

19  
20j



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

"PROGRAMA PREVENTIVO DE  
FARMACODEPENDENCIA DE TIPO INESPECIFICO  
PARA COMUNIDAD."

**INFORME FINAL DEL SERVICIO SOCIAL**

**PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA**

**P R E S E N T A :**

**BLANCA ESTELA ROJAS RIVERA**

**ASESOR DE TESIS:  
LIC. EDGAR PEREZ ORTEGA**

MEXICO, D. F.

1994

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

A LA VIDA:

Por brindarme la oportunidad de  
conocer y creer en el amor,  
de disfrutar la compañía  
de todos mis seres queridos,  
por permitirme la felicidad de  
alcanzar todas mis metas;  
porque gracias a ella puedo  
sonreír y gritar:  
¡me siento viva!

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES - ZARAGOZA  
Informe final del Servicio Social para obtener el  
título de Licenciado en Psicología

"Programa preventivo de farmacodependencia  
de tipo inespecífico para comunidad"

Alumna: Rojas Rivera Blanca Estela

Sinodales:

Lic. Cruz Montes Cartas

Lic. Edgar Pérez Ortega

Lic. Elsa Guevara Ruiseñor

Lic. Ricardo Meza Trejo

Lic. Rodolfo Corona Miranda

Informe final del Servicio Social para obtener el  
título de Licenciado en Psicología

"Programa preventivo de farmacodependencia  
de tipo inespecífico para comunidad"

Alumna: Rojas Rivera Blanca Estela

Centro de Integración Juvenil-Cuauhtémoc Oriente

8-marzo-93' al 8-septiembre-93'

Asesor: Lic. Edgar Pérez Ortega.

## INDICE TEMÁTICO.

- INTRODUCCIÓN. . . . .	7
I. ¿QUE ES LA FARMACODEPENDENCIA?. . . . .	14
- Breve historia del concepto. . . . .	15
- La Organización Mundial de la Salud . . . . .	20
- La Medicina Social. . . . .	22
- Salud pública . . . . .	23
- Factores de origen. . . . .	24
- Participación comunitaria . . . . .	25
- Terminología y definiciones. . . . .	27
- Formas de consumo y tipos de usuario. . . . .	29
II. ¿QUE SON CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL?. . . . .	31
- Historia de la institución . . . . .	32
- 1970-1972. . . . .	32
- 1973-1976. . . . .	33
- 1977-1980. . . . .	36
- 1980-1985. . . . .	37
- 1986-1988. . . . .	41
- 1989-1993. . . . .	44
III. COMUNIDAD Y DESARROLLO DE LA MISMA. . . . .	52
- ¿Qué es comunidad?. . . . .	53
- Características de la comunidad . . . . .	53
- Concepto y formas de desarrollo . . . . .	58
- Desarrollo de la comunidad . . . . .	60
- Características del desarrollo de la comunidad. . . . .	63

IV. PREVENCIÓN A LA COMUNIDAD . . . . .	.68
- Promoción de la salud . . . . .	.69
- Prevención específica e inespecífica . . . . .	.70
- Prevención del abuso y consumo de drogas . . . . .	.71
- Educación para la salud . . . . .	.72
- Participación comunitaria. . . . .	.72
- Promotor de la salud . . . . .	.74
- Proyecto preventivo de CIJ: Capacitación a la comunidad . . . . .	.77
- Programa para el proyecto Capacitación a la comunidad . . . . .	.79
V. PROGRAMAS PREVENTIVOS . . . . .	.81
- Niveles de prevención de la salud:. . . . .	.82
- Primaria . . . . .	.82
- Secundaria. . . . .	.82
- Terciaria . . . . .	.83
- Niveles de prevención de CIJ: . . . . .	.84
- Información . . . . .	.85
- Orientación . . . . .	.85
- Capacitación . . . . .	.86
- Proyectos preventivos de cada uno de los niveles manejados por CIJ . . . . .	.87
VI. EFICACIA DE LOS PROYECTOS PREVENTIVOS DE CIJ (IPP, ESC, IC, OPI, OPA, OFP, OPTE, GO, VyPSS, CC, GPP). . . . .	.92
VII. PROPUESTA PARA UN PROGRAMA PREVENTIVO DE SALUD . . . . .	100
- Programa preventivo específico de CIJ. . . . .	107

- Programa preventivo inespecifico	
para comunidad . . . . .	112
VIII. CONCLUSIONES . . . . .	118
- Bibliografia . . . . .	127



## INTRODUCCIÓN

Desde que el ser humano apareció en la tierra, se vió obligado a buscar alimento y vestido, estas necesidades pudo satisfacerlas gracias a la gran diversidad de vegetales que encontraba a su alrededor. Se dió cuenta de que estas plantas podían servirle para distintas cosas; las utilizó para aliviar sus dolores, para comer, para vestir, como techos, para sobrevivir; y más adelante descubrió que algunas de ellas al ser ingeridas provocaban cambios en su mente y en su conducta, producían sensaciones diferentes, incomprensibles, mágicas, y fue entonces que las usó como medio de acercamiento con sus dioses, venerándolas al mismo tiempo, teniéndolas como algo sagrado. Eran utilizadas con veneración y respeto. No sospechaba que estas plantas eran drogas, cuyos componentes tóxicos ocasionaban esas alteraciones.

En un principio las personas que gozaban de tener contacto con estas hierbas, en su totalidad eran sobresalientes en su grupo; ya que sólo estaban permitidas a los jefes, los grandes guerreros, los valientes, los curanderos y los que sobresalían de alguna manera en dicha agrupación.

Con el paso del tiempo y con la llegada de los españoles a México, este privilegio

fue cambiando, pues al sentir temor a lo sobrenatural, a lo oculto que los antiguos pobladores (mexicas, mazatecos, etc) encerraban en sus ritos y danzas; ven con horror y aversión los rituales que celebran los aborígenes con flores, hierbas y aún con semillas. Es entonces que los extranjeros ven con incredulidad y asombro los medios que utiliza el indio para comunicarse con el más allá considerándolos malignos y tratándolos como herejes, e imponen el culto a su Dios; encontrándose los mexicanos obligados a esconder sus ritos, cultos y sus dioses sabiéndose frustrados, derrotados. Ahora, el uso de estas plantas se convierte en el refugio de los vencidos, de los fracasados y fue desde este momento que el uso de sustancias tóxicas se extiende a casi toda la población.

El fenómeno aunque ya existía, no se convirtió en problema hasta que no sólo se presenta el uso, sino el abuso de éstas. Ahora es considerado como un problema social debido a su rápida extensión en la comunidad. Como tal es complejo, dinámico y en constante cambio, de acuerdo al lugar y a la situación en que se encuentre el individuo; y si a esto se agrega la crisis de valores que actualmente sufren algunos países, así como los factores del desempleo, crisis económica, situación política, etcétera; éste desemboca en el uso y abuso de drogas.

Sin embargo, no sólo llega a desorganizar al farmacodependiente, sino que provoca diferentes cambios y desorganizaciones en la familia y en la sociedad, ya que en él intervienen toda una serie de problemas sociales como desintegración familiar, migración, oferta de drogas, carencia de servicios, marginación, influencia cultural, influencia del grupo de iguales, problemas económicos y sociales, así como la penetración de los medios masivos de comunicación.

Dicha problemática no es nueva, no obstante se ha acentuado debido a la falta de elementos psicológicos y sociales de que carece el ser humano (tolerancia a la frustración y valores humanos entre otros).

Debido a su generalización y repercusión en la sociedad entera, se pone en proyecto la organización de grupos independientes que colaboraran a no hacer tan latente este fenómeno. Estos fueron creciendo y con el contacto directo con personas adictas, se vieron en la necesidad de formar algo más organizado y que contara con un equipo interdisciplinario que lograra obtener mayores resultados; fue así como entre otras instituciones surge Centros de Integración Juvenil A.C. (CIJ).

A pesar de sus esfuerzos, en su tarea por abolir este problema, se ven imposibilitados por encontrarse un poco más orientados al trata-

miento y rehabilitación de personas farmacodependientes; que paralelamente con el control social que existe en México, esto es, los factores sociales del desempleo, las pésimas condiciones de vida, la mínima educación, la falta de valores humanos como: amor, respeto, etc; que conjuntamente con el manejo de la publicidad, es decir, la gran diversidad de mensajes sobre el consumo de productos nocivos para la salud; el alcohol, el cigarro, etc; aunado al impacto que influye grandemente en la persona, el problema de la farmacodependencia sigue en aumento. Este se ha convertido en un problema universal que afecta por igual tanto a niños, jóvenes y adultos, sin respetar sexo, religión o condición económica y que no dejará de crecer hasta que no se provea al ser humano de los elementos suficientes para su disminución, aún cuando las drogas sigan existiendo. Puesto que para algunas comunidades, principalmente en provincia, el uso de tóxicos (alcohol, tabaco, drogas curativas) son parte de su cultura, no puede hablarse de solución o erradicación; puesto que sólo se presenta como un problema cuando se transforma en abuso y trasciende las costumbres o formas de vida de la comunidad; esto es, surgen problemas como peleas, robos, violaciones, homicidios, desintegración familiar, dependencias física y psicológica, etc; todo esto por causa del

abuso de una o varias drogas.

Sin embargo, para que un programa como el que se propone obtenga resultados favorables es necesario respetar los valores, costumbres y cultura de la comunidad. Conociéndolos y trabajando de acuerdo con ellos podrá lograrse la disminución tanto del consumo como del abuso de tóxicos, por medio de la conscientización de la población en torno a la existencia de drogas y a la reeducación de la salud en sus tres niveles (física, mental y social), todo esto con la participación activa del psicólogo, quien será responsable de la autogestión, primero de pequeños grupos para finalmente extenderse a toda la comunidad, y así obtener mejoras en sus condiciones de vida; las cuales a su vez, provocarán mejores condiciones psicológicas y sociales. Esto quiere decir, que los primeros grupos se convertirán en reproductores de mensajes y actividades preventivos para lograr así abarcar diferentes comunidades y a largo plazo, el país completo.

Si se contempla obtener su decremento por medio de la prevención, considerándo esta última como la mejor alternativa para su reducción, CIJ cuenta con un proyecto que permite trabajar no sólo con la persona directamente involucrada, sino que intenta prevenir a cualquier persona -sea o no farmacodependiente- y además

empieza a introducirse en la comunidad. No obstante, con la revisión y el involucramiento directo de sus programas preventivos, se observa que existen algunas deficiencias: a nivel institucional así como de los programas mismos, que impiden la capacitación de la comunidad para resolver esta problemática y por lo tanto, la prevención no se dá en su totalidad. "Los esfuerzos para combatir las adicciones en México hasta ahora han resultado insuficientes, ya que de 145 municipios de alto riesgo para la farmacodependencia sólo 76 de ellos cuentan con el apoyo institucional para la prevención y control del consumo de drogas, revelan estudios de la Coordinación Funcional del DIF y de los Centros de Integración Juvenil. Esto mismo ha ocasionado que en el país siga creciendo la demanda de estupefacientes y psicotrópicos, así como del alcohol y tabaco" (Cruz, 1993).

Es así, como se piensa en la elaboración de un programa preventivo comunitario de tipo inespecífico, el cual tiene como objetivos primero, la conscientización y segundo, la disminución del consumo (para el caso de las drogas legales), y del abuso (para el caso de las drogas ilegales). Un programa que logre su inserción en cualquier comunidad, sin dejar de lado su perspectiva de desarrollo de la misma, ya que si se pretende lograr cambios

-no sólo el abatimiento de la farmacodependencia, sino también elevar los niveles de salud de la población con el fin de prevenir cualquier problema de salud- hay que considerar las características sociales y mentales (cultura, valores, ideología, formas de vida) para trabajar de acuerdo con ellas.

La presente investigación es de tipo documental, puesto que se realiza un análisis bibliográfico del trabajo preventivo que realiza Centros de Integración Juvenil, para determinar los alcances de los programas preventivos de tipo específico e inespecífico en la solución de problemas sociales. En base al análisis se presenta como alternativa la formulación de un programa inespecífico, el cual enlista algunos de los elementos de que carece el ser humano y propone el trabajo comunitario para la prevención no sólo de la farmacodependencia, sino de cualquier otro problema social (Intervienen en él factores individuales, familiares y principalmente sociales), por medio de la promoción de la salud física, mental y social; ya que cualquier programa de salud que no cuente con la participación de la población con que se trabaja estará destinado a surtir escasos efectos.

I. ¿QUE ES LA FARMACODEPENDENCIA?



Cuando aparece el hombre en la tierra se ve obligado a agruparse con otros seres humanos para poder sobrevivir. En estas comunidades tribales o primitivas el hombre vive básicamente de lo que le proporciona la naturaleza: dependiendo del lugar geográfico donde se encuentre se convierte en cazador, pescador, recolector de frutas. Con el trabajo en grupo se procura sus satisfactores. En estas tribus, es apenas visible una incipiente división natural del trabajo entre hombres, mujeres, jóvenes, niños y ancianos, con base en la capacidad física de enfrentar a la naturaleza que cada quien cumple con una función en esa sociedad.

Los hombres de estas sociedades viven integrados a la naturaleza que les rodea, ésta les provee de lo necesario para poder subsistir, únicamente tienen que saber tomarlo, ya que los fenómenos naturales son los que determinan por completo su alimentación, su vestido, e influyen grandemente en su forma de vida. Sin embargo, toma simplemente lo que su área le ofrece, no se preocupa en pensar porqué suceden así las cosas.

No es sino con el paso del tiempo y "pese al bajo desarrollo de las fuerzas productivas en la comunidad primitiva, que el humano poblador de las aldeas se pregunta y estudia con cierta profundidad el medio que le rodea. De esta

forma, busca entender el universo, establecer un orden jerárquico que lo explique" (Levi-Strauss en Ortíz, 1992). Observa, clasifica la naturaleza, no deja escapar a ningún ser, objeto o aspecto que le permita explicar su mundo.

De esta forma los mitos y los ritos mágico religiosos forman el recurso del que dispone para interpretar su realidad natural y social, ya que conjuntamente con su estudio surgen las primeras formas de organización social. Ahora, unos pueden pertenecer a grupos avanzados en cuanto a instrumentos, formas de trabajo y entendimiento de su alrededor, mientras que otros se van quedando en el rezago.

El pensamiento mágico religioso implica una forma de explicar la realidad de esas comunidades. Es éste el recurso más apropiado para el pensamiento de ese tiempo, pues no se dispone de algún otro medio que logre explicar tanto los fenómenos naturales, como los sociales, es decir, que le permita entender el todo.

Sin embargo, el hombre primitivo no encuentra los medios suficientes para comprender su todo y se ve obligado a deidificar todas aquellas

---

Ortíz Mondragón, Raúl. La farmacodependencia en México: 1970-1988. México: UNAM, 1992.

cosas y fenómenos de la naturaleza para los cuales no tiene explicación, les dá una existencia propia en un mundo más allá de lo que alcanza a percibir. Pero, a su vez, estos ritos y mitos son una forma de comunicación con ellos y, constituyen el medio adecuado para indirectamente controlar esas fuerzas.

Dentro de las ceremonias religiosas, el uso de sustancias alucinógenas llegan a constituir un aspecto principal. En diferentes comunidades, esta clase de drogas son los elementos adecuados para entrar en comunicación con algunas divinidades. En México abundan los ejemplos: Los aztecas consideraban al teonanácatl "carne o alimento de los dioses" (hongos), los huicholes asociaban el peyote con el animal sagrado (el venado) y la planta sagrada (el maíz) de su grupo étnico.

De esta forma las plantas alucinógenas son sagradas, en algunos casos son percibidas como seres vivientes con voluntad propia, como los mismos dioses, que proporcionan a individuos elegidos y, bajo circunstancias especiales, al común de la gente la posibilidad de conocer el mundo de las divinidades, "aprenden directamente de ellos la historia y costumbres del pueblo, es decir, de confirmar experimentalmente la veracidad del conocimiento adquirido" (Furst, 1980).

