

56
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CAMPUS IZTACALA

**"IMPORTANCIA ESTRATEGICA DE LA PREVENCIÓN EN UN
CONTEXTO INSTITUCIONAL: EL CONSEJO MUNICIPAL DE
LUCHA CONTRA LAS DROGAS Y LA DELINCUENCIA".**

**REPORTE DE TRABAJO
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**Presenta
GARDUÑO APARICIO JUAN FRANCISCO**

**Director:
Lic. César Roberto Avendaño Amador**



IZTACALA

México, D.F.

1999.

**TESIS CON
FALLA DE CONTENIDO**

27 3686



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 esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

INDICE

Introducción	1
Capítulo I. Adicciones.	
1.1 Farmacodependencia.	10
1.2 Conceptos básicos.	14
1.3 Tipos y clasificación de las drogas.	17
1.4 Proceso de adicción	20
1.5 Etiología	23
1.6 Acciones de intervención contra la farmacodependencia	27
1.7 Demografía de la farmacodependencia	28
1.8 Alcoholismo	29
1.8.1 Tipos de alcoholismo	32
1.8.2 Repercusiones y efectos del alcoholismo	33
1.8.3 Datos demográficos del alcoholismo	36
1.9 Tabaquismo	38
1.9.1 Efectos y consecuencias del tabaquismo	39
1.9.2 Efectos colaterales del tabaquismo	42
1.9.3 Demografía de la adicción al tabaco	42
Capítulo II.	
2.1 Salud pública, prevención y educación	46
2.2 Prevención	52
2.3 Educación	55
Capítulo III. Reporte de actividades preventivas	
3.1 Descripción del Consejo Municipal de Lucha contra las Drogas y la Delincuencia	59
3.2 Descripción de actividades	67
3.3 Reporte de actividades en áreas preventivas	72
Capítulo IV. Análisis de actividades preventivas	75
Conclusión	83
Referencias	86
Anexo	97

INTRODUCCIÓN.

Es un hecho comprobable que la farmacodependencia afecta por igual a todos los estratos económicos de la sociedad sin distinción de edad, sexo, o filiación política o religiosa; lo que varía es el tipo de sustancia empleada para intoxicarse influyendo una serie de elementos con los cuales se ve bombardeado el sujeto.

Considerando que la farmacodependencia es el estado psíquico y a veces físico causado por la interacción de un organismo vivo y un fármaco, caracterizado por modificaciones de comportamiento y otras reacciones; una de las más importantes es el impulso irreprimible por tomar el fármaco en forma continua o periódica, con el fin de experimentar sus efectos psíquicos y para evitar el malestar producido por el síndrome de abstinencia.

Se considera un sujeto como farmacodependiente cuando ingiere un tipo de fármaco, de forma intermitente o continuada, durante un periodo de tiempo prolongado; este exceso en el consumo de fármacos asociado a la dependencia produce una serie de problemas y alteraciones en las diferentes áreas: de la salud, familiar, social y económica, laboral, y en repetidas ocasiones legal. Todas estas consecuencias negativas repercuten sobre el individuo farmacodependiente agravando sus problemas (sí existen) de ansiedad, depresión baja autoestima, desorientación, crisis de identidad entre otros (Echeburúa y Corral 1988).

Tornándose como principal interés no sólo del Consejo Municipal de Lucha Contra las Drogas y la Delincuencia sino de los demás profesionales inmersos en la materia, el desarrollo de programas preventivos y la prevención como tal.

Esta necesidad surge del análisis de las diversas vertientes de la problemática que nos sugieren concluir que la rehabilitación de la farmacodependencia es en extremo complicada y en numerosos casos irreversible; ésta precipitada conclusión se da sin

pretender ser exhaustivos con la determinación de que posteriormente se justificará descriptivamente.

En primera instancia el tratar de comprender el abuso de drogas nos lleva a plantear tanto su etiología como el modo de evitarlas o eliminarlas, es aquí donde surgen cuatro modelos de aproximación a la farmacodependencia; cabe señalar que estas aproximaciones tienden a modificarse históricamente inspirando en cada época la acción social, la educación, la prevención, el tratamiento, la legislación y la formulación de una política (Nowlis, 1982 en Mayor y Tortosa 1990).

1. **Modelo Ético Jurídico:** establece que las drogas son el agente activo, mientras que el consumidor es la víctima expuesta a ellas, de ahí que el fin primordial sea que tales sustancias queden fuera del alcance de la gente a la que se ha de proteger mediante restricciones legislativas sobre el cultivo, elaboración, distribución, venta o posesión; por lo que su medio de prevención es la promulgación de leyes punitivas y que por lo menos teóricamente tengan su aplicación.
2. **Modelo Médico-Sanitario:** al igual que el modelo anterior asigna un papel principal que origina efectos nocivos para la salud del consumidor; los recursos que tiene para reducir la problemática es el desarrollo de una menor aceptación social y del aumento del precio y ventas con mayor restricción de todos aquellos medicamentos que pueden originar fácilmente una dependencia.
3. **Modelo Psicosocial:** aquí se destaca la importancia del sujeto y su comportamiento en la relación: sustancia individuo contexto, considerando que el consumo de drogas responde a necesidades personales y sociales; le interesa el contexto por las influencias marcadas sobre el sujeto. A nivel preventivo desarrolla programas de capacitación e información al público en general.
4. **Modelo Sociocultural:** subraya la complejidad y variabilidad del contexto social y cultural entre los elementos interactuantes. Es decir una droga adquiere un valor e importancia concreta no tanto por sus características farmacológicas sino por la forma en que una determinada población define su uso y a sus consumidores y como esta reacciona ante ellos. Por lo tanto la prevención de este modelo es la

promoción del cambio y la reforma social, tiene como una de sus principales características el desarrollo de normas que limitan a la publicidad.

En cuanto a la rehabilitación al igual que en la prevención se han desarrollado múltiples tratamientos que se fundamentan en diferentes enfoques teóricos.

El primero es el denominado "Tratamiento médico" el cual está clasificado en dos. En primer lugar están los que intentan separar al individuo del fármaco que causa la dependencia, con la mayor rapidez posible ayudándolo a perseverar en su abstinencia. El segundo método comprende la administración de un fármaco substitutivo, tal método es conocido como terapia adversiva.

Cabe señalar que dentro de cada categoría señalada existen subcategorías y programas específicos de tratamiento.

El segundo es el tratamiento Psicológico, este tipo de tratamiento médico se basa en la terapia individual y de grupo, sumándose a este tratamiento la mencionada terapia en centros especiales.

Además de la anterior propuesta, tanto en prevención como en rehabilitación, existen otras pero en general lo importante de citarlas es de que a pesar de sus esfuerzos profesionales contribuyendo a reducir la demanda del consumo de drogas son insuficientes ya que existen una serie de reportes que indican la poca eficacia de estas actividades: como referencia Paramo, P. (1989) menciona otros tratamientos que incluyen aversión, choques eléctricos, acupuntura, yoga, bioretroalimentación y privación sensorial en los cuales se encuentra una constante que es el logro de buenos resultados al final del mismo, pero en la revaloración un año más tarde los resultados son muy pobres e insatisfactorios. Berruecos (1997) comentó que la evaluación de la rehabilitación se torna con más incapacidades al considerar los siguientes elementos: la inundación de los sujetos ante los medios de publicidad, económicamente no se tienen los medios, en ocasiones las terapias y los lugares de tratamiento no son los más adecuados al particularizar el caso, los mitos y los valores, las dificultades del trabajo multidisciplinario, el consumo clandestino aunado a la accesibilidad, las incapacidades propias del sujeto, la escasa creación de empleos y actividades

recreativas. Dusek (1990) observó que en algunos casos el tratamiento es utilizado por los adictos para recuperarse físicamente con la finalidad de continuar con su consumo.

Dadas estas circunstancias se ofrece la prevención como medida para reducir los índices de incidencia, a pesar de la existencia de resultados aparentemente desalentadores que arrojan los estudios de evaluación de programas preventivos; dado que estos fallos se atribuyen la mayoría de los casos, a que el objetivo del programa no ha sido claramente definido, fueron demasiado idealistas, utilización de programas meramente Informativos y finalmente por variables que involucran al coordinador como son: falta de interés, aplicación mecánica o sin involucrarse.

Históricamente las drogas han existido y seguirán existiendo por lo que pensar suprimirlas sería utópico, es decir hay que aprender a convivir con ellas como se convive con la energía atómica y algunos otros avances de la tecnología; esta tendencia arranca de la idea común de que es más probable prevenir las adicciones que diseñar técnicas para eliminarlas, porque ya se muestra evidente la falta de eficacia de los tratamientos actuales. Es entonces cuando la educación se propone como uno de los elementos clave y probablemente el más trascendente en la labor preventiva. No cabe duda de que es necesario controlar la disponibilidad de las drogas, castigar a los traficantes, mejorar las condiciones de vida, pero en definitiva lo que puede hacer que la gente se aleje de las drogas es la actitud hacia éstas a través de la educación preventiva. La educación en materia de drogas no consiste sólo en la difusión de Información correcta y coherente, sino que abarca una amplia gama de acciones que tratan de optimizar las oportunidades de desarrollo intelectual, emocional, psicológico y fisiológico de las personas; además de que la información por sí sola no influye en el comportamiento. Cualquier actividad preventiva tendrá eficacia en la medida en que se relacione con las creencias, actitudes, valores, estilos de vida, dado que los individuos tienden a realizar una escucha selectiva y aceptar únicamente aquello que corrobora sus creencias y justifica su conducta.

El término prevención suele confundirse generalmente con todo el proceso de tratamiento hasta la rehabilitación y reintegración social del farmacodependiente, dividiéndola en tres etapas: Prevención primaria, entendiéndose literalmente, es decir tratar de evitar que se haga uso indebido de drogas; Prevención secundaria que

consiste en la detección temprana de los usuarios y la intervención para evitar que el consumo se torne habitual o crónico; Prevención terciaria que es en realidad el tratamiento medico o rehabilitación y la reinserción social.

