

26
2^{er.}



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

[Faint handwritten text]

PAPEL DEL PSICOLOGO EN LA PREVENCION PRIMARIA DE LA FARMACODEPENDENCIA EN INSTITUCIONES DE SALUD.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

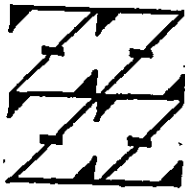
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

MARIA DEL CARMEN MEDINA MEDINA

U N A M
F E S
Z A R A G O Z A

DIRECTOR DE TESIS: PS. JESUS BARROSO OCHOA.



SO NUMERO
EJE
DE NUESTRA REFLEXION

MEXICO, D. F.

88390

1998.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

AGRADECIMIENTOS:

A mi Madre: Por su preocupación y apoyo incondicional.

Al recuerdo de mi Padre: Donde quiera que se encuentre, gracias.

A mis Hermanos:

Antonio: Su recuerdo, fuente de inspiración.

Tomás: Por su apoyo.

A mis sobrinas: Diana, Elisa, Liliana y especialmente a Toño por su ayuda y Katy por compartir preocupaciones, cansancio y dar confianza y apoyo.

A Sarai: por creer siempre en mí.

A mis grandes amigos.

Martha: Por compartir ilusiones.

Gloria: Mi guía espiritual.

Luz Ma.: Por su preocupación maternal.

Ana Lydia: Por la oportunidad de compartir y descubrir logros profesionales.

Lizeth y Yuleni: Amigas para siempre.

José Juan y Fausto: Más que amigos.

Jorge: Un gran apoyo.

Carlos: Por todo lo vivido y lo que nos espera.

César: Mi agradecimiento infinito.

A mi profesor y amigo Jesús Barroso: Por toda la paciencia e interés a mis logros.

INDICE

PAG.

CAPITULO 1

Historia de las Drogas
.....

1

CAPITULO 2

Concepto de la Farmacodependencia
.....

12

CAPITULO 3

Clasificación de las drogas
.....

16

CAPITULO 4

Clasificación de usuarios
.....

22

Modelos Explicativos
.....

25

CAPITULO 5

Concepto de Prevención	37
---------------------------------	----

CAPITULO 6

Instituciones que se Dedican a la Prevención de la Farmacodependencia

Centros de Integración Juvenil	39
Desarrollo Integral para la Familia	48
Instituto Mexicano del Seguro Social	52
Instituto Mexicano de Psiquiatría	54
Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado	57
Universidad Nacional Autónoma de México	58

CAPITULO 7

Papel del Psicólogo	60
Propuesta de Trabajo	66

CONCLUSIONES	71
BIBLIOGRAFÍA	75

INTRODUCCION

El consumo de drogas en México ha provocado en los últimos años atención por la sociedad, ya que con mayor frecuencia se observa que la población menciona que los hijos, el esposo, el padre o el hermano tienen adicción hacia alguna y provoca un sinfín de malestar a las familias, al individuo y a su entorno.

Ante tal situación algunas Instituciones han hecho programas de atención para aquella población que aun no tiene el problema y para los consumidores.

Dichas Instituciones cuentan con actividades encaminadas hacia la prevención primaria, secundaria y terciaria

Dentro de la prevención primaria se manejan informaciones, orientaciones y capacitaciones que pretenden que no aparezca el problema, en el nivel secundario, la atención a personas que ya son consideradas consumidoras y en el nivel terciario está ubicada la rehabilitación de farmacodependientes.

Por ser el nivel primario el primer acercamiento para evitar el uso indebido de drogas, es un elemento importante dentro de la Prevención y siendo el psicólogo un profesionista que cuenta con herramientas teóricas y prácticas que le permiten participar en su atención, es importante conocer el papel de éste en esta actividad.

El presente trabajo, pretende hacer una revisión de dichos programas destacando lo que se está realizando en materia de Prevención Primaria e igualmente el quehacer del psicólogo en ella.

Se eligieron 6 instituciones ubicadas dentro del Sector Salud y Educativo, las cuales son: Centros de Integración Juvenil, A.C., Desarrollo Integral para la Familia, Instituto Mexicano de Psiquiatría, Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores y la Universidad Nacional Autónoma de México, considerando que son algunas de las más representativas dentro de la población mexicana por el tipo de servicios que brindan.

Los contenidos revisados tienen que ver con los modelos de atención, contenidos de programas y quién los lleva a cabo, paralelamente a ello, se pretende tener una visión más completa del desempeño profesional del psicólogo dentro de

estas Instituciones. Igualmente se hará una propuesta de actividades de lo que debe desempeñar.

El documento se divide en 6 capítulos, el primero de estos está dedicado a la revisión histórica de las drogas, conociendo las causas de su uso en un inicio y actualmente.

El segundo capítulo contiene el concepto de farmacodependencia y los cambios que ha venido sufriendo para su mejor entendimiento.

El capítulo tres refiere diversas clasificaciones de drogas en relación con los síntomas producidos en el organismo.

En el capítulo cuatro se hace una revisión de las clasificaciones de los usuarios y los modelos explicativos en cuanto al consumo de drogas.

El capítulo cinco está dedicado al concepto de prevención en sus tres niveles.

El capítulo seis realiza una comparación de los programas que se llevan a cabo en las Instituciones antes mencionadas.

Y finalmente el capítulo siete establece las actividades que ha venido desempeñando el psicólogo en los programas preventivos así como una propuesta alternativa de actividades que puede desempeñar en esta Área.

CAPITULO I

HISTORIA DE LAS DROGAS

El consumo de drogas es tan antiguo como la humanidad. El hombre prehistórico probablemente conocía ya algunas bebidas fermentadas así como plantas que producían efectos sobre la mente y cuerpo, quizá sus primeros acercamientos se dieron al alimentarse de vegetales para subsistir, descubriendo que algunas de estas plantas, raíces, hongos, etc., producían sensaciones diferentes, incomprensibles, mágicas. dichos efectos permitieron que diferentes culturas las hayan utilizado y las utilicen hoy en día con fines curativos y/o espirituales, ya sea como medio de acercamiento temporal con sus dioses o venerando a las plantas como deidades. utilizándolas entonces con veneración y respeto. En un rito sagrado, por lo que solo algunos pocos pueden tener acceso a estas plantas, aquellos que tienen el poder, la gracia, la sabiduría, los elegidos de todas las culturas existentes en el estadio primitivo de todos los tiempos. Algunas culturas que aun existen, muestran un gran apego a sus tradiciones ancestrales, para ellas es el regalo más preciado que le han dado sus dioses, es un don milagroso y divino, no sospechan que estas plantas son drogas cuyos componentes químicos afectan la mente del hombre. Del probable medio millón de especies con que cuenta el reino vegetal, se han descubierto 150 especies con propiedades alucinógenas, sin embargo se cree que existen aun más y que han sido utilizadas y veneradas por el hombre a lo largo de miles de años, desde que este hace su aparición en el viejo continente. Es precisamente en el viejo mundo, donde menos se utilizan las plantas alucinógenas a pesar de que ahí el hombre ha contado con más tiempo para conocer, experimentar y cultivar gran variedad de estas plantas. (Fernández, 1989).

También en los papiros del antiguo Egipto se observa gente bebiendo vino y cerveza. El opio y la marihuana se han empleado durante centurias y los indios sudamericanos, siglos antes de la conquista española, conocían las propiedades estimulantes de la hoja de la coca. La Biblia menciona unas 165 veces al vino en términos mas bien aprobatorios, pero condena terminante mente la embriaguez. Ya en tiempos bíblicos se planteaba el problema principal de ¿ cómo disfrutar de los beneficios de las drogas que a menudo acompañan a su uso?. (Jaffe, 1991). El uso del opio por los asirios, sumerios y griegos, nos han dejado por escrito testimonios de que la adormidera ya era conocida y se utilizaba antes del nacimiento de Jesucristo. Desde Herodoto, Hipócrates y Aristóteles hasta Virgilio y Plinio el viejo y numerosos autores griegos y romanos citan en sus escritos a la adormidera y su producto el opio. Desde entonces y a lo largo de muchos siglos, se reconocieron ampliamente. (McGrath, 1973).

Precisamente los Sumerios debían conocer los efectos psicológicos de opio, pues su ideograma para la adormidera era bul (gozo) y más gil (plantas), pero sin duda la primera referencia acerca del jugo de la adormidera se encuentra en los escritos de Teofrasto en el siglo III a. C.. La palabra opio proviene del nombre griego que significa jugo. La sustancia se obtiene del jugo de las cápsulas de adormidera, los médicos árabes conocían del uso del opio y los mercaderes Arabes llevaron la droga al Oriente y a la China, donde se empleo principalmente para controlar la disentería. A mitad del siglo XVI, los usos del opio que aun hoy son validos se conocían bien en Europa. En el siglo XVIII, fumar opio se hizo popular en el Oriente. En ese tiempo, el uso de los hopeases era mucho más aceptado por sus efectos subjetivos que en la actualidad. En Europa la facilidad de adquirir opio hizo que se usaran con algún grado de abuso, pero el problema de la ingestión del opio (en realidad beber láudano) nunca fue tan profundo ni tan socialmente destructivo como el abuso del alcohol. En 1803, un joven farmacéutico alemán, Sertümer, aisló y describió un alcaloide del opio al que el llama Morfina, refiriéndose a Morfeo, Dios griego del sueño. Poco después se descubrieron otros alcaloides del opio (codeína por Robiquet, en 1823, la Papaverina por Merck en 1848) y a la mitad del siglo XIX había comenzando a extenderse en el mundo médico el uso de alcaloides puros en lugar de los preparados crudos del opio. El invento de la aguja hipodérmica y el uso parental de la morfina y no del opio crudo, dieron origen a una variedad más grande de adicción. En Estados Unidos por el problema de la adicción se hizo mas grave por la influencia de los trabajadores chinos fumadores del opio, el uso extendido de la morfina entre los soldados de la Guerra Civil y la disponibilidad ilimitada del opio. El grave riesgo que implica la morfina estimuló la búsqueda de analgésicos potentes que no causaran adicción, exploración aún no terminada. (Goodman, 1978).

Cuando a mitad del siglo XVI se iniciaba el uso del opio en Europa, también se recibieron las primeras noticias sobre las existencias de un arbusto llamado coca, un conquistador español escribió sobre el "misterio de esta planta, tal que llevando siempre una hoja en la boca, no siente jamás frío, hambre ni sed". Las hojas de coca eran usadas por los sacerdotes incas para caer en trance e interpretar el oráculo y por los trabajadores indígenas para soportar el transporte de pesadas cargas por las alturas andinas. Para las tradiciones incaicas, fueron los hermanos del Sol, Mamá Ocllo y Manco Capac, quiénes donaron la "planta de las plantas", considerada símbolo de la felicidad, después de fundar el imperio incaico. (Bulacio, 1991.)

Durante La Conquista española, esta planta fue proscrita por considerarla peligrosa e indeseable. Sin embargo, los conquistadores descubrieron los efectos que tenía la droga si se les daba a los indios durante el trabajo en las minas. A partir de estos momentos la planta ya no fue usada más con fines sagrados o mágicos, sino con el fin de que la explotación indígena fuera más eficiente al reducir las sensaciones de cansancio, hambre y frío. Es importante resaltar como una sustancia que tiene funciones religiosas, al sacarla de su contexto se convierte en una droga de efectos nocivos. (Vega, 1983).

El principal alcaloide de la coca, la cocaína, fue aislada en 1860, en la Universidad de Göttingen, Alemania y fue rodeada de un entusiasmo que duraría hasta las postrimerías del siglo. De potente acción anestésica local, la cocaína fue ensayada para la fiebre del heno, como antiinflamatorio y para el resfriado común. El propio Sigmund Freud estuvo interesado en la nueva droga por sus propiedades estimulantes, concibiéndola como un remedio para la depresión, la adicción a la morfina y el alcoholismo, llegó a experimentarla en sí mismo y describió como una pequeña dosis le elevó a las alturas de una forma maravillosa, de esta manera, el uso de la cocaína pronto llegó a formar parte de medicamentos y licores (al Papa León XIII se le administraba una mezcla de vino de Angelo Mariani y de cocaína), así como un ungüento, polvos, aerosoles, pastillas, supositorios y cigarrillos. John Styth Pemberton de Georgia, introdujo su vino francés de coca (El Tónico Nervioso ideal) en 1885, y al año siguiente inventó y produjo el refresco Coca-cola utilizando un jarabe hecho de cocaína y cafeína. Pero la fama de la cocaína duró poco. Hacia 1890 los médicos reconocían que la cocaína no solo curaba la adicción morfinica sino tenía considerables potenciales de abuso. Freud fracasó al utilizar la cocaína en el tratamiento de la adicción a narcóticos de un colega, y el cirujano estadounidense William Stewart Halsted fue una de las primeras víctimas de la dependencia a la cocaína, debido a su experimentación con ella. La droga perdió parte de su aureola a medida de que su consumo se extendía a niveles sociales inferiores. Los bebedores de las clases sociales bajas empezaron a sustituir el alcohol por cocaína, o a mezclar ambas. Los bares de la época vendían una combinación de Whisky y cocaína (un pellizco en el trago). En 1891 hubo dos casos de muerte por intoxicación de coca, y algunos estados y comunidades adoptaron leyes que regulan su uso, aunque esto no impidió a la compañía Coca-cola (creada en 1892) proporcionar su bebida "suave" de coca y cafeína como un "tónico para la gente mayor que se fatiga con facilidad". La Coca-cola se anunciaba como útil para eliminar la resaca alcohólica. Lo que contribuyó a terminar con la popularidad de la cocaína en Norteamérica fueron los rumores de que era consumida por los negros. Por ello, sucumbió el temor a los disturbios y crímenes provocados por la cocaína. (Mother, 1986).

Pero en México el uso de drogas también se utilizó con fines especiales de acuerdo a sus creencias y tradiciones que se tenían en Teotihuacán donde el pulque y los hongos formaban parte fundamental en los rituales que se realizaban para venerar a sus dioses o festejar algún acontecimiento, para ilustrar con mayor precisión su uso se hará mención de una leyenda utilizada en el México precolombino.

Todo era oscuridad cuando en Teotihuacan se reunieron los dioses y acordaron el firmamento. Uno de ellos se encargaría de hacerlo, para esto, debería ofrendar su vida al arrojarse al fuego y así tuviera lugar su transformación. Dos estaban dispuestos, el primero que se ofreció era de rica vestimenta, el otro de pobre atavío.

El primero intentó 4 veces arrojarse al fuego pero... éste era tan fuerte... sólo 4 veces le dejaron intentarlo, después toco el turno al de la vestimenta... en la primera ocasión se arrojó al fuego y subió al cielo... es el Sol. Después el de la rica vestimenta... y ascendió también, pero como brillaba igual, los dioses lo opacaron... él es la Luna, México, país surgió en el quinto Sol que nace en Teotihuacán como producto de la muerte de los dioses que para alumbrar el firmamento y dar origen a un vasto imperio ofrendaron su vida. Ahora toca a este imperio corresponder de la misma manera, dándole vida a quién hizo posible el quinto Sol. Estas celebraciones con profundo sentimiento religioso y místico es una de las tantas que se realizan en México Precolombino, donde todo tenía razón de ser. Todo para guardar un justo equilibrio entre la vida y la muerte: entre lo natural y lo sobrenatural. Aquí se entrelaza la leyenda y la realidad, historia y fantasía. La raíz se encuentra precisamente en lo sobrenatural. Sus ritos y celebraciones tenían un porqué. Los sacrificios humanos calificados de barbarie los utilizaban para preservar su orden social y lo más impotante, el religioso. Más los dioses, en su magnificencia no solo les dieron el día y la noche, también les dieron los medios para acercarse a ellos. El México antiguo, Tenochtitlan, Tollan, Teotihuacán. Texcoco y todos los pueblos asentados hasta donde se mire el mar o se pierda la vista deberán honrar a sus dioses: Al Sol, La Luna, La Serpiente Emplumada; con vidas humanas, danzas, música de caracolas y con el propio alimento, hongos, tabaco, pulque. En la religión indígena, existe una deidad que reside en las semillas de una planta conocida como COAXIHUIUTL (planta serpiente) o también conocida como OLOLIUHQUI. Estas semillas son mas veneradas, temidas por los indígenas del México prehispánico. Es mucho más que un medio para comunicarse con lo sobrenatural, quién bebe infusión hecha a base de OLOLIUHQUI puede incluso hasta llegar a ver a la deidad con forma humana. Los indios lo consultan para conocer lo venidero y para solicitar su ayuda en la cura de enfermedades. Lo invocan mediante conjuros especiales, dándole

trato de una deidad para que aparezca y también para evita su enojo y les haga un mal. Lo elevan a sus altares, le ofrendan incienso y sus mejores flores, barren y riegan cuidadosamente la casa; por esta razón el conjuro reza: "quién barrerá para ti o te servirá uno o dos días más". TEONANACATL "carne o alimento de los dioses", así le nombraban los Aztecas a los hongos; sus plantas divinas sus "florejillas" que por naturaleza sagradas eran destinadas a los grandes ceremoniales, a las fiestas solemnes. En la "Historia de las Indias de la Nueva España" el Fraile dominico Diego Durán recopilando información en los indígenas y consultando textos en náhuatl, refiere el uso de los hongos en el México prehispánico". Y todos los señores y grandes de las provincias se levantaron y para solemnizar más la fiesta, comieron todos de unos hongos monteses, que dice que hacen perder el sentido, y así salieron todos muy aderezados al baile". La fiesta a la que hace mención corresponde a la coronación del emperador TIZOC, celebrada en el año de 1481 y al término del banquete se ofrece a los convidados hongos embriagantes: Debido a que consideraban sagrado el uso de los hongos embriagantes, los consumían en fechas o celebraciones muy especiales; nunca tomaban bebidas fermentadas en tales ocasiones, ya que no estaban a la altura de las circunstancias. Hacerlo era afrentar contra los efectos puros y mágicos de los hongos.

Los hongos cumplían también fines adivinatorios, de clarividencias que les permitían ver a quienes los ingerían, pasajes de su vida futura. De esta manera "verían" si tendrían esclavos, éxito en las batallas, si estaba próxima su muerte y la forma en que llegarían; verían se cometerían un delito y la pena que les sería puesta. En fin, vivirían ante su propia vida y la de su pueblo. Este alimento celestial era reproducido por los sacerdotes y artistas en sus esculturas, grabados o códices, que hacían bajo la inspiración divina y en donde se le otorgaba el lugar sagrado que le correspondía. Entonces se plasmaba siendo utilizado por los miembros de la alta aristocracia y hasta los dioses mismos, ocupaban también un lugar preponderante dentro de la poesía, se referían a los hongos como las "florejillas" y mediante esta describen sus experiencias alucinógenas como el suceso más relevantes de sus vidas, el que los transportaba a un mundo maravilloso y sorprendente, celestial, que los fascina y cubre de su encanto donde lo extraordinario tiene lugar, un mundo al que solo las "flores" lo llevan. En el uso de las "flores embriagantes" como un tinte religioso, divino, excelso. Es buscar lo oculto con reverencia y temor por siempre acercándose a sus orígenes, a su paraíso. (Fernández, 1989).

Quizá la sustancia de uso más extendida en el México prehispánico fue el pulque, la bebida fermentada por excelencia. Fue proverbial el riesgo que corría el bebedor de pulque de ser poseído por los CENTZONTOTOCHTIN "los cuatrocientos conejos, deidades del pulque que personificaban la infinita variedad de efectos de embriaguez puede provocar en los diferentes individuos. Con

sentido exquisito de las descripciones, los indios informantes de Sahagún nos señalan como los había que se encierran en sí mismos sin molestar a los demás, los que duermen en cuanto se emborrachan, los que se entristecen y empiezan a lloriquear, los que se consuelan cantando, los que dirigen "sus desvergüenzas contra otros" siendo agresivos, los que toman actitudes prepotentes y dicen ser ricos y poderosos, los que "sospechan mal de todo y de todos, los que buscan solo la compañía de otros borrachos iguales a ellos. Relacionado con la Luna, el pulque fue considerado como una bebida divina que sólo podía ser consumida en ocasiones especiales o por individuos con características asimismo específicas. El pulque tenía un uso ceremonial, perfectamente reglamentado. Iba desde dar de beber el Teoctli-pulque de los dioses- a los prisioneros, víctimas en sacrificios, gladiadores en fiestas de HUITZILOPOCHTLI en el día Cetécpatl (1-pedernal), hasta la borrachera general que incluía a los niños en la festividad denominada PILLIHIANI. En la misma fiesta de CETECPATL, los "hacedores" del pulque participaban en una borrachera en la que todos ellos, especialmente los que ya estaban entrenados en años, bebían de una olla que se llenaba conforme se consumía, de modo que nunca se llegara a vaciar. Por igual, en las fiestas de la diosa HIXTOCIHUATL, eran los comerciantes quienes bebían en la fiesta llamada IZCALLI, dedicada a IZCOZAUHQUI -uno de los dioses del fuego- las borracheras en cambio era general, bebían hombres y mujeres, niños y niñas, viejos y mozos, se podía beber algo en las bodas y en algunas otras festividades de carácter privado. Sin embargo los historiadores han insistido de sobra acerca del patrón de consumo del pulque en las sociedades nahuas prehispánicas que se regían por criterios absolutamente diferentes a los válidos dentro de nuestra cultura. El que bebía podía emborracharse. El patrón de bebida era continuo hasta la embriaguez. Pero no debería olvidarse que esta práctica era ritual y solo se podía beber en las fiestas en las cuales hacerlo estaba expresamente permitido. En condiciones normales sólo podían beber los viejos, aquellos que ya tenían su alma lo suficientemente avanzadas y endurecida para que los espíritus moradores del pulque no pudieran hacerles daño, no obligarlos a realizar actos ilícitos o del mal ejemplo. El Códice Mendocino señala que sesenta años era la edad a la que los viejos podían empezar a beber sin restricciones aun que otros textos orientan a pesar de que esto era al pasar el siglo, es decir más de los 52 años. La borrachera de los viejos de uno y de otro sexo se convertía en ceremonial durante la fiesta de TLACOXUCHIMACA, en la que, ya borrachos, "reñían unos con otros en voces y otros se jactaban de sus valentías que habían hecho cuando mozos".