Es muy importante hacer mención de cómo

las comunidades primitivas integran el consumo limitado de drogas a su propia estructura y forma de producción social. Al que se podría llamar usuario de drogas cumple una función asignada por la población; de esta forma, cuando éste fenómeno se encuentra dentro de un marco mágico religioso, las drogas son aceptadas por el común de la gente, pues es el pueblo quien hace válido el uso de estas sustancias y a la vez establece diferentes normas para su regulación; aceptan la utilización de tóxicos porque a todos queda claro la finalidad última de esta práctica.

Sin embargo, el consumo de drogas en un principio estaba destinado única y exclusivamente a las personas que sobresalían dentro de su grupo; ya que sólo estaban permitidas a los jefes, los grandes guerreros, los valientes, los curanderos, etc. No es sino con la llegada de los españoles que este privilegio fue cambiando, pues al sentir temor a lo sobrenatural, a todo aquello que encerraban los antiguos mexicanos en sus rituales y danzas, consideran como algo maligno los medios que utilizan los indios para comunicarse con sus dioses, los señalan de herejes e imponen la adoración a su Dios, encontrándose los pobladores obligados a esconder sus ceremonias religiosas, todos sus conocimientos mágico religiosos. Sabiéndose

colonizados, derrotados, fracasados. Ahora, el uso de drogas se convierte en el refugio de los vencidos, de los frustrados extendiéndose desde este momento a la mayoría de la población.

Se tiene entonces que las prácticas religiosas a la par del consumo de tóxicos tienen una base importante para la organización social y explicación del universo de distintos grupos étnicos de México. En la actualidad, y conjuntamente con estas actividades mágicas en torno al consumo de drogas se extiende aceleradamente dentro del espacio urbano de manera predominante, la utilización de toda clase de sustancias, principalmente inhalables por su bajo costo y fácil obtención, cuya motivación en la mayoría de sus consumidores está orientada a suplir carencias de diferente orden (expresión de sentimientos e ideas, comunicación, amor, soledad, dolor, etc). Aunque la población rural también se ve atacada por el mismo fenómeno, es en las ciudades donde la droga atrapa mayor número de víctimas.

En este sentido, la droga se convierte en un placebo que cubre las necesidades y carencias del ser humano, permitiéndole un escape a su rutina diaria. De esta manera se puede comprender cómo el consumo de drogas se convierte en abuso y; a su vez, se transforma en un problema de masas.

Dicha problemática ha sufrido una serie de cambios; puede decirse que ha pasado por diversas etapas, ya que si se sigue un poco su historia, se encuentra que tanto la definición de toxicomanía, como la de drogadicción se tomaban hace algunos años como sinónimos de farmacodependencia. Considerando la primera como una "enfermedad" que impulsa al individuo a incorporar a su organismo sustancias tóxicas que le provocan una estimulación pasajera así como estados eufóricos y placenteros.

Esta alteración de la salud -enfermedad- que perjudica por igual a niños, jóvenes y adultos, de ambos sexos y de todas las clases sociales puede no sólo prevenirse, sino también "curarse" o atenderse de manera que la persona que se encuentra en este estado, una vez que es tratada y rehabilitada puede reintegrarse a la comunidad a la que pertenece, ámbito en el que sobresale su propio grupo familiar. Es por lo anterior que este problema suele entenderse equivocadamente como un "vicio" que se contrae en forma de epidemia y, que -se piensa- es en los grupos callejeros donde se transmite.

Tomando en cuenta los conceptos anteriores, que tratan de explicar el abuso de drogas, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que se utilice el término Farmacodependencia,

en lugar de otros como toxicomanía o drogadicción, por la vaguedad e indeterminación de éstos últimos. Además, al utilizar dicho concepto se ofrece una definición que por lo general es la que se utiliza en todos los países.

Es así como la OMS concibe a dicho fenómeno como "el estado psíquico y a veces físico causado por la alteración entre un organismo vivo y un fármaco. Tal estado se caracteriza por modificaciones del comportamiento y por reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible de consumir la droga en forma continua o periódica, ya sea para experimentar sus efectos psíquicos y físicos, o para evitar una sensación de malestar que se presenta al dejar de consumir la" (Kisnerman, 1979).

En este aspecto se encuentra gran similitud con la concepción que ofrece Oughourlian en 1981, y que más adelante retoma y maneja Centros de Integración Juvenil:

"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 de 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. Este estado puede ser acompañado

o no de tolerancia".

Sin embargo, en su modelo de abordaje, más encaminado a lo social, CIJ en 1991 considera que "la farmacodependencia es un ejemplo de "enfermedad-problema", por cuanto representa el síntoma de un fenómeno multicausal en sus orígenes, ya que en él intervienen toda una gama de factores: individuales, autoestima; familiares, respeto, comunicación y; sociales, condiciones económicas, políticas, culturales e ideológicas. Además, es complejo en su desarrollo y de difícil solución; es decir, hay que considerar las condiciones económicas, políticas y culturales de cada país, para de acuerdo al conocimiento y análisis de su estructura, trabajar en materia de prevención dependiendo de las potencialidades y posibilidades de cada comunidad, así como del apoyo de su gobierno.

En este sentido, su modelo ha evolucionado hacia un enfoque de Medicina Social, la cual "estudia la interrelación entre la medicina y la sociedad. Esto implica el conocimiento de la interacción entre los factores sociales y el fenómeno salud-enfermedad, así como las acciones médico sociales para la modificación de esta interacción tomando en cuenta las condiciones histórico sociales. Busca promover y mantener el mayor grado de bienestar físico, mental y social de la comunidad, prevenir cual-



quier daño que pueda sobrevenir a su salud a causa de las condiciones de vida. En su sentido estricto es el conjunto de conocimientos y técnicas tendientes a evitar la aparición de la enfermedad. En un sentido más amplio contempla evitar el progreso de la enfermedad y la invalidez hacia el agravamiento" (Rojas, 1985). Por otra parte, propone atender y combatir la farmacodependencia desde la perspectiva de la Salud Pública, la cuál se encarga de conocer los procesos de salud de las colectividades humanas, elevando las condiciones de salud de la sociedad y evitando la aparición de enfermedades. Es decir, si la drogadicción afecta por igual a toda la comunidad ésta debe ser combatida por todos; es pública porque afecta la salud de toda la población e involucra a cada persona y por lo tanto, su disminución o decremento debe lograrse por medio del esfuerzo y participación organizada de la comunidad. En este aspecto, el papel del psicólogo debe ser activo en lo referente a la organización y formación de la autogestión para mejorar las condiciones de vida y de salud, empezando por pequeños grupos, los cuales se encargarán de extenderse a toda la población.

De esta forma, Centros de Integración Juvenil considera el abuso de drogas como una enfermedad por el impacto que causa en la salud

del individuo y, como un problema social porque como resultado afecta a toda la sociedad, extendiéndose rápidamente al mundo entero. Además, ubica al toxicómano en su contexto; esto es, observa en él aspectos personales, familiares y sociales; elementos que interrelacionados influyen en la aparición del fenómeno, pero que también, en su conjunto, posibilitan la curación o rehabilitación del individuo.

Si la drogadicción es originada por factores macroestructurales: esfera individual (autoestima), familiar (comunicación) y social (desempleo, ideología, educación, condiciones de vida); también perjudica a cada uno de los integrantes de la sociedad; por ello, CIJ incluye dentro de su estructura preventiva a la Participación Comunitaria, entendiéndolo por ésta a los diversos sectores lesionados y/o interesados en la solución de tal problemática, ya sean públicos, sociales o privados, logrando con ello ampliar las posibilidades de una mejor acción preventiva, pues así se aprovechan los recursos humanos que la misma comunidad ofrece.

Pasando del entendimiento de que dicho fenómeno es una enfermedad-problema, la institución transforma su concepción y, en la actualidad considera que la farmacodependencia es un problema de salud pública y en específico de salud mental. Sin embargo, hay que considerar que si se trabaja

Únicamente el aspecto de la salud mental, se encontrará limitado el trabajo preventivo; es decir, se estará sectorizando la prevención y lo importante de considerarlo como un problema de salud es que se tiene una visión total, integral; donde los esfuerzos del psicólogo se dirigen prioritariamente a prevenir el consumo y el abuso de drogas a través de la participación, organización y autogestión de grupos comunitarios, para a largo plazo abarcar toda la población. Para ello, se constituyen en sus Centros Locales, Grupos de Promotores Preventivos como una opción más de trabajo organizado que permite impactar el mayor número de personas, a fin de que sea la misma población la que se responsabilice del cuidado de su salud.

De esta forma, puede notarse que la participación de los grupos comunitarios es un factor importante para la prevención de dicho problema; sin embargo, aún cuando CIJ cuenta con un programa de participación comunitaria dentro de su proyecto Capacitación a la Comunidad, le faltan algunos elementos que hay que considerar para la obtención de mejores resultados, que tal vez, simplemente falte que se presenten las condiciones propicias para provocar cambios favorables, los cuales serían, entre otros, el logro de mejores condiciones de salud en la sociedad -física, mental y social- y el decremento de la farmacodependen-

cia.

A pesar de que la OMS ha ofrecido un concepto que en varios países se ha retomado, no existe una definición única aceptada.

"Los sociólogos hablan de asimilación a un modo de vida particular, el del consumo de las drogas. Los médicos emplean el término popular de "dependencia física", con referencia a una alteración del sistema nervioso central, que redundaría en malestares dolorosos cuando se interrumpe abruptamente el consumo de la droga; de "dependencia psíquica", al deseo, ansia o compulsión emocional en pos de la obtención de la droga y la experimentación con ella; y de "tolerancia", o habituación física a la droga que hace que dosis sucesivas produzcan efectos cada vez menores y por lo tanto, provoquen la tendencia de aumentar la dosis. Las legislaciones hablan del consumo habitual, de pérdida de autocontrol con respecto a la droga, y de efectos peligrosos para el individuo o potencialmente nocivos para la moral, la seguridad, la salud o el bienestar público" (Lindesmith en Aguilar, 1992).

---

Aguilar Villa, María del Rocío. Farmacodependencia. UNAM, ENEP-Zaragoza, 1992.

Por esto mismo, hay que tener presente la siguiente terminología y definiciones, los cuáles se manejan en Centros de Integración Juvenil y, que en la presente investigación son los más apropiados para comprender el fenómeno tratado:

1. Droga o fármaco: Sustancia química o natural introducida al organismo que produce modificaciones físicas, mentales y conductuales.

a) Droga legal: Todo aquél fármaco que es empleado con el consentimiento de la ley; el medio legal para conseguirlo generalmente es con fines farmacéuticos o industriales (anfetaminas para dieta, pequeños tranquilizantes, alcohol, tabaco, thiner, cemento).

b) Droga ilegal: Toda aquella sustancia tóxica o fármaco que se emplea, comercia o trafica sin el consentimiento de la ley (marihuana, cocaína, heroína, peyote, morfina, LSD).

2. Abuso: Consumo de una droga en forma excesiva, continúa o periódicamente.

3. Dependencia: Existen dos grandes clases.

a) Dependencia física o adicción: Es un estado de adaptación biológica que se manifiesta por trastornos fisiológicos más o menos intensos cuando se suspende bruscamente la droga. Esto quiere decir

que existe dependencia física cuando el equilibrio del organismo exige o se acostumbra a la presencia de la droga; es decir, que ya es un elemento necesario para la vida. Por eso se habla de un impulso incontrolable de consumir un fármaco, porque en el organismo se ha producido un estado de adaptación biológica, se presentan el fenómeno de tolerancia y el síndrome de abstinencia.

- b) Dependencia psíquica o habituación: Es el uso compulsivo de una droga sin desarrollar dependencia física, pero que implica también un grave peligro para el individuo. Aunque no se producen trastornos fisiológicos por su abrupta suspensión, sí se manifiesta muy intensamente la angustia y la necesidad de consumirla. Dicha angustia puede poner en peligro la integridad psíquica del individuo. Este es un impulso incontrolable de consumir un fármaco para obtener un estado de bienestar psicológico, se experimenta placer al alivio de la tensión o incomodidad emocional.

4. Tolerancia: Es la adaptación del organismo a los efectos de la droga, lo que implica la necesidad de aumentar la dosis para seguir obteniendo resultados de igual magnitud. La

tolerancia puede desencadenar un dinamismo en el proceso en el que se tiene que consumir cada vez más para obtener los mismos efectos. Su peligro consiste en que llegue un momento o nivel de saturación orgánico y que por una intoxicación el sujeto se conduzca a la muerte.

5. Síndrome de abstinencia: Son los síntomas caracterizados por trastornos fisiológicos que se presentan al suspender bruscamente el consumo de un fármaco (temblor, dolor, etc).

6. Farmacodependencia: Estado psíquico y a veces físico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco. Involucra modificaciones del comportamiento e impulso irreprimible de consumir la droga en forma continua o periódica.

Formas de consumo y tipos de usuario:

1. Consumo inicial, usuario experimental: No se reduce en nuestros días (como en otras épocas) a grupos pequeños y por lo general bien ubicados en la organización socioeconómica, sino que se infiltra a todos los estratos sociales. En esta fase el usuario prueba la droga para saciar su curiosidad y casi siempre ésta experimentación vuelve a repetirse, dando paso al siguiente nivel.

2. Consumo y usuario social u ocasional: Aquellos que persisten en el uso de drogas es porque la tienen al alcance de la mano y

viven en un ambiente en que el uso es corriente. Es decir, que los individuos clasificados en este nivel consumen la droga por motivos más bien sociales, pues generalmente ésta actúa como relajadora y facilita la integración social.

3. Consumo habitual, usuario funcional: Este depende de una serie de factores tales como la frecuencia, el tipo de droga y la cantidad de la misma. El usuario puede funcionar en su trabajo, escuela, hogar, etc.

4. Consumo intensivo o compulsivo, usuario disfuncional: Sólo una minoría de casos de consumidores de drogas llegan a este nivel. El punto central del consumo intensivo es el grado en el que tal consumo llega a dominar la vida del individuo. El consumidor dedica gran parte de su tiempo y energía en obtener la droga y abusar de ella, a hablar de sus efectos y a pasar la mayor parte del día con compañeros disfuncionales.

Como todo problema social, la farmacodependencia conviene prevenirse; para ésto existen instituciones que trabajan no sólo en su prevención sino también en su tratamiento y rehabilitación. Entre éstas se encuentran los Centros de Integración Juvenil que sin embargo, en su esfuerzo por abolir dicha problemática carece de elementos para su logro.



## II. ¿QUÉ SON CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL?

Es una institución dedicada al problema de la farmacodependencia. Su objetivo ha sido, desde que comenzó su desarrollo en 1970, participar con la comunidad en la prevención, tratamiento y rehabilitación del mismo.

Dicha institución ha pasado por diversas etapas, cuyas características particulares tienen relación tanto con factores propios de la conceptualización de dicho fenómeno, así como con las condiciones del momento histórico; lo cual ha determinado la utilización de diversas técnicas, que aunadas a la experiencia directa le ha permitido definir su modelo de atención.

Este proceso se divide en seis etapas:

1970 - 1972: Ante la existencia de una fuerte demanda social para controlar este problema, surgió de la misma comunidad la respuesta de un grupo organizado que actuó como portavoz: Damas Publicistas A.C. Este grupo realizó un gran esfuerzo para sensibilizar al Gobierno Federal y a la sociedad sobre la necesidad de enfrentar el problema de la drogadicción, estableciendo medidas conjuntas para evitar su evolución.

Como primer paso se creó el Centro de Trabajo Juvenil Dakota, integrado por un equipo técnico de psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y voluntarios que colaboraban en actividada

des paramédicas, administrativas, de promoción y captación de recursos.

Es importante mencionar, que en esta etapa se desconocía la naturaleza del fenómeno, así como su magnitud real en el país, ya que se carecía de información estadística específica. Se le percibía únicamente en algunas de sus manifestaciones, en especial en los rasgos epidémicos que asumía el uso de sustancias ilícitas por grupos de jóvenes.

El enfoque de trabajo se centró en la actividad asistencial, prestándose servicio de consulta externa a toxicómanos desde una concepción psiquiátrica.