Por lo tanto la verdadera acción preventiva puede describirse adecuadamente como un proceso interactivo de implementación de programas informativos, de capacitación, de presentación de alternativas o de estrategias de intervención terapéuticas que promuevan la creación de las condiciones para reducir al mínimo posible la incidencia o permanencia de la farmacodependencia; estimulando en los individuos cambio de actitudes, valores y comportamientos en las áreas afectiva, intelectual y de integración social. Recordando que la educación preventiva es algo muy diferente que la mera información o represión. La educación ha de proponerse como un elemento clave, dado que se utiliza como una técnica de prevención en el sentido de desarrollar o fortalecer la capacidad de resistencia de los individuos y grupos ante la oferta. Razón por la cual la implementación de este tipo de educación preventiva es una alternativa lógica como medio de superación de los fracasos de la rehabilitación y la detección. El objetivo primordial de esta es: "Evitar o reducir en la medida de lo posible el uso extramédico de las drogas que causan dependencia y buscar la reducción de la incidencia y la gravedad de los problemas individuales y sociales vinculados con la farmacodependencia.

La educación preventiva tiene como elemento de intervención al sujeto con sus razones y motivaciones. Se aparta de toda acción represiva para lograr que la persona por decisión propia y por que sabe y entiende lo que significa la drogadicción, no las necesite y rechace libremente la oferta; finalmente se obtiene que ese rechazo sea el resultado más que el del miedo, el del deseo de complacer al terapeuta, su familia o la sociedad, una elección libre sin que se sienta como una privación.

En dicho proceso indudablemente se parte de la información, ésta debe proporcionar el conocimiento objetivo, éste a su vez conduce normalmente a la motivación que finalmente influenciará en las actitudes; consideradas como aquella disposición hacia algo según lo que se siente, se cree o se sabe.

Elementos en conjunto que pueden producir los cambios mínimos necesarios para modificar el comportamiento adictivo.

Sin embargo, ni el conocimiento ni la motivación son suficientes para lograr los cambios del comportamiento deseado, si no se tienen habilidades de comunicación, reflexión, toma de decisiones, condiciones de vida aceptables y opciones para escoger.

Por lo tanto la educación preventiva también debe facilitar a las personas las habilidades necesarias e impulsar todo tipo de actividades que se supongan como alternativas a la farmacodependencia.

Históricamente, el consumo excesivo de drogas al igual que en otros países es conocido y abordado para su estudio y prevención como un problema de salud pública, por tal motivo se hace necesario el tratar de abordar el problema desde diversas corrientes y modelos teóricos y jurídico sociales; en este caso se plantean dos elementos como sustento para poder incidir y reconocer la importancia demográfica de prevenirla y las obligaciones establecidas constitucionalmente que se tienen ante la problemática, la primera de ellas es el aspecto jurídico y la segunda la demografía.

a) Aspectos Jurídicos: En México ante la creciente situación de farmacodependientes se han emprendido acciones de prevención y rehabilitación a través de campañas sociales que incrementan los niveles de bienestar de la población tratando de disminuir así la adicción en nuestro país. Por esta razón es necesario ampliar los campos de la investigación, en programas de detección, prevención y tratamiento. De acuerdo con esta problemática el gobierno ha tratado de proporcionar alternativas de solución, creando en el año de 1986 por decreto presidencial el Consejo Nacional Contra las Adicciones (Villalba, C y Martínez, R. 1997), proporcionando una ayuda económica a lo que hoy se conoce como grupos de AA (Alcohólicos Anónimos) y los centros de integración juvenil, cuya finalidad es rehabilitar a aquellas personas que han sido etiquetadas como farmacodependientes (Velázquez, D. 1995). Cabe señalar que también en México entró el programa "Día Mundial de No Fumar" que concientiza no sólo a los ciudadanos de abstenerse de por lo menos 24 hrs. Si no que también en el país se generan diversas reuniones multidisciplinarias en donde se dan a conocer en los distintos momentos la problemática (investigación, prevención y rehabilitación)

produciendo de este modo nuevas alternativas de solución. Así mismo el Gobierno del Estado de México que con fundamento en los artículos 115 fracción II de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 122 y 123 fracción I y 124 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de México; 2,3,31 fracción I, 48 fracción III y 160 de la Ley Orgánica Municipal, el H. Ayuntamiento Constitucional de Tlalnepantla de Baz genera un órgano cuyo objetivo es la incidencia en los problemas de la farmacodependencia y problemas que surgen en torno a dicha problemática, organismo denominado Consejo Municipal de Lucha Contra las Drogas y la Delincuencia.

b) Aspectos Demográfico Descriptivos. La creciente demanda de productos que generan adicción tienen un papel decisivo en la generación de problemas de salud pública en especial el de las drogas legales como el alcohol y el tabaco. Datos reportados por Domecq, 88% de los mexicanos mayores de 18 años consumen bebidas alcohólicas con grado por lo menos una vez al mes. El restante 12% pertenece al reducido mundo de los abstemios. Agregando a esta cuestión que las ventas de productos derivados de la uva (básicamente vinos de mesa y brandies) fueron de 8.5 millones de cajas en 1995 y se estimó que llegarían a 9.13 millones para fines de 1996, esto recordando que sólo se ha comercializado uno de diversos productos que sirven para industrializar bebidas alcohólicas. Al igual que la venta de los brandies, la cerveza mexicana está alcanzando un crecimiento del 21.4% arriba de la suma del primer semestre del año anterior (1995). Evidentemente los datos anteriores para las compañías productoras no es negativo, si consideramos que para Díaz Laces (en Oseguera, G. 1996) " la gran esperanza está en los jóvenes mexicanos, quienes están demandando productos refrescantes, novedosos, de baja graduación alcohólica, como lo es precisamente la sidra". Y para Costa "En Pedro Domecq estamos impulsando la cultura del buen beber: tratamos de evitar la concentración del volumen en pocos bebedores. En otras palabras, que muchos tomen poco y no que pocos tomen mucho". Estas dos citas señalan la contrastante finalidad que se tiene con respecto a lo que se pretende analizar en este caso: las posibilidades de prevención al consumo indebido de drogas y no de aumentar el nivel de producción de drogas legales. Por su parte el INEGI reporta que en una población de 562 adictos el 13.7 tenía problemas académicos antes de iniciar el

consumo incrementándose al 21% después de consumir; el 10.1% tenía problemas económicos elevándose al 44.4% después del consumo.

De los elementos y factores anteriormente citados son los que dan origen a tratar de solventar las necesidades a los problemas de salud pública por lo que se considera pertinente desarrollar una Institución denominada "Consejo Municipal de Lucha Contra las Drogas y la Delincuencia" como organismo dedicado a disminuir las demandas de farmacodependencia del Municipio de Tlalnepantla de Baz proporcionando servicios en tres momentos. 1) Prevención, dando apoyo psicológico a la comunidad, en forma de pláticas y talleres sobre el abuso indebido de drogas, conferencias teóricas y empíricas y cursos de capacitación para promotores en la lucha contra las adicciones a la población interesada. 2) Detección, apoyo para la valoración de individuos con problemas de drogadicción. 3) Rehabilitación dando orientación y canalización de individuos a instituciones especializadas para su rehabilitación, esto cuando la problemática está en un estado crítico; además de dar terapia psicológica al individuo farmacodependiente y a su familia.

Como producto del ritmo de vida actual al que es sometido el ser humano dentro de la sociedad, su estabilidad emocional se encuentra frecuentemente en crisis, factor que influye determinante en el aumento que han registrado las conductas antisociales como lo es la farmacodependencia y la delincuencia, esta última, en muchas ocasiones, producto de la primera.

En virtud del impacto social de estas problemáticas, se han encaminado un gran número de esfuerzos por combatirlas, desgraciadamente sin obtener los resultados deseados.

Es por lo anterior que el Consejo Municipal de Lucha Contra las Drogas y la Delincuencia, contemplando la naturaleza de ambas problemáticas, brinda apoyo especializado a la comunidad que padece de las mismas, para lo cual se plantea el siguiente objetivo:

Brindar un servicio psicológico especializado en el ámbito de las adicciones que favorezca una mejor calidad de vida de la población.

En dicha Institución la participación del psicólogo se derivó esencialmente de los requerimientos expuestos por el Consejo Municipal de Lucha Contra las Drogas y la Delincuencia y las demandas específicas de la población que en numerosas ocasiones fueron establecidas en las jornadas de salud.

Como ya se pudo observar el objetivo del presente reporte de trabajo profesional es el análisis de la participación del psicólogo en el área preventiva dentro de una institución gubernamental frente a la problemática de las adicciones; el análisis y sustento teórico es a través de la teoría conductual por ser una de las corrientes teóricas que propician un acercamiento a los conceptos teóricos y la evaluación con resultados tanto cualitativos como cuantitativos.

Dadas las implicaciones descritas, en el presente trabajo se inicia con un panorama teórico general sobre la concepción y demografía de la problemática para reconocer la importancia y trascendencia de la farmacodependencia; en el capítulo dos se revisaran las implicaciones sociales de tal forma que sea conceptualizada la adicción como un problema de salud pública; posteriormente en el capítulo tres se realizara la descripción del Consejo Municipal de Lucha Contra las drogas y la Delincuencia como órgano preventivo de las adicciones específicamente en el municipio de Tlalnepantla de az así como también el análisis de las mismas.

CAPÍTULO I

1. ADICCIONES

1.1.FARMACODEPENDENCIA.

Al paso del tiempo se puede destacar que las necesidades de los hombres se han incrementado junto con los avances tecnológicos, culturales, sociales y económicos de las distintas sociedades, ya que en primera instancia las necesidades básicas o también llamados impulsos fisiológicos que tienen su origen en cambios fisiológicos conocidos ocurridos en el organismo como son el del hambre y la sed, quienes están íntimamente relacionados, porque el agua se necesita en el organismo para la digestión y otros procesos bioquímicos de la asimilación de los alimentos. Alrededor del noventa por ciento de agua que consumimos tiene este propósito fisiológico. Además en todo momento perdemos agua, ya sea por los pulmones, durante la transpiración o por los riñones, por lo que el cuerpo necesita mantener cierta cantidad de agua en la sangre o en los tejidos, esta necesidad se refleja en la sed, la cual es controlada por células especialmente sensibles a la pérdida de agua, por tanto son activadas por una baja en el nivel de agua en la sangre, lo cual finalmente hace que el organismo busque agua y beba (Morris, CH. 1993; Morgan, C.T. 1982).