Así el pulque les permitía hacer de nueva realidad, siquiera temporalmente, el pasado. No obstante al margen de lo anterior quedaba la parte prohibida de la embriaguez. El que bebía era severamente castigado, existiendo un rigurosísimo código de control social, de acuerdo con el cual más noble e ilustre era él bebedor tanto mayor sería su castigo. El ejemplo del señor CUATITLAN, mandando ahorcar por MOCTEZUMA a causa de sus frecuentes borracheras, habla por sí

solo. A otros sobre todo si era plebeyo o se les daba de palos, pero la reincidencia significaba la pena de muerte. Ahora bien es probable que la práctica de las cosas no fuera de entrada tan severas como mencionan los textos. TLACHINOLTZIN el señor de CUAUTITLAN mencionado, sólo fue ajustado después de que había hecho muestra pública de su alcoholismo y de haber acabado con sus bienes. Se hablaba de alcoholismo que no podía dejar de cumplir con su destino, como era el caso de aquellos individuos que nacidos el día 2-conejo no tenían mas remedio que beber y ser borrachos, esto es, ser alcohólico. Aun que debe hacerse notar que el hecho de que hablara de un destino hacia que soslayara los efectos perjudiciales de este vicio. Como quiera que sea, puede afirmarse que el alcoholismo no representó un grave problema en las sociedades del México prehispánico, tal vez en virtud de que la alternancia de estrictas medidas represivas y la permisividad de la embriaguez en las fiestas religiosas ofrecía un adecuado punto de equilibrio. (Tapia, 1994).

Por otra parte, cabe mencionar que existen esculturas y pinturas precolombinas que representan personajes del acto de fumar. Los indios aspiraban el humo del tabaco, quemándolo en unos recipientes que ellos llamaban "Tabasco" (una especie de pipas) en rollos encaminados por uno de los extremos. En México, los Aztecas y los Mayas, entre otros grupos étnicos incluían el tabaco en sus actos religiosos. (Vega, 1991).

Los dioses prehispánicos fumaban y la bolsa para guardar el tabaco era atributo insustituible de los sacerdotes mesoamericanos, se ha sostenido en los medios botánicos que la planta del tabaco es oriunda de las regiones andinas, pero el hecho es que en el Caribe y en Mesoamérica se consumía y continuaba desde tiempos inmemorables, y es numeroso el que sostenía que por lo menos algunas especies de las plantas son oriundas de esos lugares. Puede decirse que el tabaco está presente en esas regiones desde los inicios mismos de su desarrollo cultural; al igual, su flor aparece representada en el muslo izquierdo de la estatua de XOCHIPILLI, el señor de las flores que han resultado ser psicotrópicas. Dentro de las más de setenta especies de tabaco oriundas y existentes en América, se reconocen dos variedades principales en el área, la Nicotina rústica, producto de mezcla entre Nicotina Paniculata y Nicotina undulata y la Nicotina tambacum, el PICIETL de los antiguos mexicanos, resultado de la cruce de Nicotina tomentosa y Nicotina sylvestris. Al parecer sus patrones de consumo variaron, ya que inicialmente era bebido, después masticado, más tarde se aspiraba el humo, y finalmente fue fumado. Entre los mexicas era costumbre extendida fumar, y son vividas las descripciones de Sahagún y Bernal Díaz del Castillo al señalar la existencia de vendedores de tabaco de muy diversas calidades, tanto en lo tocante a la materia prima como a la elaboración de los "molcajetes". En cuanto a la preparación de cañuto, Sahagún la describe así: Primero corta las cañas y las desnudan o monda de las hojas, limpiándolas muy bien y muele el carbón con el

cual siendo mojada embarra los cañutos, y después, unos los pintan y otros los hacen dorados: algunos de ellos llanos, que no llevan pintura, embarrados con el carbón molido. Entre otras descripciones del uso de las plantas se encuentran numerosos relatos sobre las ceremonias indígenas PIPILTZINTA es el nombre de la planta que se le considera es una nueva variedad de marihuana, aunque se ha discutido la precisión de su clasificación. En 1772 el sacerdote Antonio Alzate, quien se dedicaba al estudio de estas plantas identifica al PIPILTZINTZINTLI como cañamo indio, Cannabis indica. Esta es una referencia que llama la atención, ya que existe otra teoría que sostenía que la Cannabis fue introducida a México durante el siglo pasado y que se cultivaba como una fuente de fiebre pero para fines de intoxicación. PIPILTINTINTLI es una voz nahuatl que significa "niño venerable".

PILLI significa "noble" o de la clase alta, realeza, noble, clase superior o clase gobernante. A la vez, la misma raíz se aplica a "pequeño" o "niño pequeño". Cuando suele agregar el reverencial TZIN adquiere la connotación de "pequeño y querido", refiriéndose emocionalmente o afectivamente al niño pequeño. Dado que la raíz contiene ambos significados, en el caso de la planta está referido a "niño pequeño" a la vez que alude a algo honorable, sagrado, que merece respeto. Este significado converge o coincide con la conceptualización de la planta en los pueblos indígenas, dado que probablemente la marihuana fue una de las sustancias que los españoles trataron de proscribir. Sin embargo existen opiniones diferentes sobre este punto, dadas las dificultades para documentarlo de acuerdo a los archivos de la Inquisición, esta planta se cultivaba y tenía una variedad masculina y otra femenina, y se secaba para ser empleada en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades. También se usaban como un amuleto, por lo que portar la planta, sus flores o raíces en su estado natural, era suficiente para tener protección contra las fuerzas malignas. Esto se debía a la creencia de que el PIPILTZINNITL era un material sagrado y de ahí el origen de su nombre. Otra teoría sugiere que la marihuana fue traída a México durante la época en la que era colonia de España. La marihuana era conocida entonces con el nombre de "cañamo" era importada de España y se empleaba en la industria textil. Una tercera versión señala que la marihuana vino a México procedente de Asia en la Nao de China, que era un barco mercante que hacía el viaje regularmente entre Shanghai y Acapulco. Sin embargo la hipótesis más aceptada comúnmente indica que el uso de la marihuana entre varios grupos indígenas tenía propósitos mágicos, como una práctica religiosa desde tiempos precolombinos. Uno de los recursos que tuvieron los indígenas para preservar sus tradiciones fue el emigrar a lugares geográficamente lejanos de las ciudades, o a sitios de acceso. Entre estos grupos se incluyen los tepehuas, tepecanos y los otomies. De esta manera algunas partes de estos conocimientos se han preservado hasta la actualidad. Como se puede observar entre los grupos indígenas actuales, así como entre los precolombinos, el uso de la marihuana

estaba circunscrito-a la práctica mágica-religiosa-terapéuticas, y no se promovía su uso como un instrumento de recreación. (Ortiz, 1992).

La historia de las sustancias tóxicas permiten conocer antecedentes importantes que entre cosas muestran la intensión de su uso, que podían ser desde lo curativo, lo religioso, las creencias mágicas, etc., como lo antes citado. El contexto de su consumo marca diferencias fundamentales, sus objetivos tenían sustento, inclusive acerca de la salud pero esto ha cambiado actualmente, lógicamente también el contexto, las necesidades de la población han cambiado y el consumo de sustancias se trasformó y aumentó, determinado por diferentes condiciones. Las drogas han producido varias polémicas internacionales, sobre todo al abordar las restricciones legislativas que lo rodean. Esta polémica también ha producido una abundante literatura. En México poco se ha escrito sobre tales discusiones. Mucho menos sobre la historia y los procesos sociales que determinaron su exclusión de la legalidad, y la aceptación social.

Ortiz (1992) menciona que apartir de un conflicto entre la moral y lo legal, suscitado durante la paulatina incorporación del siglo XIX, la práctica de la regulación estatal de la salud pública fue definiendo los elementos que consideraba dañinos para la producción a partir de un parámetro "científico". Entre estos elementos aparecieron muchas de las sustancias que eventualmente tendrían la connotación actual de "droga" y como las sustancias consideradas como tales fueron satanizadas por ciertos sectores, es un proceso que puede arrojar cierta luz para entender la compleja relación existente entre estas sustancias y su entorno social. Tan solo una mirada superficial sobre la hemerografía y la literatura tocante a las llamadas "drogas" pero un periodo relativamente breve de la historia de México como son los años de 1870 a 1910 permite establecer que la conciencia social alrededor de la misma sufrió una buena cantidad de transformaciones, tanto en lo correspondiente a su uso particular y especializado en espacios sociales restringidos, como en lo que se refiere a sus conocimientos y consumo en diversas áreas un tanto más amplias de la población. Si bien existía una acepción médica o farmacológica de la palabra "droga", esta fue adquiriendo múltiples significados en la función del estrato social que la pronunciaba y la época en que se utilizó. Para la mayor parte de la sociedad mexicana de mediados del siglo XIX. Por ejemplo, dicha palabra no parecía tener implicantes ofensivos mucho menos negativos. Droga podía tener el significado de medicina o remedio, sin connotación peyorativa alguna y sin restricciones en su producción, comercialización o consumo. No fue sino hasta 1871 cuando el Código Penal estableció algunas limitaciones en el consumo y la venta de ciertas sustancias consideradas nocivas para la salud pública, entre las cuales se llegaron a mencionar drogas y fármacos diversos que requerían de receta médica para su circulación. Sin embargo, la distancia entre el control legal y la sociedad aparecía bastante dilatada. Hasta por lo menos en la tercera década

del siglo XX era posible acceder con bastante facilidad a cualquier sustancia considerada como "droga" o "narcótico" en botánicas, mercados y uno que otro establecimiento semiclandestino. La venta y consumo de toda clase de enervantes y sustancias químicas, desde la marihuana hasta los clorhidratos de la morfina, no pareció tener mayores limitaciones sino hasta fines de la década de los años veinte y principios de los treinta. En diversas ocasiones e inclusiones mediante decretos presidenciales se prohibió su producción comercialización y consumo. Sin embargo, por las referencias en diarios y crónicas de la época, tales prohibiciones no hicieron gran cosa en contra de lo que entonces llegó a llamarse "la felicidad de los venenos". A mediados del siglo pasado, en 1885, por ejemplo el gobierno de Santa Anna se resistió a prohibir el cultivo, la venta y el consumo de marihuana, medida puesta por el gobernador de Colima, Francisco Ponce de León. El pacto federal permitió que el gobernador si estableciera tal prohibición en su jurisdicción, pero Santa Anna se negó a aceptar dicha medida para todo el territorio nacional. Sin embargo, en la medida que se acercaba el fin de siglo, especialmente el consumo de la marihuana pareció estrechar su asociación con el mundo de la delincuencia y con los soldados rasos. En los últimos quince años del siglo pasado fue quedando cada vez más claro que los efectos de la yerba conducían al comportamiento antisocial. Ciertamente es que hacia fines del siglo pasado, el mundo de las drogas -como hoy lo llamaríamos- formaba parte de ciertas actividades y de ciertos sectores más o menos definidos. Cada uno establecía una relación particular con ese mundo y había una tendencia a establecer un comportamiento social hacia dichas sustancias relativamente válidas para todos. La condena generalizada a la embriaguez y la alteración de los sentidos, formó parte de la moral cristiana que imperaba y que a través de dicha condena parecía empezarse con algunos principios del liberalismo enarborado de la República Restaurada. Años después, sin embargo los argumentos en contra del uso de los "excitantes" seguían una pauta semejante pero con un grado mayor de recursos y con referencias directas a los causantes de la embriaguez, la atribuían principalmente a la vida moderna, la evasión que producía el alcohol y las drogas. La asociación entre la marihuana, la morfina, el alcohol, el tabaco, la cocaína, el opio, la belladona, etc., y la delincuencia estaba, según las principales referencias hemerográficas de la época, estrechamente ligada a la condición popular de sus consumidores. Tal parecía que la combinación drogas-pobreza daba como resultado lógico una actitud antisocial. En esta combinación pesaba mucho más el segundo elemento, pero la idea de las drogas como agente destructivo en sí tendía a diluirse frente a la intolerancia social que causaba sobre toda la población y la marginalidad. Las transformaciones que sufrió la conciencia colectiva a fines del siglo pasado y el actual, sobre las drogas corrieron a la par de la implantación de los principios liberales y la moralidad burguesa, navegando entre la negación de la validez de todo conocimiento ajeno a la llamada "ciencia" y la fobia hacia todo aquello que rompía con los moldes de la evolución civilizadora. Las drogas, curiosamente quedaron en un lugar intermedio y la actitud social ante ellas fue un tanto arrancada. La sociedad mexicana las elogió y las derrumbó. Las asoció con los avances de la

ciencia y con la delincuencia. Las identificó con algo valioso -el bien como algo denigrante -el mal-. Intentó establecer un control sobre su existencia pero a la vez no tuvo los elementos para limitar su circulación, producción y consumo. Y finalmente, después de recibir las indicaciones que requería su incursión en el mundo moderno internacional, la sociedad mexicana se fue alineando poco a poco al dictado de su irracional persecución encabezada por Estados Unidos de Norte América. (Ortiz, 1992).

Por lo anterior, es importante destacar la visión actual que se tiene de los consumidores de drogas y el impacto que ha provocado la farmacodependencia como un problema social; el siguiente capítulo mencionará el concepto de farmacodependencia para su estudio

CAPITULO 2

CONCEPTO DE FARMACODEPENDENCIA.

A partir de que el consumo de drogas empezó a considerarse como un problema de salud en la población, se iniciaron investigaciones a fin de obtener mayores elementos para su estudio, que dieran respuesta a las inquietudes de la sociedad. Algunos de estos trabajos se iniciaron al darle significado a la droga por medio del concepto que explicara los efectos en el organismo de los consumidores; tal es el caso de Zapata (1989) quién menciona a la "droga" como un problema muy antiguo de la farmacología que requiere considerar en primer lugar las formas en que se emplea el término. En 1969 EL COMITE DE EXPERTOS DE LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD EN FARMACODEPENDENCIA (OMS) definió como fármaco o droga "toda sustancia que introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más de las funciones de este". Es obvio que esta definición resulta demasiado amplia, pues tanto el aire como el agua podrían entonces ser una "droga". La dificultad de definir el término podría superarse en parte, adoptando una definición de naturaleza jerárquica. Si se establecieran distintas categorías de diferenciación y especificidad, el usuario podría detenerse en cualquier categoría que se ajustara a las necesidades de las circunstancias particulares. Por ejemplo "droga" como primera categoría en el sentido más amplio, es cualquier sustancia química o mezcla de sustancias distintas de las necesarias en condiciones normales para la conservación de la salud cuya administración modifica las funciones biológicas y, posiblemente también la estructura del organismo, esta definición excluirá los alimentos, el agua, el oxígeno, las sustancias de origen endocrino, etc., en las cantidades necesarias para preservar la salud en condiciones normales. En una segunda categoría en la definición se podría especificar el empleo que se da a estas sustancias (o "drogas). Puede usarse para tratar o aliviar enfermedades (en este caso se le llama también medicamentos, agentes terapéuticos, remedios, etc.) o con propósitos no terapéuticos. Es en este último caso que algunos idiomas se pueden utilizar términos diferentes, por ejemplo, drogue (en francés), Rauschmittel (en alemán), estupefaciente (en español), en inglés se recurre a expresiones como "uso de drogas con fines no médicos, uso indebido de drogas", etc. En una tercera categoría, se podría diferenciar a las sustancias según el aparato, sistema o función del organismo sobre la cual dichas sustancias ejercen efectos más intensos u ostensibles. Las "sustancias psicoactivas" son aquellas que modifican el estado de ánimo, el entendimiento y el comportamiento. Sin embargo, no existen límites precisos entre las "sustancias psicoactivas" y aquellas que no se excluyen en esta designación, puesto que fármacos usados fundamentalmente para producir otros efectos, pueden tener efectos psicoactivos cuando se

administran en determinadas dosis o en ciertas condiciones. No obstante existe un acuerdo general que fundamenta los esquemas vigentes de clasificación farmacológica. Las sustancias psicoactivas pueden ser, de acuerdo a la segunda categoría de clasificación, agentes terapéuticos o sustancias no terapéuticas y algunas de ellas pueden emplearse como ambos. Una cuarta categoría de definición nos permitiría considerar los probables efectos perjudiciales para la salud o la función social. No todas las sustancias psicoactivas tienen las mismas probabilidades de provocar el fenómeno de autoadministración (es decir no tienen la misma capacidad de producir efectos de refuerzo en el hombre) o de producir estados de adaptación biológica en los usuarios. Por ejemplo, los fármacos antidepresivos tricíclicos, algunos antihistamínicos y algunos de los bloqueadores de los receptores de dopamina son evidentemente sustancias psicoactivas que al ser usadas por personas que trabajan con equipos complejos y en actividades complicadas pueden causar dificultades en su desempeño y rara vez inducirlos a la autoadministración.

Los nombres dados a estas inclinaciones o gusto al consumo de drogas varía en la época y la perspectiva del observador. La palabra manía (efecto o deseo desenfrenado) se aplicó en un principio al comportamiento de los que usaban incluso el tabaco. Es interesante el hecho del que el término también se aplicó (tal vez incluso desde antes) a diversos comportamientos que no se relacionaban con el uso de las drogas pero que entrañaban pérdida de adaptabilidad. Las personas que sentían una pasión desenfrenada por el juego también eran calificadas como "viciosos" o "maniáticos". Cuando el consumo de alcohol constituía el problema más grave se usaban calificativos como "ebrio" o "intoxicado". La palabra "intoxicado" también se aplicó a los que consumían opiáceos junto con otros términos como "habitado" ¿por qué tanta preocupación acerca de la palabra y terminología?. Como punto central de los escollos que rodean al tema del uso y abuso de drogas, la dependencia y el vicio, son conceptos que dificultan la forma de definir el problema, el epidemiológico no podría cuantificar los casos, para advertir la forma en que la frecuencia general y particular de una enfermedad varía de un lugar a otro, de una época a otra, o si está condicionada por aspectos económicos y sociales. Así, el médico clínico no podría revisar sus hallazgos y signos señalando la mejoría de una persona con algún tratamiento en particular, distinguiendo un "caso clínico" de otro que no lo es, los investigadores no podrían estudiar las características biológicas y psicológicas de un síndrome y por lo tanto, no podrían señalar sus consecuencias. Igualmente sucedió con el significado de los términos "vicio" y "hábito" provocando que una comisión de Expertos de la OMS deshechará esos términos en 1965 y adoptara el término "Farmacodependencia" al ser más neutral, definiéndola como "Un estado psíquico y algunas veces también físico que es el resultado de la interacción entre un organismo viviente y un fármaco, que se caracteriza por respuestas conductuales y de otros tipos que siempre incluyen una compulsión para procurarse el fármaco en forma continua o periódica con el fin de experimentar

sus efectos psíquicos y algunas veces evitar molestias que son producto de la ausencia del consumo". Puede o no surgir tolerancia, una persona puede mostrar dependencia hacia varias drogas. (Jaffe, 1991).

Otros autores como Massùn (1991) la definen como: El estado extremo al que puede llevar el abuso de drogas, quedando el consumidor "atrapado" por la sustancia. Es decir, que este siente un impulso irreprimible de tomar la droga acostumbrada de forma periódica o continua, a fin de experimentar sus efectos o simplemente para evitar el malestar que le produce la ausencia de determinadas sustancias. Cabe mencionar que en España se utiliza con frecuencia el término drogodependencia, limitando el de Farmacodependencia para designar únicamente la dependencia a medicamentos.

Vega (1983) refiere que "es un estado psíquico y a veces también físico resultante de la interacción entre un organismo vivo y un medicamento que se caracteriza por unas modificaciones del comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre una pulsión al tomar el medicamento de un modo continuo o periódico a fin de obtener sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar de la privación".

Mothner (1986) menciona que : "es un uso compulsivo de una sustancia psicoactiva que afecta a la salud mental o física. Uso compulsivo significa uso incontrolado o irracional"

Como se observa en las definiciones anteriores, existe gran similitud en la conceptualización de la farmacodependencia con la que utiliza el Comité de Expertos de la Salud de la Organización Mundial de la Salud, que es precisamente donde se formalizó mundialmente el concepto, aunque cabe mencionar que un señalamiento importante que hace esta institución es que: Es difícil distinguir actualmente entre dependencia psíquica y física, ya que todos los fármacos en el individuo pueden potencialmente comprenderse desde el punto de vista biológico. El término dependencia física ha llevado a confusión, pues los clínicos suelen interpretar la manifestación de los síndromes de abstinencia de droga como prueba tanto de la dependencia física, como la farmacodependencia definida con anterioridad por la OMS citada por Jaffe (1991) por esto el Comité consideró que habrá menos confusión sino se hace distinción entre dependencia física y dependencia psíquica.

Por lo anterior, el concepto que se tomará como referencia en este escrito es el que define la OMS y para su mayor comprensión es importante considerar a la farmacodependencia como un conglomerado de fenómenos fisiológicos, de la conducta y cognoscitivos de variable intensidad en los que el uso de una droga o drogas psicoactivas adquiere un alto grado de prioridad. Las características descriptivas necesarias son preocupantes con el deseo de obtener y tomar droga y conducta persistente de búsqueda de la droga. Los factores determinantes y las consecuencias problemáticas de la farmacodependencia pueden ser biológicos, psicológicos y sociales y operan generalmente en forma recíproca. Cabe destacar que la dependencia y el uso nocivo suelen interferir con el funcionamiento del individuo en la sociedad, pero el tipo y el alcance de esta interferencia dependen del contexto social, cultural y religioso.
(Organización Mundial de la Salud, 1993)

No solo el concepto de Farmacodependencia ha generado investigación, también otros aspectos relacionados a las drogas y sus efectos, como se manifiestan en el organismo de acuerdo a las reacciones del Sistema Nervioso Central. Por tal motivo existen diversas clasificaciones de drogas que las agrupan de acuerdo a dichas alteraciones en los usuarios.

En el siguiente capítulo se hará una revisión de las clasificaciones de drogas para tener un referente de las aportaciones realizadas por algunos estudiosos en la materia

CAPITULO 3

CLASIFICACION DE DROGAS.