La participación comunitaria en esta etapa, estaba representada por las Damas Publicistas A.C., y los voluntarios que colaboraban en el Centro de Trabajo Juvenil Dakota.

1973 - 1976: En esta etapa se estableció la denominación actual de Centros de Integración Juvenil (CIJ), en la cual se observó un marcado crecimiento tanto conceptual como operativo. Se hizo necesario el apoyo técnico y financiero por parte del Gobierno Federal, en tanto que la demanda del servicio era mayor que la capacidad de respuesta de los recursos existentes.

El crecimiento de la institución fue acelerado y al final de este período se contaba con 29 Centros en la República Mexicana (9 en el

área metropolitana y 20 en el interior). En el año de 1975 se creó por decreto presidencial el Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia (CEMEF), con el fin de realizar actividades de investigación que apoyaran y orientaran la operación de los CIJ.

Las investigaciones sociales realizadas por CEMEF en este período, brindan un panorama general sobre la incidencia y prevalencia de dicho fenómeno, lo cual conduce a establecer las bases de un enfoque biopsicosocial que pretende trascender el ámbito estrictamente clínico. Esto es, si se pretende mejorar las condiciones de vida, para a su vez, elevar los niveles de salud de la comunidad, hay que procurar el bienestar físico o biológico del individuo para que repercuta en su bienestar emocional o psicológico y a su vez, trascender en el aspecto social (resolver problemas comunitarios). Es decir, si se trabaja únicamente el aspecto de la salud mental, sin considerar los factores físico y social, entonces la prevención no sería eficaz, ya que lo importante del trabajo preventivo de tipo inespecífico, es que toma en cuenta las condiciones biopsicosociales de cada uno de los grupos comunitarios, las cuales se encuentran estrechamente vinculadas; de tal forma que el solucionar un sólo aspecto no tendría mayor trascendencia en los demás.

En otras palabras, éste debe ser un trabajo cíclico (salud física --> salud mental --> salud social --> salud física) para obtener mejores condiciones de vida y de salud en cada comunidad y así verdaderamente prevenir éste problema social.

Se fortalece el equipo interdisciplinario y se inicia la sistematización del trabajo voluntario, con una marcada tendencia a insertarlo en la actividad asistencial. A principios de esta época se formó el primer Patronato, y la Asamblea constituye la Institución en Asociación Civil.

Así mismo, al hacerse patente la necesidad de acudir a las poblaciones incipientemente perjudicadas o con alto riesgo de serlo, se inicia el desarrollo de actividades preventivas realizadas a nivel extramuros, para informar sobre el problema y sus consecuencias.

Por su parte, la tarea asistencial continúa enfocándose al tratamiento individual de farmacodependientes y se amplía también la atención a problemas de salud mental en general. En este sentido, la demanda del servicio se multiplica en forma desproporcional a los recursos existentes, no obstante el apoyo del Gobierno Federal y de una activa respuesta de la comunidad que comienza a organizarse en las localidades donde se ubica cada Centro.

Esta fase se caracteriza también por la celebración de convenios interinstitucionales tanto a nivel nacional como internacional, a fin de promover la coordinación de acciones entre los diversos sectores más perjudicados por la farmacodependencia y de facilitar información suficiente sobre el panorama general de dicho fenómeno en México, así como de los primeros registros estadísticos, que servirán en el futuro como indicadores para su evaluación.

1977 - 1980: Sobresalió en esta etapa la creación de una infraestructura normativa indispensable, debido a la autonomía que el Gobierno Federal otorgó a Centros de Integración Juvenil. Técnicamente se caracteriza por el fuerte impulso que se da a los programas preventivos.

El modelo de tratamiento utilizado en este período se basa fundamentalmente en técnicas psicodinámicas a largo plazo, ampliándose la atención para incluir no sólo la individual, sino también la grupal. En el campo de la rehabilitación se implantan programas de educación abierta, así como algunos talleres de capacitación laboral.

La gran variedad de campos de actividad hizo notoria la necesidad de recursos humanos especializados; por lo que se inicia un proceso sistemático de capacitación en las áreas básicas:

Clínica y Preventiva, reforzada a través de sistemas de supervisión. Se realizan investigaciones biomédicas y se inician las sociales basadas en criterios, objetivos y metodología de tipo epidemiológico.

Es importante mencionar el hecho de que, en esta fase, se dificulta el control de actividades y la sistematización pertinente, a lo cual contribuye la dinámica natural de la población, que demanda a la institución la atención a necesidades de servicios de salud en general y en específico de salud mental; rebasando con esto los límites definidos de atención a la farmacodependencia.

Así mismo, se manifiestan las diferentes formas de participación comunitaria, a través de aportaciones en efectivo, en especie (bienes muebles, inmuebles -rentas- y difusión de los servicios que ofrece la institución) y aportaciones en servicio, contando con un cuerpo de voluntarios que apoya desde lo paramédico las acciones preventivas y rehabilitatorias.

1980 - 1985: En este período, la red operativa de CIJ está compuesta por 32 Centros Locales, puede caracterizarse por el enfoque de trabajo en el que el área médico técnica da homogeneidad a sus normas y adecúa cualitativamente el contenido de las mismas. Esta adecuación tiene que ver con la ubicación de la farmacodependencia

como un problema de Salud Pública, basado en la Medicina Social. Se refuerza la decisión de hacer de la prevención la acción prioritaria, y se elige como estrategia idónea la Educación para la Salud a través de la Participación Comunitaria, permitiendo de esta manera trascender la Educación sobre Drogas -que antes de esta etapa se hacía-, una vez que se ha ubicado el fenómeno en un contexto social, definiendo las acciones de acuerdo a las necesidades de la población y conjuntamente con ella. La Educación para la Salud, no es más que educar a los grupos comunitarios, utilizando sus recursos humanos y tomando en cuenta sus necesidades, para obtener un mayor nivel de salud física, mental y social en la comunidad. Educar de una forma inespecífica, es decir, sin encaminarse a un problema de salud en especial, tomando en consideración que una gran cantidad de problemas psicosociales se encuentran vinculados entre sí, de tal forma que difícilmente se puede solucionar uno sólo sin tomar en cuenta los demás, porque todos ellos se encuentran en condiciones económico, político y culturales muy semejantes.

El tratamiento es centrado en psicoterapias breves de tipo individual y/o familiar, normándose el uso de las técnicas grupales con este mismo enfoque. Se consolida el concepto de rehabilitación



ción entendido como una meta a ser alcanzada en el proceso integral de diagnóstico-tratamiento-rehabilitación.

En el ámbito de la formación y desarrollo de recursos humanos se reformulan las acciones de enseñanza y se elabora un sistema de capacitación al servicio de las tareas sustantivas a fin de preservar la integración de las mismas; motivando una permanente relación entre la teoría y la práctica cotidiana.

Las investigaciones refuerzan el marco de la Salud Pública, a la vez que adecúa el método epidemiológico social para una mejor comprensión del fenómeno, y agregan al ámbito social la vertiente clínica para su estudio. También se trabaja en investigaciones que promueven un amplio conocimiento del área de trabajo de la institución y retroalimentación de la prestación del servicio.

La participación de la comunidad es replanteada en función de las necesidades de desarrollo y consolidación institucional. Como resultado de este período queda definido un marco en el cual se le concibe como un elemento sustantivo del modelo de trabajo institucional, se explicitan y conceptualizan las áreas y los niveles de participación de la comunidad en todo el proceso de atención, y se definen los niveles de integración de los voluntarios en los programas especí

ficos de CIJ en función de su pertinencia.

Igualmente, se norman las acciones de los Patronatos Locales y del Voluntariado. Como consecuencia, se obtiene una respuesta significativa de la comunidad, la cual se manifiesta en un incremento considerable de aportaciones en servicio, en especie y en efectivo que se traducen fundamentalmente en acciones tendientes a la difusión de los programas institucionales en cada localidad; al establecimiento de convenios que refuerzan el trabajo de Centros de Integración Juvenil; así como la sensibilización de la población para que se responsabilice del cuidado de su salud. Logrando con esto una ampliación importante en la cobertura de los servicios ofrecidos.

En relación a la comunicación, se crea un sistema de información sobre farmacodependencia con un acervo central en el Distrito Federal y tres módulos en el interior de la República, se elaboran publicaciones de divulgación como son: folletos, anuncios, una revista periódica y diversas ediciones de tipo científico referentes a este problema.

Dentro de lo más relevante de esta etapa se encuentra el ordenamiento administrativo estructural, el énfasis concedido a la coordinación interinstitucional, así como la asimilación de la institución como Asociación Civil de

participación estatal mayoritaria al Sector Salud, encontrándose actualmente ubicada dentro del Subsector Asistencial Social.

1986 - 1988: Durante esta fase, la cobertura de CIJ sustentada en el crecimiento de su red operativa se ha visto ampliada, con la constitución de 12 Centros Locales más, que aunados a los 32 anteriores suman un total de 44 unidades operativas que permiten incrementar en calidad y cantidad la respuesta institucional a las demandas comunitarias. Esta tendencia a crecer, se hace posible, por el apoyo del Gobierno Federal y la participación de los Gobiernos estatales y municipales, a las Delegaciones políticas, para el caso del Distrito Federal, y a la decidida colaboración de distintos organismos de la sociedad civil sensibles a la problemática de la farmacodependencia en territorio mexicano.

Durante este período, el modelo de abordaje institucional se ha venido consolidando, fortaleciendo las diversas estrategias preventivas y de participación comunitaria consecuentes con la perspectiva de Medicina Social y Educación para la Salud.

Por lo que respecta a tratamiento, se afirman las estrategias de atención: terapia breve individual y terapia breve familiar.

Se implanta un registro de datos para

el programa de atención curativa -expediente clínico- que tiene como propósito: servir de instrumento para planificar la atención del paciente, proteger sus intereses legales y los de la institución, obtener información estadística, de investigación y docencia.

En capacitación, se logra constituir un sistema intrainstitucional, que aprovecha la experiencia del personal y fomenta su desarrollo como docentes dentro de CIJ, posibilitando la formación de un grupo de instructores por áreas específicas.

La investigación constituye un valioso recurso que retroalimenta la normatividad y operación con información científica. En este período destacan las investigaciones que evalúan el impacto de los proyectos preventivos y de tratamiento; en el campo de la investigación social, se realizan "Estudios Básicos de Comundad-Objetivo" en diferentes localidades que permiten a los equipos técnicos, conocer e introducirse a la comunidad de su área de influencia.

En 1988 se presenta ante el Secretario de Salud, Dr. Guillermo Soberón Acebedo, el libro Disolventes Inhalables que compila 33 investigaciones sobre el tema. Con este primer volumen se abre una nueva línea de publicación llamada Serie Investigaciones, donde se continuará

la recopilación de estudios en farmacodependencia.

En relación a participación comunitaria, se ha ido consolidando e incrementando el desarrollo de una red comunitaria que contribuya a la atención de dicho problema, mediante una coordinación interinstitucional con organismos afines o complementarios al quehacer de CIJ, así como la incorporación de personas y grupos voluntarios que han hecho posible la multiplicación de acciones y un mayor impacto en la cobertura de servicios brindados a la población.

Durante este período se normatiza e impulsa el desarrollo del proyecto Grupos Promotores Preventivos, que organiza la participación de personas y grupos en ámbitos sociogeográficos específicos del cual son parte, para concretar en cada localidad el logro de efectos multiplicadores de acciones preventivas.

De igual forma, se impulsa el desarrollo de Foros, estatales y regionales, con el fin de ampliar la presencia de los Centros, además de promover mayor participación de la comunidad y fomentar acciones de los diversos sectores de la sociedad.

Se inicia también, la identificación de personas estratégicas que colaboran apoyando la apertura de campos de acción para el desarrollo de servicios institucionales y que facilitan

el establecimiento de convenios.

Por otra parte, se organiza el sistema de captación y procesamiento de información sobre aportaciones de la comunidad en servicio, especie y en efectivo, así como sobre coordinación interinstitucional, lo que ha permitido evaluar y dimensionar en su peso específico la colaboración de la comunidad en la atención de este fenómeno.

Durante esta fase se inicia la primera etapa de descentralización institucional, eligiendo a 8 Patronatos Locales con mayor autonomía, solidez, antigüedad y compromiso.

Los logros alcanzados durante este período, permiten enfrentar con una estructura técnica y organizacional más sólida tal problema.

1989 - 1993: Centros de Integración Juvenil A.C., fundación de participación estatal mayoritaria incorporada al Sector Salud, ha venido afinando las acciones encaminadas al abatimiento de la farmacodependencia. Dicho fenómeno por su naturaleza multifactorial, esencialmente social (macroestructura del país), demanda para su atención, como la gran mayoría de los problemas de salud pública, la existencia de una compleja infraestructura, que permita el abordaje de la drogadicción desde sus distintas vertientes; con el objeto de lograr, desde una acción en conjunto, controlar su avance,

generar alternativas precisas que favorezcan la recuperación de las poblaciones con grandes índices de consumo de drogas y prevenir su aparición en aquellas comunidades donde aún no se presenta dicho problema.

Para un abordaje integral que considere al individuo, la familia y la sociedad, ésta institución cuenta con equipos interdisciplinarios de especialistas constituidos por médicos generales, psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales que desde sus áreas específicas, coparticipan con integrantes de las mismas comunidades a las que se atiende; ya que todo programa de salud que no cuente con la colaboración de la población con la que se trabaja, estará destinado a soportar escasos efectos.

El objetivo de dicha institución es participar con la comunidad en la prevención, tratamiento y rehabilitación así como en la investigación de la farmacodependencia; fenómeno que es considerado un problema de salud pública y que produce riesgos, daños y perjuicios a la sociedad en general; por este motivo y desde un enfoque de Medicina Social, las estrategias prioritarias son: la prevención realizada a través de la Educación para la Salud y la Participación Comunitaria, a través de la coordinación de esfuerzos de todos los sectores de la sociedad.

La atención al problema del consumo y

abuso de drogas parte de las necesidades locales detectadas por la propia comunidad y ajusta sus técnicas y estrategias de abordaje de acuerdo a las demandas del grupo en cuestión.

Para esta atención se cuenta con 44 Centros Locales, distribuidos en toda la República Mexicana, y situados en lugares de alto riesgo, donde se realizan programas específicos de prevención, se investiga constantemente las características del fenómeno en la localidad y se brindan servicios terapéuticos a aquellas personas que ya cuentan con este problema. Paralelamente a estos Centros existen Patronatos Locales, que son formas organizadas de la comunidad, en la atención de la farmacodependencia e integradas por representantes de los distintos sectores de la población; éstos trabajan en coordinación con los equipos de especialistas y Directores de Centros Locales, ahorrándoles tiempo y esfuerzo a través de programas de difusión local, captación de recursos en servicio, especie y en efectivo; y realizando una coordinación intersectorial para abatir tal problemática.

En relación a las actividades preventivas, éstas se realizan principalmente con trabajo extramuro, a través de tres estrategias básicas: información, orientación y capacitación; dirigidas a aquellos grupos en que se encuentra inmerso el individuo y que representan varias esferas



de la acción social: la familia, la escuela y la comunidad.

Se orienta a la familia para que, al tomar consciencia de su propia realidad familiar y social, genere mecanismos que la lleven a actuar favorablemente ante los motivos y problemas que inciden como factores precipitantes de la farmacodependencia. Esta labor se realiza extra o intramuros formando grupos de orientación preventiva con padres de familia.

En las escuelas se informa a alumnos, padres de familia y maestros sobre cómo prevenir aquellas situaciones y problemas que pueden incidir en el abuso de drogas, buscando su involucramiento responsable en los programas para formar grupos de promotores preventivos que al ser capacitados, reproducen las acciones de promoción de la salud en el ámbito escolar.