El hambre por su parte es una experiencia que parece variar de una persona a otra así como de una comunidad a otra, a veces está asociada con dolores que surgen a partir de las contracciones del estómago y ligeros mareos entre otras manifestaciones, aunque éste no siempre ocurre ya que no son necesarios para sentir hambre; Teitelbaum y Epstein, 1962 en Morgan (1982) mencionan que lo que sí ocurre es un proceso fisiológico en el que intervienen algunas partes del cerebro en la regulación del hambre y del comer, la más importante es el hipotálamo, situado en la base del cerebro, ahí existen dos centros, el del comer y el de la saciedad, a los cuales afecta la condición de la sangre que circula por ellos; el centro de la alimentación, al

ser activado hace que la persona tenga hambre y la induce a comer, por lo que el centro de la saciedad pone fin a la ingestión de alimentos cuando se ha ingerido lo suficiente.

Las consideraciones anteriores sustentan en esencia que las necesidades básicas en efecto tienen la base fisiológica de su existencia, éstas son las de hambre, sed, dormir, respirar y eliminación que se pueden clasificar como indispensables y por ende de supervivencia, las cuales tienen que ser solventadas con la ingestión de alimentos, agua, descanso y excreción respectivamente (Mednick, S. y cols. 1982; Hodgetts, R. y Altman, S. 1985).

Pero la tendencia del ser humano a ser social incrementa notablemente en número las necesidades de supervivencia y adaptación al medio circundante, aunque las de origen fisiológico no son en ningún momento suprimidas, este segundo grupo de necesidades no son indispensables para sobrevivir pero tienen un mayor peso para la adaptación de la persona al medio donde se desarrolla, ya que una de las características fundamentales del ser humano es el hecho de vivir en sociedad, característica que tiene funciones específicas la primera de ellas es la biológica que se realiza con base en la perpetuación de la especie; la segunda función es la psicológica que es una de las más importantes de un individuo debido a que funge como un refugio, una fuente de afectos y de identidad, se encarga de formar patrones sólidos de afectos; la tercera es la función social que consiste en mediar la relación entre el individuo y la sociedad (Hilario, C. y cols 1993; Gallo, M. y Salgueiro, R. 1988).

Necesidades denominadas como de tipo secundario, Abraham Maslow describe cuatro categorías de estas en orden ascendente la primera de ellas es la de seguridad, que incluyen el deseo de seguridad, estabilidad y ausencia del dolor; en segundo lugar están las sociales que comprenden la necesidad de sentirse necesario, estas se satisfacen frecuentemente por mediante la interacción social, que permite que la persona de y reciba amistad y afecto; la tercera es la de estima ya que los individuos necesitan sentirse importantes y deben recibir de los demás reconocimiento que respalde estos sentimientos. Finalmente esta la necesidad de auto realización, que es el deseo de sentirse más de lo que se es, de convertirse en todo lo que se es capaz de llegar a ser (Mednick y cols. 1982).

Para solventar tales necesidades es necesario cumplir con actividades y comportamientos determinados, éstos son: la ingestión de alimentos y bebidas como se mencionó anteriormente para el caso de las básicas, interactuar y recibir reconocimiento con los demás, alcanzar todo lo que puedan etc. en la satisfacción de las secundarias; ésta particular forma de vida genera estilos específicos de actuación puesto que en el desarrollo del individuo aprende que está regido por normas, reglas y prescripciones acerca de cómo es el mundo y de cómo debe de comportarse.

Aquí lo importante es que en ocasiones las necesidades secundarias inician un proceso no habitual de solventar necesidades ya sea porque las personas no son lo suficiente asertivas o porque tienen limitadas sus habilidades y capacidades para solucionar problemas; un claro ejemplo lo tenemos cuando bebemos algún líquido aunque fisiológicamente no lo necesitemos, tal vez porque tiene un sabor agradable para sí mismo, o porque nos invitaron. Actitudes y comportamientos que se van estereotipando a tal grado que toman el nombre de adicción.

Los Jueces medievales llamaban adicto al deudor que no podía saldar un préstamo en dinero y que antes de terminar preso, aceptaba pagar su deuda trabajando para su acreedor. Así es como se convierte en sinónimo de esclavitud, transitoria o de por vida, la palabra adicto se aplica hoy no sólo a los alcohólicos y consumidores de otras drogas, sino también a quienes de una forma patológica dependen del tabaco, la comida, los barbitúricos, la televisión, las dietas, el trabajo, los video juegos y el deporte, es decir, en general todas las personas buscan recursos mas o menos placenteros, pero el adicto lo hace de manera poco o nulamente controlado al iniciar un desequilibrio en su adaptación al medio en el que interactúa (García, L. 1997).

La conducta adictiva como lo señala Marlatt (1988 en Mayor, M. y Tortosa, 1990) es aquel patrón repetitivo de hábitos que incrementan el riesgo de enfermedad o problemas personales y sociales asociados. Tal conceptualización parte del supuesto de que, más allá de la diversidad, las conductas adictivas comparten ciertas características en común, tales como los procesos biológicos que pueden facilitar el desarrollo de la dependencia, la obtención de gratificación inmediata sin considerar los

efectos negativos a largo plazo y el alto índice de recaídas cuando el sujeto trata de cambiarlas por sí mismo o mediante un tratamiento.

Stanley Peele, (1975) en Dusek, D. y Girdano, D. (1990) define la adicción como una reacción humana a las drogas y hacia muchas otras experiencias como el amor, el matrimonio, el hogar, la medicina, la psiquiatría, la escuela, el trabajo y la religión. Es un apego tan fuerte a un objeto, persona o sensación que disminuye la capacidad de la persona para atender otras cosas de su medio o de sí mismo, a tal grado que llega a ser dependiente de aquella experiencia como única fuente de satisfacción.

Como se puede observar existen diferentes tipos de adicciones o dependencias, adicciones de las cuales se pueden desprender dos grupos importantes para efecto funcional y descriptivo del presente reporte, estas son las dependencias socialmente aceptadas y las socialmente no aceptadas; división que se hace en parte por el tipo de clasificación según las restricciones sociales que difieren de ciudad en ciudad o de una comunidad a otra que tienen base en los derechos y obligaciones constitucionales, sin olvidar también las costumbres y valores de subculturas generadas en cada una. Un ejemplo claro es la diferenciación de las drogas como legales e ilegales (Mayor, M.L. y Tortosa, G.F. 1990); ante esta situación es importante recordar las repercusiones en sus distintos niveles y alcances a nivel individual y social.

Aunque como se mencionó las dos clases de adicciones son destructivas en el primer grupo se encuentran las adicciones a sustancias las cuales tienen un nivel mayor de importancia dadas las repercusiones sociales, demográficas, económicas, políticas, fisiológicas, médicas y de rehabilitación que tienen, por lo que se hace indispensable describir el impacto e importancia que tiene en nuestra sociedad y por ende la necesidad de recurrir a la inmediata participación en el área tanto de las instituciones gubernamentales como las privadas y asociaciones civiles existentes para el abordaje de la problemática.

Para efecto de entender la importancia y el marco referencial del que se parte es importante conocer más de cerca la historia, conceptos básicos, etiología, efectos, las diferentes esferas en las que repercute, los intentos personales sociales y

científicos de prevención, detección y rehabilitación, así como las dificultades en cada una de estas instancias; aspectos que en definitiva tienen como objetivo conocer la profundidad y severidad del problema y unificar criterios en cuanto a definiciones y perspectivas sobre el tema, lo cual es útil para analizar el papel que juega El Consejo Municipal de Lucha Contra las Drogas y la Delincuencia como Institución gubernamental dentro de la problemática, particularmente en el área de prevención; de igual forma revisar el trabajo e inserción del psicólogo dentro de la misma, ya que finalmente este análisis da la oportunidad de generar alternativas viables de intervención ante sus labores y obligaciones institucionales, sociales y profesionales según sea el caso.

1.2. Conceptos Básicos

Existen una serie de definiciones y concepciones que son utilizados en forma frecuente por los diferentes profesionales que intervienen en la problemática al tratar de dar una explicación del uso y abuso de drogas, por lo que será conveniente dar una breve explicación y definición de cada uno de los términos antes de abordar directamente el tema de la farmacodependencia.

Según Massún, E. (1991) el término droga o fármaco es un nombre genérico que se designa a cualquier sustancia, que al ser introducida al organismo vivo, produce alteraciones en su estructura o funcionamiento normales, las drogas se distinguen de los alimentos porque no son nutritivas. Si bien algunas son útiles para curar enfermedades, en cuyo caso las podemos nombrar medicamentos, otras carecen de propiedades curativas, y sólo sirven para aliviar el dolor; finalmente existen drogas que no tienen uso médico alguno. Pero con esta aseveración se puede denotar que no existe droga buena o mala en sí misma, que todo depende del uso que cada uno tenga de ella. Por lo tanto todas las drogas pueden causar daño cuando se toman sin precaución o en dosis excesivas.

Fármaco del griego *phármakon* que significa medicamento y droga término otorgado a cualquier sustancia de origen mineral, vegetal o animal, medicamentos de

efectos estimulante, deprimente o narcótico (Diccionario Léxico Hispano, 1985 y Diccionario Larousse Ilustrado, 1994).

Para Schwebel, R. (1991) droga es la sustancia que puede producir cambios físicos, emocionales o mentales en las personas. Dentro de esta definición afirma de la existencia de drogas de uso médico y las que no tienen uso médico, de las cuales asevera que los dos tipos pueden llegar a consumirse indebidamente.