Otro aspecto importante que gira en torno a las drogas, son los efectos que provocan en el Sistema Nervioso Central (SNC) de los consumidores. Algunos estudiosos han realizado clasificaciones de drogas con el objetivo de estudiar la similitud y diferencias de lo que provoca cada fármaco en el SNC.

Fernández (1989) y López (1993) mencionan dos tipos de efectos; el primero tiene que ver con la aceleración o excitación del SNC provocando un estado de alerta y el segundo provoca depresión o retardo, como se aprecia en el cuadro I.

CUADRO I.
ACELERACION O RETARDO EN EL S.N.C.

EFEECTO	TIPO DE DROGA
Estimulantes (Aceleración)	Anfetaminas
	Cocaína
	Alucinógenos Marihuana L.S.D. Psicolocibina
Depresores (Retardo)	Alcohol Barbitúricos Tranquilizantes Heroína, Codeína, Morfina Inhalables

Las drogas que aceleran y por lo tanto producen estados de excitación, reciben el nombre de estimulantes, dentro de este grupo se encuentran las anfetaminas, la cocaína y los alucinógenos, en este último se ubica la marihuana, L.S.D. y la Psicolocibina; aquellas que por el contrario retardan o deprimen la actividad del SNC se conocen como depresores y están conformados por el alcohol (considerando la cantidad consumida), barbitúricos, tranquilizantes, heroína, codeína, morfina e inhalables. (Fernández, 1989).

Solis (1994) establece su clasificación en el siguiente cuadro:

CUADRO II.
ESTIMULANTES, DEPRESORES Y ALUCINOGENOS EN EL S.N.C.

EFECTO	TIPO DE DROGA
Estimulantes	Anfetamina Cocaína Simpaticamiméticos Alcohol
Depresores	Benzodiacepinas Barbitúricos Inhalantes Opiáceos L.S.D.
Alucinógenos	Mezcalina Fenilciclidina Cannabis Psicolicibina Peyotes Hongos

La colocación de estos fármacos o drogas en el cuadro II se hace con base en sus funciones del S.N.C. Las drogas depresoras intervienen en la función de los tejidos excitables, reprimiendo toda estructura presináptica con la consecuente disminución de la calidad de los neurotransmisores liberados por el impulso nervioso, lo cual produce además una disminución de función de los receptores postsinápticos. Los estimulantes ejercen un bloqueo de inhibición o excitación de la neurona en forma directa, sus mecanismos de acción son variada y pueden explicarse por un aumento de la despolarización neuronal, un incremento de la calidad de los neurotransmisores disponibles, un alargamiento de la acción de los neurotransmisores una labialización de la membrana neuronal o una reducción del tiempo de recuperación sináptica. El tercer grupo que ubica a los alucinógenos ejerce un efecto más o menos selectivo que produce sobre los procesos sensorceptuales. Estas drogas generan ya sea una inhibición de los receptores serotoninérgicos o u bloqueo de los receptores muscarínicos centrales. (Solis, 1994).

La Secretaria de Salud (1995) refiere una clasificación modificada en la cual ubica en 6 rubros a las sustancias según la farmacología.

CUADRO III
FARMACOLOGÍA ESTABLECIDA POR LA SECRETARÍA DE SALUD.

EFFECTO	TIPO DE DROGA	REACCION EN EL S.N.C.
Opioides	Opio Morfina Heroína Codeína Meperdina Difenoxilato Fentanilo Nalbufina Propoxifeno	Enlentecimiento psicomotor Deterioro de la capacidad del juicio
Depresores	Barbituricos Benzodiacepinas Urbadan, Rohypnol Halción	Deshinibición del impulso sexual, deterioro de la capacidad del juicio y deterioro de la atención o memoria
Estimulantes	Cocaína, crack Anfetaminas Mentanfetaminas (Ice, éxtasis, cristal) Biperiden Trihexifenidil Metilfenidato Otros (Tenuatedospan, esblecaps, ionamin)	Euforia, grandiosidad Incremento del estado de alerta y agitación psicomotriz
Alucinógenos	L.S.D. Fencicudina Mezcalina Psicolocibina Ololiuqui	Ansiedad, juicio alterado, insomnio, alerta excesiva, ideas delirantes, alucinaciones
Canabis	Marihuana Hashish.	Euforia, percepción identificada del tiempo.
Inhalantes	Naftaetilacetato Benzol Tricloroetilenolnhalantes Tolueno, Metil, Acetona, Benceno, Xileno	Enlentecimiento motor, temblor, euforia, estupor

En este cuadro se clasifica a las drogas de acuerdo a su farmacología, ubicando al grupo de los opioides, por separado ya que los efectos son particulares con relación a las demás sustancias, refiere que, provoca euforia sugerida por apatía,

estados disfóricos enlentecimiento psicomotor, deterioro de la capacidad del juicio. En el caso de los depresores se menciona que son inhibidores de impulsos sexuales o agresivos; labialidad afectiva, deterioro de la capacidad de juicio, lenguaje farfullante, incoordinación, marcha inestable, deterioro de la atención o memoria. El grupo de los estimulantes como los euforizantes, provocan grandiosidad, peleas, incremento del estado de alerta, agitación psicomotriz, deterioro de la capacidad de juicio, taquicardia. A los alucinógenos como indicadores de respuesta de ansiedad, depresiones, ideas auterreferenciabes, juicio alterado, ideación paranoide, insomnio, alerta excesiva, percepción intensificada. Al grupo de la cannabis les ubica como euforizantes, ansiedad, suspicacia, percepción lentificada del tiempo; juicio alterado, irritación conjuntiva, aumento del apetito, sequedad de boca, taquicardia y al grupo de inhalables como indicadores de lentecimiento motor, marcha inestable, lenguaje farfullento, letargia, hiporeflexia, temblor, debilidad muscular, generalidad, visión borrosa, diplopia, euforia, estupor, coma.

Existe también un modelo que se inclina por el postulado de excitación-depresión sobre el S.N.C., citado por Vernet (1983), quien ubica tres subgrupos, como se puede apreciar en el cuadro IV.

**CUADRO IV.
EXCITACIÓN-DEPRESIÓN DEL SNC.**

TIPO DE DROGA	EFECTOS
Psicoanalépticos	Psicoestimulantes Euforizantes Antidepresivos Inductores de ansiedad Anticonvulsivos
Psicolépticos	Depresivos Sedantes-Hipnóticos Tranquilizantes menores Antipsicóticos Antimaniacos
Psicodislépticos	Alucinógenos Narcóticos Inductores de trance

En el cuadro IV se propone que los Psicoanalépticos son aquellas drogas que producen excitación, mientras que los Psicolépticos provocan modificaciones

cualitativas. (Deterioro de la capacidad de juicio, incoordinación, deterioro de la atención o memoria), y los Psicodislépticos son estimulantes que provocan alucinaciones y distorsión (Vernet, 1983).

Como se puede observar en los cuadros presentados por los autores Fernández (1989), Vernet (1983), Solís(1994) y la Secretaría de Salud (1995) resaltan dos tipos de actividades que se generan en el S.N.C.

Existen diferencias en la ubicación de las drogas, en el caso del alcohol no se ubica ni en el cuadro de la Secretaría de Salud (1995) ni en el de Vernet (1983), debido a que desde el punto de vista de la farmacología no es considerado como medicamento y droga ilícita. En los cuadros I y II el alcohol es clasificado primero como depresor (cuadro I) y como estimulantes (cuadro II). La diferencia entre estas dos posturas, puede ser principalmente por la dosis en el consumo de los usuarios, ya que de acuerdo a esto, será lo que produce, además de tomar en cuenta los efectos individuales en cada persona.

Heineman (1989) establece que los efectos clásicos neurológicos y conductuales determinados por el alcohol son consecuencia de su acción sobre el S.N.C. disminuyendo su eficacia. Por tanto se considera que el alcohol ejerce una acción depresora en el S.N.C., los llamados efectos estimulantes, como el aumento del comportamiento compulsivo y la disminución de la inhibición que tienen lugar en las fases iniciales de la intoxicación presentan simplemente la eliminación de la inhibición emprendida por parte del alcohol. Las acciones depresoras afectan primero las funciones cerebrales superiores que están acargo de la conciencia, sobre la conducta y el dominio de sí mismo. La liberación resultante de la ansiedad y la inhibición produce euforia y estimulación aparente que aumenta la locuacidad y la actividad motora. Conforme se continua bebiendo, las respuestas a los estímulos se vuelve más lenta y empieza a sentir los trastornos musculares, sobreviene entonces la torpeza característica, ataxia y nistagmo, el consumo de alcohol afecta de manera adversa las capacidades de procesar información, como por ejemplo, la habilidad de resolver problemas o memorizar, reduce el funcionamiento del individuo entre reacciones complejas como las que se necesitan para manejar un auto, los núcleos oculomotores sufren trastornos, lo cual ocasiona estrabismo y visión doble, cantidades excesivas de alcohol producen sedación hasta el estado de coma, la muerte puede sobrevenir cuando se ingiere mucho alcohol en forma muy rápida. (Madden, 1990).

Retomando el cuadro IV los nombres empleados para su agrupación, no están utilizados en los otros 3 cuadros, la razón es la línea que utiliza el autor en el modelo clínico que propone, aunque se sigue manteniendo la misma postura de la forma que actúan las drogas en el S.N.C. Finalmente entre los cuadros de los autores, Fernández (1989), refiere a los alucinógenos dentro de los estimulantes, mientras que los cuadros de los autores restantes se ubican con el apartado de alucinógenos únicamente, aunque cabe mencionar que especialmente el cuadro III establece a la cannabis, opioides, alucinógenos e inhalables, cada uno por separado, resaltando por especial los efectos farmacológicos característicos de cada droga ya que los efectos son mas o menos selectivos sensorialmente como lo explica el autor en este cuadro. A continuación en el CUADRO V se presenta una integración de todos los cuadros, con el objeto de ubicar las diferencias antes citadas

**CUADRO V.
CONCENTRADO DE LAS CLASIFICACIONES DE DROGAS**

AUTOR	ESTIMULANTES	DEPRESORES	OPIOIDES	ALUCINOGENOS	CANABIS	INHALANTES
Fernández (1989)	Antetaminas Cocaína Alucinógenos Marihuana L.S.D. Mezcalina	Alcohol Barbitúricos Tranquilizantes Heroína Codeína Morfina Inhalables				
Vemel (1983)	Psicoanalépticos Psicoestimulantes Euforizantes Antidepresivos Inductores de Ansiedad Anticonvulsivos	Psicolépticos Tranquilizantes Sedantes Hipnóticos Antimaníacos		Psicodislépticos Alucinógenos Narcóticos Inductores de trance		
Solis (1994)	Cocaína Anfetaminas Simpatomiméticos Alcohol	Benzodiacepinas Barbitúricos Inhalables Opáceos L.S.D.		Mezcalina Psicociclobina Fencicidina Cannabis		
Secretaría de Salud (1995)	Cocaína Anfetaminas Metanfetaminas Bipenden II Tnhexifenidil Metilfenidato Otros II (tenuadospan, esbelcaps, ionamin)	Barbitúricos Benzodiacepinas	Opio Morfina Heroína Codeína Meperdina Difenoxidina Fentalino Nalbufina Propoxifeno	L.S.D. Fencicidina Psicociclobina Mezcalina Ololuqui	Marihuana Hashis	Naftaetioetato Benzol Tricloroetileno Tolueno Metil Acetona Benzeno Xileno

CAPITULO 4

CLASIFICACION DE USUARIOS

La clasificación de las drogas establecidas por los autores revisados en el capítulo anterior ubican a estas de acuerdo a los efectos que producen es el S.N.C., refiriendo a los que ejercen estimulación, depresión y provocan alucinaciones, todas estas reacciones dependerán básicamente de la frecuencia, condiciones, las características individuales de cada usuario y el tipo de droga usada, para resaltar esta otra condición de la dependencia es importante conocer los grados o clasificaciones en las cuales se manifiestan los farmacodependientes, ante esta situación es importante explorar las investigaciones a este respecto, a continuación se mencionarán dichas agrupaciones:

Fernández (1989), establece 5 tipos de usuario :

1. - **USUARIO EXPERIMENTADOR:** A este tipo de personas no se les puede considerar propiamente un farmacodependiente, pues su contacto con las drogas se ha motivado por curiosidad. En este grupo se encuentran aquellas personas que por primera vez utilizan las drogas por ser una experiencia novedosa, esta conducta es vista comúnmente dentro de los adolescentes, siendo una época de cambio, donde el adolescente busca conocer nuevas sensaciones o efectos indirectos que son provocados por el consumo de la misma.
2. - **USUARIO SOCIAL U OCASIONAL:** A este grupo pertenecen las personas que usan sustancias tóxicas específicamente en situaciones pasajeras. Únicamente en situaciones sociales, o bien cuando las drogas se ingieren ocasionalmente para conciliar el sueño o para aliviar estados depresivos, sin embargo, a partir de estas situaciones pasajeras se consumo, puede establecerse una dependencia.
3. - **USUARIO FUNCIONAL:** Son aquellas personas que hacen uso de las drogas para realizar actividades cotidianas, pero que aun siguen funcionando productivamente. Sin embargo, se ha establecido una dependencia tal que puede realizar sus actividades sin dejar de consumir la droga.
4. - **USUARIO DISFUNCIONAL:** Son aquellas personas que constantemente necesitan consumir drogas y que han dejado de funcionar social y productivamente, su vida gira en torno de las drogas y todas sus actividades son dedicadas a la obtención y consumo de la misma, ya que no pueden prescindir de ellas en ningún momento de su vida; obligados por la necesidad de evitar el sufrimiento o trastornos orgánicos que aparecen de la privación que significa un deterioro en su vida social, familiar y personal, y sus posibilidades de recuperación son bastante reducidas.
5. - **EXFARMACODEPENDIENTE:** son aquellas personas que han dejado de utilizar sustancias tóxicas por lo menos en los últimos seis meses.

Por otra parte Zapata (1989) refiere que el uso de fármacos se puede dividir en tres:

1. - **EXPERIMENTAL**: Uso de fármacos por la curiosidad de sus efectos o para conformar experimentaciones de grupos.
2. - **CASUAL O RECREACIONAL**: Uso ocasional de farmacos habitualmente en pequeñas cantidades, por sus efectos placenteros.
3. - **CIRCUNSTANCIAL**: Empleo de fármacos que son utilizados en determinadas ocasiones para mantenerse despierto mientras maneja o estudia. Estas formas de uso pueden evolucionar hacia un patrón de uso **INTENSO** en términos de frecuencia y capacidad y está a su vez un uso **COMULSIVO** de fármaco.

También Spitez (1995) en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) refiere el uso de sustancias psicoactivas apartir de criterios que pretenden el diagnóstico de dependencia.

A) Como mínimo, tres de los síntomas siguientes:

1. - Con frecuencia, el uso de la sustancia se hace en mayor cantidad o por un periodo más largo de lo que el sujeto pretendía;
2. - Un deseo persistente o uno o más esfuerzos inútiles para suprimir o controlar el uso de sustancias.
3. - Una gran parte del tiempo se emplea en actividades necesarias para obtener la sustancia (por ejemplo, el robo) y consumirla (por ejemplo, fumando en cadena), o recuperarse de sus efectos;
4. - Intoxicación frecuente o síntomas de abstinencia cuando el sujeto tiene que desempeñar sus obligaciones laborales, escolares o domésticas (por ejemplo, no va al trabajo a causa de la resaca, va al trabajo o a la escuela "colocado" ("high"), está bajo los efectos de la intoxicación, mientras cuida a sus hijos), o cuando el uso de la sustancia es físicamente arriesgada, (por ejemplo, conduce bajo los efectos de la intoxicación);
5. -Reducción considerable o abandno de actividades sociales, laborales o recreativas a causa de la sustancia;
6. - Uso continuado de la sustancia a pesar de ser consciente de tener un problema social, psicológico o físico persistente o recurrente, que está provocando o estimulado por el uso de la sustancia.
7. -Tolerancia notable y necesidad de incrementar considerablemente las cantidades de sustancia (al menos, un 50%) para conseguir el efecto deseado o la intoxicación de los efectos con el uso continuado de la misma cantidad de sustancia.
8. - Síntomas de abstinencia característicos.
9. - A menudo se consume la sustancia para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

B) Algunos de los síntomas de la alteración han persistido durante un mes como mínimo, o ha aparecido repentinamente a lo largo de un periodo prolongado de tiempo.

Por otra parte, el mismo autor también establece criterios para la gravedad de la dependencia de sustancias psicoactivas:

LEVE: Pocos o ningún síntoma además de los requeridos para establecer el diagnóstico. Estos síntomas tan sólo provocan un leve deterioro de las actividades sociales habituales o de las relaciones con los demás.

MODERADO: Síntomas o deterioro conductual entre "leve y grave"

GRAVE: Muchos síntomas además de los requeridos para establecer el diagnóstico. Los síntomas interfieren considerablemente en la vida laboral o en las actividades sociales habituales o en las relaciones con los demás.

EN REMISION PARCIAL: Ha habido un consumo moderado de la sustancia y algunos síntomas de dependencia durante los pasados seis meses.

EN REMISION COMPLETA: No ha habido consumo de la sustancia, o lo hubo sin ningún síntoma de dependencia durante los pasados seis meses.

Como se puede observar en estas clasificaciones, predomina la experimentación, y de acuerdo al uso y frecuencia es como se ubica al siguiente grado de consumo hasta llegar a lo grave de sustancias psicoactivas, claro está que se determinan tomando en cuenta la postura de cada autor, por ejemplo, para Fernández(1989) el primer grado es el Experimentador, por igual es para Zapata(1989), mientras que para Spitzer del DSM-IV es un grado Leve.

Básicamente utilizan elementos similares para su ubicación, aunque para un diagnóstico más clínico quizá se pueda consultar el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IDSM-IV.

Por otra parte, el uso de sustancias psicoactivas, está ubicado de acuerdo a la frecuencia y a la interferencia en la vida cotidiana del usuario.

Los tres autores antes citados, refieren niveles para ubicar a un usuario en el abuso de las drogas, iniciando por la experimentación y de acuerdo a la práctica frecuente o infrecuente se evalúa su nivel.

Aunque en el caso de Spitzer (1995), este maneja con una orientación médica psiquiátrica y establece factores más específicos con el objeto de formular un

diagnóstico clínico para valorar si existe algún trastorno mental, mientras que las clasificaciones de los otros dos autores, tienen más relación con lo psicosocial, es decir lo que está perjudicando o modificando para el usuario, en su vida cotidiana. La clasificación de usuarios ubica a los consumidores en los diferentes grados o niveles de acuerdo al uso de las sustancias y esto dependerá de la frecuencia con que lo hagan y las condiciones de la misma. El fin de esto, es establecer criterios de evaluación para establecer un diagnóstico, sin embargo esto es sólo una parte importante que ayuda a conocer más está problemática, por otra parte, otra cuestión importante, es el de brindar y tener elementos que sostengan desde la investigación y la Teoría una explicación que ofrezca una respuesta al uso y grado de las drogas.

Para este fin, a continuación se hará una revisión de **Modelos** que estudian el consumo de sustancias.

Existen varias explicaciones que dan respuesta del consumo de adicciones, con el objeto de obtener más datos para su atención y estudio, existen cuatro modelos:

Clarac (1990) refiere cuatro modelos explicativos:

- a) **"El modelo ético-jurídico** coloca el énfasis sobre la droga como el agente activo que afecta a un individuo a quien hay que proteger manteniendo a la droga lejos de él.
- b) **En el modelo médico ó sanitario**, el farmacodependiente es considerado como "un individuo infeccioso. Los esfuerzos dentro de la prevención primaria se centran entonces hacia el nivel de la protección específica, aplicando una especie de vacunación, mediante la información al público sobre el riesgo a la salud que representa el uso de drogas".
- c) **El modelo psicosocial** desplaza la atención hacia el individuo. La farmacodependencia constituye una forma más de conducta desviada quien satisface alguna necesidad del individuo, el ambiente adquiere importancia como escenario donde se verifican influencias de otras personas o grupos. La estrategia de prevención deriva de este modelo se basa en la premisa de que el consumo de drogas es un problema psicológico.
- d) **El modelo sociocultural** centra su atención sobre el ambiente. La farmacodependencia se considera como un problema social, como una conducta desviada que provoca daños al individuo tanto el comportamiento mismo como por la reacción de la sociedad. Las medidas preventivas están encaminadas a modificar las instituciones, a transformar la vida para que sea más satisfactoria y haya menos necesidades de consumir fármacos.

La Secretaría de Salud (1992) establece otros modelos de la personalidad adictiva, desde el desarrollo psicológico de la misma que tiende a la adicción, en esta se considera que la personalidad es el conjunto de pautas de conducta que determinan las respuestas ante una situación dada. Se han identificado diversos mecanismos que intervienen en su operación tales como la necesidad innata de la dependencia, la multicausalidad de la conducta, lo repetitivo de los patrones de respuesta y la importancia de las experiencias infantiles en la formación de la personalidad. En general, los humanos tenemos una tendencia psicológica a depender de algo, dependemos de nuestros padres y maestros, de la aprobación social etc., Sin embargo, cuando las dependencias interfieren con el funcionamiento familiar, laboral y social, se le considera patológica. En este sentido se considera aquí la adicción o dependencias. En psicología y en las ciencias sociales se habla de factores predisponentes o de riesgo, así como de factores protectores de consumo. Esto es así, ya que en el comportamiento humano no existe un factor que sea el único o el que determina totalmente el uso o no uso de drogas y por tanto la adicción. Es la influencia de diversos factores internos del sujeto-psicológicos o emocionales- con factores externos -el medio ambiente familiar, social, grupal etc. Lo que lleva a la persona a conductas que van desde experimentar el uso hasta el consumo crónico. Por ello se habla de que la conducta es multicausal. Otros factores que hay que considerar son que en el funcionamiento psicológico, los modelos de enfrentamiento ante una situación se repite.

Por esto las pautas de conducta que se aprende durante la infancia tiende a repetirse por el resto de la vida de la persona, y consolidan paulatinamente un modelo de comportamiento que es lo que en psicología se conoce como la personalidad.