En la comunidad se orientan las acciones preventivas a reeducar en forma participativa a grupos comunitarios, grupos organizados (sindicatos, industrias) y líderes (formales e informales), con la finalidad de conscientizarlos sobre la multicausalidad del fenómeno y de esta manera obtener su participación en los programas sanitarios que multipliquen los esfuerzos de la institución, siendo asesorados y supervizados, en un primer momento, por el equipo de especialistas hasta lograr la capacidad

suficiente que permita una autogestión hacia mejores condiciones de salud. Es decir, la participación del psicólogo en conjunto con los grupos comunitarios, tiene como objetivo la autogestión y la cobertura de la mayoría de las necesidades e intereses comunes; todo esto debe ser realizado por y para la misma comunidad con el apoyo de un equipo interdisciplinario (psicólogos, médicos, educadores, trabajadores sociales, psiquiatras, etc). Contando también con el apoyo del gobierno y de instituciones interesadas en su prevención; así como con los recursos materiales y humanos de la misma población.

El tratamiento es llevado a cabo en forma integral teniendo en cuenta los factores que pudieron haber influido y precipitado su aparición, por lo que se incluye a la familia del farmacodependiente y no sólo a él.

La atención proporcionada en consulta externa por los Centros Locales es de tipo ambulatorio mediante psicoterapias breves individuales, familiares y/o grupales; así como farmacoterapia en aquellos casos en que sea necesario.

Esta atención se realiza con un abordaje profesional interdisciplinario, el cuál enfoca las diversas acciones diagnósticas, terapéuticas y rehabilitatorias en relación al farmacodependiente, su familia o equivalente, y aquellos

elementos de la comunidad adecuados para colaborar en el proceso de rehabilitación.

Es importante señalar la participación de los grupos sociales a los que pertenece el toxicómano; es decir, su familia, sus grupos de pares y aquellos grupos de su comunidad que favorezcan un tratamiento eficaz, al brindarle alternativas de reinserción social, tales como: actividades artísticas, deportivas, laborales, educativas, culturales, manuales, etc; con el apoyo material y financiero del gobierno, así como con los recursos materiales y humanos con que cuenta cada grupo.

Igualmente, existen unidades de internamiento en las ciudades de Guadalajara y Tijuana donde se rehabilita a los pacientes con intoxicaciones severas.

Hay que tener presente que cualquier actividad preventiva y terapéutica que no vaya acompañada de investigación perderá su relación con el elemento histórico del fenómeno en cuestión en una sociedad dada. Por este motivo, la investigación que se realiza en CIJ estudia los aspectos epidemiológicos y sociales de éste; la distribución del consumo de drogas por edad, sexo, religión, escolaridad y clase social, así como la distribución de drogas por frecuencia de consumo.

Los resultados de las investigaciones

permiten integrar nuevos conocimientos al entendimiento del problema y plantear las estrategias de atención que logren una mayor eficacia de los servicios que brinda la institución.

Por otro lado, dentro de la perspectiva institucional, la Participación Comunitaria es piedra angular para el desarrollo de todas las actividades. Los diversos programas y estrategias van encaminados a motivar y organizar la participación de la colectividad que impacta la institución.

La participación de la sociedad es de vital importancia para definir las acciones más viables tendientes a abatir esta problemática.

Bajo este modelo de atención integral, se aprovechan los esfuerzos, conocimientos y recursos del equipo médico técnico, coordinando los con los de la misma comunidad, para que desde una visión en conjunto, se adecúen estrategias idóneas, de acuerdo al momento y localidad específica.

Tomando en cuenta la historia de CIJ puede notarse que en algún momento contó con programas preventivos efectivos que tuvieron gran impacto en la sociedad, puesto que sus intereses estaban más dirigidos a la promoción de la salud tanto física como mental y social; sin embargo, actualmente cuenta con un modelo cada vez más burocrático y sus intereses son más bien políticos

e institucionales; encaminados a la cantidad -estadísticas- y no a la calidad de esfuerzos conjuntos por la abolición de la drogadicción.

No obstante, cuenta con diversas alternativas -si se hiciera una revisión y corrección a sus programas preventivos- que abren un espacio a la reflexión y quizás más adelante, a la conscientización de dicho fenómeno. Y si se presentaran las condiciones históricas necesarias tendrían un verdadero impacto en materia preventiva. Mas si se tomara a la participación comunitaria como un proyecto de sensibilización y conscientización de la población, tanto inespecífica -de salud- como específica -farmacodependencia-; y no sólo como actividades por y para la misma comunidad, a largo plazo -con los respectivos reajustes continuos y constantes- en el contexto histórico y las condiciones propicias se lograría un cambio, el cual podría ser no sólo lograr el decremento del consumo y abuso de drogas sino también el logro de mejores condiciones de salud física, mental y social. Y con esto alcanzar la esperada autogestión de la comunidad y no únicamente su permanencia, muchas veces involuntaria, en los grupos preventivos que maneja la institución.

### III. COMUNIDAD Y DESARROLLO DE LA MISMA.

"La familia y la comunidad posiblemente sean los núcleos sociales primarios y fundamentales de sociedades mayores. La primera es la base estructural de toda sociedad humana, y la segunda es una modalidad común de agrupación" (Escalante, 1982).

El término "comunidad", algunas veces adquiere connotación amplia, vaga e inconsistente, cuando se habla de comunidad nacional, de comunidad católica, de comunidad ciudadana, etc; y en la mayoría de los casos, se identifica con el concepto específico y limitado a grupos más o menos pequeños o no muy grandes, donde las familias viven juntas participando de condiciones básicas de una vida en común.

Se han tratado de caracterizar como aspectos distintivos de la comunidad con relación a otros grupos humanos, los siguientes:

- a) Disponer de un área geográfica definida,
- b) a los miembros les unen lazos de parentesco,
- c) tienen intereses comunes,
- d) además de tener antecedentes comunes, participan de una misma tradición histórica,
- e) los problemas confrontados por el mayor número de miembros de la comunidad los ha identificado creándoles un sentimiento de pertenencia al grupo,

f) las relaciones entre los miembros de la comunidad por lo general son cara a cara,

g) son tributarios de un cuerpo de instituciones y servicios.

Puede notarse que estas características posiblemente se identifiquen más con comunidades tradicionales y grupos primitivos, ya que algunos de los aspectos mencionados no serían encontrados como características de una comunidad moderna; que no tiene tradición histórica, no existe entre los miembros lazos de parentesco y, en la mayoría de los casos, no tienen antecedentes comunes.

Sin embargo, puede considerarse como el hecho más importante para su caracterización, que la vida de cualquiera de sus miembros o componentes puede ser enteramente vivida dentro de la misma. Es difícil pensar que alguien pueda vivir totalmente dentro de una empresa industrial o comercial, en una iglesia o en una agrupación religiosa; pero en cualquier persona puede vivir en un pueblo, en una ciudad, de vida tradicional o completamente moderna. De modo que la distinción básica de una comunidad con otros tipos y clases de grupos reside en el hecho de que el individuo puede satisfacer dentro de ella, casi totalmente el cúmulo de necesidades biológicas, sociales,



culturales y económicas.

La comunidad, que es un espacio de la vida social, siempre tiene una porción territorial reconocida por sus miembros; donde se aglutinan intereses, emociones que conforman el sentimiento de pertenencia y que hacen que exista cohesión social.

Estos aspectos pueden verse claramente en comunidades rurales y tradicionales, en donde se reconocen claramente los límites territoriales, un área poblada o donde está asentada la población.

No obstante, es lógico pensar que en la ciudad es más difícil delimitar el espacio o territorio comunitario; ya que puede haber en una ciudad varias comunidades o comprender toda ella una sola. Es por esto que se hace la distinción entre comunidades cerradas o autosuficientes y comunidades abiertas. Las autosuficientes generalmente se identifican con las primitivas y sus relaciones con el mundo exterior son mínimas; mientras que las abiertas pertenecen a un complejo regional de comunidades, su desarrollo depende de la armonía que guardan con el desarrollo de la región, en aspectos como el económico, social y cultural; y a medida que se vaya modernizando, es menos autosuficiente y se vuelve cada vez más interdependiente, sobre todo política y

económicamente.

Para tener más clara la significación de Comunidad es indispensable empezar por delimitar el alcance que se le dá a tal concepto, considerando sus principales elementos.

Cuando se habla de comunidad se alude a lo siguiente:

- a) Una unidad social: de ordinario se aplica el término para designar o referirse a pequeñas unidades, como un grupo de colonos, un barrio, una aldea; pero al mismo tiempo es empleado para hablar de una comunidad internacional. En todos los casos se alude a unidades sociales,
- b) en donde sus miembros participan de algún rasgo, interés, elemento o función común: esas unidades sociales más o menos amplias, para que sean consideradas como una comunidad, deben participar de algún rasgo, interés o elemento común,
- c) que tengan consciencia de pertenencia: para formar parte de una comunidad hay que saberse y sentirse parte de la misma; no es indispensable -como suele afirmarse- ser miembro activo de ella. Aunque es evidente que se tiene consciencia de pertenencia a varias comunidades simultáneamente,
- d) deben situarse en una determinada área

geográfica: toda comunidad ocupa siempre un determinado territorio, aún cuando esta ocupación sea transitoria como en el caso de una tribu nómada o un grupo de gitanos,

- e) en la cual la pluralidad de personas interacciona más intensamente entre sí, que con respecto a los pobladores de otro pueblo, pero los miembros de uno y otro interactúan más estrechamente entre sí como miembros de una comunidad provincial, que lo que interactúan con los miembros de otra comunidad provincial. En este orden, se podría llegar hasta la interacción que se da en la comunidad internacional.

De lo anterior se puede establecer lo siguiente:

La comunidad es una unidad social cuyos miembros participan de algún rasgo, interés, elemento o función común, con consciencia de pertenencia, situados en una determinada área geográfica en la cual la pluralidad de personas interacciona más estrechamente entre sí que en otro contexto.

Evidentemente lo anterior es amplísimo, pero sólo así puede ser aplicable a unidades tan distintas en características y extensión, como a una unidad religiosa que vive aislada

en un convento, un barrio, un municipio, la provincia, la nación o la comunidad internacional, es decir, a todos los niveles en que es aplicado dicho término.

Por otra parte, si se desea lograr un cambio en una comunidad "x" o mejor dicho, en cualquier comunidad (mejorar las condiciones de salud y la disminución de la farmacodependencia); es necesario tener claro cómo se desarrolla dicha comunidad. Para esto, hay que mencionar primero lo que se entiende por desarrollo:

En el más amplio sentido de la palabra significa crecimiento, progreso, incremento, amplitud, adelanto, aumento, desenvolvimiento.

Al aplicarse a los hechos sociales, el concepto se enfocó hacia el ámbito económico y, con el transcurso del tiempo, su concepción se amplió a todos los campos de la cultura humana: material y espiritual. Por eso se dice que, en el plano material de la cultura, significa equipamiento técnico, civilización y desenvolvimiento de la organización social y ampliación de los horizontes científico, filosófico, artístico, etc.

Si se le considera como un proceso, presenta aspectos económicos y sociales; por eso, cuando se habla de problemas de desarrollo se dice: desarrollo económico y desarrollo social.

Por desarrollo económico debe entenderse la elevación del nivel material de vida de la población y la integración nacional de los distintos sectores que la componen. Ambos aspectos se complementan y relacionan mutuamente, porque no se puede hablar de un verdadero desarrollo económico si éste se limita sólo a unos sectores de la población con exclusión de otros; y porque la integración nacional es, a la vez, condición y resultado de dicho crecimiento.

Por desarrollo social se entiende el aumento de bienestar de una población o de un país, constante y paralelo al desarrollo económico, que se apoya en éste y a su vez lo apoya. El desarrollo social, en realidad no es sino un cambio social. Se enfrenta a la existencia de valores, actitudes, conductas, creencias, formas de vida, costumbres, etc; características mentales y sociales que deben ser conocidas y analizadas para poder actuar de acuerdo con ellas y, cuando sea necesario.

Por lo tanto, la principal preocupación de un programa de desarrollo para ser aplicado en cualquier comunidad (principalmente las de alto riesgo), ha de consistir en la integración de los distintos sectores de la economía nacional, eliminando las barreras económicas, políticas y sociales que lo separan, ya sea a causa de condiciones geográficas, étnicas,

históricas o de otro orden.

Además, el término Desarrollo no sólo hay que usarlo como sinónimo de crecimiento, sino como la exigencia de cambios sociales, ideológicos y culturales conjuntamente con un desenvolvimiento económico; es decir, tienen que darse transformaciones cualitativas a la vez que incrementos cuantitativos dentro de una armonía que permita el equilibrio de todos los sectores y aspectos de la vida de un país. A esto se le puede llamar desarrollo integral y humano, integral, porque comprende todos los problemas tanto económicos como sociales; y humano, porque el fin del desarrollo es precisamente el hombre; y los problemas sociales como los problemas económicos son en última instancia problemas humanos, porque conciernen al ser humano como tal y a toda la humanidad.

Por lo tanto, el desarrollo de la comunidad, puede entenderse como una técnica social de promoción del hombre y de movilización de recursos humanos e institucionales mediante la participación activa y democrática de la población en la planeación y ejecución de programas a nivel de comunidades de base, destinados a mejorar sus condiciones de vida.

Dicho desenvolvimiento, como parte integrante y complementario del desarrollo global, es un instrumento básico para la preparación psico

lógica de las comunidades en función del proceso de desarrollo, provocando los cambios mentales y de actitud que éste exige mediante un proceso reeducativo de sensibilización y conscientización del problema. De aquí que el psicólogo trate de que los grupos comunitarios tomen consciencia de su medio y sus niveles de vida para lograr mejores condiciones de salud, tomando en cuenta sus potencialidades y posibilidades de participación. El psicólogo se encargará primero, de trabajar en materia preventiva y segundo, obtener la autogestión de pequeños grupos comunitarios; y como tercer paso, lograr que éstos últimos hagan prevención en otras comunidades; las cuales a su vez, provoquen cambios en todo el país a favor de mejores condiciones de vida y de salud física, mental y social.

El desarrollo de la comunidad puede considerarse también promoción humana. "La promoción del hombre se presenta como un deber personal y comunitario. Personal, porque es exigencia intrínseca de la naturaleza humana; comunitario, por su compromiso hacia los otros y hacia la historia, en cuya realización se debe trabajar. Pero este compromiso no es intelectual ni verbal, sino operante, concreto y pensante. Es operante porque el actuar es una nota esencial; concreto porque se vuelca sobre los hombres reales que

existen y no sobre "el hombre" en abstracto que no existe; presente porque es un empeño que debe realizarse ahora, en cada momento, en el encuentro cotidiano con cada hombre y con todos los hombres" (Barreix, 1985).

Se concibe así, como un instrumento que mediante organización y reeducación de las colectividades promueve, entre otras cosas, la participación consciente de la población en el planteamiento y realización de programas para beneficio colectivo, que juega un papel importante en el campo de la motivación para producir cambios de actitud favorables al progreso, que permita acelerar la integración de fuerzas que intervienen en el desarrollo general.

Se tiene como vigente la siguiente definición:

"Desarrollo de la comunidad es el proceso por el cual el propio pueblo participa en la planificación y en la realización de programas que se destinan a elevar su nivel de vida, pero respetando sus valores, cultura y costumbres. Esto implica la colaboración indispensable entre los gobiernos y el pueblo, para hacer eficaces esquemas de desarrollo, viables y equilibrados" (Trueba, 1989). El desarrollo comunitario involucra la organización política y gubernamental para generar el desarrollo



de la consciencia social.

Dicho concepto puede tenerse más claro si se toman en cuenta los siguientes puntos:

1. Es un complejo de procesos progresivos, o sea, un conjunto de fases y etapas sucesivas, con una dirección determinada, destinadas a alcanzar una serie de objetivos o una meta prefijada.

2. Sus objetivos son:

a) Lograr el mejoramiento de las condiciones económicas, sociales, culturales y humanas de la colectividad.

b) Procurar modificar las actitudes y prácticas que actúan como freno o escollos al desarrollo social y económico, promoviendo a su vez actitudes especiales que favorezcan dicho mejoramiento, entre los cuales, pueden destacarse:

- Despertar en el hombre la capacidad para resolver sus propios problemas.
- Estimular el deseo de progreso, mediante el propio esfuerzo y trabajo.
- Elevar el nivel de aspiraciones en las poblaciones marginales, por la tensión entre la situación actual y la situación social deseada, creando un sentimiento de viabilidad respecto el nuevo estado por alcanzar.
- Ocasionar en la población la propensión

a trabajar y a innovar.