Otros definen a la droga de la siguiente manera, sustancia natural o sintética, usada en medicina por sus efectos estimulantes, depresores u obnubiladores con la característica de crear dependencia (Microsoft, 1997).

De los conceptos citados se encuentran puntos de encuentro y divergencias en cada uno de ellos por lo que se considerará la droga como toda sustancia (independientemente de su origen o clasificación e incluso los efectos) que entra en interacción no controlada con el organismo desarrollando modificaciones específicas en cada uno de ellos, en las diferentes esferas contextuales e individuales como son la salud, la familia, el trabajo y la sociedad entre otros.

Al reconocer la conceptualización de droga se puede establecer en general que la droga en sí no es dañina, lo que si afecta es la forma en que las personas se comportan ante ella, es entonces cuando se puede observar actitudes y comportamientos tanto sociales, culturales y personales que llegan a ser inmoderados, en tal situación es donde se introducen los términos de habituación, dependencia o adicción, que en general hacen alusión como se mencionó anteriormente, a la sumisión y habituación de un individuo, así como la poca o nula capacidad de abstenerse al consumo inmoderado, que se tiene ante un comportamiento o las drogas.

En este caso los conceptos que se utilizan para distinguir a las diversas adicciones a las drogas ya no es tan diverso aunque no pasa así con la definición que se les otorga. Los términos más comunes y considerados en la mayoría de los casos como sinónimos son farmacodependencia, drogadicción y toxicomanía, de los cuales de inicio se puede descartar el de toxicomanía ya que la palabra tóxico describe esencialmente a una sustancia venenosa, sin embargo el hábito inmoderado de

intoxicarse genera sensaciones agradables que suprimen el dolor y por ende es sinónimo de drogadicción.

Por otra parte es importante mencionar que la Organización Mundial de la Salud ha intentado descartar el término adicción con la finalidad de ayudar a modificar el estereotipado esquema del adicto como un criminal, desadaptado social, marginado etc. (Dusek, D. y Girdano, D., 1990).

De tal forma que el concepto que se tiene para identificar el consumo inmoderado de drogas es farmacodependencia. Término ya muy común dentro de los profesionales, incluso uno de los más difundidos es el que propone la Organización Mundial de la Salud por ser en la actualidad el que más se adapta a las necesidades de las comunidades médicas, educativas y de rehabilitación, concepto citado en numerosos artículos, textos y manuales el cual textualmente indica: "Farmacodependencia es el estado psíquico y a veces físico causado por la interacción de un organismo vivo y un fármaco o droga. Caracterizado por modificaciones de comportamiento y otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible por tomar el fármaco en forma continua y periódica, con el fin de experimentar sus efectos psíquicos y para evitar el malestar producido por el síndrome de privación"(Mayor, M. y Tortosa, G. 1990)

Sin embargo, existen otras definiciones que explican funcionalmente la problemática tales como la que maneja la Procuraduría General de la República (1997) en la que describe a la farmacodependencia como el consumo reiterado y habitual de sustancias químicas o naturales que alteran la mente y como consecuencia el de la conducta. Por lo tanto un farmacodependiente es aquella persona que utiliza drogas con fines de intoxicación en forma habitual.

En este caso se utilizará el concepto de farmacodependencia de la siguiente manera: es la conducta habitual de una persona en cuanto al consumo de una sustancia química o natural, relación caracterizada por modificaciones en la actitud y comportamiento de un sujeto, que finalmente lo encamina al desarrollo de desajustes en la adaptación al medio en que vive.

1.3. Tipos y Clasificación de las drogas

Es importante el conocer los diferentes tipos de drogas que utilizan los farmacodependientes en primera instancia para saber el origen y en algunos casos la forma de consumo ya que esto puede ayudar a discriminar el origen de la adicción y por tanto datos que promueven la generación de actividades preventivas.

Existen diferentes clasificaciones de las drogas, y es precisamente en este punto donde las divergencias en cuanto a las clasificaciones se refiere, surgen por la perspectiva o enfoque que se tenga de ellas, ya que hay quien las clasificará de acuerdo a los efectos que produce el consumo, otros por el régimen jurídico o criterios sociales y habrá quien las clasifique según la composición química o tipo de droga de la que se trate.

Antes de clasificar las drogas en los diferentes grupos se definirán los principales conceptos según la descripción que hace el Manual de Farmacodependencia que tiene ADEFAR de la Procuraduría General de la República ya que es un instrumento actual, en el sentido de contener datos confiables y está elaborado para fines didácticos y enfocado para ser los aquellos grupos de promotores preventivos y de rehabilitación de la farmacodependencia.

- Psicotrópicos, del griego psique que significa mente y tropos que significa cambio o modificación, por lo que cualquier sustancia independientemente de su origen que es consumida genera cambios en el consumidor.
- Narcótico: Sustancia que induce al sueño y produce sopor.
- Enervante: son todas aquellas sustancias que debilitan.
- Estuperfaciente: como su propio nombre lo indica es un producto que al ser consumido produce entorpecimiento de las facultades intelectuales.
- Depresor: es la sustancia que produce la transmisión lenta de información

- Estimulante: este desarrolla una taquitransmisión de información en el sistema nervioso
- Alucinógenos: origina sensaciones subjetivas, sin que estas sean precedidas por estimulación sensorial.

Massün, E. (1991) distingue tres grupos de drogas entre los que figuran:

1. Psicodislépticos : son depresores del sistema nervioso central, entre los que se encuentra el alcohol, los sedantes (barbitúricos y tranquilizantes), los narcóticos (opio, morfina, heroína y codeína) y las sustancias volátiles o inhalables (aunque estas son igualmente alucinógenos).
2. Psicoanalépticos o psicotónicos: son aquellos que fungen como estimulantes del sistema nervioso central, grupo al que pertenecen las anfetaminas, la cocaína, el tabaco y la cafeína.
3. Psicodislépticos : definidos como perturbadores del sistema nervioso central, en este grupo se incluyen a los alucinógenos como el LSD, mescalina, psicodelina y la cannabis; esta última es una droga ambivalente ya que simultáneamente es estimulante y tranquilizante, pero puede también provocar distorsión sensorial y ocasionalmente alucinaciones.

Una diferenciación de drogas similar a la anterior la propone Zamudio, T, y Grifé, C. (1992) sólo que los grupos los identifica con los conceptos de estimulantes, depresores y alucinógenos.

Existe otro grupo que clasifica a las drogas según su origen entre los cuales se encuentran las drogas de origen A) natural como es el caso de la cannabis y sus preparados, la cocaína, el opio y sus componentes activos como morfina y codeína. B) sintéticas, son todas aquellas que necesitan algún tipo de elaboración química para su obtención como la LSD, las anfetaminas, los barbitúricos y los tranquilizantes. C) Industrializadas, son productos industriales como los llamados inhalables, entre los

más comerciales están la gasolina tolueno, thinner, cemento plástico y pegamentos industriales.

Otra clasificación de las drogas es la que las agrupaba según su potencialidad farmacológica como drogas duras y drogas blandas, esta división se basa en el nivel de peligrosidad de cada droga en lo tocante a producir dependencia. Clasificación que se muestra muy limitada y hasta arbitraria en la medida en que es casi imposible determinar con precisión o en forma exacta como va a reaccionar un sujeto ante la misma droga.

Finalmente y de acuerdo a las leyes jurídicas y sociales se dividen en el primero de los casos como drogas ilegales en las que entran todas aquellas drogas que jurídicamente están prohibidas (mariguana, psilocibina, mezcalina, peyote, inhalables, alucinógenos, cocaína, crack, heroína, morfina, codeína, opio, anfetaminas, ICE, LSD Esteroides y Anabólicos, Hasis etc, entre los más conocidos). El segundo grupo es el de las drogas legales, entre las más importantes se encuentran las aspirinas, el café, el chocolate, el té, el tabaco y el alcohol, este grupo está relacionado directamente con el criterio social ya que este promueve el consumo por medio de la presión social o la cultura, así tenemos nuevamente dos grupos el primero de ellos es el grupo de drogas socialmente aceptadas y el segundo el grupo de drogas socialmente no aceptadas. Esta clasificación refleja claramente los parámetros jurídicos pero en forma práctica.

En el siguiente cuadro se puede observar los tipos de drogas según sus efectos y su uso de acuerdo a lo descrito anteriormente. Se separan algunas drogas como el alcohol ya que no es catalogada como tal y con fines de énfasis.

Grupos	Sustancias	Uso Médico
Opiáceos	Opio	Analgésico
	Morfina	Analgésico
	Codeína	Analgésico
	Heroína	Ninguno
	Metadona	Desintoxicación
Cannabis	Maruhana	Investigación

Alucinógenos	Hachís LSD Mescalina Psilocibina	Ninguno Uso psiquiátrico antes de su prohibición
Estimulantes	Cocaína	Antiguamente se usaba como Anestésiante
Depresores	Anfetaminas Tranquilizantes Barbitúricos	Obesidad e Hiperactividad Ansiedad y Neurosis Insomnio y Anestésico
Alcohol	Vino Cerveza Coolers	Ninguno
Tabaco	Todas sus variedades	Ninguno
Inhalables	Eter Gasolina Pegamento Aerosoles	Anestésiante Ninguno
Socialmente Aceptadas	Café Té Chocolate Coca-Cola	Ninguno

Un acercamiento a las diferentes categorías que se le otorga a las drogas denota en primera instancia los diferentes síntomas o efectos que producen en el organismo de acuerdo a las distintas composiciones químicas de éstas; pero también es posible establecer la actitud que se tiene ante ellas, es decir el aspecto social y jurídico. Características que por lo menos en teoría son funcionales.

1.4. Proceso de Adicción

Sin duda alguna la farmacodependencia no se genera de un momento a otro, sino que se dá a través de un proceso o evolución, la cual en general tiene cuatro etapas, de las cuales entre más temprana sea la detección, existe mayor posibilidad de

rehabilitación sin embargo cuando el proceso de adicción llega a la última de las fases es en extremo complicada la rehabilitación ya que son más áreas de interacción las que se ven afectadas que cuando el proceso apenas comienza.