Los Centros de Integración Juvenil (1987) mencionan también tres factores predisponentes para el consumo de drogas:

Factores Sociales. Son aquellos que permiten contextualizar históricamente la naturaleza y manifestación del fenómeno para poder definir acciones viables que prevengan o ataquen de raíz su aparición. La farmacodependencia, encuentra su explicación, entre otros factores, en la organización productiva de cada sociedad, las-estructuras sociales que devienen de esta, en las condiciones materiales de vida de una población determinada y en sus patrones culturales. Entre otros factores peculiares de las grandes urbes encontramos, la mercantilización de la vida cotidiana, el hacinamiento, la contaminación, el desempleo y la delincuencia; la influencia de servicios de salud y educación correlacionados con la demanda, una acelerada transculturalización y un clima de violencia, en este marco de creciente inestabilidad ha repercutido y repercuten en algunos individuos, que no logran sobrellevarlo y necesitan evadirse.

Factores Familiares. La organización familiar ha cambiado a lo largo de la historia a medida que producen cambios sociales; dependiendo del sistema social; en el lugar y momento históricos determinado, la familia adopta una estructura y funcionamiento coherente a esta organización social. No menos importante es el hecho del desarrollo psicológico del individuo que se ve afectado directamente por la familia en la cual se desenvuelve. En la medida que esta posea una estructura viable que le permita proveer un sentido de pertenencia a sus miembros, dar apoyo y seguridad, facilite la socialización y permita la individualización, favorecerán la gestión de salud en integrantes; o bien en la medida en que no pueda adaptarse a cambios internos (evolución natural) o externos (cambios sociales) y no modifiquen su estructura (cambio de roles, reglas, interrelacionales, etc.) para lograr desempeñar estas tareas satisfactoriamente, favorecerá la gestión de la enfermedad. Importa siempre tener presente que la familia es impactada por el embate de crisis sociales: desempleo, falta de oportunidades educativas, carestía y en fin toda una serie de características socio-económicas, que en muchos casos se traducen en fuertes presiones emocionales y obligados ajustes familiares e individuales, encuentran importantes ejes explicativos en el análisis de cómo las familias enfrentan sus problemas cotidianos y su convivencia familiar.

Factores Individuales. Dentro de los factores individuales que inciden en la farmacodependencia se encuentra aquellas características psíquicas que pueden predisponer el abuso de fármacos. Antes de introducir el tema será importante hacer ciertas consideraciones de tipo médico que puedan desencadenar la farmacodependencia. Algunas veces, es por una enfermedad física que el sujeto empieza a utilizar algún medicamento psicotrópico y de ahí establecer una dependencia. Un médico puede prescribir un fármaco por distintas razones físicas, como enfermedades orgánicas en general, ciertos estados depresivos, o cuando la persona no puede conciliar el sueño, tensión muscular, etc. Este uso médico no resulta ser problema, la farmacodependencia surge cuando se hace abuso de estos medicamentos por autoprescripción, es decir, cuando la persona por iniciativa propia empieza a utilizar excesivamente los fármacos. Ahora bien, el hecho de que un individuo recurra al abuso de drogas nos habla de una estructura psíquica que lo ha inducido a ello para autoprocursarse una fuente inadecuada de satisfacción, resolución de conflictos, una fuente de placer que alivie la tensión emocional. Uno de los periodos más importante es la adolescencia donde existen etapas de crisis, donde la persona tiene que adaptarse a un nuevo estilo de vida, reordenar valores, definir su identidad, separarse de los padres en busca de su independencia, etc. Es una etapa de preparación a la vida adulta. Estas crisis por lo que atraviesa lo lleva a la búsqueda de nuevas experiencias, lo que propicia el inicio del consumo de drogas. Se han observado algunos rasgos de personalidad comunes en individuos que consumen drogas tales como: Inseguridad, falta de estima de sí mismo, conflictos con la autoridad, agresividad, falta de tolerancia a la frustración, es decir, no puede aplazar la gratificación o asumen actitudes de desánimo fácilmente, asimismo es difícil que establezcan relaciones íntimas

duraderas con otras personas. El farmacodependiente posee características de personalidad depresiva, en donde se observa falta de interés por el mundo externo, incapacidad de establecer relaciones duraderas con otras personas, baja estima de sí mismo que se exterioriza en autorreproches y búsqueda constante de castigo. Alrededor de la droga se encuentra en un grupo de pares en donde tiene lugar su seguridad, dónde se compra, con quién, dónde y como drogarse; así encuentra todo un sistema organizado que estructura su desorganización. La dependencia a la droga es un síntoma dentro de toda una patología individual y el farmacodependiente también expresa cierta dinámica social, que no logra satisfacer adecuadamente las necesidades de sus integrantes. Estos tres factores (social, familiar e individual) necesitan estar interrelacionados para provocar un farmacodependiente. La presencia de determinadas características de predisposición de personalidad, en conjunción con determinada dinámica familiar y características sociales específicas son indispensables para que aparezca la farmacodependencia. (Fernández, 1989)

Por otra parte Medina Mora (1996) por medio de una investigación realizada en México con estudiantes del nivel medio superior tuvo el propósito de analizar los factores relacionados con el uso y abuso de drogas, donde concluyo lo siguiente: Los usuarios están relacionados con factores psicológicos como la depresión, y la droga es usada para enfrentar los problemas, la disponibilidad de la droga es percibida muy fácilmente por los jóvenes. , el que su grupo de pares consume es un factor predisponente para consumo, el que un miembro de la familia consume, la desinformación del tema, además de señalar un factor sumamente importante que fue encontrar que son las mujeres más jóvenes las que han consumido mas droga y esto es explicado por que esta población copia los modelos masculinos, también entre los jóvenes existe una mayor aprobación social hacia su consumo.

Por lo citado anteriormente se puede observar que existen varios modelos explicativos que abordan el consumo de las adicciones, pero para los fines de este trabajo se hará énfasis en **Modelos Psicológicos**, desde el punto de vista teórico:

El **Modelo Psicodinámico** establece que existen características determinantes en el paciente con adicciones que se pueden observar desde su nacimiento y contacto con su medio ambiente, por tal motivo es importante señalar algunas premisas respecto a su desarrollo psicológico que influirían en la conformación de su personalidad futura.

En relación a este modelo Musacchio (1992) propone que el niño nace dotado de un equipo psicológico (self) que le permite realizar su primera acomodación a la

estructura de su ambiente. Su forma y su estilo de adaptación dependerán del interjuego que se dé entre sus recursos constitucionales, psíquicos y biológicos, y los vínculos con los objetos que el medio externo aporta (la familia más próxima) y entre éstos dos, a modo de un constante capricho, los sucesos infantiles. Poniendo el acento en el vínculo entre el niño y fundamentalmente, su madre, este se establece a través de los sucesivos encuentros del cuidado maternal, pronto a resolver los estados de tensión y necesidades, tanto físicas como emocionales. Allí el clima afectivo aportado por la madre, su capacidad de soportar la angustia y de calmar y dar consuelo, guiados por una correcta capacidad empática, hace que el niño se sienta bueno, querido y aceptado tal cual es, pudiendo incorporar en sí mismo los patrones de capacidad de cuidado y tolerancia a la angustia y la espera. Pero comprender empáticamente el niño no significa satisfacerlo en todas sus demandas con la premura que el pequeño exige. Los niños que fracasan no siempre han sufrido frustraciones excesivas, sino que no han afectado los límites que la realidad impone y han sido víctimas de sus caprichos, la frustración es un componente necesario implícito en el desarrollo normal, y el evitarla a ultranza trastornaría el equilibrio del crecimiento la frustración debe realizarse en el marco de amor suficiente, aportando los límites y marcando necesidades de los niños y no por la comodidad o la violencia del padre que la provoca. Esta situación repetida a lo largo del maternaje promueve la formación de las estructuras del aparato psíquico responsable del control de los impulsos y potenciadora de la fuerza del yo, en favor de satisfacciones posteriores más seguras y adecuadas, posibilitando la tolerancia a frustraciones mayores en cantidad y duración. El sujeto (bebé) necesita en este vínculo encontrar una madre (objeto) que le aporte gratificaciones- estímulos seguros y estables, que dirija, modele y contenga sus impulsos, que alivie sus tensiones y que lo haga sentir grande e importante, el objeto madre, a través de su relación empática, aporta a esta relación de dependencia respuestas específicas y óptimas a las necesidades del bebé. Cuando la madre por sus propias estructuras psíquicas y fijaciones narcisistas no pueden responder empáticamente a los deseos y necesidades del bebé el self de éste se conforma desvitalizado, depresivo, con importantes sentimientos de vacío, amenaza la fragmentación y desintegración. Esta situación es el germen que en el futuro generará las ansias de dependencia patológica (estructura adictiva). (Musacchio, 1992).

Por su parte la **Postura Conductista** establece que la dependencia de las drogas, tiene que ver con que el sujeto obtiene alivio de la tensión diaria, molestia, o síntomas previos de supresión por el uso de drogas. De este modo el hábito es reforzado con cada alivio que produce el uso de la droga, sin embargo, cada vez se reduce la tensión y molestias y de manera menos eficaz a medida que se desarrolla un estado de dependencia física. La dependencia es reforzada posteriormente cuando el adicto no consigue mantener una ingestión de droga adecuada y los periodos de tensión y malestar aumentan en frecuencia y duración. Más pronto o más tarde los adictos dejan de tomar drogas a causa de

un arresto o por inclusión en un programa de desintoxicación. En el periodo posdroga llamado de "abstinencia condicionada" se produce un desequilibrio fisiológico en el que las respuestas de los tejidos están alterados por cambios químicos consiguientes al uso crónico de drogas. Estos estados persisten durante muchos meses o más, mientras el paciente se halla en un estado de abstinencia condicionada, pueden precipitarse los síntomas de supresión por estímulos psicológicos: por ejemplo, la vuelta a los lugares en que se había consumido la droga anteriormente o estar en compañía de adictos activos. (Freedman, 1980).

Esta hipótesis que sostiene el conductismo se apoya en los aspectos explicativos de la Teoría de la Personalidad. Esta posición se refiere al cambio conductual, aprendizaje y modificación de conducta, por lo que se puede decir que su hipótesis son relevantes para el estudio del desarrollo de la personalidad. Piensa que la comprensión de esta se desarrolla si se parte de considerar el desarrollo conductual del organismo humano en continua interacción con el medio. Para poder comprender más claramente la explicación que se puede dar de la personalidad de un individuo en un determinado medio, desde el punto de vista skinneriano, será necesario revisar brevemente algunos de sus conceptos clave: . reforzar una conducta es simplemente llevar al cabo una manipulación que cambie la probabilidad de ocurrencia de un comportamiento en el futuro. "Un reforzador positivo es un estímulo que, añadida a una situación, fortalece la probabilidad de ocurrencia de una respuesta operante. Un reforzador negativo es un estímulo que cuando se elimina de una situación, fortalece la probabilidad de ocurrencia de una respuesta operante. La excitación es la disminución que ocurre en la respuesta cuando el reforzamiento que seguía a esta ya no opera. Skinner distingue entre dos clases de respuestas: respondientes y operantes, llama respondientes a aquellas que subraya el fuerte papel gestador jugando por el estímulo que la precede, el reforzador se manipula en asociación temporal con el estímulo al que es condicionada la respuesta, mientras que la respuesta, si existe, aparece después. En cuanto al operante es una respuesta que influye en el medio y lo cambia, dicho cambio en el medio afecta la ocurrencia subsecuente de la respuesta, el reforzador no está asociado con un estímulo gestador como cuando se condicionan las respondientes; en lugar de esto, está asociado con las respuestas. Por otro lado, cuando una respuesta operante es condicionada, resulta esencial que el reforzador sea presentado después de la ocurrencia de la respuesta. Sólo en esta forma puede aumentar la frecuencia de la respuesta. Skinner argumenta en forma persuasiva que la personalidad no es más que una colección de patrones de conducta y que cuando se pregunta acerca del desarrollo de tal fenómeno, tan solo de interroga acerca del desarrollo de estos patrones de conducta. Skinner creía que se puede decir, controlar y explicar dichos desarrollos si se ve cómo ha funcionado el principio de reforzamiento para producir la conducta actual de un individuo, como resultado del reforzamiento de respuestas previas. (Cueli, 1995)

Stanton (1988) desde la **Terapia Familiar Estructural** establece que el abuso de drogas suele originarse en la adolescencia, está vinculado con el crecimiento, la experimentación con nuevas conductas, la autoafirmación, el desarrollo de las relaciones íntimas (habitualmente heterosexuales) con gente ajena a la familia, y el abandono del hogar.

Según Kandel y Colaboradores citado por el mismo autor a partir de sus investigaciones refieren que hay tres etapas en el uso de drogas en los adolescentes y cada cual tiene concomitantes diversos. El primero es el uso de drogas legales, como el alcohol, y es principalmente un fenómeno social. El segundo implica el uso de marihuana y también es influido por los pares. La tercera etapa, el uso frecuente de otras drogas ilegales, pare depender más de la calidad de las relaciones padre-adolescentes que de otros factores. Así, se concluye que el abuso de drogas más serio es predominantemente un fenómeno familiar lo cual está muy relacionado con la conclusión de Blum retomada por el mismo autor en virtud de que la influencia del grupo de pares es nula o escasa mientras la familia permanezca fuerte, los factores familiares que se relacionan en la drogadicción, describen un patrón prototípico para familias con adictos masculinos, donde la madre está involucrada en una reacción indulgente, apegada, sobreprotectora, abiertamente permisiva con el adicto, que ocupa la posición de un hijo favorecido. A menudo es malcriado. Las declaraciones indican que el padre de los adultos varones es distante, desapegado, débil o ausente. Las relaciones padre-hijo en las familias de adictos en contraste con las normales, son descritas por el adicto muy negativas, con una disciplina ruda e incoherente, se declara que un número desproporcionado de padres beben demasiado, se describe dos tipos de padres de adictos, un "hombre de paja" autoritario y violento pero fácilmente controlado por la madre, y un tipo distante que está claramente en segundo lugar después de la madre en lo concerniente al poder dentro de la familia. Los hermanos de los adictos masculinos suelen tener una relación positiva con el padre. En contraste con los varones, las adictas mujeres parecen estar en abierta competencia con las madres (a quien consideran sobreprotectora y autoritarias), mientras que sus padres, suelen caracterizarse como ineptos, indulgentes, sexualmente agresivos y a menudo alcohólicos; la probabilidad de incesto es mucho mayor que la normal, con estimaciones que se elevan hasta un 90%, se señala una alta incidencia de privación parental para familias de ambos sexos, muchos de los cuales han experimentado la separación o la muerte de un progenitor, mas comúnmente el padre, antes de los 16 años. Sin embargo, esta incidencia ha cambiado en los años recientes, de modo que los porcentajes de las familias de adictos son ahora mas comprobables con la población general. La investigación en este campo ha progresado, los informes obtenidos de los usuarios y de sus familias destacan evaluaciones diádicas (por ejemplo, madre-hijo) y conceptos triádicos (padres-hijos), y con los estudios más sofisticados, a evaluaciones de la conducta interaccional de toda la familia.

En el estudio del abuso de drogas se ha tendido a pasar por alto o desconocer el grado en que los usuarios de drogas crónicos se relacionan con la gente que los crió. En el caso de los adolescentes, una relación estrecha es natural y evolutivamente adecuada, pues todavía son menores y en general se supone que no han dejado su hogar. Por otra parte, no es necesariamente obvio que los adictos de alrededor de 30 años aún se peguen a su familia de origen. Su edad, su inmersión en la subcultura de las drogas, los frecuentes cambios de residencia y otras circunstancias parecen implicar que están separados, o al menos distanciados, de uno o ambos progenitores.

Por otra parte, existen abundantes pruebas de que, a pesar de sus alardes de independencia, la mayoría de los adictos mantienen estrechos lazos familiares. Aunque no vivan con los padres, tal vez residan en las cercanías; su frecuencia de contacto es mucho más elevada que la existente entre, "normales" comparables, otros grupos de pacientes psiquiátricos o aún los abusadores de polidrogas. Este patrón está testimoniado en 15 de cada 17 informes sobre hábitos de residencia y 7 de cada 7 informes sobre frecuencia de contacto familiar. Por ejemplo Perzel y Lamon citado por (Stanton 1988) hallaron que el 64% de los adictos a la heroína entablaban contacto telefónico diario con por lo menos un progenitor; la cifra para los usuarios de polidrogas es del 51%, y para los normales del 9%. En síntesis, parece que por lo menos de 35 años viven con la gente que los crió y el 80-85% mantienen por lo menos un contacto semanal con estas figuras parentales. Se ha observado que estos lazos intensos con tanta frecuencia, en el trabajo clínico, que ahora la postura es escéptica cuando un adicto dice que no ve a sus padres con regularidad, se toman esa respuesta como maniobra para proteger a la familia y no como afirmación con validez propia. Desde luego, vivir con los padres o verlos regularmente no es por fuerza indicios de disfunción. Tales situaciones pueden ser muy naturales, según el medio cultural y étnico, y un apego familiar permanente por cierto no implica drogadicción. Más importante, quizás es la calidad y la estructura operativo-funcional dentro de las familias que tienen hijos que abusan de las drogas, y también se debe prestar atención a la etapa del ciclo vital de la familia. El apego excesivo, pues, sólo puede tomarse como medida indirecta de disfunción. Sin embargo, ciertas pruebas señalan que puede ser significativo y valioso para determinar tanto la pronóstico para los paradigmas de tratamiento existentes y la dirección a nuevas terapéuticas. Por ejemplo, se halló que los adictos que se volvían abstemios no vivían con los padres, la cura se asociaba con el no vivir con los padres ni parientes. Ambos informes indicaban una correlación entre la residencia del hogar de los parientes y la continuidad de la adicción. Más aún en una comparación de resultados postratamientos realizada por Stanton en el mismo año se encontraron correlaciones significativas entre la regularidad del contacto con un padre y el grado de uso de drogas ilegales, así como el uso de

marihuana; las correlaciones eran similares cuando se tenía en cuenta si el adicto vivía con los padres (todas las drogas ilegales). Estos resultados implican que una estrecha relación con la familia de origen no es necesariamente saludable, especialmente entre los hombres jóvenes de 20 a 35 años.

Por otra parte, en México, la Secretaría de Salud (1992) establece un modelo del desarrollo de la personalidad de las adicciones, en la cual están involucrados factores predisponentes, cabe mencionar que esta postura es ecléctica.

A continuación se mencionarán aspectos que se toman en cuenta desde la infancia:

1) Una de las necesidades básicas del bebé desde que nace es sentir el amor, la confianza, la cercanía de alguien que le quiere, que le da afecto. De hecho el bebé tiene conductas que en psicología se llama autoeróticas, ya que le dan placer sensorial. Un ejemplo es el chupeteo del pulgar o del chupón, que si bien no son proveedores de alimento físico, sí le dan tranquilidad y le aportan nutrientes emocionales.

2) Para el recién nacido son la mamá y el papá los más importantes satisfactores de las necesidades emocionales; sin embargo, al no existir lo que pudiésemos llamar "satisfacción óptima"; el bebé va a sentirse "sobresatisfecho". Un ejemplo es cuando el pequeño de un mes de edad tiene hambre; normalmente al sentirla comienza a estar inquieto, y si no se le da el biberón o no se le satisface, entonces llora, si aun así no se le satisface, puede chupar su pulgar o una cobija con lo que se apacigua al menos por un rato. Algunos bebés en ese momento se duermen; sin embargo, al no recibir el biberón en el momento preciso en que lo desea, el niño siente la insatisfacción: El deseo de comer no fue satisfecho y se frustra; lo mismo sucede con el caso opuesto: se frustra si la mamá le insiste y presiona para que beba más leche cuando ya se siente satisfecho; de esta manera la tarea de darle la "satisfacción óptima" se vuelve una tarea artística: guiada por la empatía, los sentimientos, la comunicación emocional de los padres.

3) Ante la frustración, el bebé tiene sentimientos de tristeza, de rabia y emplea la fantasía, la imaginación. Cuando el niño se frustra se siente tristeza, siente que ha sido incomprendido, se siente abandonado y poco valioso, y comienza a sentir un efecto que es fundamental: la depresión.

Aquí va a conformar un modelo sobre como van a ser las futuras depresiones en su vida. Si se le enseña que en poco tiempo va a recibir el satisfactor, entonces la

depresión será de menor intensidad se sentirá más seguro y tendrá más confianza. Sin embargo, si un bebé para quien la presencia del satisfactor es impredecible en cuanto al tiempo y la calidad con que se va a presentar, entonces se está modelando un niño nervioso, desconfiado, irritable, inseguro, demandante y crónicamente deprimido. La otra posibilidad es que el bebé alguna vez no reciba alimento y entonces imagine que sus padres son malos y comience a sentir odio y coraje, como lo haría el niño que normalmente está privado del cariño de sus padres.