- Promover en los individuos una actitud frente a los problemas de la comunidad (local o nacional) y frente al Estado, por lo cual no se espere que éste resuelva todos los problemas, sino que ellos mismos se encuentren impulsados mediante su participación en una acción individual y comunal, a resolver los que están al alcance de sus posibilidades.
- Desarrollar el espíritu y la acción cooperativa, con la cual se fomenta el sentimiento de unidad entre los individuos, los grupos y las comunidades, y se alienta el deseo de una promoción, no sólo individual sino también colectiva.
- Iniciar el florecimiento de los valores humanos (amor, respeto, fidelidad, confianza, honestidad) en las clases más modestas, frecuentemente inexploradas o mal orientadas.
- Suscitar el respeto activo hacia el hombre, hacia sus derechos y hacia todo aquello que lo hace verdaderamente hombre.

### 3. Deben intervenir:

La población y el gobierno, cuyo papel es planear y organizar los programas sobre una base nacional y prestar ayuda material básica a las comunidades.

4. Los beneficiarios son:

Los destinatarios de esta acción son todos y cada uno de los miembros de la colectividad.

Respecto a lo anterior, las Naciones Unidas en 1985, mencionan que "el desarrollo de la comunidad son aquellos esfuerzos de una población que se suman a los de sus gobiernos para mejorar las condiciones económicas, sociales y culturales de sus comunidades e integrarlas a la vida del país y permitirles contribuir plenamente al progreso nacional".

A manera de resumen, el desarrollo de la comunidad puede considerarse como:

1. Un proceso, porque contiene una progresión de cambios:

- a) de una situación donde pocas personas -de dentro o de fuera de la comunidad- deciden por el resto de la gente, a una condición donde la gente toma estas decisiones sobre asuntos de interés común.
- b) de una relación desigual en el intercambio comercial con el exterior a otra relación igualitaria en tales intercambios.
- c) de un estado de mínima cooperación y organización de la población, explorada (económica, social y/o culturalmente) por otra de estrecha colaboración.
- d) de una condición de desperdicio de

los recursos propios a una condición donde éstos se utilizan racional y democráticamente.

- e) de una situación donde el gobierno imparte servicios y la población se organiza, colabora en su instalación y en su administración.

2. Un método, porque es un camino a recorrer con la finalidad precisa de alcanzar:

- a) un cambio social organizado.
- b) donde la población recobre su derecho a la participación económica, política y social.
- c) la utilización racional y democrática de los recursos de la comunidad sobre explotados o desperdiciados.
- d) la regularización de los programas de mejoramiento social y de servicios aprobados o ya aplicados por los gobiernos en torno a tales comunidades.
- e) la coordinación de los recursos técnicos o asistenciales de organismos privados nacionales o internacionales, como pueden ser sindicales, universales, asociaciones, Naciones Unidas, etc.

3. Un programa, donde se concretizan los pasos del proceso y del método para:

- a) cuantificar recursos financieros, humanos y físicos disponibles de dentro y fuera

de la comunidad.

b) precisar las metas a lograr.

c) concretizar los procedimientos y técnicas a utilizar.

El psicólogo debe tomar en consideración lo referente a desarrollo de la comunidad, si es que pretende alcanzar cambios mentales y de actitud en la sociedad, mediante un proceso reeducativo de sensibilización y conscientización basado en la educación para la salud; ya que hay que conocer en primer lugar, todas las características tanto mentales como sociales para poder actuar de acuerdo con ellas (valores, actitudes, conductas, creencias, costumbres, formas de vida). Así como los factores macroestructurales (estructura del país, desempleo, sobrepoblación, repartición de riquezas, situación económico, político y cultural). Sin olvidar que todas estas acciones deben ir de acuerdo a las necesidades de desarrollo de la propia comunidad y conjuntamente con ella; así mismo, hay que ajustar todas aquellas técnicas y estrategias de abordaje de acuerdo a las demandas de la misma. Esto es, debe existir un trabajo conjunto en relación a la situación real y a las necesidades específicas de los grupos de la comunidad.

#### IV. PREVENCIÓN A LA COMUNIDAD.

El ser humano no vive aislado, vive en sociedades específicas donde se dan relaciones sociales, de producción y estilos de vida concretos que determinan en buena medida, su salud-enfermedad.

Si se toma en cuenta la noción salud-enfermedad como un proceso dialéctico, habrá que considerar la aprehensión de esta temática en su totalidad, es decir; tomando en cuenta lo biológico, lo orgánico, lo psicológico y lo social en su dinamismo.

Así, siguiendo a Pichón Riviere (1981), la salud está en función de una adaptación activa o pasiva a la realidad, entendiéndolo el término de adaptación como "una adecuación o inadecuación, coherencia o incoherencia ante las exigencias del medio". Para este autor "el sujeto es sano en la medida que aprende de la realidad, en una perspectiva integradora en sucesivas tentativas de totalización y tiene capacidad para transformarla, modificándose a su vez él mismo".

El sujeto es sano, en la medida que mantiene un interjuego dialéctico en el medio y, no una relación pasiva rígida y estereotipada.

La salud consiste, precisamente, en este proceso en que se realiza un aprendizaje de la realidad a través de un enfrentamiento, manejo y solución integradora de los conflictos. De esta forma, la promoción de la salud permite

la atención, y en todos sus momentos, la prevención de la farmacodependencia, en donde no sólo interesa el decremento de dicho problema, sino también, la búsqueda del desarrollo pleno de los individuos, es decir; procurar mejores condiciones de salud en la población, independientemente de si la drogadicción haya aparecido o no, pues se pretende dar prevención a la comunidad entera, generando en ellos la solución de cualquier problemática en su práctica cotidiana.

Es por esto que, al considerar el modelo preventivo primario, se pone énfasis en el tipo inespecífico, para prevenir tal fenómeno en el ámbito comunitario. Tomando en cuenta que, la prevención inespecífica hace referencia a todas aquellas actividades encaminadas a ningún problema en especial (elevar las condiciones de salud y de vida para evitar un problema social), esto es; el fomento a la salud y bienestar en general. Una visión global, integral, y no estratificada de esfuerzos preventivos. Mientras que, la prevención específica considera todas aquellas actividades orientadas a resolver un problema dado (farmacodependencia).

"Prevenir indica la acción de preveer. El prefijo "pre" significa "antes", aquí en sentido cronológico, temporal. El "pre" de preveer es un ver "antes" en el tiempo" (Luna,



1990).

En el caso de la farmacodependencia, prevencción, por su sóla construcción, alude a los parámetros de una práctica y un sentido: ver antes, adelantarse a la ocurrencia del fenómeno. Ir a los hechos antes de que estos ocurran.

La prevención debe ser una tarea que promueva el desarrollo integral de las potencialidades del ser humano. Una actividad que asume para la intervención, no sólo la especificidad del problema o de los desórdenes psíquicos, sino la totalidad del sujeto.

La prevención del consumo y abuso de drogas, por medio de la promoción de la salud, sólo se hace posible a través de un proceso que implica la participación de diversos grupos comunitarios, en actividades que tengan como punto de partida el logro de sus intereses y necesidades. El objetivo primordial de este trabajo, es que la población vaya estableciendo mecanismos tendientes a generar, mantener y desarrollar en forma colectiva su propio bienestar.

Centros de Integración Juvenil, toma en cuenta la participación comunitaria, ya que por pertenecer al Sector Salud, contempla un modelo fundamentado en la salud pública en donde ésta supone que la salud y la forma de

conservarla, son asuntos que trascienden los límites del individuo y perjudican los intereses colectivos pero, a la vez, reconoce que la gestación está ubicada en la esfera de lo social, desde un lugar que tome en cuenta las fuerzas e instrumentos sociales; éste es el caso de la salud pública que propone, como medio para su logro, el esfuerzo organizado de la sociedad. y su estrategia prioritaria es la Educación para la Salud, la cual se refiere a aprender a crear mejores condiciones de salud, esto es, se refiere a una acción participativa de la institución con grupos comunitarios en la búsqueda y logro de mejores niveles de salud. Pero bien, entre los trabajadores de la salud, la participación, es un término difícil de hacer y localizar en las acciones preventivas, tal vez por la formación que se recibe por tradición, que sitúa a los profesionistas como los sujetos activos que saben y, a la comunidad como entes pasivos, a los que hay que asistir.

La participación, debe ser un derecho de los individuos de intervenir en las acciones necesarias para su desenvolvimiento, individual, familiar, vecinal y nacional. Un proceso que en su crecimiento va canalizando un cúmulo de elementos favorecedores al desarrollo personal y social. Esta evolución sólo se dará en la medida en que se vaya reduciendo el lugar

dado a los individuos, de objetos de atención, manifestándose su participación activa en el diálogo y en el accionar hacia una meta común.

De este modo, la acción comunitaria es el elemento esencial para el logro de mejores condiciones de salud y debe tomar en cuenta:

1. Que lo válido de la participación está en el pensar -razonar- de la gente, independientemente de los logros de instrucción y,

2. Abrirse a la búsqueda de formas de organización propias del grupo y en el quehacer operacional se vayan mejorando funcionamientos viciados.

El trabajo en comunidad se refiere del mismo modo a un desarrollo investigativo para que a partir de él, se establezca un vínculo entre equipo-comunidad y se planea el programa preventivo acorde a la realidad que vive la población y en conjunto con ella; pues muchas veces los programas preventivos fracasan, o cuando menos, no alcanzan el éxito esperado, debido a que dichos intentos han estado sustentados para una metodología, en la cual se toma a la gente como un objeto pasivo y estático de estudio, reservando al cuerpo de investigadores la comprensión, análisis y generación de soluciones a los problemas o situaciones y no a las verdaderas necesidades de la comunidad; esto trae, por lo tanto, la resistencia

de dicha población que no quiere comprometerse a un programa, ya que no participa en el plan teamiento, comprensión y análisis de los fundamentos del mismo. Y no se debe olvidar que, si bien, los problemas se dan en la comunidad, ésta cuenta con posibilidades y potencialidades que deben ser estimuladas, mediante el esclarecimiento y conscientización de tales dificultades: corresponde como función básica del promotor de la salud, evaluar los perjuicios, las resistencias al cambio, los miedos, el aclaramiento de los problemas y así ayudar a dilucidar los conflictos y objetivos que el mismo grupo comunitario tiene ya funcionando en su seno, y por sobre todo, ayudar a que los integrantes de la comunidad tomen consciencia de sus actitudes y posibilidades; sin embargo, para que el promotor pueda asumir ese rol, requiere entender la realidad en que se encuentran personas, grupos y comunidades no formando juicios de valor, ya que trabajará con lo dado, lo real, lo existente, se precisa en cambio, que objetivice las situaciones para llegar a la reflexión en conjunto con la población y poder transformarlos.

Por último, la inserción del promotor de la salud (psicólogos, médicos, etc), para establecer un trabajo conjunto con los grupos de la comunidad, está en relación a la situación

real y a las necesidades específicas de la gente, y no a la inversa, ésta inserción plantea modificar el nexo, sujeto que no sabe pasivo, a sujeto que sabe activo. La fórmula superadora de esta dicotomía es que los sectores populares involucrados, sean los únicos y reales sujetos de acción. Además, el investigador debe reconocer su subcultura profesional y mantener una revisión constante de las variables que lo afectan, sus valores, sus metas, sus percepciones, sus perjuicios, su seguridad e inseguridad psicológicos, su comportamiento, su resistencia a hechos ajenos y sus dificultades de comunicación.

Es así, como el programa preventivo de Centros de Integración Juvenil, propone la participación comunitaria como un requisito indispensable para el logro de sus objetivos.

En este sentido, uno de los proyectos que dan mayor cuenta del método y medios para alcanzar tal participación es el de Capacitación a la Comunidad (CC). Este proyecto, por su trabajo directo con las comunidades en su medio ambiente, ha sintetizado los objetivos terminales del programa preventivo. La idea de la autogestión en materia de educación para la salud, por lo tanto, aparece como la manifestación última del proceso evolutivo del programa, el cual ha pasado por distintas etapas

y ha reunido a su alrededor propuestas de trabajo -que han ido desde la obtención de servicios públicos mediante la organización de grupos comunitarios, hasta las numerosas propuestas de la prevención inespecífica-. Si dicha institución parte de que la comunidad es una entidad dinámica, que día a día se transforma, es entonces necesario revalorar constantemente el abordaje comunitario que realiza a partir de dicho programa, con el propósito fundamental de hacer reajustes metodológicos y mejorar la praxis de su quehacer preventivo. Ya que si se pretende lograr la disminución de la farmacodependencia y además obtener mejores condiciones de salud, es necesario revalorar y replantear los diferentes proyectos y programas con los que a la fecha cuenta.

A continuación se presentan el proyecto y el programa de Capacitación a la Comunidad de CIJ:

PROYECTO: CAPACITACIÓN A LA COMUNIDAD (CIJ).

Objetivos específicos:

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

2. Orientar, capacitar y organizar a los líderes de la comunidad sobre situaciones y motivos que conducen al consumo de drogas, así como de las medidas preventivas que puedan instrumentar.

3. Asesorar y supervizar a la comunidad y a los líderes en capacitación, sobre el desarrollo de las acciones que pretendan instrumentar, como producto de la autoorganización.

Metodología:

Fase I. Formación del equipo.

Objetivo particular:

Conformar el equipo de trabajo.

Fase II. Trabajo grupal.

Objetivos particulares:

- a) abrir un espacio permanente de trabajo grupal.
- b) analizar y discutir las expectativas de los integrantes del equipo.
- c) intercambiar experiencias del trabajo comunitario, entre el grupo de trabajo
- d) realizar seminarios, para unificar conceptos y criterios del abordaje de

la tarea preventiva en la comunidad.  
Fase III. Selección del área específica de trabajo.

Objetivo particular:

Seleccionar y delimitar la zona de trabajo de acuerdo a los criterios, recursos y posibilidades del equipo de trabajo (comunidad selecta en base a estudios epidemiológicos).

Fase IV. Exploración.

Objetivo particular:

Caracterizar la zona de trabajo, a fin de elaborar un diagnóstico preliminar.

Fase V. Inserción en la comunidad.

Objetivo particular:

Propiciar la integración equipo-comunidad, a fin de lograr un mayor involucramiento al trabajo con la comunidad.

Fase VI. Puesta en marcha del programa de acción.

Objetivo particular:

Propiciar y facilitar la implementación de acciones alternativas, a fin de involucrar al resto de la población.



PROGRAMA PARA EL PROYECTO: CAPACITACIÓN A  
LA COMUNIDAD.

1. Planeación.

- formación del equipo de trabajo.
- elección de la comunidad.
- planificación de actividades.
- elaboración de programa anual.

2. Exploración (Diagnóstico comunitario).

- recorrido de observación por la comunidad.
- elaboración de cédulas (cuestionarios).
- mapeo de la comunidad.
- compilación de información (formal e in formal).
- tabulación de resultados.
- análisis dinámico y crítico de los resul tados.
- elaboración de programa o documento final (diagnóstico).
- elaboración de programas propuestos en base a lo detectado en el diagnóstico.

3. Inserción en la comunidad.

- contactos:

líderes formales.

líderes informales.

habitantes de la comunidad.

- eventos en la comunidad.
- formación o captación de grupos a capacitar.

4. Capacitación de los grupos.

- elaboración de programas para cada grupo a capacitar.
  - capacitación a tres grupos como mínimo.
  - seguimiento a grupos capacitados.
5. Avance, evaluación y cierre.
- asesorías a grupos capacitados.
  - reuniones entre los distintos grupos capacitados.
  - elaboración de informe final a la comunidad.
  - evento de cierre en la comunidad.
  - evaluación del trabajo comunitario en base al diagnóstico y programas propuestos (logros y limitaciones).

Sin embargo, para lograr una mejor prevención a la comunidad, hay que tener presente la existencia de los programas preventivos en sus diferentes niveles.

**V. PROGRAMAS PREVENTIVOS.**

La prevención, desde el punto de vista epi  
demiológico tradicional, es el conjunto de  
actividades y medidas anticipadas a la enfer  
medad y sus riesgos, actuando sobre el medio  
ambiente y los individuos.