La primer etapa es la denominada Dependencia Psíquica que se puede definir como la idea o costumbre de una persona para obtener un estado de bienestar a través de una droga, a pesar de que este supuesto sea totalmente falso.

La segunda etapa de este proceso es la Dependencia Física la cual se define como la generación de signos y síntomas específicos en el consumidor, tales como somnolencia, nerviosismo, taquicardia, insuficiencia respiratoria, contracciones musculares, dolores de cabeza y de estómago entre otros síntomas; esta situación surge cuando el organismo ya está habituado y en cierta medida adaptado biológicamente a los efectos de las drogas por lo que se comienza hacer necesario el consumo para solventar este desajuste orgánico que produce la abstinencia de las sustancias que regularmente se consumen. Figueroa-Hernández (1985) menciona que la dependencia física se refiere a un estado de alteración fisiológica producida por la administración repetida de un fármaco, y que requiere de la administración continua para evitar la aparición de un síndrome de carencia que es característico y estereotipado para cada una de las sustancias.

La tercera etapa por la que pasa el farmacodependiente es la denominada Tolerancia, en la cual el organismo ya está habituado al consumo inmoderado y por ende ya no se generan los mismos síntomas que al inicio se experimentaron por lo que el sujeto debe de incrementar la frecuencia, la dosis o el tipo de droga ya que los síntomas desagradables comienzan a aparecer con mayor frecuencia. Miranda H. y cols, (1996) mencionan que la Tolerancia Farmacológica se refiere a la disminución de los efectos de una droga después de una exposición previa o reiterada a la misma o a otra con una actividad farmacológica similar. Por lo que se puede concluir que los usuarios de las drogas llegan a ser físicamente dependientes de las mismas, en parte porque los efectos iniciales disminuyen con el uso crónico, por lo que si el sujeto quiere experimentar el efecto inicial de la droga es necesario consumirla con mayor frecuencia o aumentar la dosis. De esta manera el desarrollo de la tolerancia puede contribuir al

proceso de dependencia por el simple hecho de incrementar la dosis o consumirla con mayor frecuencia.

Finalmente la cuarta etapa de la adicción a las drogas es conceptualizada como Síndrome de Abstinencia, el cual es la cúspide negativa de la farmacodependencia, puesto que el organismo está ya tan habituado al consumo de drogas que la abstinencia de la misma puede provocar al igual que en la dependencia física signos y síntomas específicos solo que en este caso son más crónicos que pueden llegar hasta la muerte.

Junto con este proceso existe otra variable que influye en el proceso del desarrollo de la adicción, esta variable es la identificación del tipo de consumidor del que se trata ya que como lo cita Cidur-Elis, (1980 en Mayor y Tortosa, 1990) existen cuatro tipos de consumidores:

Tipo 1) Consumidores experimentales, se trata de individuos que sólo han ensayado o probado los efectos de la droga, una o más veces pero no mayor a tres en un lapso de tiempo no menor a un año. Este grupo de personas podrían no ser considerados como farmacodependientes debido a que el nivel de consumo es mínimo.

Tipo 2) Consumidores ocasionales, son sujetos iniciados en el abuso de drogas aunque en ellos todavía no existe una periodicidad de consumo.

Tipo 3) Consumidores habituales, estas personas utilizan la droga con regularidad y periodicidad fijas, aunque su dependencia no siempre les impide realizar su trabajo y mantener las relaciones interpersonales, este grupo puede pasar fácilmente de su categoría a una anterior o la inmediata superior de acuerdo a la cantidad y frecuencia con lo que realicen el consumo.

Tipo 4) Consumidores Crónicos, estos sujetos ya dependen súbitamente de las drogas, puesto que han pasado a formar parte de sus vidas, así como la generación de las diferentes dificultades y desadaptaciones al medio donde se desarrollan.

1.5. Etiología

Existe una gran controversia acerca de cuales son los elementos, situaciones, problemas o contextos que propician específicamente el desarrollo de las adicciones y en especial el de la farmacodependencia. A continuación se citaran en forma de resumen algunas características del origen o desarrollo de la adicción, propuesto por diferentes autores con la finalidad de retomar si no los más importantes sí los más comunes, ya que es preciso entender que el motivo de iniciación en el consumo de alguna droga ya no es el mismo después de un periodo de tiempo y mucho menos lo es cuando existe tolerancia del producto.

Entre los factores de iniciación de la farmacodependencia supone aspectos biológicos, fisiológicos, psicológicos y socio-culturales relacionados todos con el uso inicial de sustancias. Puesto que en el inicio de la farmacodependencia inciden factores farmacológicos, humanos y ambientales muy diversos no es factible ser militantes de los aspectos que se retoman en este apartado, por lo que pueden ser aceptadas otras propuestas teóricas o vivenciales que indudablemente enriquezcan el origen de la adicción.

Entre los factores fisiológicos se encuentra la aceptación metabólica del producto consumido, ya que como se sabe existen reacciones de rechazo ante la ingestión o administración de productos y sustancias en el organismo, el rechazo esta matizado principalmente por bloqueos del sistema nervioso central y las alergias conotadas con una innumerable lista de manifestaciones. De igual forma entre los factores fisiológicos se considera la necesidad de afrontar o calmar con ayuda de drogas algún malestar físico, calmar los nervios y su estado de alerta, dormir mejor o permanecer despierto.

Factores motivacionales o psicológicos, independientemente de las drogas utilizadas, la forma de consumirlas o de sus efectos fisiológicos y psicológicos específicos, el consumidor obtienen de ellas algunas ventajas o beneficios personales, principalmente porque el consumidor lo puede hacer para aminorar su ansiedad, olvidar un problema o experimentar sensaciones de satisfacción y euforia. Por lo que los motivos principales de consumo pueden ser los siguientes:

1. Satisfacer la curiosidad de sus efectos
2. Tener la sensación de pertenencia a un grupo de iguales
3. Expresar la necesidad de independencia o de hostilidad
4. Vivir experiencias placenteras o emociones nuevas
5. Adquirir un nivel mayor de concentración, rendimiento, conocimiento o creatividad
6. Producir la sensación de tranquilidad y bienestar
7. Evadirse o bien escapar de algo
8. Características personales como la introversión, incapacidad para relacionarse con los demás en forma adecuada, problemas sexuales y emocionales, inmadurez, tendencia al aislamiento, dependencia y manejo inadecuado de frustraciones, poca capacidad de adaptarse a ambientes antagónicos.
9. Aprendizaje

Factores sociales y culturales, estos elementos hacen referencia principalmente a la forma de responder de un individuo a situaciones sociales tales como:

1. Escapar de la realidad porque la perciben como punitiva y desagradable, o evadir problemas personales, que pueden ser desde económicos hasta la aceptación.
2. Búsqueda de libertad frente a lo establecido, el gusto o preferencia por hacer algo prohibido, o encontrar un nuevo modo de vida.
3. El extremo de la pasividad que es enfrentar la vida sólo para pasar el rato.

4. Elementos que se utilizan en extremo para ajustarse mejor a la normatividad social, como estudiar o trabajar mejor, encontrar más fácil la conversación y el contacto social, seguir una costumbre o evitar ser conocido como raro o diferente.
5. La disponibilidad, accesibilidad del producto y la permisividad o concepto que se tenga de la misma ya que como en el caso del alcohol no es considerado por muchos como droga, así que al consumo de estas bebidas y sus derivados no tienen el mayor prejuicio.
6. Especificación cultural y jurídica de lo permitido, ya que en este caso las drogas legales son las que mayor índice demográfico tienen.
7. En este punto se hace referencia a la inclusión o exclusión al grupo de pertenencia, como verse rechazado o no aceptado por la familia o por las amistades, sentirse marginado o discriminado en el trabajo (Lesperance, L., 1991; Massün, E. 1991; Schwebel, R. 1991; Vega, F. 1993; Mayor, M. y Tortosa, G. 1990).

Todos estos factores se pueden definir a parte de elementos etiológicos como factores predisponentes para originar problemas de adicción ya que no todas las personas que tienen una o más de las características antes mencionadas recurren al consumo inmoderado de drogas, puesto que ninguno de los elementos identificados puede por si solo ser considerado como suficiente para poder anticipar el uso inevitable de las drogas, mejor dicho se tendrá que hablar de una serie de factores múltiples que interactúan en diversos momentos, contextos y situaciones, sin olvidar el papel esencial de la individualidad.

Otro aspecto importante es el de los efectos que produce el consumo habitual de drogas ya que como se menciono anteriormente no es la misma causa los primeros contactos con la droga que el motivo que los inclina a consumir después de un tiempo. Un claro ejemplo se tiene en un consumidor que las primeras veces lo hizo por curiosidad, continua su consumo por el placer de los efectos, posteriormente también la utiliza para escapar de problemas, o incluso para compensar necesidades fisiológicas como el hambre y el sueño.

Es imprescindible recordar los efectos que produce una droga por lo menos en forma teórica ya que las drogas producen diferentes efectos de acuerdo a las siguientes consideraciones:

1. Vía de administración, frecuencia y cantidad.
2. Condición física y complexión del consumidor
3. Historiografía, ideas y expectativas que la persona tenga con respecto a la sustancia usada
4. El contexto en que se consume
5. La condición social de la droga
6. Estado emocional del sujeto al momento de ingerir la droga

Datos que se pueden corroborar con los resultados obtenidos en un estudio realizado por Miranda H. y cols. (1996) en el cual participaron 60 personas de ambos sexos con edades de 18 a 35, todos residentes de la ciudad de México y consumidores de cocaína, se les aplicó una entrevista de forma individual, la investigación demostró que los consumidores de cocaína participantes en este estudio habían desarrollado tolerancia a los efectos de la cocaína; también declararon haber asociado el consumo de cocaína con determinados ambientes, estados de ánimo, el lugar y la presencia de amigos fueron determinantes para decidir a consumir cocaína, la mayoría de los encuestados manifestaron que cuando estaban en esos ambientes sentían fuertes deseos de consumirla e incluso estaban intranquilos si no lo hacían y hasta de mal humor.