Como puede apreciarse, si los padres aparecen y proveen excesos o diferencias en la calidad del cariño, son inconstantes e inconsistentes en lo emocional y en lo físico, entonces el bebé imaginará que los padres son malos y por ello no lo quieren o que él es el malo, no es valioso ni querido y por eso lo abandonarán. Ante la frustración, el bebé puede tener sentimientos opuestos: siente agresión con las modalidades de coraje, rabia, etc. o siente depresión y tristeza. En ambos casos lo repetitivo es que siente que el satisfactor jamás llegó, y si llegó, jamás le llenó. Otros recursos del bebé a partir de los sentimientos de coraje o depresión es el uso de la imaginación o fantasía. Imagina que chuparse el pulgar es como chupar el biberón o del pecho materno. De este modo encuentra en el mundo de la fantasía un poderoso y eficiente aliado, que le va enseñando que en su mundo interior tiene un refugio y alivio alternativo ante la frustración. Otro uso que hace el bebé de su fantasía es idealizar a los padres a fin de preservarlos como buenos. Un ejemplo es cuando los padres han sido buenos y alimentan con cariño, con calidad y constancia; si eventualmente el alimento no llega, el niño no se deprime sino que imagina que los papas normalmente son buenos y que seguirán siéndolo, tiene confianza en ellos. De esta manera se angustia menos ya que imagina que más tarde vendrán, que no tardarán, que siempre es y será querido. Es una cuestión de grado o de nivel de intensidad de la frustración, lo que determinará lo que el niño oriente prioritariamente su atención al mundo interno, y se refugia ahí como ocurre con los niños autistas, preserva la suficiente flexibilidad para orientar su atención al mundo externo y solamente ante estímulos muy tensionantes se retraiga al mundo interior. En esta etapa del desarrollo, si el niño vive en una atmósfera de frustración tolerables por él, va a desarrollar sentimientos de confianza y seguridad en sí mismo y en quienes le rodean, si por el contrario es un niño abandonado con inconstancia en el cariño y en las atenciones que reciben, tenderá a ser desconfiado e inseguro, lo cual es un factor de riesgo para el uso de sustancias. Estos sentimientos que se instauran en la infancia, también los encontramos en los adolescentes que se inician en el consumo de drogas: se sienten marginados o relegados de la familia, de la comunidad o del grupo de adultos, por eso se reúnen entre ellos, se apoyan y tienen sus propios ritos, como por ejemplo el uso de drogas, el vocabulario, la vestimenta propia, lo que les da un sentimiento de apoyo mutuo, de unidad, de confianza entre ellos. La depresión y agresión son efectos muy notables entre los usuarios, muchos de ellos la actúan: tienen conductas agresivas hacia el medio

ambiente también como desafío, transgresión de los límites sociales y comunitarios. Sin embargo, se observa la depresión cuando al vivir con ellos y desarrollar una relación de confianza, encontramos que son personas que necesitan intensamente alguien con quien platicar, alguien que les haga sentirse acompañados, valiosos, queridos, alguien que sea para ellos un modelo de comportamiento, que les enseñe a lograr mayores satisfacciones emocionales. Por esto los grupos de adictos como los adolescentes que se encuentran viviendo en las calles de la ciudad de México, son tan unidos, se protegen entre sí: los usuarios tratan de llenar entre ellos mismos las carencias emocionales que les dejó la historia de su desarrollo de la personalidad.

4) Si se sigue la línea de la evolución de la insatisfacción y sus manifestaciones, ya sea hacia la agresión, que es un movimiento hacia afuera, o hacia la depresión, que es el movimiento hacia adentro, encontramos que las personas emplean la represión, que es una maniobra automática o inconsciente de la mente para tapar, sepultar, ocultar lo que es displacentero, doloroso, negativo, lo que perturba el funcionamiento del individuo. Con esto, logra una mayor tranquilidad: los sentimientos adversos ya no lo perturban y puedan seguir funcionando. Cuando la represión falla, el sujeto tiende ya sea a la depresión o agresión, o una amenaza de ambas. En el caso de los bebés, es frecuente que muestren sus sentimientos mediante conductas como morder y lastimar el pezón de la mamá, o no comer. Mas adelante pueden mostrarlos por medio del estreñimiento o con no controlar los esfínteres y orinar la cama de manera crónica. En el caso de los usuarios de drogas, el empleo de las sustancias puede funcionar simultáneamente para aliviar lo displacentero de la depresión y a la vez ser una manifestación de agresión hacia el medio externo pues la sociedad por lo general no aprueba el uso de drogas.

5) Sin embargo, el hambre de afecto permanece y el bebé vuelve a buscar vuelve a intentar obtener el satisfactor. Por desgracia, ya tiene en contra la desconfianza previa, de tal manera que verá con recelo a todo aquello que pudiese ser un satisfactor. Un ejemplo es el niño que a los cuatro o cinco de edad no ha sido cuidado lo suficiente por sus padres; es probable que sea un niño que deje cargar ni acariciar, que tiene miedo y se aísla socialmente, o a que sea agresivo con sus compañeros. Es factible también que tenga problemas de alimentación o de digestión, así como dificultades para conciliar el sueño por temor a las pesadillas. Estas pueden ser algunas manifestaciones de las dificultades del desarrollo emocional. En formas paralelas, este modelo de conducta, se repite en el caso del usuario de drogas, es frecuente la conducta antisocial, la agresión, la desconfianza, el recelo, el hermetismo ante los extraños. Sin embargo, la persona vuelve a intentarlo, busca nuevos amigos, nuevas emociones, nuevas drogas, nuevas combinaciones de sustancias alterando dosis y frecuencias que le ofrecen la promesa de sensaciones diferentes; sensaciones que a su vez le permiten, aunque sea por unos instantes llegar al clímax, sentir una gran intensidad, a la que no logra acceder mediante ningún otro elemento de su realidad. Sin embargo,

dado que la verdadera necesidad es el hambre de afecto de sus padres, esto jamás va a llegar. Es por ello que la adicción se vuelve un círculo vicioso: el sujeto siente la carencia, busca la satisfacción, encuentra una satisfacción momentánea y parcial que para él es ya ganancia importante, entonces vuelve a buscar. Esta dinámica de la personalidad es un marco propicio para que el individuo imagine, y en su fantasía satisfaga las innumerables carencias físicas y emocionales que en su vida cotidiana no logre llenar. Las drogas y/o el alcohol son el instrumento que le facilite tener acceso a este mundo donde espera conseguir esa promesa incumplida: el afecto, el cariño, la cercanía, el amor, todos los sentimientos que se aprenden durante la infancia con padres afectuosos.

(Secretaría de Salud, 1992)

Los modelos teóricos que se citaron anteriormente establecen diferentes enfoques para el estudio de la personalidad del usuario de drogas, aun cuando estos ubican varias causas teóricas cabe aclarar que no son las únicas, existen alguna otras que también se dedican a su estudio, sin embargo la continuidad de esta exploración perdería el objetivo del presente escrito.

Al igual que existen posturas, modelos y teorías acerca de el consumo de adicciones, paralelamente a ello también se realizan diversas actividades para prevenir su uso, por tal causa es importante hacer una revisión del significado que tiene la prevención, como concepto ya que de esta dependerá la realización de programas y actividades.

En el siguiente capítulo se retomara el concepto de prevención considerando la visión de algunos autores.

CAPITULO 5

PREVENCION.

El consumo de drogas, ha provocado la realización de diversas actividades que pretenden que no prosiga su uso, para tal efecto existen diferentes programas preventivos con este objetivo. Sin embargo antes de hacer mención de estos programas es importante conocer el significado de la prevención.

La prevención del verbo prevenir, significa evitar que algo, generalmente maligno suceda. En este caso, evitar que se haga uso indebido de drogas. En la medicina la prevención consiste en desarrollar la resistencia del individuo y de su grupo a la propagación de diferentes enfermedades en la prevención del uso indebido de drogas, se trata de lograr que resistan a la oferta de las drogas. En la bibliografía acerca del tema frecuentemente se confunde el término prevención con todo el proceso de tratamiento hasta la rehabilitación y reintegración social de la farmacodependencia, dividiéndola en tres etapas:

- a) la prevención primaria, entendiéndola en el sentido correcto de la palabra, o sea evitar que se haga uso indebido de drogas.
- b) la prevención secundaria que consiste en la detección temprana de los usuarios y la intervención para evitar que siga usando drogas o que llegue a ser farmacodependiente y.
- c) la prevención terciaria que es, en realidad, el tratamiento médico y la reinserción social de los farmacodependientes "recuperados". (Massún, 1991)

Vega (1993) propone también 3 niveles en la prevención, la prevención primaria: intenta evitar la aparición del proceso del problema. Para ello pretende atacar las causas o factores que producen y favorecen la inadaptación en este caso, el abuso y la dependencia de cualquier sustancia que se puede utilizar como drogas. Prevención secundaria: atención en situación de riesgo, se intenta ante todo la detección precoz del problema de la inadaptación y del consumo de drogas para ofrecer respuestas adecuadas a las necesidades específicas de los individuos implicados: sujetos en dificultad escolar, con problemas familiares o de compañeros, perturbación psíquica, fracasos profesionales, etc. Y la prevención terciaria: educación terapéutica, pretende superar, detener o retardar la evolución de un trastorno, proceso o problema y de sus consecuencias, la educación terapéutica se traduciría en ese conjunto de recursos pedagógicos puestos a

disposición de los individuos con problemas de drogas con el fin de promover un cambio positivo ante el consumo.

Para la Secretaría de Salud (1994) la prevención es un conjunto de acciones que permiten la aparición o detener la evolución de cualquier enfermedad. La prevención primaria está encaminada a evitar que se presenten nuevos casos de una enfermedad. La prevención secundaria es la detección temprana de los casos iniciales de una enfermedad para su tratamiento oportuno y la prevención terciaria es un conjunto de medidas de tratamiento y rehabilitación para que el individuo recupere la salud y se reintegre en forma útil así mismo, a su familia y a la sociedad.

El Comité de Expertos de la O.M.S. refieren tres niveles de prevención como estrategias destinadas a reducir los problemas relacionados con las drogas desde el punto de vista de la prevención primaria, secundaria y terciaria de acuerdo con las definiciones dadas a continuación. Prevención primaria: Tiene por objeto evitar la aparición de un trastorno, proceso problema. La prevención secundaria, tiene por objeto reconocer y poner término o remedio a un trastorno, proceso o problema lo antes posible y la prevención terciaria tiene por objeto, detener la evolución de un trastorno proceso o problema y de sus secuelas aun cuando persiste la afección básica. (O.M.S. 1993)

Como se puede observar, en la conceptualización utilizada por los autores antes citados acerca de la prevención, ubican 3 niveles de esta, sin ninguna diferencia significativa.

Para este fin se utilizara los conceptos de la O.M.S. ya que es la institución mundialmente aceptada y reconocida por el sector salud.

Ante estos niveles que se hacen mención en la prevención, algunas instituciones realizan actividades desde lo primario hasta lo terciario. En el siguiente capítulo se mencionarán las actividades encaminadas a la atención de la farmacodependencia, hecha por los Centros de Integración Juvenil, a. c, Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, Instituto Mexicano de Psiquiatría, Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia y la Universidad Nacional Autónoma de México.

CAPITULO 6

INSTITUCIONES QUE SE DEDICAN A LA PREVENCION DE LA FARMACODEPENDENCIA.

A) CENTROS DE INTEGRACION JUVENIL A. C. (C.I.J.)

Los Centros de Integración Juvenil (CIJ) inician sus actividades en 1969, como una institución de interés social colectivo dentro del área de la salud mental, específicamente para la investigación, prevención, tratamiento y rehabilitación en el campo de la farmacodependencia. En la actualidad ha quedado definida jurídicamente como Asociación Civil, de participación estatal mayoritaria, ubicada en el Sector Salud. A través de los años de experiencia en las diferentes comunidades a donde llega su red operativa, el objetivo de la institución ha sido reducir la demanda de las drogas. En este lapso ha podido corroborar o rectificar medidas y acciones relacionadas con el desarrollo de las actividades. En la prioridad está en la atención a las relaciones interdependientes de la salud del hombre con su medio ambiente, así como el análisis y puesta en práctica de métodos individuales y colectivos para prevenir o eliminar los factores sociales que resultan adversos para alcanzar los niveles de salud indispensables. De acuerdo con el enfoque social y sanitario que considera tanto a la salud y a la enfermedad, como al individuo y a la población, desde un punto de vista social, en cuanto al origen y a las consecuencias de la farmacodependencia, CIJ presta sus servicios dentro de un modelo de atención que tiene entre otras, las siguientes características: La atención del problema parte de las necesidades locales determinadas por la comunidad, los servicios los brinda un equipo interdisciplinario de Psiquiatras, Psicólogos y Trabajadores Sociales donde cada miembro desde su disciplina específica, tiene 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 las actividades de CIJ, trascendiendo el espacio intramuros para desarrollarse en el seno de la comunidad, estas acciones preventivo-sanitarias se retroalimentan desde dos vertientes: una, con la presencia activa de la comunidad; y otra, con proyectos de investigación social y estudios epidemiológicos aplicados a nuestro campo de acción y a un modelo de evaluación sistemático. El paciente farmacodependiente recibe atención clínica de tipo ambulatorio, integrado al núcleo familiar, por lo que el modelo terapéutico se extiende también como el preventivo, fuera el ámbito físico institucional. Desde el enfoque terapéutico se contempla la posibilidad para trabajar con el paciente y la familia en la rehabilitación del mismo, y en la fase preventiva es importante el apoyo del voluntariado, quien junto con el equipo técnico trabaja para ofrecer alternativas en los programas y proyectos específicos. (Secretaría de Salud, 1994)

Con relación a las actividades preventivas, se realizan principalmente con trabajo extramuros, a través de tres estrategias básicas: Información, Orientación y Capacitación y dentro de este último la participación comunitaria, dirigidos a aquellos grupos en que se encuentra inmerso el individuo y que representa varias esferas de la acción social: La familia, la escuela y la comunidad.

(Fernández, 1989)

Para facilitar la percepción global de la articulación interproyectos, y la estructura conformada por las estrategias, se agrupan los proyectos en el siguiente orden, ver cuadro VI.

CUADRO VI
MODELO DE ABORDAJE DE CIJ

ESTRATEGIA	PROYECTO
INFORMACION	<i>Escuelas</i> (primarias, secundarias, nivel medio superior y superior, abarcando alumnos, padres y maestros). <i>Información Pública Periódica (IPP)</i> (población abierta). <i>Información a Concurrentes (IC)</i> (población abierta intramuros).
ORIENTACION	<i>Orientación Preventiva Infantil (OPI)</i> (población infantil de 10 a 12 años). <i>Orientación Preventiva Adolescente (OPA)</i> (adolescentes entre 13 y 18 años). <i>Orientación Preventiva Familiar (OFP)</i> (padres de familia).
CAPACITACION	<i>Grupos Organizados (GO)</i> . <i>Voluntarios y Pasantes en Servicio Social (VYPSS)</i> . <i>Capacitación a la Comunidad (CC)</i> .

Como se puede apreciar en el cuadro VI existen 3 niveles de estrategias, agrupados en Información, Orientación Capacitación. La primera de ellas, la Informativa está constituida por tres proyectos básicamente: Escuelas, Información a Concurrentes e Información Pública Periódica, que pretenden un primer acercamiento en la búsqueda de la educación para la salud y una primera aproximación en la totalidad que implica la prevención de la farmacodependencia.

En el caso de *Escuelas* la población que se impacta es desde alumnos de 5' y 6' año de primaria, padres de familia y maestros. Su objetivo es promover la salud integral física y mental a los diferentes sectores de la población escolar, toda la

información pertinente acerca de la situación y proceso que induce al consumo de drogas y difundir los servicios que CIJ ofrecen. (Depto. de Prevención, 1987).

El abordaje de trabajo en cada intervención es la información entendida como un proceso de comunicación en donde los mensajes emitidos deben adecuarse a las características del auditorio buscando sensibilizar acerca de la prevención de la farmacodependencia, y provocar una respuesta activa para participar en los proyectos preventivos. (Fernández, 1989)

La Dirección del Centro Regional asigna los recursos humanos del personal de base y de voluntarios o pasantes en servicio social, que integra el equipo de trabajo encargado del proyecto. Se designa así mismo un responsable miembro del personal de base (psicólogo, psiquiatra, médico o trabajador social) cuya función será apoyar al Director del Centro Regional para realizar convenios en escuelas, en su área de influencia, coordinado las actividades, impartir conferencias, realizar reuniones con el equipo de trabajo para la revisión y evaluación del proyecto. El equipo de trabajo se encarga de: diseñar y elaborar material de apoyo como: rotafolios, franelografos, carteles, etc. Exponer, moderar y observar la exposición de voluntarios y/o pasantes ,asesorados previamente por el responsable y equipo técnico. En el caso del proyecto de *Información Pública Periódica*, su estrategia es la de sensibilizar acerca de la prevención de la farmacodependencia, sus mensajes deben ser elaborados y emitidos dentro de la línea de abordaje de Educación para la Salud. Los grupos de edad a los que se dirige la información son: Población abierta. Igualmente que en el proyecto antes mencionado se designará a un miembro del equipo médico-técnico, como responsable del proyecto. Dicho responsable se apoyará con el equipo médico-técnico, igualmente con voluntarios y pasantes en servicio social. (Depto. de Prevención, 1987).

Información a Concurrentes es el último proyecto informativo, se imparte dentro de las instalaciones de los Centros Regionales, está dirigido a la población abierta que requiera información verbal o bibliográfica de todo lo que rodea a la farmacodependencia. Las acciones preventivas del proyecto parten de una necesidad social que se origina a partir de la demanda específica de la población que la solicita. Los instrumentos para desarrollar esta actividad comunicativa los constituyen las técnicas de manejo de las sesiones y material didáctico pertinente y estas son las expresivo-vivenciales. No necesariamente deben reducirse a las entrevistas cerradas, a las exposiciones o a las conferencias, sino recurrir a todas las herramientas que faciliten el acercamiento y la retroalimentación entre interlocutores. Como responsable de la ejecución de los proyectos preventivos, el Director coordinará, supervisará, asesorará y evaluará el desarrollo de cada proyecto y designará a un miembro del equipo médico-técnico como responsable

del proyecto y realizará una reunión de supervisión y asesoría. Estructurará el proyecto y coordinará la participación del equipo médico-técnico, pasantes y voluntarios igualmente capacita a los voluntarios en la ejecución del proyecto y elaborará un programa de trabajo en el que se especifica los temas y horarios en los que participará el equipo de trabajo. Así mismo, enviará el programa al Director para realizar ajustes necesarios e informar a los miembros del equipo de trabajo de su participación en el desarrollo del proyecto. (Jefatura de Proyectos Nacionales de Prevención, 1995).

Los proyectos de Orientación están ubicados en el segundo momento de la Educación para la Salud, donde se pretende trabajar con la población aspectos que formen parte de su vida cotidiana, por una parte fomentar la salud integral y por otra la prevención de la farmacodependencia.

Para este fin se contempla desde la población infantil hasta la adulta, fomentando la participación comunitaria.

En el caso de la población infantil se pretende abrir un espacio para la realización de actividades preventivas, ofreciendo a los grupos la involucración en el proceso de orientación, apartar de sus capacidades perceptivo-cognitivas y afectivo-conductuales. Para lograr lo anterior se considera que el juego es una característica que debe ser tomada en cuenta en todas las actividades que se instrumentan a lo largo del proceso de cada grupo. El objetivo de este es estimular y favorecer en el niño el desarrollo y la expresión de sus potencialidades, para fomentar hábitos y actitudes que le generen salud mental y física. La formación del equipo de trabajo, inicia desde la asignación de una persona del equipo técnico como responsable del proyecto, el cual se hará cargo de la coordinación y realización de actividades, apoyándose en un equipo de trabajo asignado integrado por el personal de base y voluntarios y pasantes. (Departamento De Prevención, 1987).

La *Orientación Preventiva Familiar*, está destinado a los padres de familia, ya que la influencia que es ejercida en los miembros de la familia se considera primordial tanto en los cambios de conducta y en las actitudes, siendo un instrumento idóneo para realizar acciones que ayuden ha frenar el problema de la farmacodependencia, su objetivo es propiciar con base a la comprensión de la realidad social de la familia la reflexión, a fin de conocer la relación con el problema de la farmacodependencia y las alternativas de solución. EL proyecto está dirigido básicamente a la población que no muestre problemas de farmacodependencia, o aquellas que por sus condiciones sociales o familiares se encuentre en riesgo de adquirir el hábito de consumir drogas e inclusive para

quiénes halla hecho uso de la droga de manera experimental, siempre y cuando él y la familia no requieran de un trabajo de tipo terapéutico. La realización del proyecto contempla el apoyo de la Dirección, un responsable del proyecto y del apoyo del equipo y del personal adicional. Las actividades de este proyecto tiene dos modalidades acordadas sobre todo a los recursos humanos y materiales de los CIJ y a las características y demandas de la población ha trabajar, en esta forma se instrumentará la modalidad extramuros, cuando resulte conveniente y factible, asistiendo a lugares en que se halla la comunidad, para tener un contacto directo con ella y proponer las actividades de orientación. Respecto a la forma de trabajo se busca la organización de grupos cerrados donde los temas se desarrollen empleando dinámicas y técnicas grupales que fomenten la participación de los asistentes. La modalidad ha implementarse, son las actividades intramuros, en la cual el grupo asistirá a los CIJ para recibir información y trabajar con los encargados del proyecto, quiénes utilizan técnicas grupales. (Departamento de Prevención, 1987).

Orientación Preventiva Adolescente, en este proyecto se trabaja con los adolescentes, siendo esta población la que se encuentra en un riesgo mayor de consumo de sustancias, tomando como punto de partida el mismo proceso de adolescencia que provoca confusión en los cambios que se experimentan física y emocionalmente, dentro de su familia, escuela y contexto social, y paralelamente a ello todas las necesidades de expresar dudas y experiencias nuevas que obtienen en este proceso. Ante tal situación este proyecto pretende ofrecer un espacio donde se puedan trabajar todas las inquietudes, dudas e incluso vivencias por medios de los programas de orientación formados con sus mismas sugerencias y del personal de los Centros, esto con el objetivo de fomentar la prevención del consumo de drogas y la participación activa del adolescente. El equipo de trabajo está formado por el personal de base y responsable, el cual es asignado por la Dirección, contando con cualquier perfil profesional como en el caso de los otros proyectos y apoyado por el resto del equipo de base y personal adicional. (Fernández, 1989)

En el tercer momento de la Educación para La Salud, se ubica la tercera estrategia, se requiere la participación activa de la población por medio de actividades concretas en torno a la prevención primaria, de tal manera que concuerde con la Educación para la Salud, utilizando para este fin los proyectos de la capacitación, para tal efecto se consideran los Grupos Organizados, coordinados por el personal de CIJ, donde se realiza un proceso vivencia, que más se adecúa a las particularidades de cada grupo atendido. Los grupos son considerados conjuntos de personas reunidas para el propósito común de participación.

La formación de los grupos puede ser desde los demás proyectos (Orientación Preventiva Infantil, Orientación Preventiva Adolescente , Orientación Familiar

Preventiva, ESCUELAS, Información a Concurrentes e Información Pública Periódica), por los convenios interinstitucionales formales, convenios verbales o invitación directa.