Es primaria, cuando está dirigida a evitar  
que la población corra el riesgo de enfermar,  
para lo cual: 1) promueve la salud mediante  
la educación sanitaria a fin de que la población  
asuma responsabilidades como agente de su pro  
pia salud y, 2) protege evitando la ocurrencia  
de la enfermedad mediante actividades y medidas  
(refuerzo alimenticio, inmunizaciones, higiene  
personal, exámenes periódicos de salud, etc).

Quando se habla de prevención primaria,  
ésta abarca múltiples tareas que en conjunto  
se refieren a la promoción de la salud. Aquí,  
el mejoramiento de las condiciones ambientales  
e individuales de vida equivalen a una forma  
de prevención de la farmacodependencia. En  
otro sentido, más restringido, hace referencia  
a la protección específica e incluye a todas  
las acciones particulares destinadas a evitar  
su aparición. En tanto que la prevención secun  
daria como la terciaria se aplican en el momento  
en que ya existe algún grado de drogadicción.

La prevención secundaria, cuando está  
dirigida a detectar y diagnosticar precozmente  
la enfermedad, asegurando el tratamiento inmediato

y previniendo la difusión de transmisibles, complicaciones, secuelas y muerte. Este nivel de prevención se entiende como las acciones que abarcan el tratamiento, tomando en cuenta que la prevención debe hacerse antes, durante y después de la aparición del problema; es decir, la atención es una forma de prevención en cuanto a complicaciones y avance.

Se habla de prevención terciaria, cuando tiende a limitar la incapacidad, rehabilitar y lograr la reubicación social de los enfermos. Esta etapa alude a la rehabilitación, la cual previene la completa invalidez de que procura la reintegración del individuo a la sociedad. Esto es, prevenir la reaparición del problema.

Hay que tener presente que tanto la prevención primaria, como la secundaria y la terciaria no se dan por separado, sino que configuran una unidad de salud. Es decir, estos tres niveles preventivos deben guardar una relación de implicación: la prevención secundaria debe implicar a las otras dos. Resulta entonces, que "prevención" debe ser una acción integral, con tres niveles de intervención, articulados y simultáneos.

La prevención vista desde lo social y en específico la prevención del abuso de drogas, es la acción prioritaria y se realiza de tal

forma que los grupos comunitarios vayan creando mejores condiciones de vida; para este efecto hay que tener presente, la Educación para la Salud, entendida según el modelo de CIJ, como el proceso a través del cual la población busca mayores niveles de vida y crea mejores grados de salud. Los grupos formados en la comunidad deben pasar por un proceso de reeducación para conocer, entender y crear mejores niveles de salud; aquí debe notarse la presencia del psicólogo, aunque es necesaria también la participación política y económica del gobierno; es decir, motivar e intentar un cambio positivo en la macroestructura del país en beneficio de toda la población.

Esta reeducación puede entenderse como un proceso que se realiza a través de tres momentos: informar, orientar y capacitar a distintos sectores poblacionales sobre temas relacionados con dicho fenómeno y ofrecer alternativas de participación para su prevención.

Esta acción se desarrolla dentro del campo de la salud, considerando la drogadicción como un problema de salud pública -puesto que afecta a todo sector de la población, que cuente o no con este problema- y cuya finalidad es anticiparse a aquellas situaciones sociales, familiares e individuales que intervienen en el surgimiento de este fenómeno.

En materia de prevención, Centros de Integración Juvenil maneja los siguientes niveles; los cuáles pueden tomarse como semejantes a prevención primaria, secundaria y terciaria:

- I. Información; en esta etapa se busca:
- a) sensibilizar a la población sobre la magnitud del problema y los factores que intervienen en su aparición; así como desmitificar el consumo de drogas;
  - b) motivar a la comunidad a participar activamente en la prevención de la farmacodependencia y;
  - c) dar a conocer los servicios institucionales de prevención primaria, tratamiento y rehabilitación.

Se lleva a cabo en sesiones y conferencias, de una hora, con población abierta y en la comunidad escolar con alumnos, maestros y padres de familia.

- II. Orientación; este momento pretende:
- a) generar en la población un cambio de actitudes que les permita asumir y ubicar el problema, desde el marco de la salud pública;
  - b) promover la toma de consciencia sobre la importancia de la salud física, mental y social, como una alternativa para la prevención de tal problemática y;
  - c) motivar la participación de grupos

específicos en acciones que promuevan la salud.

Se desarrolla a través de cursos de 8 a 12 sesiones de una hora, con niños, adolescentes y adultos.

Si en esta fase se pretende la obtención de un cambio de actitudes en los individuos, que facilite la adquisición e incorporación de elementos que les permita cuestionarse sobre su lugar y la dirección que deseen tomar, promovando un cambio en el tipo de vida con que cuentan y posiblemente en la forma de participar en su comunidad; ésta práctica preventiva implica dos fases:

- a) Sensibilización; la cual permitirá hacer presente la farmacodependencia en un universo, señalando su relación con los diversos factores que la producen y posibilitando así su ubicación en diferentes contextos.
- b) Esclarecimiento; de la relación que guarda dicho fenómeno con las diferentes estructuras sociales, a fin de determinar el papel que juega tal problema.

### III. Capacitación:

En esta etapa se pretende proporcionar a la población elementos teóricos y prácticos, a fin de lograr su participación solidaria de grupos específicos para constituirse tanto



en promotores de salud, como en multiplicadores de mensajes preventivos.

Se dirige a aquellas personas que ocupan un lugar estratégico como son: líderes formales e informales de las comunidades detectadas con alto grado de riesgo; maestros, equipos de salud, clubes de servicio y sindicatos; asociaciones de empresarios, industriales y comerciales; así como también personas que se autoseleccionan en las etapas anteriores.

Basándose en estos tres momentos, CIJ ha organizado los siguientes proyectos preventivos:

#### Nivel de Información:

##### 1. Información pública periódica (IPP):

Este proyecto pretende informar a la población abierta acerca del consumo y abuso de drogas, con el fin de sensibilizarla sobre el problema de la farmacodependencia, y promover su participación para su atención.

##### 2. Escuelas (ESC):

Cuyo objetivo es promover la salud integral, física y mental en y desde las escuelas, ofreciendo a los diferentes sectores de la población escolar (alumnos, padres, maestros), toda la información pertinente acerca de las situaciones y procesos que inducen al consumo y abuso de drogas y difundir los servicios que ofrece esta institución.

### 3. Información a concurrentes (IC):

Este proyecto tiene el objetivo de informar sobre drogadicción a la población en general; dicha información se proporciona a nivel intra muros, pretende difundir los servicios que ofrece el Centro y promover la participación para su atención.

Nivel de Orientación:

#### 1. Orientación preventiva infantil (OPI):

El objetivo es, estimular y favorecer en el niño el desarrollo y expresión de sus potencialidades, para fomentar hábitos y actitudes que le generen salud; propiciando, básicamente a través del juego, la creación de instancias que favorezcan el desarrollo integral del infante.

#### 2. Orientación preventiva a adolescentes (OPA):

Su objetivo es, orientar a los adolescentes propiciándoles elementos que les faciliten enfrentar los cambios individuales (físicos y psíquicos), familiares (divorcio, falta de comunicación) y, sociales (desempleo, condiciones de vida, educación, marginación), que forman parte de su vida cotidiana; y la creación de alternativas que permitan prevenir la farmacodependencia, considerando la multicausalidad que la caracteriza.

#### 3. Orientación familiar preventiva (OFP):

Pretende proporcionar a la familia a

partir de su realidad social, familiar e individual, elementos que le ayuden a prevenir la aparición del problema y, orientarla acerca de las alternativas que pueden instrumentar para tal efecto.

#### 4. Orientación preventiva a la tercera edad (OPTE):

Se comienza a pilotear, en julio de 1993, y pretende rescatar la experiencia del anciano y ofrecerle elementos para promover la salud, siendo éste una persona muy respetada por su valiosa experiencia y facilitador de consejos y pláticas a la gente joven.

##### Nivel de Capacitación:

#### 1. Grupos organizados (GO):

Está dirigido a lograr la participación de personas estratégicas en la creación de mejores condiciones de salud en su área de acción, y con esto, prevenir las situaciones y motivos que propician el uso y abuso de drogas. Estos grupos comunitarios, una vez capacitados, se convierten en agentes multiplicadores de las acciones preventivas.

#### 2. Capacitación a la comunidad (CC):

Su objetivo es propiciar y motivar la participación comunitaria para lograr una autogestión de servicios, de tal forma que la misma comunidad aprenda a utilizar sus recursos de la mejor forma y genere instancias organizativas

que le procuren mejores condiciones de salud y prevenir así, las situaciones y motivos que inducen al problema de la drogadicción dentro de su ámbito sociogeográfico específico.

### 3. Voluntariado y personal en servicio social (VyPSS):

Intenta fomentar recursos humanos como multiplicadores de los servicios que ofrece la institución a la población.

### 4. Grupos de promotores preventivos (GPP):

Este proyecto tiene como objetivo promover, organizar y dar seguimiento a la colaboración de personas y grupos que multiplican los esfuerzos preventivos de la institución. La constitución de estos grupos se promueve a través de todos los proyectos o de cualquier instancia institucional o comunitaria vinculada con Centros de Integración Juvenil.

Todos estos proyectos, basados en la educación para la salud, pretenden en su momento la prevención específica de la farmacodependencia e inespecíficamente fomentar la salud tanto física, como mental y social de la población atendida. Sin embargo, es difícil en primer lugar, la formación de tales grupos, ya que su asistencia y participación es un tanto forzada; es decir, existen intereses externos a los del propio grupo (asisten porque se les obsequia algún artículo para su hogar y no por interés

en la prevención), y frecuentemente la persona que se queda a cargo del grupo es un prestador de servicio y no cuenta con la suficiente capacitación y experiencia para mantenerlo y, tampoco para lograr la participación dentro de la misma comunidad, ya que generalmente la capacitación a VyPSS empieza a mediados o finales del tiempo que prestan a la institución (el tiempo de Servicio Social), y desde el primer momento se les envía a trabajar con los grupos; ya que deben reportar actividades específicas grupales.

Si se considera lo anterior, se puede notar que los proyectos de CIJ, a primera vista están bien planteados; sin embargo, cuentan con algunas deficiencias, las cuáles impiden capacitar a la comunidad para lograr a su vez, prevenir éste problema social.

VI. EFICACIA DE LOS PROYECTOS  
PREVENTIVOS DE CIJ.

En la participación directa con estos proyectos, se ha observado que en algunos de ellos existen deficiencias que no permiten la capacitación de los grupos trabajados.

En los materiales del departamento de prevención referentes a la supervisión de los proyectos preventivos de la institución, se encuentra lo siguiente:

Nivel de Información:

1. Información pública periódica (IPP):

Existe dificultad en cuanto a la respuesta de los grupos ante los mensajes, ya que no hay un acuerdo del nivel de contenidos de la información que se maneja, de tal forma, los mensajes no resultan interesantes a la población y por lo tanto, no pueden surtir efecto. Dada la heterogeneidad de la población trabajada y la información generalizada que se ofrece, se ha pensado en la posibilidad de encaminar este tipo de pláticas, dependiendo de las características del grupo, es decir; ofrecer información diferente y apropiada para grupos de padres, niños, etc. Y hacer la invitación en cada plática a formar parte de los diferentes grupos de capacitación, ya que al ser canalizados la información pasaría de ser general a particular (dependiendo de las necesidades e intereses del grupo). Puesto que este proyecto generalmente se deja a cargo de los VyPSS, en su aspecto

cuantitativo se observa un incremento de +30%, no obstante en el aspecto cualitativo existen deficiencias, debido a que no se tiene claro el contenido de información y muchas veces no se manejan conceptos básicos.\* Sin embargo, cuenta con buenos resultados en lo referente a la articulación interproyectos, ya que al trabajar conjuntamente con el proyecto Escuelas se logran captar, con regularidad, grupos de alumnos.

## 2. Escuelas (ESC):

Se ha descuidado este proyecto puesto que se han realizado pocas acciones en escuelas. Independientemente de que únicamente se abarque planteles de educación media en sus tres poblaciones (alumnos, maestros y padres), no se han hecho los contactos suficientes con las autoridades correspondientes. A pesar de que el proyecto IPP ha logrado la captación de grupos, no se cuenta con la capacitación para detectar las situaciones que se generan en los mensajes en los que se aplican obras de teatro y sociodrama con la finalidad de extraer

---

\* Véase: Resultados cuantitativos de los proyectos normatizados de las áreas de tratamiento y prevención. Departamento de prevención Oficinas centrales, Junio de 1993.



elementos de análisis, a partir de los cuales se pueda armar la evaluación de necesidades y trabajar en su prevención. En lo que se refiere a las asesorías a VyPSS en el apoyo de dicho proyecto, éstas se realizan de una forma muy general y esporádica.

### 3. Información a concurrentes (IC):

Se han reportado más actividades que las programadas mensualmente, puesto que la gente llega a la institución a pedir dicha información y en algunas ocasiones se logra consolidar la formación de grupos para canalizarlos al proyecto GO. Puesto que éste proyecto en su mayoría es atendido por los VyPSS, las actividades mensuales reportadas cuantifican un +35%. \*

#### Nivel de Orientación:

##### 1. Orientación preventiva infantil (OPI):

Presenta un rezago muy importante en su desarrollo, debido a que no son muy claros los contenidos del proyecto, por lo tanto las actividades, necesidades del grupo y su evaluación es un tanto vaga y difícil de realizar. Generalmente, se pasan por alto temas como: autocuidado de la salud, autoestima, responsabilidad, comunicación, respeto mutuo; encaminándose más

---

\* Véase: Documento anterior.

a la actividad manual. Sin embargo, se ha logrado la coordinación con el proyecto OFP, lo cual empieza a unificar esfuerzos en torno a objetivos conjuntos de prevención, fortaleciendo el ámbito familiar (relación padre-hijo).

## 2. Orientación preventiva a adolescentes (OPA):

Debido a las actividades culturales y recreativas que se manejan en este proyecto (visitas a museos, deportes, juegos) se observa un mayor involucramiento de los jóvenes, aún en actividades fuera del tiempo de las sesiones; situación poco frecuente en el sentido de que en este tipo de grupos se juega la rebeldía de los adolescentes ante peticiones de tarea extraclase que surgen de las figuras de autoridad. Los resultados son satisfactorios y empiezan a apuntalar hacia la participación comunitaria en la prevención de la farmacodependencia. Estos grupos son, la mayoría de las veces, ya organizados, es decir, de escuelas, clubes, etc; pues en comunidad es difícil captarlos.

## 3. Orientación familiar preventiva (OFP):

El interés de las madres de familia (ya que pocas veces asisten hombres) es grande, puesto que intentan llevar los mensajes a su hogar y, a su familia los elementos para crecer y desarrollarse positivamente. Sin embargo, el número de asistentes disminuye siempre,

ya que deciden atender su casa y familia en vez de recibir la capacitación. Esto puede deberse también a la impuntualidad o inasistencia del responsable del grupo y a su espontaneidad de trabajo grupal (no se prevee lo que se tra bajará en la sesión).

#### 4. Orientación preventiva a la tercera edad (OPTE):

Puesto que el proyecto se encuentra en piloteo, no existen resultados a la fecha, pero se ha logrado formar un grupo en coordinación con la Clínica No. 6 del IMSS.

#### Nivel de Capacitación:

##### 1. Grupos organizados (GO):

Este es un proyecto difícil puesto que se tiene que contactar con otras instituciones o grupos formales, no obstante, funciona con un buen nivel de calidad en sus aspectos metodo lógicos y técnicos, puesto que se sondan las necesidades, intereses e inquietudes de los grupos con la finalidad de armar programas acordes a la población que se atiende, dando dirección a la prevención.