Otro ejemplo ya no experimental sino cultural es el del alcohol que es considerado químicamente como un depresor del sistema nervioso central, el cual socialmente es utilizado con fines agradables como las fiestas en donde se consume para divertirse, observándose claramente que la función química no obtiene los resultados deseados, en cambio cuando el sujeto se encuentra en un estado de ánimo deprimido y consume este tipo de droga puede incrementar la depresión.

Lo que sí es determinante para que se genere una adicción es la interacción compleja que tienen el aprendizaje social en una situación que implica efectos

fisiológicos a los que el sujeto dota de significado mediante su interpretación, lo que finalmente interviene en la actitud y comportamiento.

1.6. Acciones de intervención contra la Farmacodependencia

Dadas la diversidad, el precio, la accesibilidad, los efectos, las presiones sociales, los problemas personales y en sí la personalidad de los consumidores han hecho de este evento una epidemia por llamarla de una forma ya que los datos demográficos son alarmantes, además de haberse convertido en un problema de orden social dadas las implicaciones económicas, políticas, sociales, culturales, educativas, de salud, laborales y educativas.

Es por ello que se hace indispensable la participación de profesionales para que desarrollen actividades encaminadas a enfrentar la problemática, para tal efecto existen diferentes momentos para atacar el problema, estos son rehabilitación, detección y prevención.

La rehabilitación tiene como principal objetivo la inserción del farmacodependiente a la sociedad y a sus actividades cotidianas en forma normal, además de procurar en general su bienestar. Para tal efecto el tratamiento debe ser integral, cubriendo los aspectos psicológico, social, médico y conductual, se han utilizado diversas técnicas y procedimientos provenientes de distintos enfoques para poder trabajar en forma interdisciplinaria.

Entre los procedimientos más utilizados están los médicos que al inicio es una aplicación intravenosa para reducir el nivel de intoxicación en el caso de ser la alternativa adecuada; se medican sedantes para mantener el estado de relajación, se utilizan también medicamentos que producen aversión a las drogas y suplementos vitamínicos para contrarrestar las secuelas existentes.

Entre los tratamientos psicológicos esta sin lugar a dudas la terapia individual y grupal en la que se han utilizado técnicas como la de solución de problemas, interviene en forma individual o grupal, tratando a cada uno de sus integrantes de acuerdo a

sus características personales, el objetivo es desarrollar habilidades de afrontamiento (Velázquez, D. 1995). Por su parte Mayor, M. Y Tortosa (1990) proponen el diversas técnicas pero todas encaminadas al cambio de actitud. Navarro, C. (1984) menciona al condicionamiento aversivo, con choques eléctricos apareados con el ritual de preparar el cigarrillo, al olor del humo y al acto de consumir; entrenamiento en relajación de Jacobson; entrenamiento asertivo, desensibilización sistemática y programas de control de respuestas con refuerzo positivos.

A pesar de los esfuerzos realizados existen pruebas de las dificultades a las que se enfrentan las instituciones y los diferentes tratamientos principalmente el caso de las recaídas, en diversos estudios han demostrado que la rehabilitación tiene logros muy subjetivos ya que después de una evaluación aproximadamente un año después los resultados son contradictorios o inconsistentes (Vega, F. 1993; Paramo, P. 1989).

1.7 Demografía en la Farmacodependencia

La información proporcionada por la encuesta Nacional de Adicciones mostró que el 4.8% de la población entre 12 y 65 años ha probado drogas por lo menos una vez en su vida, entre los hombres esta proporción alcanzó 7.6%, encontrándose la mayor prevalencia entre las personas cuyas edades fluctúan entre los 12 y los 34 años con 8.5%; de éstos 3.3% fueron usuarios activos en el último año y 1.5% en el último mes.

Entre las mujeres el consumo de drogas por lo menos una vez en la vida alcanzó una proporción de 2.1%.

Las drogas de mayor consumo en el último año fueron: la marihuana con 1.2%, seguida de los tranquilizantes con 0.4% y los inhalables con 0.26%. La población general de la Ciudad de México indica que de los usuarios de drogas entre 60 y 70% son consumidores de inhalables y marihuana. De la población total de consumidores de marihuana son la mayoría que señalo iniciar el consumo entre los doce y los 17 años. Con respecto al lugar donde se obtuvo la droga, en general fue con amigos y conocidos en lugares como las calles y los parques. De los usuarios de cocaína 46%

inicio el consumo entre los 12 y 17 años y el 31% entre los 18 y los 25 años, datos que reafirman nuevamente la temprana edad para iniciar el consumo de la droga; la persona que proporciono la droga fue el 71% de un amigo y los lugares más frecuentes para adquirirla fueron la calle, el trabajo y una fiesta con un 48, 18 y 17% respectivamente (Tapia-Conyer, R. 1994).

Estas cifras son mínimas al compararse con las obtenidas en las adicciones a drogas socialmente aceptadas como el tabaco y el alcohol las cuales se detallaran a continuación, debido a que el consumo tanto de alcohol como de tabaco se da en repetidas ocasiones en forma simultanea, y como lo menciona Mayor, M. y Tortosa, G. (1990) existen pruebas de que el consumo habitual de drogas como el alcohol y el tabaco generan mayor vulnerabilidad al ingerir otro tipo de drogas como los citados anteriormente.

1.8 ALCOHOLISMO

El uso de bebidas alcohólicas por el hombre se remonta a tiempos pasados ya que en la mayoría de las civilizaciones, el vino siempre apareció como un regalo de los dioses, se tienen datos de que 6000 años A.C. se producían en el mundo diversas bebidas semejantes al vino y a la cerveza obtenidos por la fermentación de algunos azúcares; como ejemplo esta la Biblia la cual contiene pasajes en relación con el vino, y el de mayor trascendencia es el de la última cena en la cual se ingiere vino que es el fruto de la vid que simboliza la sangre de Jesús.

En la edad media un árabe llamado Jahirbn Hayyan, introdujo la técnica de la destilación, siendo así el primero en producir una bebida con mayor concentración de etanol, que es el ingrediente activo de las bebidas alcohólicas y que fue considerado por los alquimistas el tan buscado "elixir de la vida", remedio de todas las enfermedades, lo que se refleja en el término "Whisky" del gaélico "usquebaugh" que significa agua de la vida (Díaz, P., 1995).

En México no se conoce exactamente el periodo en el cual tuvo su origen el "pulque" que era considerado como bebida sagrada y fundamental de los pueblos

indígenas; en la tradición Tolteca cuando un noble llamado Papántzin descubrió la forma de obtener el agua miel y sus derivados, y en la compañía de su hija, se lo fueron a ofrecer al monarca Tecpancaltzin, quien se enamoró de ella y la sedujo, naciendo de esta relación un hijo llamado Meconétzin que quiere decir hijo del maguey. Según la leyenda Quetzalcoatl (dios solar del bien) que ayudo a los Toltecas, despertó la envidia y la violencia de Tezcatlipoca (dios solar del mal) quién decidió destruirlo, para ésto, le mandó un cuero de pulque para que se embriagara y Quetzalcoatl ya dominado por los efectos de esta bebida, actuó de manera vergonzosa y desgarrándose la ropa se quedo tirado. Al despertar, sintió tanta vergüenza de su actitud, que decidió alejarse del pueblo que se fue hundiendo al perder a su dios iniciador. Esta pequeña leyenda Tolteca de forma un tanto ideal describe como el consumo desmedido de bebidas embriagantes condujo a la destrucción de una de las culturas más grandes que han existido en nuestro país.

El consumo de bebidas alcohólicas, como se puede observar es el producto en primera instancia de ritos religiosos o míticos, posteriormente constituyó una de las principales bebidas y su consumo inmoderado empezó a dejar huellas, tendencia que se adopta con el curso de los años como patrimonio cultural y por ende un comportamiento aprendido y socialmente aceptado, con ciertas restricciones pero finalmente aceptado, característica en la cual radica la gran difusión y demografía no solo en nuestro país sino en el mundo, de esta forma se constituye en uno de los problemas de adicción más fuertes a los que se enfrenta nuestra sociedad por el tipo de repercusiones que desarrolla, entre los principales están los problemas orgánicos, familiares y sociales.

En este punto se hace indispensable conocer aspectos teóricos del alcoholismo así como su demografía para poder analizar la problemática desde un punto de vista más estructurado y unificar los criterios.

Alcohol, término aplicado a los miembros de un grupo de compuestos químicos del carbono que contienen el grupo OH. Dicha denominación se utiliza comúnmente para designar un compuesto específico: el alcohol etílico o etanol. Proviene de la palabra árabe al-kuhl, o kohl, un polvo fino de antimonio que se utiliza para el maquillaje de ojos. En un principio, el término alcohol se empleaba para referirse a

cualquier tipo de polvo fino, aunque más tarde los alquimistas de la Europa medieval lo utilizaron para las esencias obtenidas por destilación, estableciendo así su acepción actual. El alcohol etílico o etanol es un líquido incoloro, inflamable de sabor y olor característicos, es un compuesto orgánico, cuya formula es $\text{CH}_3\text{-CH}_2\text{-OH}$ (Goodman y cols. 1982).

Desde la antigüedad, el etanol se ha obtenido por fermentación de azúcares. Todas las bebidas con etanol y casi la mitad del etanol industrial aún se fabrican mediante este proceso. Se obtiene por fermentación de los azúcares, los que pueden ser simples como la glucosa, o algunos más complejos como los disacáridos y polisacáridos entre los que se puede mencionar la sacarosa, la maltosa, el almidón y la celulosa. La fermentación alcohólica es un proceso anaerobico por el cual las azúcares naturales de frutas o semillas se transforman en alcohol etílico y bióxido de carbono, siempre se presenta en presencia de microorganismos llamados levaduras los cuales se encuentran en la parte exterior de los frutos o semillas que se van a utilizar (Lenhinger, L.A. 1982). La reacción de la fermentación en la elaboración de bebidas alcohólicas como el whisky y el brandy, son las impurezas las encargadas de darle su sabor característico. Por lo que el alcohol se encuentra en bebidas como la cerveza, el vino, el brandy y sus diversos derivados. Tiene la característica de ser mezclable con agua y con la mayor parte de los disolventes orgánicos.