Su objetivo es capacitar a personas interesadas en realizar actividades de promoción de la salud en su entorno comunitario, para la prevención primaria del fenómeno de la farmacodependencia. El responsable del proyecto es quién coordina las diferentes fases puestas en marcha, todo el equipo técnico de los CIJ participan en el trabajo con los grupos, aportando sus experiencias y conocimientos particulares de su área profesional, enmarcando sus intervenciones mediante el detalle explícito formal de lo que se va a realizar, al inicio de cada grupo se determinan los objetivos que tienen los trabajos que realizan en él, se retoman las actividades que los asistentes realizan en su comunidad y programa su inclusión, dándoles oportunidad de que sean conocidas y transmitidas a los demás participantes, se propone al grupo el elenco de actividades que los miembros del equipo técnico de CIJ pueden aportar permitiendo que los asistentes seleccionen aquellos que les interesen. La coordinación de estas actividades están organizadas por el responsable del proyecto, quien es cualquier integrante del equipo médico-técnico designado por el Director del Centro Regional, este está encargado de promover la participación de grupos, estructurar programas, recibir y revisar programas, realizar actividades programadas y supervisar otras participaciones.
(Departamento de prevención, 1987).

El segundo proyecto que forma parte de este grupo es *Voluntariado y Personal en Servicio Social* (VYPSS), está dedicado a la capacitación, permitiendo la colaboración de este personal adicional, e igualmente de este manera la multiplicación del mensaje preventivo y el desempeño de varias actividades (contactos, conferencias y seguimientos).

Este personal brinda a los proyectos de prevención ayuda significativa, por tal motivo se hace necesario proporcionar elementos teórico-metodológicos, como técnicas e instrumentos que le permitan intervenir efectivamente en cada actividad y contribuir a su vez de manera positiva en su formación profesional, el objetivo de este proyecto es fortalecer en los Voluntarios y Pasantes en Servicio Social un conocimiento lo más objetivo posible del quehacer preventivo de los CIJ, dirigiendo hacia ellos las acciones preventivas para que posteriormente sean multiplicadores del mensaje institucional.
(Departamento de Proyectos Nacionales de Prevención, 1996).

Para lograr una adecuada inserción de este recurso, es importante primeramente realiza una selección, mediante una entrevista minuciosa que permite sondear expectativas y capacidades y por otra, exponer las líneas institucionales de acción, con el fin de corroborar la finalidad entre expectativas y actividades a desempeñar.

Mediante un proceso de capacitación introductoria, específica y permanente, se brindan los elementos necesarios que permiten la realización satisfactoria de las actividades.

Posterior a esto, el personal adicional recibe asesorías en cada una de sus actividades, como parte del seguimiento de sus actividades.

Para que este proyecto tenga un funcionamiento adecuado, como responsable del Centro Regional, el Director coordina, asesora, supervisa y evalúa el desarrollo del proyecto. Designa un responsable de este proyecto y este estructura el proyecto en cuanto a horarios e intervención de los miembros del equipo médico-técnico en las capacidades ha desarrollar, capacitación introductoria y específica. (Departamento de Proyectos Nacionales de Prevención, 1996).

El tercer proyecto y último que pertenece a la capacitación es *Capacitación a la Comunidad*, que pretende propiciar y motivar la participación como un medio para que la población genere instancias organizativas que le procuren condiciones óptimas de salud y específicamente de salud mental a fin de prevenir las situaciones y motivos que inducen al consumo de fármacos en un ámbito sociogeográfico específico. Para tal fin se requiere de una serie de fases o pasos para su realización, primeramente se necesita:

Fase 1 Formación del equipo, después de la designación de un responsable del proyecto, éste invita entre los miembros del personal de base, voluntarios, pasantes y quienes manifiestan inclinación al trabajo comunitario. En la fase 2 trabajo grupal, se pretende que una vez que se cuenta con las personas que tomarán parte en el proyecto, se realizarán las primeras reuniones grupales. En la fase 3 elección de la comunidad, se realiza el área específica de trabajo de acuerdo a los criterios, recursos y posibilidades del equipo de trabajo, la comunidad será electa por acuerdo del grupo de trabajo, con base a los estudios epidemiológicos, o bien a la demanda que se tenga de ella que pueda provenir de instituciones, dependencias, gente de la comunidad o de los compañeros del equipo, tomando en cuenta que sea zona de alto riesgo. En la fase 4 elaboración del diagnóstico, se pretende caracterizar la zona de trabajo, a fin de elaborar un diagnóstico preliminar. a través de recorridos por la zona,

utilizando como técnica la observación y de manera simultánea entrevistas de tipo informal, con los habitantes, instituciones y/o grupos de la comunidad. Fase 5 inserción en la comunidad, el trabajo en la fase anterior permitirá vislumbrar de que manera el equipo se insertará en la dinámica de la comunidad, en esta fase el equipo hará o ya habrá hecho un análisis, esta tarea permitirá contrastar sus posibilidades para involucrarse en la dinámica de la comunidad, es decir el trabajo se orientará a las acciones(eventos) lo mas acorde posible a la realidad. El trabajo irá orientado en un primer momento a integrar y coleccionar como grupo a los miembros de la comunidad que se interese en participar en la tarea preventiva. Fase 6, puesta en marcha del programa de acción, para este trabajo es pertinente que el equipo solo funja como facilitador de las acciones transfiriendo algunas herramientas a la gente, que les apoye en sus acciones. Lo importante aquí es que los integrantes de la comunidad que participan en este trabajo queden en posibilidades de involucrar al resto de la comunidad en la puesta en marcha de acciones que apoyen la prevención de la farmacodependencia y promuevan mejores condiciones de salud mental. (Departamento de Prevención, 1987).

Al igual que en la prevención, existe también un programa de atención curativa en CIJ donde se ofrece un modelo de abordaje integral para los farmacodependientes que requieren este tipo de servicio.

El programa de atención curativa se divide en dos subprogramas: consulta externa y hospitalización. La consulta externa representa la forma de servicio más frecuente en la institución, es de tipo ambulatorio y promueve la atención especializada en áreas urbanas y zonas consideradas como de alto riesgo, además de realizar acciones de consulta externa las unidades de internamiento otorgan atención a pacientes que cursan con cuadros de intoxicación por uso de sustancias psicoactivas; a pacientes que requieren del manejo de manifestaciones psicofisiológicas por síndrome de abstinencia; y también se proporciona tratamiento a pacientes que hacen uso de opiáceos y cocaína. Este tipo de unidades representa una alternativa de hospitalización tradicional, para un grupo de pacientes que ya ha intentado otro tipo de tratamiento con resultados poco exitosos. En su funcionamiento, las unidades de internamiento contemplan la ejecución de actividades basadas en los postulados de la comunidad terapéutica; con adaptaciones culturales específicas. Las actividades se imparten en un medio ambiente residencial, donde el uso de la estructura social funciona como una variedad de tratamiento, en un espacio ambiental concebido para producir el cambio deseado en los pacientes que ingresan a él. En cada uno de estos subgrupos se llevan a la práctica diversas actividades clínicas que se agrupan en 3 fases: 1. - fase diagnóstica, 2. - fase terapéutica y 3. - de rehabilitación. El proceso inicial del diagnóstico hace posible identificar la patología coexistente, hecho que en caso necesario permite efectuar una referencia a otras instituciones de salud, en estas actividades están la presencia de factores de riesgo que

pueden agravar la situación y que determinan la puesta en práctica de otras alternativas existentes como el tratamiento psicofarmacológico inmediato, la hospitalización, intervención en crisis, etc., La fase terapéutica está representada por los siguientes proyectos: Terapia individual, Terapia grupal, Terapia familiar, Farmacoterapia, Grupo de padres y rehabilitación . La elección de estos enfoques terapéuticos han sido efectuados de modo tal, que permiten ofrecer una amplia gama de alternativas de tratamiento, las terapias son de corte breve, con objetivos y tiempo limitado, de corte psicodinámico, familiar sistémico y donde cada uno de ellas incluye adecuaciones técnicas de acuerdo a la experiencia adquirida y a las necesidades y características del farmacodependiente y su familia. En lo que compete a la farmacoterapia, los fármacos prescritos se indican para el tratamiento del síndrome de abstinencia y de los trastornos físicos y psiquiátricos asociados a las adicciones. La comorbilidad psiquiátrica señala la presencia simultánea de otra patología mental que complica o agrava el cuadro, puede ser resultado de la farmacodependencia, o bien, tener implicaciones etiológicas diferentes. El tratamiento simultáneo de estos trastornos genera mejores resultados y disminuye el riesgo de la recaída.
(Centros de Integración Juvenil, 1994)

Las actividades que se realizan en CIJ están ubicadas en diferentes niveles, desde la atención primaria hasta la terciaria. En el caso de la prevención primaria, existe una variada participación de profesionistas, debido al Modelo de atención de esta Institución, sus programas son elaborados con base en Las Guías Técnicas Institucionales, donde se establecen objetivos y propuestas de temas a trabajar con la población. Sin embargo existen las posibilidades de que tanto el Psicólogo, Trabajador Social, Médico y Psiquiatría elaboren de manera multidisciplinaria propuestas de programas o bien en nivel individual, siempre y cuando encaminen los contenidos a las Guías Técnica internas.

En el caso del Psicólogo los elementos teóricos y prácticos que pueden aportar, deben contar con los parámetros que políticamente son establecidos .

Cabe mencionar que si es aceptado un programa del Psicólogo, puede ser abordado por cualquier profesionista, es decir el Médico puede trabajar con la población con dicho programa, con la justificación institucional de que cuenta con los elementos necesarios para hacerlo, ya que se les brinda una capacitación constante a todo el personal para manejar dichos contenidos.

B) SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA (DIF)

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) lleva a cabo sus funciones con base en el Artículo 4o. de la ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, donde se define a la población objetivo de las acciones realizadas por el DIF. En esta institución existe, desde 1986, el Programa DIF para la prevención de la Farmacodependencia, con sede en el Instituto de Salud Mental (INSaMe-DIF), y que tiene a su cargo la coordinación de las acciones de prevención, investigación, enseñanza y asistencia, a través de sus diversos mecanismos de normatividad y enlace con las dependencias del DIF en el Distrito Federal y en el interior de la República (unidades operativas en el D.F. y DIF estatales y municipales). El programa citado realiza sus actividades dentro de las tres grandes vertientes ya citadas: investigación, enseñanza y asistencia. Dentro de las acciones desarrolladas en la investigación destaca la realización de proyectos para estudiar diversos aspectos del problema, tales como la relación entre farmacodependencia y marginalidad, alcoholismo, tabaquismo, adolescencia y riesgos de farmacodependencia, etc. lo cual, con base en el conocimiento de las diversas características que presenta el problema, coadyuvará en la definición y realización de actividades preventivas y de tratamiento. En el área de enseñanza se ha diseñado diversos cursos orientados a la prevención de las adicciones bajo el modelo de educación para la salud, y que se imparte con base en la programación anual concentrada entre el INSaMe y otras dependencias del DIF o bien con otras instituciones que soliciten la impartición de dichos cursos de capacitación a fin de sensibilizar a su personal. De esta manera, tanto en el Distrito Federal como en el interior de la República, el DIF lleva a cabo actividades de capacitación, sensibilización e información. Estas actividades están dirigidas a grupos específicos de la población, como niños, adolescentes, padres de familia, personal docente, padres de familia, personal docente y de salud, etc., con el objeto de que cada uno de estos grupos lleven a cabo acciones preventivas en las que intervienen otros programas institucionales del DIF como el programa de Desarrollo Integral del Adolescente (DIA) y la Escuela para Padres. Cabe señalar que estos dos programas revisten una gran importancia dentro de la prevención de las adicciones por el tipo de población al que se dirige, su población objetivo es de adolescentes entre 12 y los 19 años de ambos sexos aunque también busca incidir en la familia del adolescente que es el primer espacio físico y humano en el que aquel se socializan: el objetivo principal de este programa es prevenir y atender las necesidades de los adolescentes. El programa Escuela para Padres comenzó a llevarse a cabo en el INSaMe-DIF a partir de 1985, este programa brinda a los padres de familia información sobre diferentes aspectos de la vida en familia, tales como la pareja, el nacimiento de los hijos, las etapas del desarrollo, la dinámica familiar las adicciones entre otros. Así mediante el conocimiento integral de los factores que inciden en la problemática familiar, se proporciona la toma de conciencia de los padres en busca de

alternativas para la concepción de intereses comunes en los aspectos de la familia. Con base en las condiciones anteriores, es importante señalar que la realización de las acciones preventivas llevadas a cabo por el DIF ha permitido la activa participación de la población objetivo a partir de un autodiagnóstico de su problemática tanto del conocimiento como el empleo de sus recursos para la solución de procesos del desarrollo integral del individuo. (Secretaría de Salud, 1994).

Esto se puede reflejar en los contenidos vertidos del programa DIA, el cual como ya se mencionó dirige sus esfuerzos hacia la consecución de investigaciones integrales que profundicen en torno al desarrollo del adolescente, derivando así un instrumento denominado "intervalo de necesidades, intereses y costumbres del adolescente", estudio conformado por 10 factores de interés a saber: Familia, Trabajo, Pandillerismo y Drogadicción, Adicciones, Desarrollo de la sexualidad, Protección social, Imagen, Amistad, Desarrollo personal y Escolaridad. El objetivo de este programa pretende mejorar las condiciones de desarrollo del adolescente, mediante acciones institucionales, derivadas de la investigación, que permitan el conocimiento y la intervención adecuada de la situación. Las estrategias para la operación de este programa se plantea de la siguiente manera:

- 1) Implementar el programa a través de las etapas operativas establecidas en el mismo.
- 2) Estructurar la atención del adolescente al quehacer de la Institución.
- 3) El DIF integra en nivel interno, un comité técnico compuesto por profesionistas de diversas disciplinas del área de la salud y las ciencias sociales (Trabajo Social, Psicología, Psiquiatría, Medicina, Enfermería) con el propósito de que funcione como un cuerpo colegiado, en la investigación, análisis, elaboración de documentos y capacitación personal operativo.
- 4) Aplicar el inventario de las necesidades, intereses y costumbres que permita establecer las prioridades de los jóvenes.
- 5) Coordinar con Instituciones públicas, sociales y privadas, las acciones de enseñanza, información, canalización y tratamiento de casos, así como apoyos financieros materiales que permitan alcanzar los objetivos planteados.
- 6) Instrumentar talleres de capacitación técnica, ecológica y de beneficio colectivo.
- 7) Efectuar anualmente el encuentro nacional de la juventud, jóvenes en solidaridad, enfocada a la información científica, la solidaridad, el rescate cultural el esparcimiento de los adolescentes.
- 8) Formar grupos de adolescentes detectados como población en riesgo, con el objetivo de implementar con ellos acciones específicas que conlleven al logro de los objetivos establecidos.
- 9) Impulsar la creación de grupos juveniles, con el propósito de llevar a cabo actividades de beneficio colectivo.

- 10) Establecer convenios con universidades, para promover la investigación y el servicio social en beneficio de este grupo de población.
- 11) Establecer convenios con instituciones públicas que permitan coordinar adecuadamente las acciones de este programa.

Las vertientes de aplicación del programa se llevan a cabo en dos direcciones, la primera está dirigida a población adolescente de 12 a 19 años, de escuelas oficiales que asisten a quinto y sexto año de primaria, escuelas de enseñanza técnica, medio y/o superior para proporcionarle orientación integral con base al programa establecido Detectar a la vez en este grupo, a la población en riesgo, para su atención o canalización, a través de actividades individuales o grupales. La Segunda dirección está relacionada con los aspectos de la familia. Con base en las condiciones anteriores, es importante señalar que de acuerdo a las experiencias obtenidas en la aplicación de programas, se repetirá el modelo en la población abierta y escuelas particulares a través de la infraestructura del propio DIF y de aquellas instituciones involucradas en el proyecto que cuenten con unidades operativas, se trabajará de la forma señalada en la primera dirección, con la población detectada en riesgo. (Villanueva, 1994)

En lo que respecta a la actividades asistenciales en el DIF, ellas tienen lugar a través de un programa de atención al adicto y a su familia en diversos niveles: la orientación a padres, la terapia individual, grupal, familiar y la psicofarmacoterapia; estas son acciones que desarrollan grupos multidisciplinarios de una manera interdisciplinaria. El DIF cuenta con especialistas de diversas áreas que intervienen en la atención de la farmacodependencia, como psiquiatras, neurólogos, pediatras, terapeutas familiares, psicólogos clínicos, trabajadores sociales psiquiátricos, enfermeras psiquiátricas y generales, terapeutas de lenguaje y sociólogos, todos ellos organizados en equipos que intervienen en el trabajo ya mencionado. (Secretaría de Salud, 1994)

En el caso específico del abordaje terapéutico con estos pacientes farmacodependientes se enfoca como ya se mencionó, por un lado en nivel individual y por el otro, a un nivel familiar-social comunitario. El tratamiento individual puede ser médico-físico; médico-psiquiátrico o psicológico, en un sistema interdisciplinario. El médico-físico, atiende las intoxicaciones agudas, síndrome de abstinencia y secuelas de intoxicación crónicas. El médico-psiquiátrico y psicológico, trata de los factores psicológicos individuales que proporcionan la farmacodependencia: alteraciones en la personalidad, pulsiones, angustias, etc. Al ser una atención interdisciplinaria existe una fase "A" de prevaloración que se realiza en forma breve y superficial, en esta etapa cada miembro del equipo efectuará la entrevista:

1)Psiquiatra: entrevista con el paciente y su familia que lo acompaña en ese momento.

2)Psicólogo: entrevista con el paciente y ,

3)Trabajador Social: entrevista familiar, posterior a esto, se lleva a cabo una sesión de integración y discusión entre el equipo interdisciplinario para determinar: si el paciente se atenderá en el programa, se canalizará a otros servicios o se canaliza a otras instituciones. En el caso de decidir que el paciente será atendido en el programa, se inicia la fase diagnóstica, esta tiene lugar en forma profunda y detallada y con una duración aproximada de 1 mes, el proceso que se utiliza para su diagnóstico y atención es el siguiente:

1.- Psiquiatra: realizará historia clínica psiquiátrica.

2.- Psicólogo: realizará historia clínica psicológica y aplicará pruebas psicológicas.

3.-Trabajo social: realizará historia clínica familiar y social, realizando si es necesario visitas domiciliarias y sociales o comunitarias. Posteriormente se llevará a cabo una discusión en grupo del caso, para determinar el diagnóstico y el tipo de tratamiento más conveniente para el paciente (individual, grupal o familiar) el cual tendrá una duración de aproximadamente 6 meses. (Villanueva, 1994)

El DIF trabaja la prevención primaria, con un Modelo de trabajo multidisciplinario donde la participación del Psicólogo es bajo programas establecido, como es el caso del programa DIA y Escuela para Padres, existen cuadernillos de trabajo que brindan objetivos, contenidos y técnicas.

La justificación Institucional de dicha modalidad de trabajo es que se cuenta con un equipo que pueda funcionar de manera más completa y que comparte el área de la Salud y de las Ciencias Sociales.

Se pretende que aparte de programas, se elaboren investigaciones y capacitación del personal operativo, de tal manera que todos los profesionistas (Psicólogo, Psiquiatra, Médico y Enfermeras) cuenten con elementos teóricos y prácticos para impactar en nivel preventivo.

No se aprecia participación por iniciativa propia del Psicólogo, trabaja bajo lo normatizado institucionalmente.

C) INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. (IMSS)

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), a través del modelo moderno de atención a la salud, precisa cuatro funciones generales para responder a las expectativas que en materia de atención a la salud tienen el Gobierno de la Nación, el Instituto y la población derechohabiente :

Función 1.- Incrementar el nivel de salud, disminuir los riesgos y prevenir los daños.

Función 2.- Otorgar atención médica integral.

Función 3.- Formar, capacitar y desarrollar al personal para la atención a la salud.

Función 4.- Realizar investigación médica.

Las acciones en farmacodependencia se dirigen principalmente a la prevención primaria, tratamiento y rehabilitación, como a continuación se señala: Orientadas a poblaciones específicas y a grupos de alto riesgo, extensivas al individuo, su ambiente laboral y su familia, a través de fomento y educación para la salud en los tres niveles de atención. (Secretaría de Salud, 1994)

Sin embargo desde 1987 existe un programa establecido en el IMSS en el que se llevan acabo las funciones antes citadas.

A continuación se presentará la estructura del mismo:

PROGRAMA DE ORIENTACION PARA LA PREVENCION DE LA FARMACODEPENDENCIA IMSS (1987)

Objetivo General: Contribuir al abatimiento de los índices de la farmacodependencia mediante acciones educativas orientadas fundamentalmente a la prevención de este fenómeno y a la preservación de la salud.

Objetivos específicos: Orientar y concientizar a la población por medio de la identificación de los efectos físicos, mentales y sociales negativos que ocasiona el consumo de drogas y fármacos, de la magnitud actual y del peligro de extensión.

Capacitar y motivar al personal institucional y al usuario de los servicios de Prestaciones sociales para formar un equipo de salud sobre la base de la prevención de la farmacodependencia y educación sanitaria en general.

Consolidar y orientar al grupo familiar y a la comunidad como recursos participativos para la prevención de la farmacodependencia y la observancia del autocuidado de la salud

Organización

Coordinación General de Prestaciones sociales

Función: Definir bases y lineamientos para la implementación del programa.

Jefatura Delegacional de Prestaciones Sociales

Función: Motivar y capacitar al personal de nivel operativo para la difusión y aplicación del programa

Personal Docente

Función: Participar en la detección de factores de riesgo y como capacitadores de monitores al curso y agentes multiplicadores

Personal de Trabajo Social.

Función: Participar en la dirección de factores de riesgo y en la integración de grupos de autoayuda.

Usuarios de los servicios de Prestaciones Sociales.

Función: Monitores, agentes de cambio, promotores en el autocuidado de miembros de la familia y la comunidad.

Actividades

1a. etapa propedéutica:

Concientización, orientación y capacitación teórica a todos los niveles normativos sobre problemas de la farmacodependencia integradapor las áreas:

Guarderías
 Bienestar y Desarrollo Social
 Recreación física y Deportes
 Promoción cultural

2a. etapa de capacitación:

Para personal de Prestaciones Sociales.