##### 2. Capacitación a la comunidad (CC):

A pesar de que se fija un año para trabajar en cada comunidad no es suficiente para lograr su capacitación total, puesto que es difícil motivar a la población de los predios, y en los eventos se forman muy pocos grupos (general

mente OFP y OPI) sin lograr aún el trabajo con adolescentes. Además, la inserción de la institución causa incomodidad en la población pues la gente ya no cree en la ayuda que pueda proporcionarle las instituciones. Para lograr motivar a la población se ha firmado un convenio con el DIF, el cual apoya con donativos para los eventos en comunidad.

### 3. Voluntariado y personal en servicio social (VyPSS):

Participan generalmente en los proyectos IPP, IC, OPI y OPA; no teniendo participación directa en los proyectos restantes, ya que sólo apoyan al responsable de la actividad. El proyecto ha ido estableciendo sus bases teóricas, metodológicas y técnicas, a partir de la intervención del equipo médico técnico, ya que en un principio, los contenidos temáticos de capacitación parecían desfasados.

### 4. Grupos de promotores preventivos (GPP):

Son escasos los grupos que llegan a reproducir los mensajes preventivos de la institución, ya que primero deben pasar por los niveles de información y orientación para después ser capacitados. Los pocos que existen, y que en su mayoría son los mismos, surgen del proyecto GO (grupos de psicólogos, médicos, maestros y otros grupos ya formados pertenecientes a otras instituciones).

Puesto que en la práctica directa con los proyectos preventivos anteriores, se han observado algunas deficiencias, se pensó en la elaboración de un programa que intentara un mayor resultado en la lucha por la disminución de la farmacodependencia, y quizás a largo plazo su erradicación. La siguiente propuesta surge del análisis previo de las alternativas ofrecidas por CIJ para la prevención de dicha problemática.

VII. PROPUESTA PARA UN PROGRAMA  
PREVENTIVO DE SALUD.

La lucha por la reducción de la farmacodependencia sin duda debe ser permanente, hay que tomar consciencia de que el consumo y el abuso de drogas siempre estará acechando a la sociedad -pues aún cuando se ponga un alto en la siembra y el tráfico ilícito de las mismas, éste problema seguirá apareciendo- y que la mejor forma de protección es la prevención. Esto quiere decir, que la más viable alternativa para combatirlo, es prevenirlo; aunque ésta sea también la forma más tardada y costosa.

La prevención es una idea conocida pero necesita tiempo y dedicación. Es utilizada ampliamente en el campo de la salud y significa ayudar a que las personas, especialmente la gente joven, desarrolle estabilidad emocional y valores morales, que pueden reducir la posibilidad de que se hagan daño, tanto a sí mismos como a otros, al usar indebidamente y abusar de sustancias tóxicas.

Prevenir, es una idea positiva y consiste en desarrollar una resistencia al abuso de drogas antes de que comience el problema; sin dejar de lado la posibilidad de prevención durante y después de la problemática. Incluye una gama de esfuerzos para ayudar a que la población desarrolle destrezas y talentos, adquiera confianza y se autovalore positivamente y aprenda a tomar decisiones sobre sus

propios cuerpos y vidas. Si tienen confianza y, generalmente se sienten bien consigo mismos, es muy lógico pensar que nunca tendrán necesidad de recurrir a las drogas. Dicho de otra manera, significa reemplazar sentimientos negativos de su persona con actitudes y valores altamente positivos. Esto puede lograrse si se consideran tiempo, recursos, esfuerzo y dedicación, así como si se provee de diversas opciones y actividades interesantes a los grupos comunitarios -deportes, artesanía, música, recreación, entre otras- con el apoyo y financiamiento de instituciones interesadas en su prevención, así como de los recursos materiales y humanos con que cuenta la misma comunidad.

"Unidos por la consciencia de la necesidad de evitar la aparición de ésta problemática, se encuentran: el Gobierno de la República, instituciones del Estado involucrados tanto en prevención como en el combate al narcotráfico, a los medios de comunicación, a organizaciones, empresas, instituciones privadas y, personas que de alguna forma colaboran en esta cruzada" (CEMEF, 1987).

Así también, se encuentra que otros organismos como radio y televisión, han cooperado en esta lucha: "el 26 de junio, Día Mundial contra el uso indebido y tráfico ilícito de Drogas, participaron con mensajes y programas



preventivos: Núcleo Radio Mil, Radio Programas de México, Grupo Acir, Estereo Rey, Estereo Cien, FM Globo, Radio Mundo, Periódico Amigos (de la delegación Miguel Hidalgo) y, El Heraldó de México.

Así mismo, la Lotería Nacional imprimió en sus tirajes, tres mensajes contra la drogadicción; Superama y Aurrerá imprimieron en sus bolsas la frase: "Dile No a la Droga, Si a la Vida". Uniéndose también, al proyecto por un México Libre de Drogas, la revista T.V. y Novelas publicó periódicamente el mensaje: "¿Drogas? No gracias, prefiero vivir". En ECO, se televisó un programa en que se comentaron los contras de la legalización del consumo de drogas. Igualmente, el programa de radio de la XEW, "En confianza" y "De mujer a mujer" del canal 4, participaron en esta labor" (Domech, 1990).

Sin embargo, para que dicha prevención resulte eficaz debe convertirse en un proceso constante, continuo y debe existir congruencia entre lo que se dice y lo que se hace, ya que; como ejemplo, durante el año de 1990, Televisa inició una campaña contra la drogadicción: "Las drogas destruyen... y tú mereces vivir". Así como el Consejo Nacional de la Publicidad, televisó e imprimió los mensajes y comerciales de Yuri, Mijares, Pandora y Vicente Fernández;

campaña que intentó alertar a los jóvenes, admiradores de éstos artistas sobre los riesgos de involucrarse con drogas.

Pero, es fácilmente visible que existe mayor cantidad de comerciales y mensajes, en los medios de comunicación masiva, sobre promoción de bebidas alcohólicas, cigarros, etc; que son nocivos para la salud -con letras muy pequeñas en el producto-, que el número de publicaciones dirigidas a la prevención de la farmacodependencia.

En 1993, también se trabaja en materia de prevención. Se observa en las diferentes líneas del Sistema de Transporte Colectivo Metro, mensajes y pósters de Centros de Integración Juvenil sobre éste fenómeno. En el programa de televisión, Cámara in fraganti, se organiza un concurso de videoclips sobre mensajes de cómo prevenir el problema. Así como mensajes televisivos sobre "Viva la familia" y "No juegues con lo más importante que tienes, tu vida y tu libertad". Los dos últimos para prevenir la salud. Sin embargo, sigue siendo mayor el número de mensajes de productos nocivos y no sólo eso, sino que la mayoría de las pelí culas -nacionales o extranjeras- distorsionan dicho problema y además, lo muestran como un fenómeno tan natural y esperado por todos, que no vale la pena luchar por su prevención.

Es por lo anterior que, en un primer momento, se piensa en la elaboración de un programa preventivo que garantizara mejores resultados, y que en conjunto con los proyectos de CIJ, lograra la disminución de los casos de consumo y abuso de drogas. El programa se encontraba más que nada, orientado a la información pública y contemplaba lo siguiente:

1. La farmacodependencia debe darse a conocer al público cuidando en extremo la forma de presentar dicha información.

2. Cuando se informe de una captura o confiscación hay que difundir el daño a la salud que pudo acarrear lo confiscado, las penas a las que se puede hacer acreedor el delincuente y el daño económico correspondiente a la sociedad.

3. Ligar permanentemente los fenómenos de la drogadicción y narcotráfico y equilibrar la cantidad y calidad de noticias sobre el mismo.

4. Aumentar las notas, reportes y artículos sobre prevención.

5. En la medida de lo posible, terminar con mitos sobre las drogas a través de la información verdadera y oportuna.

6. Los medios de comunicación deben apoyar a promover toda campaña positiva que enaltezca los valores y virtudes del ser humano. Así

como la promoción de opciones positivas como: el deporte, el arte y las actividades en familia, así mismo, ofrecer alternativas sobre el uso del tiempo libre (deportivos, bibliotecas, museos).

7. Todo mensaje antidroga deberá ser lo suficientemente claro y conciso, con el empleo de un lenguaje al alcance de todos los niveles culturales y sociales, con el fin de aumentar su penetración y eficiencia.

8. Hacer énfasis en evitar la automedicación.

9. Las campañas preventivas deben ser permanentes.

10. Fomentar la información ciudadana confidencial (denuncia) a las instituciones encargadas de vigilar y aprehender a los delincuentes (robos en grupo).

Sin embargo, se puede notar que tal programa puede simplemente incorporarse con el de CIJ, y entonces se opta por abandonarlo.

A continuación se presenta el programa preventivo de CIJ, para facilitar su comparación:

PROGRAMA PREVENTIVO ESPECIFICO DE CIJ.

PREVENCIÓN

=

ETAPA

-107-

Primaria

Mejorar condiciones ambientales e individuales de vida.  
 Actividades para evitar la aparición de la farmacodependencia (deportes, eventos, actividades recreativas).

Información

Sensibilizar a la comunidad.  
 Conscientizar sobre el problema.  
 Detectar necesidades.  
 Ofrecer alternativas.  
 Motivar su participación en grupos preventivos.

Secundaria

Precauciones para que no avance o se deteriore la farmacodependencia.

Orientación

Generar cambio de actitudes.  
 Promover toma de conciencia sobre la salud física, mental y social.  
 Ser participantes activos.

PROGRAMA PREVENTIVO ESPECIFICO DE CIJ.

PREVENCIÓN

=

ETAPA

Terciaria

Rehabilitación.  
Reintegración o reubicación a la sociedad.

Capacitación

Proporcionar elementos para su participación en la prevención de la farmacodependencia.  
Lograr su autogestión.  
Formar grupos de promotores de salud.

---

Sin embargo, el objetivo de elaborar un programa preventivo era mucho más ambicioso. Se pensó en uno que previniera no sólo la farmacodependencia, sino que lograra mejores condiciones de salud, tanto física como mental y social; y como resultado, el no permitir la aparición de problemas sociales como son la drogadicción misma, la delincuencia, la prostitución, entre otros. Todos ellos, problemas en los que intervienen factores individuales, familiares y especialmente sociales.

Sin olvidar que sólo se ofrece una propuesta que genere alternativas y conduzca a la reflexión en materia de prevención; un programa que ayude a que se presenten en menor cantidad y frecuencia problemas que afectan a la sociedad y que quizás a largo plazo logre su solución definitiva; y que no se refiere de ninguna forma, a la no aparición de problemas de salud como viruela y otras enfermedades que no pueden ser controladas por un programa de este tipo. Un programa que logre entender las características sociales y mentales de los grupos comunitarios (creencias, costumbres, formas de vida, valores, cultura); que trabaje en la preparación psicológica de las comunidades y, que por medio de la motivación y la educación para la salud, provoque cambios mentales y de actitud frente a cualquier problemática

social, mediante un proceso reeducativo de sensibilización, reflexión y conscientización que optimice la participación comunitaria y la autogestión de la misma; todo esto con el trabajo activo del psicólogo. Se habla de un programa comunitario porque es en la comunidad donde se engloba tanto el aspecto individual como el grupal (diferentes grupos e instituciones) de la esfera social. Siendo de tipo inespecífico (por no estar encaminado a resolver un problema en especial), de salud comunitaria (por estar orientado a la participación de la comunidad, donde se pretende que las personas se envuelvan en actividades que provean satisfacción y recompensa mutua). Hay que considerar también que todas aquellas similitudes que puedan encontrarse en los programas específicos ya existentes, pueden llevar a programas preventivos inespecíficos; es decir, si se retoman las características o rasgos generales o principales de cada uno de éstos, puede elaborarse un programa que pretenda cubrir todas estas similitudes y, a su vez, prevenga uno o varios problemas sociales; que englobe y cubra las necesidades individuales, familiares y sociales que llevan en un momento dado a la aparición de una problemática. Pues no hay que olvidar que la mayoría de los problemas psicosociales cuentan con una estrecha vinculación ya que



todos ellos tienen condiciones económico, polí-  
tico y culturales muy semejantes; es por ésto  
que no se puede pensar en solucionar uno sólo  
sin tomar en cuenta la posibilidad de trascender  
en los demás.

Para tener más claro dicho programa, hay  
que referirse al siguiente esquema:

Programas  
preventivos.

Específicos  
(farmacodepen-  
dencia, cólera,  
prostitución,  
etc).

Prevencción  
primaria.  
Prevencción  
secundaria.  
Prevencción  
terciaria.

Inespecíficos  
(Problema de  
salud "x").

Prevencción  
primaria.  
Prevencción  
secundaria.  
Prevencción  
terciaria.

PROGRAMA PREVENTIVO INESPECÍFICO  
PARA COMUNIDAD.

I. PREVENCIÓN PRIMARIA.

A. El trabajo que aquí se propone supone la colaboración y el abordaje de equipos interdisciplinarios; es decir, la constitución de equipos polivalentes, ya que la prevención de una comunidad no es tarea exclusiva de ninguna profesión. Por eso, se pretende la participación de psicólogos, médicos, trabajadores sociales, psiquiatras y educadores en conjunto con los grupos comunitarios y el apoyo de su gobierno.

B. Deben conocerse y entenderse las características sociales y mentales de los grupos comunitarios (valores, actitudes, conductas, creencias, formas de vida, costumbres), para provocar cambios sociales.

C. Esta tarea debe promover y obtener en la comunidad: salud física, salud mental y salud social. Surtiendo efectos en diferentes momentos:

1. Corto Plazo:

- a) sensibilizar a la comunidad sobre problemas sociales.
- b) detectar necesidades.
- c) detectar recursos humanos y posibilidades.
- d) ofrecer alternativas.
- e) motivar la participación comunitaria.

- f) estimular el deseo de progreso mediante su propio trabajo y esfuerzo.
- g) despertar su capacidad para resolver problemas comunitarios, familiares e individuales.
- h) estimular el trazo de metas comunes.
- i) perfeccionar hábitos de salud.
- j) perfeccionar hábitos de educación familiar.
- k) expresión de sentimientos.
- l) expresión de ideas.
- m) fomentar el optimismo.
- n) despertar ideales (tener modelos de personas fuertes y comprensivas a quienes se pueda admirar).
- ñ) manejo del tiempo libre en actividades positivas.
- o) darle rienda a la imaginación, curiosidad y creatividad canalizándolos en actividades manuales.
- p) cambiar ambientes y lugares que puedan crear diferentes actitudes y comportamientos.

## 2. Mediano Plazo:

- a) reflexionar sobre la importancia de la salud.
- b) tomar medidas preventivas (medidas alimenticias, actividades recreativas, culturales, artísticas, manuales, deporte,

- exámenes de salud, chequeo médico y psicológico). Con el financiamiento del gobierno, instituciones y, recursos con que cuenta la comunidad.
- c) rescatar experiencias familiares en el área de la salud, así como estrategias hacia su prevención.
  - d) aprender a vivir en un entorno en donde existen diferentes problemas.
  - e) mejorar la comunicación y las relaciones interpersonales.
  - f) elevar el nivel de aspiraciones (individuales y comunes).
  - g) mejorar las destrezas que faciliten la toma de decisiones.
  - h) generar cambio de actitudes.
  - i) tolerancia a la frustración y a los errores.
  - j) manejo de ansiedad.
  - k) promover la autoestima.
  - l) desechar la inseguridad.
  - m) tolerancia a la soledad.
  - n) sobreponerse al dolor y desengaño.
  - ñ) mejorar las relaciones intra y extra familiares.
  - o) entender los roles de cada miembro de la familia.
  - p) entender la estructura familiar en que se vive.

### 3. Largo Plazo:

- a) evitar que la población corra el riesgo de presentar "x" problema.
- b) conocer la multicausalidad (factores individual, familiar y social) de problemas comunes.
- c) conscientizar sobre el problema.
- d) rescatar experiencias sociales en el área de la salud, así como estrategias hacia su prevención.
- e) motivar la participación en grupos preventivos para beneficio común.
- f) que la población se responsabilice de su propia salud.
- g) que se logre la autogestión. Es decir, lograr conscientizar a la población para que participe en actividades de beneficio común, así como reproductores de mensajes y actividades preventivas.
- h) que se vuelvan multiplicadores de acciones preventivas.
- i) que la población participe en el plan teamiento y realización de programas para beneficio colectivo.
- j) que se abarque a toda la población.
- k) lograr la erradicación del problema.
- l) lograr el abatimiento de otros problemas sociales.
- m) oportunidades para llevar a cabo expe

riencias exitosas y excitantes en el hogar, la escuela, el trabajo y en la comunidad.