Alcoholismo, concebida como una enfermedad crónica y habitualmente progresiva producida por la ingestión excesiva de alcohol etílico, la Organización Mundial de la Salud propone una de las definiciones más aceptadas, lo conceptualiza como Síndrome de Dependencia al Alcohol y la define como una enfermedad que se caracteriza por presentar dos fenómenos tales como tolerancia y síndrome de abstinencia (Díaz. P.H. 1995) Esta definición tiene un parámetro que va del consumo de 50 gramos de alcohol diario en la mujer y 70 gramos en el hombre, para ser más explicitos se considera que una copa de licor o un combinado tiene aproximadamente 40 gramos de alcohol, un cuarto de litro de vino 30 gramos y un cuarto de litro de cerveza 15 gramos.

1.8.1 Tipos de alcoholismo

Se considera un sujeto como alcohólico cuando ingiere importantes cantidades de bebidas alcohólicas, de forma intermitente o continuada, durante un periodo de tiempo prolongado (Echeburrua, E. y Corral, P. 1988); este exceso en el consumo de bebidas alcohólicas asociado a dependencia produce una serie de problemas y alteraciones en las diferentes áreas, como el caso de la salud, familiar, social y económica, laboral y legal entre otros; de igual modo que en la farmacodependencia, solo que en este caso junto con otros tipos de adicciones socialmente aceptadas es minimizada la percepción que se tiene del problema, ya que inicialmente el alcohol y sus derivados no son considerados como una droga, el alcohol es capaz de producir las dos primeras fases de la farmacodependencia que son la dependencia física y psicológica y por ello el alcoholismo está considerado como una droga potencialmente creadora de farmacodependencia, debido a que es una de las drogas que mayor demanda de consumo tiene, como se mencionará posteriormente. Antes de referirnos a la demografía de alcohol se debe reconocer los diferentes grados de alcoholismo que existen, puesto que existen grandes diferencias de un alcohólico a otro.

Velázco, F. (1992) menciona que en estas circunstancias es necesario realizar clasificaciones que ayuden a comprender mejor la situación particular de cada persona que ingiere bebidas alcohólicas, cabe señalar que a pesar de existir esta clasificación no se debe de considerar como el único parámetro para clasificar la gravedad del problema, así tenemos en primera instancia a la abstinencia que refiere la ingestión de una cantidad muy moderada de bebidas alcohólicas que es aproximadamente la cantidad de una o dos copas, evento que se repetirá sólo en situaciones excepcionales, nunca más de cinco veces al año y sin llegar en ninguna ocasión al estado de ebriedad, y por supuesto abstinentes es el que nunca prueba alcohol; el segundo parámetro es la ingestión moderada de alcohol, que se refiere al hábito de consumir menos de 100 mililitros de alcohol en un día, pero sin alcanzar más de 12 estados de embriaguez al año. La última categoría es la ingestión de alcohol, en la cual se contemplan a los individuos que acostumbran beber en forma habitual por más de tres días a la semana y en cantidades superiores a los 100 mililitros de alcohol cada vez, esta cantidad equivale a más de un cuarto de litro de bebidas destiladas como el tequila, vodka, whisky, brandy, etc.

No es factible utilizar esta clasificación como se citó en el párrafo anterior como criterios absolutos ya que existen diversas variaciones en cuanto a la respuesta que cada individuo tiene frente a la ingestión del alcohol, un ejemplo se da en aquellas personas que reaccionan ante consumos moderados de tal manera que un observador inexperto pudiera clasificarlo de acuerdo con la sintomatología, como alcohólico.

1.8.2 Repercusiones y efectos del alcoholismo

Los puntos anteriores hacen referencia en general que el alcoholismo, a diferencia del simple consumo excesivo o irresponsable de alcohol, ha sido considerado en el pasado un síntoma de estrés social o psicológico, o un comportamiento aprendido e inadaptado, ya que es considerado como una droga legal, sin embargo considerado desde el punto de vista del marco conceptual, el alcohol puede considerarse una droga debido a sus efectos tóxicos (Castro, M. y Maya, A. 1987). El alcoholismo ha pasado a ser definido recientemente, y quizá de forma más acertada, como un síndrome de dependencia complejo en sí, con todas sus consecuencias. Se desarrolla a lo largo de años. En este sentido el alcohólico debe de entender que el empleo de esta droga va a producir cambios metabólicos importantes en sus células nerviosas, y que estas alteraciones fisiopatológicas van a ocasionar la compulsión física, que es el deseo que se siente por ingerir más alcohol sin medir sus alcances ni complicaciones (Moreno, A., 1997). Los primeros síntomas, muy sutiles, incluyen la preocupación por la disponibilidad de alcohol, lo que influye poderosamente en la elección por parte del sujeto a iniciar el consumo. El alcohol se está considerando cada vez más como una droga que modifica el estado de ánimo, y menos como una parte de la alimentación, una costumbre social o un rito religioso.

El uso del alcohol es considerado como uno de los mayores riesgos en enfermedades crónicas, representa un preocupante y creciente problema de salud pública en nuestra sociedad, este problema sobrepasa el caso de otras enfermedades con complicaciones principalmente centradas en el área biológica y social. La medida del consumo de alcohol de una población es esencial para prevenir los consecuentes problemas sociales y de salud que éste provoca.

Entre los principales problemas que el alcoholismo provoca están los médicos, que generan o se relacionan principalmente con enfermedades crónico degenerativas (Caceres, C. 1982), mismas que se pueden considerar como indicadores de abuso en el consumo de bebidas alcohólicas, tales como hepatitis alcohólica, estatois y cirrosis hepática, desajustes fisiológicos que tienen origen en la modificación metabólica del organismo, el cual ya no es capaz de sintetizar las vitaminas de los alimentos, por lo que se tienen que administrar directamente.

Existen problemas de orden cardiovascular, los cuales representan entre el 30 y 50 por ciento de la mortalidad, entre las más comunes se encuentran la cardiomiopatía, ataques cardíacos, padecimientos coronarios, hipertensión y arritmias entre otras. Al Respecto el médico Sánchez Torres (1983) del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, quienes han estado interesados en el seguimiento de esta adicción encontraron que el 56 % de los sujetos que padecen cardiopatía, con dilatación miocárdica, e insuficiencia cardiaca congestiva, consumen grandes cantidades de alcohol, siendo 18 hombres atendidos por cada mujer.

Finalmente los neurológicos debido a que el abuso de alcohol está asociado con el deterioro de las funciones cerebrales, que incluyen desde la demencia, el síndrome de Korsakoff, éste es una condición crónica del alcoholismo que se caracteriza por la pérdida de memoria para retener hechos recientes, desorientación, inhabilidad de abstracción y disminución de las capacidades de expresión motora y verbal y a nivel celular disminución de los neurotransmisores implicados en el aprendizaje; en los individuos más vulnerables biológicamente puede aparecer el delirium tremens caracterizado por ideas delirantes, alucinaciones, sobre todo visuales y táctiles, se origina al presentarse disturbios perceptuales, que incluyen inadecuadas interpretaciones de carácter sensorial, con presencia de alucinaciones vividas, que por lo general son de carácter visual, existe una gran agitación y temor constante e insomnio prolongado (Souza, M. 1988). Los trastornos más conocidos dentro de la dependencia al alcohol está el síndrome de abstinencia, representado por temblores en manos lengua y párpados, náuseas, vómitos, malestar o cansancio, taquicardia, sudación, alteraciones del sueño, estado de ánimo depresivo o irritable, entre los más comunes.

Souza y M. (1987) señala un problema biológico más que no se incluye en los anteriores este es el de la relación del consumo con la sexualidad, ya que como lo cita el alcohol a lo largo de la historia se ha considerado una droga de socialización que promueve la interrelación personal y sexual, diversos estudios indican que puede provocar dificultad eyaculatoria, anorgasmia, sin embargo los consumidores niegan este efecto.

De transgresión a la ley establecida, se refieren básicamente a las actividades que se dan bajo el influjo del alcohol, como los accidentes, los homicidios, los suicidios, la violencia y por supuesto la delincuencia en diversos rubros como el robo y organización delictiva. Fuente R. y Kershenobch, H. (1992) mencionan que existe una fuerte correlación entre el consumo de bebidas alcohólicas y hechos delictivos, encontraron que hay un alto porcentaje de personas que son sentenciadas por cometer actos de violencia, han consumido bebidas alcohólicas. Terroba, G y cols. (1987) demuestran la relación que existe entre la ingestión de alcohol y las conducta suicida, siendo el suicidio una de las causas más comunes de muerte entre los alcohólicos, ya que estos presentan dificultades afectivas, como la depresión, aspecto directamente relacionado con el suicidio, ambas considerados como comportamientos autodestructivos, consumo-suicidio.

Así mismo se puede observar el daño orgánico que tiene el consumo de bebidas alcohólicas en los reportes que publicó el Comité de Cooperación con la Comunidad Ciudadana (1997), el cual destaca que el daño cerebral es menos frecuente y menos extenso en los bebedores ocasionales que en los crónicos, se encontró que los bebedores de cerveza tenían en peores condiciones el cerebro que los que consumían otras bebidas, un factor determinante en este proceso es la insuficiente alimentación, así como el efecto del alcohol de privar de oxígeno a los diversos órganos y por ende destruidos.

