioridades que ésta manifiesta.
- Selección de proyectos concretos.

- Preparación de los proyectos.
- Movilización de los recursos existenciales o potenciales.
- Decisión conjunta de la comunidad acerca de cuál o cuántos proyectos considerar para su ejecución.

d.- Cuarta fase.- comprende la elaboración de requerimientos para cooperar a la realización del o de los proyectos seleccionados, incluyendo los siguientes componentes:

- Determinación de las exigencias de capacitación por áreas de acuerdo al proyecto.
- Preparación del personal para la ejecución del proyecto.

e.- Quinta fase.- comprende la fase final en el desarrollo de toda la investigación, incluyendo las siguientes acciones:

- Análisis de la organización socioeconómica de la comunidad motivo del proyecto.
- Establecimiento de mecanismos de control en la ejecución del proyecto por los mismos miembros de la comunidad, con el fin de permitir la evaluación constante, sistemática y permanente.
- Puesta en marcha o ejecución del proyecto, tomando en consideración los aspectos de gestión.
- Evaluación terminal del proyecto y análisis de los resultados por la comunidad.

CONCLUSIONES

La solución al problema de la farmacodependencia sólo es posible encontrarla en todos y cada uno de los elementos que constituyen la sociedad, en la medida en que cada uno trabaje en la edificación de una forma de vida más justa y más libre, en donde se promueva la salud integral y, por tanto, mejores condiciones de vida.

De ahí que se debe partir de un trabajo de sensibilización de la población en general para que tome conciencia de la farmacodependencia como un problema de salud y actúe desde esta dimensión en la realización de medidas preventivas, lo que necesariamente lleva a romper con la visión del farmacodependiente como vicioso y a detectar todos los mecanismos que a nivel individual, familiar y social estén favoreciendo la presencia y propagación de este fenómeno, no viéndolo como un fenómeno individual al que sólo tiene que buscar la solución la población afectada, sino todos en su comunitato. Esto necesariamente lleva a romper con una serie de ideas fundamentales que sustentan y son favorecidas por la sociedad actual como son la individualidad, la competencia y la propiedad privada, tarea nada fácil.

Por su parte, Centros de Integración Juvenil, si realmente quiere erigirse, mantenerse y verdaderamente trabajar en la solución al problema de la farmacodependencia, debe adecuar su marco teórico, de tal forma que sensibilice a la población para que tome conciencia de la farmacodependencia como problema de salud, para lo cual requiere contar con los elementos necesarios para ello, lo que implica, en un primer momento, convertirse en un instrumento de la sociedad para tal efecto y no en creerse experto en farmacodependencia queriendo tener un status por sobre la sociedad. Por otra parte, realizar investigaciones epidemiológicas que den cuenta del fenómeno en toda su magnitud, de tal manera que sea posible establecer medida preventivas acordes a la población y no fundamentarse en una serie de aseveraciones carentes de fundamento o que den cuenta del fenómeno tan superficialmente como la visión que puede tener del fenómeno cualquier persona que esté en contacto con él y/o que viva en una zona de las consideradas de alto riesgo

en donde, a simple vista, pueda afirmar que el fenómeno se ha incrementado porque Fulanito o Sutanito son farmacodependientes, o que se consumen tales o cuales drogas porque los ve en las esquinas fumando o inhalando, etc. Todo ello llevará necesariamente a un real compromiso de los profesionistas que trabajan en esta Institución, entre ellos los trabajadores sociales, y también, a un compromiso institucional con la sociedad.

SUGERENCIAS.

La sugerencia fundamental que parte de este trabajo y que complementa las conclusiones, es la necesidad de efectuar un trabajo con la población en general que permita un cambio de concepción del farmacodependiente, de ser el vicioso por el de ser el enfermo y que a la larga conlleve a un compromiso que debe enfrentar toda la sociedad.

Por otra parte, habría que considerar a la investigación participativa como un elemento viable de ser utilizada, por lo que habría que profundizar en sus planteamientos, llevarlos a la acción y lograr una verdadera praxis transformadora.

ANEXO I.- Cuestionario

Nombre de la escuela: _____

Turno: _____ Grado: _____

Edad: _____ Sexo: Masculino () Femenino ()

Colonia donde vives: _____

1. Con qué nombre conoces el fenómeno de uso de drogas: _____

2. Sabes de alguna sustancia que sea droga:

Si () Cuál: _____

No ()

3. La gente que utiliza con mayor frecuencia drogas son:

Niños () Adolescentes () Adultos () Viejos ()

Hombres () Mujeres ()

4. Por qué crees que la gente recurre al uso de drogas: _____

5. Qué consecuencias crees que tiene el uso de drogas: _____

6. Qué crees que altere el consumo de drogas:

No hay alteraciones () Altera la salud ()

Altera las relaciones familiares ()

Altera las relaciones laborales ()

Altera las relaciones con los amigos ()

Altera las relaciones con los vecinos ()

7. Cómo definirías a una persona que utiliza drogas:

Enfermo () Vicioso () Loco () Delincuente ()

Otro _____

8. En la colonia donde vives se presenta el problema de consumo de drogas:

Si ()

No ()

9. Ese consumo de drogas es:

Individual () Grupal () No sabe ()

10. En qué lugares de la colonia se reúnen para usar drogas: _____

11. A quién recurrirías si tuvieras algún familiar que utilizara drogas: _____

12. Quién te proporcionó esta información: _____

BIBLIOGRAFIA.