3a. etapa:

Se desarrollarán actividades de capacitación y aplicación del programa en unidades operativas de Prestaciones Sociales.
 (IMSS, 1987)

El Instituto cuenta con un programa para la prevención primaria de la farmacodependencia, que impacta a los usuarios del IMSS, personal que labora en el área de guarderías, bienestar y desarrollo social, recreación física y deportes

y promoción cultural, en el cual participan Trabajadores Sociales, Médicos y Enfermería.

La coordinación de este programa es llevada a cabo por el área de Prestaciones Sociales que está conformado por Médicos y Trabajadores Sociales. Por una parte pretende la capacitación a los monitores, con el objetivo de provocar agentes multiplicadores de la prevención, en las diferentes unidades operativas y por otra brindar mensajes a la población abierta.

Lo que se aprecia en este programa es que no hay participación alguna del Psicólogo además de que no se tiene una visión clara de los contenidos impartidos en dicho programa, por otra parte esta propuesta al parecer no ha cambiado sus contenidos desde su creación, además de mostrar pocos elementos sobre su aplicación.

Cabe aclarar que algunas actividades realizadas con población abierta, se trabajan con apoyo de otras Instituciones, tal es el caso de Alcohólicos Anónimos (AA) y CIJ, se han organizado conferencias con el personal Médico y de Trabajo Social y con población derechohabiente y población abierta, con temas relacionados a las adicciones.

D) INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRIA (IMP)

El Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP) es un centro de alto nivel, destinado a la realización de investigaciones en el campo de la psiquiatría y de la salud mental, el estudio integral de los enfermos con desordenes psiquiátricos y el adiestramiento y perfeccionamiento del personal que desempeña tareas en el ámbito de la salud mental. Las investigaciones que lleva a cabo el Instituto se agrupa en los siguientes apartados: a) investigaciones en neurociencias; b) investigaciones sociales y epidemiológicas, c) investigaciones clínicas, y d) investigaciones en servicios de asistencia psiquiátrica y salud mental. El criterio prevaleciente es que los grandes problemas nacionales sean abordados en forma multidisciplinaria. Con relación a los problemas de la farmacodependencia y el alcoholismo, se desarrollan estudios en diferentes tipos de población y con distintas metodologías a fin de conocer la prevalencia, patrones de consumo de diferentes drogas y los problemas psiquiátricos que ocasionan así como la repercusiones familiares y sociales. Estos estudios han requerido del desarrollo de instrumentos de registro y de diagnóstico de casos, que ha permitido el tener datos válidos y confiables de diferentes sectores de nuestra población en los que

se han utilizado metodología epidemiológicas y sociales. Las primeras encuestas de hogares se iniciaron en 1974 paralelamente a ello las encuestas estudiantiles realizándose la última en 1991 en colaboración con la Secretaría de Educación Pública, las cuales brindan una panorámica nacional en cuanto al consumo y conocimiento de drogas en estudiantes y actitudes ante el problema en el profesorado. Se cuenta con un sistema de información de drogas por medio del cual se obtiene, procesa y analiza periódicamente la información estadística del consumo de drogas en población que acude a instituciones de asistencia a la salud y de procuración de justicia.

Esta información permite mantener un diagnóstico actualizado sobre el fenómeno. Se trabaja asimismo con grupos de alto riesgo como son los menores que trabajan en la vía pública, las bandas juveniles, etc. se estudia la asociación entre diversos problemas médicos y sociales con las adicciones y se proponen evaluar estrategias para su propio manejo. El instituto posee dos centros de información, uno en alcoholismo y el otro en farmacodependencia, creados en 1986 con el objeto de recopilar, clasificar, analizar, sistematizar y poner a disposición de los usuarios información relevante sobre el consumo de alcohol y de drogas en México, asimismo cuenta con un centro de ayuda para el alcohólico y sus familiares (C.A.A.F.) que presta servicios de consulta externa con un modelo médico psicológico que opera desde 1977. En cuanto a la enseñanza y capacitación, el Instituto ofrece a los médicos y al personal de salud mental (psicólogos, enfermeras, trabajadores sociales), los medios para su óptima formación y perfeccionamiento profesional y científico a través de cursos de actualización y capacitación. Asimismo imparte dos cursos de Maestría en Ciencias en Salud Pública con áreas de concentración en Salud Mental, y cursos de educación continua. Finalmente cabe mencionar que el Instituto es centro colaborador de la Organización Mundial de la Salud en materia de adicciones. (Secretaría de Salud, 1994)

En lo que respecta a programas específicos de la farmacodependencia del IMP le corresponde entre sus funciones la investigación y capacitación sobre el tema, dentro de la capacitación se siguen modelos preventivos basados en la educación para la salud y en la dirección temprana, de esta manera se realizan diversos talleres de capacitación dirigidos a personal de alto nivel, esto es, profesionistas de la salud mental, incluyendo médicos, psicólogos, trabajadores sociales, maestros, y sociólogos, estos profesionistas por su ascendencia dentro de la comunidad, actúan como difusores a su vez de los conocimientos adquiridos, y realizan actividades de tipo preventivo dirigidos a la población en general. El contenido evita que la información que en materia de prevención imparte el Instituto dentro de sus talleres, sea de tipo punitivo y hace énfasis en dar elementos teóricos y prácticos que sirvan al profesional en su trabajo, en concreto,

a profesionistas de trabajo social; el énfasis se realiza en el núcleo familiar y seguimiento de los casos para los psicólogos el contenido radica en los aspectos psicológicos del origen y mantenimiento del consumo, e identificación de factores de riesgo y de manejo terapéutico. Al médico general y enfermeras, se les orienta sobre la detección a partir de los síntomas físicos, el manejo médico y aspectos terapéuticos.

Eventualmente a estos profesionistas se les adiestra en aspectos didácticos, tales como manejo de grupos, a fin de que apoyen el mensaje de prevención.
(Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1986)

Paralelamente a lo antes citado, este programa se planteó entre sus estrategias, el ampliar los sistemas de vigilancia epidemiológica a fin de que permita evaluar tendencias, identificar la iniciación de brotes epidemiológicos y la aparición de nuevos fármacos de abuso y generar proyectos de investigación orientados a lograr un mejor conocimiento de los problemas y a la evaluación de los programas preventivos. Diversas instituciones (Departamento del Distrito federal, CIJ, Secretaría de Gobernación, Dirección General de Epidemiología, DIF, Instituto Mexicano del Petróleo) se comprometieron a participar con acciones específicas derivadas de estas estrategias. I) La creación de un centro de información y documentación en farmacodependencia, cuyo objetivo primordial es reunir información relevante del problema a fin de satisfacer las necesidades del conocimiento, tanto de investigadores como de autoridades. II) La generación de programas de investigación social, clínica y biomédica que ha cubierto los siguientes campos: a) interacción y organización de sistemas de registros de casos detectados en diferentes sistemas de registro de casos detectados en diferentes dependencias. b) estudios orientados a mejorar el diagnóstico del problema, a conocer sus tendencias y los subgrupos afectados. c) estudios orientados a evaluar la acción y efectos de diferentes sustancias, así como las variables sociales que se asocian con el consumo. d) estudios orientados a evaluar métodos de identificación oportuna, tratamiento y rehabilitación de farmacodependientes. e) estudios orientados a evaluar el impacto de las acciones de prevención y tratamiento. f) otros estudios que sirven de base para la ejecuciones que se señalaron en el programa.
(Comité de Investigación de CIJ, 1986)

El IMP dedica la mayor parte de su trabajo a la investigación de la Farmacodependencia y a la capacitación sobre tema, dentro de esta sigue el Modelo preventivo basado en la Educación para la Salud y en la detección temprana de la misma.

El Instituto desarrolla estudios acerca de Farmacodependencia y de Alcoholismo, a fin de conocer prevalencia, patrones de consumo de diferentes drogas y los problemas psiquiátricos que ocasiona, así como las repercusiones familiares y sociales, paralelamente a esto ofrecen capacitaciones a los profesionistas de alto nivel, relacionados con la salud mental, incluyendo Médicos, Psicólogos, Trabajadores Sociales, Maestros y Sociólogos.

Aun y cuando el Instituto no ofrece un programa de prevención primaria específico a la población sobre Farmacodependencia, brinda talleres teóricos prácticos para la elaboración de los mismos, ocupando todo el material con el que cuentan de sus investigaciones, para que los profesionistas que si trabajan con la población directamente los puedan aplicar.

Finalmente es importante mencionar que el IMP considera necesario atender este problema de manera multidisciplinaria.

Todas las actividades antes referidas son impartidas por un equipo de Médicos, Sociólogos, y Psiquiatras, de manera multidisciplinaria.

En el caso del Psicólogo sus actividades van desde la investigación hasta el monitoreo, en el caso de las investigaciones se realizan coparticipando o por proyectos propios. En la capacitación, talleres y cursos, puede ser libre su intervención o como parte de un programa ya establecido.

E) INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO. (ISSSTE)

En el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), a partir de 1988 en que se aprobaron los programas de Salud Mental del Instituto, se han organizado cuatro cursos de capacitación para el personal médico de enfermería, psicología y trabajo social en la zona metropolitana y cursos en zonas foráneas, seminarios y talleres de análisis de actividades de prevención, tratamiento y rehabilitación de alcoholismo y farmacodependencia. Además, en conjunto con el Instituto Mexicano de Psiquiatría, ha desarrollado el proyecto de investigación "Frecuencia y distribución de casos de adicciones entre derechohabientes del ISSSTE". En cuanto a la distribución de personal especializado para la atención de este problema en el D:F., se encuentran Enfermeras Generales, Médicos Psiquiatras, Psicólogos, Lic. en Trabajo Social y Trabajadores Sociales Psiquiátricos.
(Secretaría de Salud, 1994)

El Instituto no cuenta con un programa con el servicio de atención a nivel secundario e igualmente a nivel primario.

F) UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO (UNAM)

La Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y otras Universidades y Centros de Estudios Superiores, contemplan dentro de sus programas académicos, temas relacionados con la farmacodependencia, existiendo en algunos de ellos centros de atención y prevención especializados. En la Facultad de Medicina en el Departamento de Salud Mental, cuyas tareas incluyen los servicios de Salud Mental para estudiantes universitarios, como la enseñanza en los niveles de pregrado y posgrado: En este Departamento se entiende de manera pluridisciplinaria al paciente que solicita, por un personal adiestrado especialmente, participan Psiquiatras, Psicólogos Clínicos y Trabajadores Sociales Psiquiátricos. El paciente-alumno recibe tratamiento psicológico y médico. Los miembros del programa participan también en proyectos de enseñanza y de investigación, y el Departamento ha asesorado a otras Instituciones en la Ciudad de México y en el interior de la República. A través del examen médico a los alumnos de 1er. ingreso, se detectan conductas adictivas, y se llama a los estudiantes para ofrecer un tratamiento a sus problemas. Se cuenta con una Clínica de Grupos de alcohólicos y farmacodependientes. Por su parte la Dirección de servicios médicos de la UNAM organiza periódicamente eventos referentes a adicciones, a través del Departamento de Atención Médica en planteles periféricos, en los nueve planteles de la Escuela Nacional Preparatoria, los cinco Colegios de Ciencias y Humanidades, de las tres Escuelas Nacionales de Estudios Profesionales (Acatlán, Aragón e Iztacala) y las dos Facultades de Estudios Superiores Cuautitlán y Zaragoza, y Escuela Nacional de Música. Artes Plásticas, Enfermería y Obstetricia. También se presenta el servicio de atención de urgencias y manejo de problemas psicológicos sobre problemas de alcoholismo, tabaquismo y adicción de drogas duras y fármacos. La facultad de Psicología cuenta con tres instancias para dar atención a los problemas de adicciones.: 1) el programa experimental comunitario de la Facultad de Psicología, 2) El Centro de Orientación para la Adolescencia (CORA); y 3) El Centro de Servicios Psicológicos "Acasulco". Este último, tiene dos modelos de investigación y tratamiento de conductas adictivas: el primero está dirigido a la población universitaria, vinculando la docencia, investigación y servicios, y está abierto a todo tipo de consumidores (bebedores excesivos y adictos, en general), el segundo está dirigido ala comunidad en general y cumple objetivos de formación, investigación, prevención y tratamiento de conductas adictivas. Ambos modelos hacen énfasis en la prevención primaria de las adicciones. (Secretaría de Salud, 1994)

La UNAM, ofrece como ayuda del consumo de adicciones programas en el ámbito de tratamiento e investigación.

Como formación profesional se destina espacios en nivel terapéutico, en el caso de Psicología brindando dicha atención por parte del alumnado y profesores e igualmente a los alumnos que soliciten el servicio.

También se brindan algunas conferencias en los diferentes planteles de la UNAM al alumnado.

En el caso de la Facultad de Medicina ofrece también atención.

Como se puede apreciar existen actividades relacionadas al consumo de adicciones y participación del Psicólogo pero con relación a la prevención secundaria. No existe un programa dirigido en nivel primario.

Por tal motivo en el siguiente capítulo se hará un análisis de las actividades que desempeña el psicólogo en las instituciones antes citadas con el objeto de conocer sus alcances y limitaciones en los programas que lleva a cabo e igualmente se hará una propuesta de actividades que puede desempeñar profesionalmente el psicólogo dentro de la prevención primaria de la farmacodependencia.

CAPITULO 7

PAPEL DEL PSICOLOGO EN LA PREVENCION PRIMARIA DE LA FARMACODEPENDENCIA EN INSTITUCIONES DE SALUD

En el capítulo anterior se hizo una revisión de los programas preventivos de farmacodependencia, en seis instituciones de salud (CIJ, IMSS, ISSSTE, IMP, DIF y UNAM) en las cuales se exploró las actividades que se llevan a cabo y de estas, que hace el Psicólogo en la atención primaria.

En los CIJ sus programas están ubicados desde lo primario hasta lo terciario, cuenta con un equipo interdisciplinario trabajando multidisciplinariamente, compuesta por Médicos generales, Psiquiatras, Psicólogos y Trabajadores Sociales, los cuales realizan conjuntamente labores informativas, en orientación y capacitación. El trabajo a realizar, es llevado a cabo por cualquiera de los profesionales antes mencionados, no se ubica una actividad específica para cada perfil, ante tal situación, el Psicólogo desempeña actividades importantes aunque no con un contenido específico, en este sentido una plática puede ser dirigida por un Médico, Trabajador Social o el mismo Psicólogo.

En el caso del DIF también se cuenta con un equipo multidisciplinario de Médicos Generales, Trabajadores Sociales, Psiquiatras, Enfermeras, los cuales actúan en lo primario desde la elaboración de programas hasta la ejecución e estos con la población cautiva de adolescentes y padres de familia, al igual que en los CIJ el Psicólogo también participa pero en forma conjunta con sus compañeros, sin existir discriminación alguna en estas actividades, excepto en el área de tratamiento o atención secundaria, donde existen valoraciones psicológicas y terapias para los farmacodependientes y sus familiares.

En el IMSS existe un programa establecido desde 1987 para promover la prevención de la farmacodependencia, sin embargo es llevado a cabo por la Jefatura de Trabajo Social el cual maneja mensajes informativos de las causas de tal fenómeno, capacitan al personal del Instituto para la formación de un equipo de salud que realice actividades preventivas y orientar a grupos familiares y la comunidad en general a que participe en grupos para promover el autocuidado de la salud.

En esta institución la labor del Psicólogo es nula a este nivel, solo están participando los Trabajadores Sociales, aunque a partir de 1995 se implementó

otro programa establecido en el IMSS partiendo de una investigación que se realizó en los derechohabientes que presentan consumo de adicciones, se pretende dar información por medio de mensajes o pláticas y por otro lado se manejan periódicos murales en Medicina Familiar.

El IMP dedica actividades específicas a la farmacodependencia, destacando en sus funciones la investigación y capacitación, dirigidos a profesionistas que trabajan con población de este tipo. Su equipo de trabajo está constituido por Médicos, Psiquiatras, Sociólogos, Psicólogos y Trabajadores Sociales.

No existe un programa de prevención primaria que ponga en marcha en la población, sino más bien realiza talleres dirigidos a profesionistas que se encuentren en el ámbito de la salud y están interesados en la detección temprana, además de ser difusores en comunidades. El propósito de los talleres es trabajar elementos teóricos y prácticos que hagan énfasis en el núcleo familiar retomado por los Trabajadores Sociales, con los Psicólogos aspectos de detección temprana, así como en aspectos psicológicos del origen y mantenimiento del consumo e identificación de factores de riesgo y de manejo terapéutico, al Médico general y Enfermeras, se les orienta sobre detección a partir de los síntomas físicos, el manejo médico y aspectos terapéuticos, eventualmente también se les adiestra en aspectos de manejo grupal a fin de apoyar el trabajo preventivo.

Como se puede notar el trabajo de esta Institución en cuestión de adicciones es sobre la base de cursos y talleres a profesionales llevados a cabo por Médicos, Psiquiatras, Sociólogos y Psicólogos, paralelamente a ello son realizadas investigaciones y se brinda información a la comunidad en general por medio de un banco de información (biblioteca) sobre los aspectos antes mencionado, de tal manera que no existe participación alguna con población objetivo que este en riesgo o prevalencia de consumo de adicciones, solo en el ámbito de atención terapéutico donde existe participación del psicólogo en el ámbito secundario.

El ISSSTE se realizan investigaciones conjuntamente con otras instituciones (IMP) con población derechohabiente tanto farmacodependiente como alcohólicos.

En cuanto a cursos de capacitación sobre el tema, se han llevado a cabo con Médicos, Psicólogos y Trabajadores Sociales, pero aun no se han realizado programas específicos puestos en marcha, ni que perfil profesional los lleve a cabo.

Finalmente la UNAM, sus programas básicamente son manejados en la prevención secundaria, ciertamente existe participación del Psicólogo a través de psicoterapias con programas específicos en las escuelas ya mencionadas en el capítulo anterior, sin embargo no existen programas en el ámbito primario que se desempeñen y mucho menos que haya algo establecido por parte de la Psicología. Aun que cabe mencionar que existen investigaciones por parte del área de Psicología en la ENEP Iztacala y FES Zaragoza

Para ubicar con más claridad la participación de los equipos de trabajo en cada Institución a continuación se presentará el CUADRO VII con todas las Instituciones.

**CUADRO VII
INSTITUCIONES DE ATENCION A LA FARMACODEPENDENCIA**

	CIJ	DIF	IMSS	ISSSTE	IMP	UNAM
PREV. PRIMARIA	Psi. T.S. Psq. Médico	Psi. T.S. Médico	T.S. Médico		Psi. T.S. Médico	
PREV. SECUNDARIA	Psi. T.S. Médico	Psi. T.S.	Psi. Psq.		Psi. Psq. Médico	Psi. T.S. Psq.
PREV. TERCIARIA	Psi. T.S. Psq. Médico					
INVESTIGACION	Psi. Psq. Médico	Psi. T.S. Médico	Psi. T.S. Psq. Médico	Psi. T.S. Psq. Médico	Psi. T.S. Psq. Médico	Psi. Médico

Psi. (Psicólogo)

Psq.(Psiquiatra)

T.S.(Trabajo Social)

Como se puede apreciar en el Cuadro VII, existe la participación del Psicólogo, en algunos casos en materia de prevención primaria, en otros secundaria y/o terciaria y en nivel de investigación, como parte de un equipo multidisciplinario sin embargo lo que resalta o llama la atención es que su actividad no está definida con la de algunos otros profesionistas, no se ubica con programas o actividades desde su área o perfil, se puede notar que se llevan acabo en las diferentes Instituciones

programas hacia la prevención, en la que los integrantes pueden participar siempre y cuando se ubique dentro del área de la salud, no haciendo tareas específicas por perfil, como es en el caso de la prevención secundaria.

Cabria mencionar que posiblemente, no se tenga establecido una canalización especial de las actividades en la Psicología, una razón, por el modelo de atención establecido las Instituciones, que en la mayoría consideran la multidisciplinariedad, por otro lado no hay muchas alternativas en cuanto a programas nuevos por parte del Psicólogo, principalmente por que la política institucional no permite actividades fuera de la norma y por la falta de investigaciones recientes realizadas desde esta profesión que puedan ofrecer hallazgos que proporcionen elementos para proyectos a realizar.

Otra posibilidad es que no se tenga claro, cuales son las funciones que puedan desempeñar, por que si bien, está trabajando con profesionistas ubicados dentro de la salud, pareciera que Trabajo Social, Medicina, Sociología, Psiquiatría e incluso Psicología pueden desempeñar las mismas funciones. Ante esto es importante empezar a definir cuales deben ser el quehacer del Psicólogo.

Según el Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología (1987) (C.N.E.I.P.) el Psicólogo es un profesionista cuyas funciones son:

- 1) Evaluar
- 2) Planear
- 3) Intervenir para modificar un problema
- 4) Prevenir
- 5) Investigar

Resolver problemas en las áreas de:

- 1) Educación
- 2) Salud Pública
- 3) Producción y consumo
- 4) Organización Social
- 5) Ecología

Los sectores a los que el Psicólogo debe dirigir sus acciones, son en orden de prioridad los siguientes:

- 1) El sector rural marginal
- 2) El sector rural urbano
- 3) El sector urbano marginal
- 4) El sector urbano desarrollado

Como beneficiarios de sus servicios se encuentran en orden de prioridad los siguientes:

- 1) Los macro-grupos institucionales
- 2) Los micro-grupos institucionales
- 3) Los macro-grupos no institucionales
- 4) Los individuos

Las técnicas de diagnóstico utilizadas por el Psicólogo son: la entrevista, las pruebas psicométricas, las encuestas, los cuestionarios, las técnicas sociométricas, las pruebas proyectivas, la observación, el registro instrumental y los análisis formales.

Las técnicas de intervención, para resolver problemas son: Las técnicas fenomenológicas, psicodinámicas y conductuales. La dinámica de grupos, la sensibilización, la educación psicomotriz, la manipulación ambiental, la retroalimentación biológica, la publicidad y la propaganda.

Las técnicas de prevención son: además de las utilizadas por la intervención, a excepción de la educación psicomotriz, la capacitación de profesionales.

Las técnicas de Investigación son: Las que utilizan en otras ciencias. Pueden encuadrarse en las categorías más generales de: registro, análisis cuantitativo y cualitativo de los datos y formulación de modelos. (C.N.E.I.P., 1987)

Es importante considerar que el C.N.E.I.P. no menciona algunas otras intervenciones no menos útiles como son cognitivo-conductuales, gestálticas, sistémicas y humanistas.