- n) fomentar el amor a la vida y a sí mismo, respeto por su persona, su cuerpo y, hacia los demás.
- ñ) promover el florecimiento de valores humanos (amor, fidelidad, respeto, confianza, honestidad, paciencia).
- o) entender la estructura social en que se vive.
- p) aprender a vivir en ella, buscando siempre alternativas.

## II. PREVENCIÓN SECUNDARIA.

- a) comprender la multicausalidad (factores: individual, familiar y social) de "x" problema. Esto es, rasgos generales de la población que facilitan la aparición de un problema.
- b) prevenir su transmisión (campañas preventivas).
- c) información verdadera, clara y concisa sobre los posibles daños físicos, psicológicos y sociales que pueden acarrear su transmisión.

## III. PREVENCIÓN TERCIAARIA.

- a) incapacidad.
- b) rehabilitación.
- c) reubicación o reintegración a la esfera

social a la que pertenece.

La presente propuesta pretende dar mayor peso a la tarea de la prevención primaria, es decir, conocer las características sociales y mentales -por medio del trabajo interdisciplinario- para provocar un cambio social. Así como la promoción de la salud física, salud mental y salud social; y con la propia responsabilidad de los grupos comunitarios, evitar que la población corra el riesgo de presentar algún problema, no sólo la farmacodependencia -de aquí su tipo inespecífico- y con esto, no permitir el paso a las medidas de prevención secundaria y terciaria. Tal propuesta, se hace en función al análisis de lo que Centros de Integración Juvenil trabaja en lo referente a prevención, y tal vez, determine los alcances de los programas tanto específicos como inespecíficos para la solución de problemas sociales; considerando éste último el más óptimo en materia de prevención.

VIII. CONCLUSIONES.



El hombre primitivo utiliza diversos tipos de plantas para cubrir algunas de sus necesidades, para vestir, para comer, etc. En su medio ambiente existen hierbas que tienen el efecto de provocar cambios en su mente y en su conducta, pero nadie sospecha que son "drogas". Al transcurrir el tiempo, empieza a observar y se pregunta sobre el medio que le rodea y utiliza estas sustancias para comprender su naturaleza, para entender su realidad; al mismo tiempo las usa como medio de acercamiento con sus dioses, ya que todo aquello a lo que no encuentra explicación es deificado y mistificado y sólo se les puede conocer por medio de la intoxicación. El pueblo ve este consumo como algo natural ya que a todos queda claro su utilización con fines mágico religiosos, además de curativos.

Con la llegada de los españoles al territorio mexicano, los antiguos pobladores se encuentran en la necesidad de esconder todos aquellos ritos, danzas, cultos y dioses que les permitían conocer y entender su mundo; puesto que los nuevos extranjeros al ver con incredulidad lo que éstos practicaban, los tratan como herejes y los obligan a creer en un nuevo y único Dios. Con este hecho, el consumo de tóxicos se extiende a la mayoría de la población, pues si antes sólo lo gozaban los sobresalientes

(jefes, curanderos, valientes), ahora se convierte en el refugio de los vencidos.

No obstante, éste fenómeno se convierte en problema hasta que se presenta el abuso y no sólo el consumo de drogas; ya que no debe olvidarse que muchas de ellas son utilizadas en la industria farmacéutica para fines benéficos. Sin embargo, por la estructura social y la crisis de valores que sufren algunos países, más la falta de elementos y valores con que debe contar todo ser humano (confianza, respeto, amor hacia su persona y hacia los demás, cultura, educación, mejores formas de vida, etc), ésta problemática se acentúa cada vez más, a pesar de los diferentes intentos para su abolición.

En el desarrollo histórico para su lucha, se encuentran diferentes instituciones entre las cuales destaca Centros de Integración Juvenil A.C., por su extensión nacional y, cuya preocupación desde hace 25 años, es el fenómeno de la farmacodependencia. No obstante, y a pesar de que cuenta con diferentes proyectos preventivos y de tratamiento sus esfuerzos se han visto obstaculizados, puesto que, actualmente empieza a encaminar su trabajo al aspecto cuantitativo más que al cualitativo, y la mayoría de las veces el personal encargado de la prevención no cuenta con la capacitación necesaria para enfrentar tal problema; esto

en lo referente a prestadores de servicio, pues aún cuando el personal de base recibe capacitación constante, éstos dejan la mayor parte de los grupos trabajados a los VyPSS. Además de que algunos de sus proyectos ya no cuentan con la misma eficacia, por encontrarse sin revisión y replanteamiento de sus objetivos, tomando en cuenta que cada persona o grupo necesita elementos diferentes para lograr su prevención; sin caer -como se hace- en la improvisación.

Si se considera que éste es ya un problema universal que no respeta sexo, estatus, etc; debe pensarse seriamente en las diferentes alternativas para su disminución, pues aún cuando existen campañas de difusión, que transmiten constantemente mensajes preventivos, no basta con su esfuerzo, ya que su reducción no radica en presentar la existencia, el tráfico ilegal y el abuso de drogas como algo malo, sino más bién, en surtir de elementos psicológicos y sociales al ser humano, para que aún cuando la existencia de drogas sea latente, tenga la certeza de que su abuso no vale la pena; ya que su cuerpo, su mente, su familia, sus valores y su vida son mucho más importantes y que, como cualquier persona, que cuenta con problemas sociales, familiares y de existencia, puede siempre encontrar diferentes alternativas

para solucionarlos, sin hacerse daño a sí mismo ni a los demás.

Para esto, es necesario la elaboración de un programa que tome en cuenta tanto las características mentales (valores, conductas, creencias), como sociales (cultura, desempleo, formas de vida) de los grupos comunitarios, de toda una comunidad, de un país; y que pretenda en cualquiera de sus etapas prevenir no sólo un problema en específico (para el caso de la farmacodependencia) sino la prevención de cualquier otro problema de tipo social, como pueden ser la prostitución, la delincuencia, el robo de infantes, entre otros; todos ellos, fenómenos que en su momento se presentan por la falta de elementos psicológicos, sociales, culturales, de valores humanos, etc; así como de las condiciones económico, político e ideológicas en que se encuentra el país; y el apoyo del gobierno e instituciones, los cuáles son necesarios para lograr una menor frecuencia o decremento de tales problemas.

Un programa que considere las carencias tanto individuales, familiares y sociales de cada grupo, cada comunidad y de todo el país; que logre la reeducación de la población en lo referente a su salud física, mental y social, sin olvidar la participación activa de todos y cada uno de sus pobladores, la participación

por y para la misma comunidad, en conjunto con su gobierno y con el apoyo material y financiero del mismo. Además de valorar los recursos humanos existentes y sus potencialidades para el logro de sus objetivos.

De lo anterior pueden concluirse los siguientes puntos:

1. El consumo de tóxicos no es nuevo, aparece cuando el hombre primitivo intenta satisfacer sus necesidades, conocer y entender su medio y, comunicarse con sus dioses.

2. Dicha utilización de sustancias es aceptada por la población mientras se encuentra en un marco mágico religioso.

3. El uso de drogas se extiende a la mayoría de la población cuando llegan los españoles a México, transformándose de consumo de privilegiados a consumo generalizado.

4. Este fenómeno se convierte en problema cuando se presenta no sólo el consumo, sino también el abuso de drogas.

5. Llega a trascender las formas de vida, las costumbres y los valores de la sociedad.

6. Se acentúa cada vez más, a pesar de los diferentes intentos para su disminución.

7. El problema de la farmacodependencia afecta no sólo a un país, sino que cuenta ya con un carácter universal.

8. Dicho problema no dejará de existir

hasta que se provea al ser humano de los elementos necesarios para su reducción (amor, comunicación, honestidad), aún cuando las drogas sigan existiendo.

9. En una estructura como la mexicana (país dependiente), la invitación al consumo de productos nocivos para la salud, así como la existencia de películas distorsionadas sobre el tema, nunca desaparecerán.

10. Problemas de tipo social como la farmacodependencia, delincuencia, etc; se presentan debido a la falta de elementos psicológicos (autoestima, amor, respeto, honestidad), y sociales (condiciones de vida, condiciones de salud, cultura, educación) de que carece el ser humano.

11. Fenómenos como éste pueden desencadenar una serie de problemas que, aunados a la estructura del país, pueden ser irreversibles.

12. En la lucha por la abolición de ésta problemática han surgido diferentes instituciones, que hasta hoy, sus esfuerzos han sido insuficientes.

13. La prevención debe ser paralela al tratamiento, aunque los esfuerzos deben ser encaminados principalmente a la primera; pues la prevención debe enfatizarse en los grupos y comunidades donde todavía no aparece el problema.

14. El medio más idóneo para la solución de cualquier problema social, es la prevención, preferentemente de tipo inespecífico; aunque ésta sea también la más tardada y costosa.

15. Cualquier programa preventivo debe tomar en cuenta las características mentales y sociales de la población (creencias, valores, condiciones de vida, actitudes), para trabajar de acuerdo con ellas y obtener cambios sociales.

16. Debe crearse un programa que intervenga de forma inespecífica, es decir, que pretenda en cualquiera de sus momentos, la disminución o decremento de problemas sociales, y no sólo la solución de un problema específico; pues no debe olvidarse la multicausalidad que favorece a la aparición de problemas psicosociales.

17. Dicho programa debe tener presente las carencias, pero también las potencialidades de tipo individual, familiar y social de la población trabajada.

18. Debe ser revisado y replanteado constantemente, apegándose a las características y necesidades de la población y a su contexto sociohistórico.

19. Es necesaria la participación organizada, consciente e ininterrumpida de la comunidad, en conjunto con su gobierno, en la búsqueda de alternativas para lograr sus metas.

20. Deben aprovecharse todos aquellos

recursos materiales y humanos con que cuenta la comunidad, recibiendo el apoyo de su gobierno.

21. Debe estimularse la búsqueda de alternativas para la solución de problemas individuales o colectivos.

22. Debe tenerse como meta principal la autogestión de los grupos trabajados.

23. Un programa de este tipo puede, a largo plazo, lograr la no aparición definitiva de uno o varios problemas sociales.

24. Primero debe trabajarse con pequeños grupos, para que, al lograr su autogestión se responsabilicen de abarcar comunidades enteras.

25. A largo plazo, la prevención de problemas comunes puede lograrse a nivel nacional y, finalmente internacional.



## BIBLIOGRAFIA.

1. Aguilar Villa, Ma. del Rocío. Farmacodependencia. México: UNAM, ENEP-Zaragoza, 1992.
2. Ander Egg, Ezequiel. Metodología y práctica - del desarrollo de la comunidad. Buenos Aires: - Humanitas, 1980.
3. Barreix Moares, Juan, B. Metodología y método en la praxis comunitaria. - México: Fontamara, 1985.
4. Dleger, José. Psicohigiene y psicología institucional. México: Paidós, s/f.
5. CEMEF. México crece. Vital, boletín de Veritas. México fascículos 5 y 6, 1987.
6. CIJ. Manual de capacitación - para el voluntariado. México, s/f.
7. CIJ. Propuesta de trabajo para el proyecto de capacitación a la comunidad. México: Departamento de prevención, 1993.
8. CIJ. Participa en la atención de la farmacodependencia México: Tríptico, s/f.

9. CIJ. Orientación a familiares de farmacodependientes. México: Tríptico, s/f.
10. CIJ. Una respuesta integral al fenómeno de la farmacodependencia. Boletín informativo, México: Vol IV, Núm 1, 1991.
11. CIJ. ¿Qué es CIJ? México: - Tríptico, s/f.
12. CIJ. Educación para la salud. Cuaderno temático. México: Vol I, 1991.
13. CIJ. Glosario. (hojas sueltas). México: s/f.
14. CIJ. Guías técnicas del departamento de prevención. - México: 1985.
15. CIJ. La farmacodependencia y su prevención dentro de la comunidad. (librillo) México: s/f.
16. CIJ. Un abordaje a la comunidad. (memorias) México: s/f.
17. CIJ. Los maestros y la farmacodependencia. México: - Tríptico, s/f.
18. CIJ. FD: Órgano informativo -

19. CIJ. de Centros de Integra---  
ción Juvenil. México: -  
año I, núm 4, Oct-1982.  
Juntos trabajamos en la  
colonia. (librillo). Mé-  
xico: 1ª ed; 1987.
20. CIJ. Estudios acerca de la -  
farmacodependencia en Mé  
xico, realizados por Pau  
le Clarac. México: Serie  
Investigadores, 1990.
21. CIJ. Informes cualitativos y  
cuantitativos del mes de  
Julio de 1990. Depart-  
amento de prevención.
22. CIJ. Supervisión del programa  
preventivo. Departamento  
de prevención, Mayo-1991
23. CIJ. Lineamientos para reunio  
nes de trabajo con res--  
ponsables de proyectos -  
de orientación. Depart-  
amento de prevención, Ene  
ro de 1992.
24. CIJ. Resultados cuantitativos  
de los proyectos normati  
zados de las áreas de -  
tratamiento y prevención  
Departamento de preven--

- ción, Oficinas centrales  
Junio de 1993.
25. Coplamar. Necesidades escolares en México. México: Siglo - XXI, s/f.
26. Cruz López, Héctor. Insuficientes esfuerzos para frenar la farmacodependencia. Reconocen DIF y CIJ. México: en "Ovaciones" núm 15924, año - XLVI, 31-agosto-1993.
27. Domenech, Juan José. Espíritu de libertad. México: Veritas, 1990.
28. Escalante Fortón, Rosendo. Investigación, organización y desarrollo de la comunidad. México: Oasis 13ª ed; 1982.
29. Furst, T. Peter. Alucinógenos y cultura. México: Fondo de Cultura Económica, 1980.
30. García Estilla, Mario F. Análisis de la farmacodependencia como un gran problema social. México: UNAM, ENEP-Acatlán, 1988
31. García Liñán, Carmen. Consideraciones acerca de la evolución y consecuencias de la farmacodependencia. En: Fd, órgano informativo de Cen---

- tros de Integración Juvenil. México: año 1, núm 4, Oct-1982.
32. Gómezjara, Francisco. Técnicas de desarrollo comunitario. México: Nueva sociología, 1977.
33. Kisnerman, Natalio. El método. Buenos Aires: Humanitas, 1979.
34. Kisnerman, Natalio. Salud pública y trabajo social. Buenos Aires: Humanitas, 1981.
35. López Ibor, J.M. Psicología práctica. España: 1er tomo, núm 1, - 1992.
36. Llanes, Jorge. Prevención a la farmacodependencia. Serie Sociedad y drogas. México: - Concepto, 1982.
37. Llanes, Jorge. Drogas: mitos y falacias Serie Sociedad y drogas. México: Concepto, 1982.
38. Luna Domínguez, Pedro. Prevención de la farmacodependencia en México. - México: UNAM, 1990.
39. NIDA. La prevención del abuso de las drogas. National Institute on Drug Abuse, 1981.
40. Ortíz Mondragón, R. La farmacodependencia en

- México: 1970-1988. México: UNAM, 1992.
41. Oughourlian, Jean-Michel. La persona del toxicómano. México: Herder, 1981
42. Pichón Riviere, Enrique. El proceso grupal. Nueva visión, 1981.
43. Ponce, Manuel y Medina, M. Evolución histórica del concepto de la farmacodependencia. México; 1990.
44. Quintanilla, Ana y Pacheco, G. La prevención en CIJ: hacia un esquema referencial. México: mimeografía, 1990.
45. Rojas Soriano, Raúl. Sociología médica. México: Folios Ediciones, - 1985.
46. Rueda F., Claudia. Primer encuentro sobre información, drogas y narcóticos. México: 1981
47. Sanguinetli U., Yolanda. Procesos de desarrollo en Centros Locales. México; 1992.
48. Trueba Dávalos, José. Desarrollo comunitario. Manuales del promotor social. México: Edical, - núm 2, 1989.