- Becerra Rosa María.- "Elementos básicos para trabajo social psiquiátrico" Argentina. Editorial ECRO.1977. 144 pp.
- Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana.- "Nomenclatura y clasificación de problemas relacionados con el consumo de drogas y alcohol". "Reseñas". Noviembre 1982. 468-491 pág.
- Bosch, García Carlos.- "La técnica de investigación documental". México. UNAM. 1982. 69 pp
- Centros de Integración Juvenil.- "Manual para curso introductorio para servicio social y prácticas académicas". México. CIJ. Manual Interno. 1984.
- Centros de Integración Juvenil.- "¿Qué es Centros de Integración Juvenil?" México. CIJ. 1984.
- Centros de Integración Juvenil.- "Una respuesta integral al fenómeno de la farmacodependencia". México. CIJ. 1982. 152 pp.
- COPLAMAR.- "Necesidades esenciales de México. Situación actual y perspectivas del año 2000". México. Siglo XXI Editores. Volumen 4. 1982
- Departamento de Prevención.- "VIII Reunión Nacional". México. CIJ. 1984.
- Dirección General de Educación para la Salud.- "Educación para la salud". México, S.S.A. 1983. 335 pp.
- Dubos, René.- "El espejismo de la salud". México, Fondo de Cultura Económica. 1981. 309 pp.
- Garrido, Patricia; et. al.- "Salud y prevención de la farmacodependencia". México. CIJ. Serie Técnica. Volumen 4. 1983. 13-21 pág.
- Hernández, Ignacio.- "Terminología sobre farmacodependencia". México.CIJ. Copias fotostáticas.
- Huesca, Ricardo; et.al.- "Investigación documental sobre estudios epidemiológicos en farmacodependencia del área metropolitana de la Ciudad de México". México. CIJ. 1983.
- Huesca, Ricardo; et.al.- "Investigación documental sobre estudios epidemiológicos en farmacodependencia de la República Mexicana".- México. CIJ 1983. 85 pp.
- Lawrell, Asa Cristina.- "La salud-enfermedad como proceso social". México. Editorial Nueva Imagen. 1982. 25 pp.

- Llanes, Jorge.- "Comunicación y drogas: qué decir y cómo". México.- Editorial Concepto. 1982. 159 pp.
- Llanes, Jorge.- "Drogas: Mitos y falacias". México. Editorial Concepto. 1982. 131 pp.
- Llanes, Jorge.- "La sociedad ante las drogas". México. Editorial Concepto. 1982. 126 pp.
- Llanes, Jorge.- "Prevención de la farmacodependencia".- México. Editorial Concepto. 1982. 111 pp.
- Martínez, Malo Jesús.- "Conceptualización de la farmacodependencia. Modelo de abordaje en CIJ". México. CIJ. Copias fotostáticas.
- Mora, Fernando y Hersch, Paul.- "Introducción a la medicina social y salud pública". México. UAM Xochimilco. 1984. 112 pp.
- Nowlis, Helen.- "La verdad sobre la droga". Francia. Editorial UNESCO. 1975. 100 pp.
- Organización de las Naciones Unidas.- "Libro básico sobre medidas para reducir la demanda ilícita de drogas". EJA. Editado por la ONU. 1980. 111 pp.
- Presidencia de la República.- "Ley Orgánica de la Administración Pública Federal". México. 1982.
- Rojas, Soriano Raúl.- "Guía para realizar investigaciones sociales". México. UNAM. 1977. 222pp.
- San Martín, Hernán.- "Salud y Enfermedad". México. Editado por la Prensa Médica Mexicana. 1981.
- Secretaría de Gobernación.- "Diario Oficial del 3 de septiembre de 1982". México. 1982. 64 pp.
- Secretaría de Salubridad y Asistencia.- "Plan Nacional de Salud 1974-1976, 1977-1983". México. 1974.
- Secretaría de Salubridad y Asistencia.- "Programa Nacional de Salud 1984-1988". México.
- Vega, Franco Leopoldo y García, Manzanedo Héctor.- "Bases esenciales de la salud pública". México. Editorial Prensa Médica Mexicana. 1984. 99 pp.
- Yopo, Boris. "Metodología de la Investigación Participativa". México. CREFAL. 1984. 54 pp.