Si bien no son referidas también juegan un papel importante como herramientas de trabajo dentro de su labor. Lo que sería importante es dar seguimiento a investigaciones actuales de las actividades que viene realizando el Psicólogo como un complemento a las funciones que el C.N.E.I.P. considera que puede realizar este.

Por lo anterior se hará una comparación de las actividades que lleva a cabo el Psicólogo en las Instituciones, con relación a las actividades que establece el C.N.E.I.P.

CIJ : Planea, interviene para modificar problemas, previene, investiga, interviene en las áreas de educación, salud pública, organización social, ecología. Los sectores a los que dirige su acción es urbano-marginal, urbano-desarrollado, impacta micro-grupos, grupos institucionales, grupos no institucionales, e individuos.

Las técnicas de diagnóstico son: de entrevista, encuestas, cuestionarios pruebas proyectivas, la observación, genogramas y familiogramas.

Las técnicas de intervención son: psicodinámicas, sistémicas y de programación neurolingüística.

DIF : Planea, interviene para modificar problemas, previene, interviene en el área de educación, salud pública, organización social, ecología. Los sectores atendidos rural urbano, urbano marginal y urbano desarrollado. Trabaja con grupos no institucionales e individuos, las técnicas utilizadas son, entrevistas, pruebas psicométricas y pruebas proyectivas.

La atención en el ámbito terapéutico se lleva a cabo en atención individual y familiar.

IMSS : El Psicólogo no tiene actividades especificadas dentro de esta Institución acerca de la Farmacodependencia.

IMP : Realiza investigaciones, evaluaciones, planeación, su labor se aplica dentro de la educación, salud pública, organización social. Los sectores a los que dirige su acción macro-grupos institucionales, micro-grupos institucionales, no institucionales e individuos.

La atención nivel terapéutico es individual y familiar.

Las técnicas de diagnóstico: pruebas psicométricas, pruebas proyectivas, entrevistas y la observación.

ISSSTE : Participa a nivel tratamiento, sin especificar sus actividades.

UNAM: Investiga, planea, interviene para modificar problemas, previene y evalúa. Su labor se aplica en la educación, salud pública, organización social y ecología, con el sector urbano marginal, urbano desarrollado y rural marginal. Utiliza terapias individuales, familiares con variados enfoques de acuerdo a la formación profesional de los asesores. Las técnicas utilizadas entrevistas, encuestas, cuestionarios, pruebas psicométricas , proyectivas, registro instrumental y análisis formales.

Por lo anterior, se hará **una Propuesta de Trabajo**, tomando como punto de referencia las funciones del Psicólogo, desde la visión de C.N.E.I.P., establecido actividades más adecuadas de acuerdo a su formación, con el propósito de concretar y manejar más provechosamente sus herramientas teóricas y prácticas en el área de la prevención primaria de la farmacodependencia en las Instituciones de salud.

Cabe mencionar que las actividades que se describirán a continuación, están enfocadas en la Salud Pública y lo educativo, ante tal situación se tomará estas dos áreas para el trabajo preventivo primario y paralelamente a ello los factores que se asocian al consumo desde los modelos que se citaron en capítulos anteriores.

PROPUESTA DE TRABAJO

1. - Investigación.

Como una parte fundamental de toda acción, para contar con elementos que permitan apoyar el trabajo a desarrollar.

El psicólogo podrá utilizar metodología y técnicas, enfocadas hacia la investigación de:

- Factores de Riesgo en el consumo de drogas
- Factores Protectores en el consumo de drogas
- Dentro de estos como un rubro importante a investigar es el marco de referencia de la población, es decir, conocer todas aquellas creencias que

utiliza la gente para actuar dentro de su medio y que esto de alguna forma interfiere para que se aprenda de una manera especial todas las vivencias que se consideran buenas o malas. La importancia de esto radica que para poder intervenir en la prevención del consumo de drogas hay que tener claro que para algunas personas no es un problema el consumo, esto sucede frecuentemente con el alcohol, en algunas familias se puede observar que el esposo, el hijo o el hermano consumen alcohol, sin embargo, aunque para la familia ya existen dificultades por esto no lo ven como tal, ya que sus creencias marcan la diferencia. Tomando como referencia esto, quizá se pueda entender la lógica que tiene cada persona para consumir o no drogas. Ya que dentro de cada contexto se actuará de acuerdo a ciertas creencias independientemente de su validez o falsedad (Bateson, 1976)

- Tanto en lo individual, como en lo familiar y social.
- Puntuando con la población adolescente y adulta joven, por ser donde se concentra el mayor porcentaje de usuarios de drogas

2. - Utilización y/o elaboración de herramientas, como test, entrevistas, cuestionarios de acuerdo a las características de la población mexicana consumidora, que permitan ubicar que se encuentra en riesgo de consumo, para que de ser posible se haga canalización, a Terapia, si es que ya existe el consumo de drogas ó bien si hay probabilidades altas de ello, la inserción para algún programa de orientación (prevención primaria) pudiendo ser individual, en grupo de pares y/o familiar.

3. - Elaboración de pláticas informativas con todos aquellos elementos que se puedan manejar desde el área psicológica como una herramienta preventiva de la farmacodependencia, considerando a las siguientes poblaciones (infantil, adolescente, adultos jóvenes, padres de familia) apoyándose con los conocimientos de manejo de grupos, además de técnicas y material didáctico pertinente.

3.1. - Los contenidos de dichas pláticas pueden ir encaminadas hacia el conocimiento del consumo de drogas en las poblaciones antes citadas, desde la familia, la escuela, el grupo de padres y las instituciones que brindan información de este tipo.

4. - Formación de grupos de orientación con la población que así lo requiera, tomando como punto de partida el marco de referencia de los participantes dentro de su contexto.

4.1. -Los contenidos tomarán como eje todos aquellos elementos que son utilizados como funcionales en la familia y que pueden considerarse como protectores en cuanto a la prevención de la farmacodependencia.

Con los padres de familia :

- a) Compartir vivencias que han provocado la convivencia, con el grupo familiar y la fluidez de la información de la pareja y de los padres a los hijos.
- b) Compartir vivencias que han provocado la poca participación y el alejamiento de los integrantes del sistema familiar.
- c) Intercambiar vivencias que se han tenido a partir de lo que se aprendió fuera del sistema familiar y como se introduce a él.

Con los adolescentes y adultos jóvenes

- a) Compartir experiencias personales que han funcionado para prevenir el consumo de drogas.
- b) Intercambiar experiencias familiares que han utilizado los adolescentes y los adultos jóvenes para mejorar la relación de hijos a padres.
- c) Conocer vivencias con el adolescente y del adulto joven en su grupo de pares que han provocado el rechazo a la experimentación del uso de drogas.
- d) Intercambiar puntos de vista del adolescente y del adulto joven que han podido provocar experiencias favorables con su grupo de pares y paralelamente a ello evitan el consumo de drogas.
- e) Compartir experiencias individuales acerca del significado que tiene para cada uno de ellos el ciclo de vida en el cual se encuentran.

Con niños :

- a) Compartir experiencias en las cuales ellos hayan obtenido información que les permitió resolver dudas a partir del acercamiento con su familia.
- b) Dar a conocer vivencias individuales acerca de su familia, tomando en cuenta los elementos favorables que han hecho que los niños se sientan miembros participantes dentro de su familia.
- c) Conocer las experiencias vividas de los niños a partir de la información obtenida por los medios de comunicación, grupo de pares y la escuela.
- d) Compartir experiencias individuales que favorezca el desarrollo de sus proyectos futuros.

5. - Elaboración de programas de capacitación para profesionistas que trabajen con población en riesgo, con el objeto de proporcionar conjuntamente con ellos, todos aquellos conocimientos que desde cada profesión permiten aportar y hacer programas más completos, integrando todo, no confundiendo sus actividades, sino repartiendo tareas que los profesionales puedan desempeñar, favoreciendo con esto, las actividades que pueden desempeñar los profesionistas tanto con sus herramientas teóricas como prácticas .

6. -Evaluación periódica de cada programa realizado, con el objetivo de conocer resultados de su eficacia ó poco funcionamiento, esto con la finalidad de reelaborar dicho programa o elaborar otros proyectos más adecuados con la población, esto se hará a dos niveles:

- a). -Del programa, de acuerdo a resultados arrojados.
- b). -De acuerdo al punto de vista del profesional que impartió dicho programa y la manera de impartirlo siendo facilitador para la participación o la poca o nula posibilidad de hacerlo.

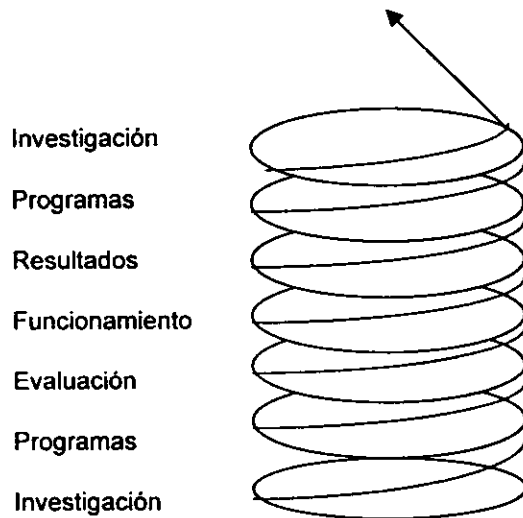
7.- Utilizar foros anuales que den a conocer resultados obtenidos con la población cautiva de cada institución compartiendo experiencias obtenidas en tres vertientes :

- a) Organización de los equipos.
- b) Resultados de las investigaciones.
- c) Resultados de la implementación de programas resaltando lo que ha funcionado mas y lo que ha tenido poco uso.
- d) Nuevas propuestas de trabajo.

La idea final de esta propuesta, es llevar el trabajo en ESPIRAL, es decir, si se inicia por las investigaciones del trabajo de los programas con la población en un determinado período ó tiempo, los resultados obtenidos posteriormente ya no funcionarán para próximos programas o trabajos de otra índole, y la razón es que el momento y contexto ha cambiado, con esto no se quiere dar ha entender que lo anterior se deseche, sino por el contrario esto será el soporte de lo que sigue. Por lo tanto se sugiere que todo se tiene que adecuar en el aquí y en el ahora.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

CUADRO VIII
TRABAJO EN ESPIRAL



El Cuadro VIII muestra un espiral, donde ubica a la investigación como base, después programas y enseguida evaluación, etc., con la idea de renovar constantemente la información, en el momento actual y seguir en ascenso, para no ser rebasado por lo que se manifiesta en ese momento.

CONCLUSIONES

El consumo de drogas en México ha tenido varios fines para su uso, en la época precolombina era utilizada como vía de comunicación con los dioses, para celebraciones religiosas y de festividad. Ya con la conquista, la influencia de otra cultura y mezcla de razas, provoco que se cambiara la idea de su uso, poco a poco se orillo a conceptualizarla como nociva, negativa y peligrosa.

Sin embargo en algunos Estados de la República se siguen conservando tradiciones, los pueblos indígenas practican rituales, sus creencias siguen manifestando costumbres ancestrales de los pueblos ya desaparecidos, pero en otros lugares del país como son las ciudades no es así, el uso de drogas se relaciona con algunos de los factores que se presupone que provocan el consumo como lo son: con la sobrepoblación, la tecnología, los medios de comunicación, el narcotráfico, el desempleo, abaratamiento del costo y su fácil obtención, la influencia de los grupos de pares, la influencia de otros países, dificultades dentro de los sistemas familiares, el inicio de la adolescencia, etc.

Ante tal hecho la sociedad mexicana ha realizado diversas actividades para atacar lo que ahora es considerado un problema de salud, "La Farmacodependencia", esto se ha venido realizando por medio de programas en el ámbito preventivo primario, secundario y terciario, llevado a cabo por instituciones de salud y educativas.

En cuanto a los modelos que se utilizan, se ubican dentro de la medicina social, sus servicios en prevención primaria contemplan informaciones, orientaciones y capacitaciones a todo tipo de población.

La primera institución que se revisó fue Centros de Integración Juvenil, quién cuenta con una plantilla de médicos, trabajadores sociales, psiquiatras y psicólogos. El modo de trabajo desempeñado por el personal es por medio de la multidisciplina, además de contar con una capacitación interna que les permite llevar a cabo trabajo similar.

En lo que respecta a la información existen contenidos y objetivos establecidos por la institución, todos los que participan en este programa deben manejar y seguir la "platica tipo" que se encuentra instaurada por la organización interna,

esta situación muestra que el médico, el psicólogo o cualquier otro puede ofrecer la misma plática a la población siempre y cuando se sigan los contenidos propuestos.

Esta misma situación aparece en los programas de orientación y capacitación, pero con la diferencia de que se pueden hacer propuestas de programas, respetando los objetivos institucionales.

Sin embargo, aunque si está especificada la diferencia entre cada etapa de la prevención primaria en las actividades, no sucede lo mismo con las funciones que desempeña el equipo de trabajo.

Se supone que todos cuentan con la misma capacidad para realizar actividades, pero parece que no está contemplada la formación académica de cada uno.

No hay claridad en lo que desempeña el psicólogo y sus compañeros.

Si bien existen cuadernillos llamados Guías Técnicas que determinan contenidos, objetivos y las funciones que deben desempeñar los responsables de cada actividad, existe confusión al respecto, porque el responsable puede ser cualquiera del equipo.

Se pierde de vista los elementos normativos formativos que tienen los profesionales, porque por obvias razones al impartir cualquier actividad su formación tendrá peso para abordar los mensajes, en el caso del médico al hablar de la adolescencia, quizá se incline a los cambios físicos, el trabajador social a las relaciones familiares y el psicólogo a los cambios emocionales.

No es posible manejar la misma información, todos darán direcciones diferentes de acuerdo a su profesión. Los límites de trabajo, en cuanto a quién puede desempeñar una función académica no existen en CIJ.

La segunda institución que se abordó fue el DIF; su modelo de trabajo, es similar al de los Centros de Integración, igualmente manejan cuadernillos temáticos donde se establecen temas con objetivos y contenidos específicos, tal es el caso de los programas del Desarrollo Integral del Adolescente (DIA) y Escuela para Padres.

Los responsables de estos programas son los Trabajadores Sociales, Psicólogos y Médicos.

En cada actividad desempeñada se observan diferencias importantes en cuanto al nivel primario, secundario y terciario, los profesionales realizan actividades, demuestran cumplimiento de objetivos y manejo de diferentes temáticas encuadradas bajo los lineamientos internos. Pero en las funciones los integrantes del equipo repiten nuevamente la nula consideración de las actividades específicas de su profesión.

En el IMP, se contemplan capacitaciones a profesionistas que trabajan en la prevención primaria en diversas instituciones, su propuesta contempla la multidisciplinaria estableciendo el trabajo conjunto, sin confundir las funciones del psicólogo, médico y trabajador social.

Se realizan proyectos y programas que posteriormente se retomarán en sus respectivas instituciones, teniendo claro los objetivos en cuanto a lo que puede desempeñar. Cabe mencionar que en esta manera de trabajo, se distinguen las funciones de psicólogo, las cuales abarcan contenidos psicológicos del origen y mantenimiento del consumo de drogas e identificación de los factores de riesgo.

Aunque sería importante conocer si estas funciones se llevan a cabo en sus respectivas instituciones, después de haber tomado esta capacitación, sin objeción de su organización laboral.

Ya que la limitación de las dos instituciones antes citadas tienen como prioridad la política interna y su organización, confundiendo así las funciones de unos con otros.

En cuanto al IMSS e ISSTE, no contempla la participación del psicólogo, el IMSS desempeña actividades con Trabajadores Sociales y Médicos, se observa la ausencia del psicólogo, el Instituto solo lo ubica en el área de tratamiento, sería importante conocer las causas por las cuales no está incluido en el ámbito primario.

El ISSTE no cuenta con un programa a nivel primario, sus actividades están enfocadas a cursos e investigaciones junto con el IMP

El personal de trabajo está formado por Psicólogos, Médicos, Enfermeras y Trabajadores Sociales, al parecer se encuentran en proceso de capacitación

primaria, porque en el ámbito secundario cuentan con atención de Farmacodependientes.

En la UNAM, el trabajo realizado es por medio de atención terapéutica en mayor medida, en diversas instalaciones de la Universidad, también se han dado a conocer investigaciones con pacientes consumidores, en Psicología y Medicina.

Pero desgraciadamente en el ámbito preventivo primario no, aun y cuando si se realiza de manera micro por parte de Psicología, contemplan programas que realizan los académicos y alumnos, pero por causas desconocidas, no se publican, pudiendo ser estos, de los valiosos que den nuevas informaciones de propuestas a otras instituciones.

Toda esta información que se obtuvo de las 6 instituciones (CIJ, DIF, IMP, IMSS, ISSTE y UNAM) arrojaron que solo el IMP define funciones del Psicólogo mientras que las otras 5 no lo hacen.

El objetivo del presente trabajo fue justamente conocer el papel del psicólogo en la prevención primaria de la Farmacodependencia en instituciones de salud.

Esta revisión permitirá saber su papel y además conocer la posición de las instituciones, igualmente esto lleva a una reflexión final: en la medida que se tome en cuenta la importancia de la investigación, propuestas de proyectos y programas de parte del Psicólogo, habrá otras alternativas de atención primaria en actividades con la población e igualmente se permitirá resaltar funciones del Psicólogo y de otros profesionales que no han podido demostrar planes de trabajo, esperando que de este modo se otorgue la importancia y validez que deben tener en la tarea preventiva.

BIBLIOGRAFIA

Bateson, G. (1976) Pasos hacia una Ecología de la Mente. Argentina: Carlos Lohle

Bulacio, J. (1991) De la Drogadicción Aportes al Tratamiento y Psicopatología. Buenos Aires: Paidós

Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología (1987) Perfil Profesional del Psicólogo y situación Actual de la Enseñanza de la Psicología en México. México: Autor

Comité de Investigación (1986) Programa contra la Farmacodependencia. México: Centro de Información en Alcoholismo y Farmacodependencia Instituto Mexicano de Psiquiatría

Clarac, P. (1990) Estudios Acerca de la Farmacodependencia en México realizado por Paule Clarac. México: C.I.J., serie de investigadores

Centros de Integración Juvenil (1987) Guía Técnicas de Prevención. México: Departamento de Prevención de CIJ

Centros de Integración Juvenil (1994) Simposium Internacional sobre Farmacodependencia. México: Instituto Goethe,

Cueli, J. (1995) Teorías de la Personalidad. México: Trillas

Departamento de Prevención (1987) Guías Técnicas de Prevención. México: C.I.J.

Departamento de Proyectos Nacionales de Prevención (1996) Guías Técnicas de Prevención. México: C.I.J.

Fuentes, J. (1994) Menores con Problemática de consumo de Drogas. España: Xunta de Galicia

Fernández, C. (1989) Manual de Capacitación para Voluntarios. México: C.I.J.

Freedman, C. (1980) Compendio de Psiquiatría. Barcelona: Salvat

- Goodman, L. (1978) Bases Farmacológicas de la Terapéutica. México: Interamericana
- Hassler, R. (1982) La Teoría Práctica de la Psiquiatría Preventiva, Traducción para sesión Bibliográfica de enero de 1982, Centros de Integración Juvenil (Sin referencia bibliográfica)
- Heinemann, E. (1989) Desarrollo, Consecuencias y Tratamientos. España: Interamericana
- Instituto Mexicano del Seguro Social (1987) Lineamientos Generales de Atención a Grupos. México: Autor
- Instituto Mexicano del Seguro Social (1987) Programa para la Prevención de la Farmacodependencia. México: Autor
- Instituto Mexicano de Psiquiatría (1987) Modelo de Prevención de la Farmacodependencia. México: Autor
- Jaffe, J. (1991) Vicios y Drogas. México: Harla
- Jefatura de Proyectos Nacionales de Prevención (1995) Guías Técnicas de Prevención. México: C.I.J.
- López, C. (1993) Salud Pública. México: Interamericana
- Madden, J. (1990) Alcoholismo y Farmacodependencia. México: Manual Moderno
- Massün, E. (1991) Prevención del uso Indebido de Drogas. México: Trillas
- McGrath, J. (1973) Las Adicciones a las Drogas en las Juventud. Buenos Aires: Paidós
- Mother, I. (1986) Como Abandonar las Drogas. España: Martínez Roca
- Medina, M. (1996) Encuesta Nacional Sobre el Uso de Drogas entre la Comunidad Escolar: Estudiantes de Enseñanza Media y Media Superior. México:IMP
- Musacchio, A. (1992) Drogadicción. México: Paidós

Organización Mundial de la Salud. (1993) Comité Expertos de las OMS en Farmacodependencia. Ginebra: OMS, Serie, de Informes Técnicos

Ortiz, A. (1992): Las Adicciones en México Hacia un Enfoque Multidisciplinario. México: Secretaria De Salud

Secretaría de Salud (1992) Programa contra la Farmacodependencia. México: Autor

Secretaría de Salud (1994) Programa contra la Farmacodependencia. México: Autor

Secretaría de Salud (1995) Programa contra la Farmacodependencia. México: Autor

Souza, M. (1989) Alcoholismo. México: El Manual Moderno

Solis, J. (1994) Manual para el Tratamiento Farmacoterapeutico síndromes de intoxicación y Abstinencia por Sustancias Psicoactivas. México:C.I.J.

Spitzer, R. (1995) Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV. España: Masson

Stanton A. (1988) Terapia Familiar del Abuso y Adicción a las Drogas. Argentina: Gedisa

Tapia, R. (1994) Las Adicciones, Dimensión, Impacto y Perspectiva. México:Manual Moderno

Vega, A. (1983) La Juventud y las Drogas. México: Trillas

Vega, A. (1991) La Acción Social ante las Drogas. Madrid: Narcea

Vernet, J. (1983) La Farmacodependencia. Tesis Licenciatura en Psicología, Facultad UNAM,

Villanueva, A.. (1994) Desarrollo Integral del Adolescente. México:DIF

Zapata, R. (1989) Heroína. México: CIJ