Los problemas familiares hacen referencia a todos aquellos desajustes en el ambiente familiar que no solo afectan al farmacodependiente sino también a los miembros de la misma. Problemas económicos, estos están habitualmente ligados con el deterioro de los ingresos cotidianos, ya que el alcohólico genera gastos extras para continuar el consumo; ligado también al ausentismo laboral principalmente por la

resaca del consumo, finalmente están los gastos generados por la atención de enfermedades ocasionados por la habituación al consumo desmedido y accidentes de trabajo provocados en esencia por un estado alcohólico (Gernez-Rievx, Ch. Y Gervois, M., 1983). Alonso-Fernández, F. (1992) menciona que la desintegración familiar por acusa de alcoholismo se presenta en cuatro fases a saber: desajuste familiar, separación Conyugal, disgregación familiar y degradación familiar.

1. 8. 3 Datos Demográficos del Alcoholismo.

Los datos anteriores de los efectos y repercusiones en las diferentes áreas al igual que los siguientes datos demográficos son citados con el único propósito de establecer el impacto social y biológico de esta adicción y por ende la necesidad de generar alternativas de aproximación a la solución del problema.

En la ciudad de Nuevo León México se encuestaron 752 alumnos de preparatoria en mayo de 1992, con la finalidad de determinar los patrones de consumo de bebidas alcohólicas y algunos factores psicosociales relacionados, los resultados arrojaron que el 555 de los encuestados han probado bebidas alcohólicas y un 80% lo hicieron antes de los 15 años, el lugar de consumo fue primordialmente en las fiestas en un 59%, los resultados concluyen ser similares a los encontrados en los reportes nacionales (Cobos, A. y banda, M. 1993).

- - - El Programa Nacional contra el Alcoholismo y el Uso de bebidas Alcohólicas (1986) refiere que en el análisis de consumo de alcohol etílico en el periodo de 1982-1985 muestra que en tan sólo tres entidades federativas: Distrito Federal, estado de México y Jalisco se concentró más del 60% del consumo nacional. En conjunto estas ciudades consumieron 59.9 millones de litros en 1982 y 79.9 en 1985 que equivale al 64.35 del consumo total. Obviamente estos datos se pueden justificar por el incremento poblacional de estas ciudades. El Estado de México consumió para esos años 16.3 y 29.4 millones de litros, característica por la cual ocupa el 2º lugar en el consumo de alcohol etílico, cifras que representan un crecimiento del 80%, el 37% del consumo de la entidad se registró en Cuautitlán, San Juan Ixhuatpec y el 11.9% en Nezahualcoyotl, Tlalnepantla y Tultitlan.

El 29 de agosto de 1998 se publicó en el periódico El Universal las estadísticas mas recientes conocidas sobre alcoholismo las cuales apuntan que en México, por lo menos el 27% de la población tiene problemas de alcoholismo, porcentaje que refiere aproximadamente 26.8 millones de mexicanos con problemas de alcohol. Un dato adicional es que en 1875 el promedio de edad entre los asistentes a los grupos terapéuticos de doble AA oscilaba entre los 35 y 45 años de edad y a fines de los 90s llegan jóvenes desde los 18 años.

En el siguiente cuadro se representa el patrón de consumo en la población mexicana en el año de 1986.

PATRONES DE CONSUMO	MASCULINO N= 478	FEMENINO N= 582
ABSTEMIOS	26	66
BEBEDORES POCO FRECUENTES	30	20
BEBEDORES FRECUENTES MODERADOS	5	9
BAJO NIVEL	24	3
ALTO NIVEL		
BEBEDORES FRECUENTES BAJO NIVEL	3	3
ALTO NIVEL	7	0.5
BEBEDORES FRECUENTES CRONICOS	6	1

El cuadro anterior demuestra demográficamente que la población masculina tiene mayor índice de consumo, así como también tiene mayor probabilidad de generar consumo crónico. Con respecto a los datos reportados anteriormente es conveniente recordar que en ningún momento se ha trata de hacer una revisión exhaustiva de la problemática de las drogas, sino más bien presentar de forma sintética el estado de la misma y por ende como sustento de un posterior análisis.

1.9 Tabaquismo

Tabaco, nombre común de dos plantas de la familia de las solanáceas cultivadas por sus hojas que, una vez curadas, se fuman, se mascan o se aspiran en forma de rapé. La especie más cultivada alcanza entre 1 y 3 m de altura y produce de 10 a 20 hojas anchas alternas que brotan de un tallo central. Contiene un alcaloide, denominado nicotina. Es tóxica y puede producir alteraciones en el aparato circulatorio y los pulmones del ser humano. En ocasiones, se ha utilizado como insecticida.

El tabaco es una planta originaria del continente americano. Según observó Cristóbal Colón, los indígenas del Caribe fumaban el tabaco valiéndose de una caña en forma de pipa llamada tobago, de donde deriva el nombre de la planta. Al parecer le atribuían propiedades medicinales y lo usaban en sus ceremonias. En 1510, Francisco Hernández de Toledo llevó la semilla a España, cincuenta años después lo introdujo en Francia el diplomático Jean Nicot, al que la planta debe el nombre genérico de nicotiana. En 1585 lo llevó a Inglaterra el navegante sir Francis Drake; el explorador inglés sir Walter Raleigh inició en la corte isabelina la costumbre de fumar el tabaco en pipa. El nuevo producto se difundió rápidamente por Europa y Rusia, y en el siglo XVII llegó a China, Japón y la costa occidental de África (Rubio, M. 1997).

España monopolizó el comercio del tabaco, para lo cual estableció en 1634 el estanco de este producto para Castilla y León, régimen que en 1707 se amplió a todos los territorios de la corona, acompañado de la prohibición de cultivar la planta en la península para facilitar el control aduanero. La extensión del estanco a Cuba, donde tenía lugar gran parte de la producción, provocó numerosas revueltas y, en 1735,

España cedió la explotación a la Compañía de La Habana. La América colonial anglófona se convirtió en el primer productor mundial de tabaco; el cultivo se inició en el asentamiento de Jamestown, donde ya en 1615 la planta crecía en jardines, campos y hasta en las calles; en poco tiempo se convirtió en el producto agrícola básico y en el principal medio de cambio de la colonia. En 1776, el cultivo se extendió hacia Carolina del Norte y llegó por el oeste hasta Missouri. Hacia 1864, un agricultor de Ohio obtuvo por casualidad una cepa deficiente en clorofila que recibió el nombre de burley blanco y acabó por convertirse en el ingrediente principal de las mezclas de picadura americana, sobre todo a partir de la invención en 1881 de la máquina de elaborar cigarrillos.

Aunque se cultiva tabaco en unos 120 países de condiciones climatológicas diversas, que llegan por el norte hasta los 50° de latitud, las mejores labores comerciales se fabrican con el producto obtenido en ciertas regiones que dedican mucha atención y trabajo a su cultivo.

1.9.1 Efectos y consecuencias del tabaquismo

El tabaco puede ser fumado, masticado y aspirado, en este proceso se libera nicotina, en la combustión del tabaco expide compuestos tales como el amoníaco, bióxido de carbono, ácidos orgánicos, cetonas, aldehídos y alquitrán del tabaco, todas sustancias irritantes en grados variables para las membranas de la boca y el sistema respiratorio. Aparte del alquitrán presente en el humo, los efectos del tabaco dependen básicamente de su contenido de nicotina, éste es un líquido claro que expuesto al aire, se vuelve castaño, el cuerpo lo absorbe del humo que ha llegado a través de los pulmones, también pasa a los tejidos desde el aparato digestivo, ya que puede ser mezclado con la saliva al fumar aspirar o masticar, incluso es ingerido en forma pasiva por inhalar el humo del ambiente (Dusek, D. y Girdano, D. 1990).

Numerosos estudios médicos han vinculado el consumo de tabaco con el cáncer de pulmón, las afecciones vasculares del corazón, el enfisema y otras enfermedades (Barona, P y cols. 1982); todo ello ha llevado a muchos países a financiar intensas campañas orientadas a restringir el uso y la venta de tabaco. En general, el consumo ha disminuido en occidente, aunque ha aumentado entre ciertos grupos sociales, como

las mujeres de los países del sur de Europa. Un reglamento del GATT (Acuerdo General sobre Aranceles y Comercio) autoriza a los países signatarios a "considerar la salud humana más importante que la liberalización del comercio", pero el comercio internacional de tabaco sigue creciendo a buen ritmo. En los países en desarrollo, el consumo aumenta a razón del 2% anual. Así mismo en nuestro país en 1979 la superficie de hectáreas cultivadas de tabaco fue de 46374 (Cano, V. 1984).

En México sólo en el Distrito Federal se consumen 25,000,000 de cigarros al día (Viramontes, M. y cols. 1994). Los datos anteriores revelan porque es que la nicotina ocupa el segundo lugar como droga de mayor consumo en el mundo, esto a pesar de las numerosas enfermedades y padecimientos que este hábito puede provocar.

El hábito tabáquico es perjudicial para el aparato cardiovascular, para investigarlo se han realizado numerosos trabajos en animales y seres humanos, así como encuestas a diferentes poblaciones, con el objetivo de generar nuevos y mejores programas de rehabilitación y prevención. En una de estas investigaciones se concluye que se han detectado cerca de 700 a 4000 sustancias tóxicas diferentes en el humo del tabaco (Escudero, de la P. 1983; Sarmiento, H., 1998).

El humo es una mezcla de aire caliente y gases que contiene pequeñas partículas en suspensión llamadas alquitranes, muchas de estas partículas contienen sustancias que pueden provocar cáncer, entre los más conocidos está el benzopireno que es uno de los carcinógenos más potentes que se conocen. Martínez, D. y García, M. (1995) reconocen al uretano como otro potente carcinógeno para inhibir los mecanismos de defensa del aparato respiratorio, produciendo parálisis del movimiento ciliar y disminución de los linfocitos y finalmente funge como un factor mutágeno de las células.

El mantenimiento del hábito de fumar, como cualquier otra drogadicción se debe en parte a las propiedades reforzadoras del agente farmacológico, en este caso la nicotina, y a las propiedades reforzadoras negativas de su retiro, ya que se han observado una serie de perturbaciones psicológicas, conductuales y fisiológicas entre las que se encuentra el deseo irreprímible por consumir, irritabilidad, intranquilidad, enojo, torpeza, perturbaciones del sueño, desórdenes gastrointestinales, somnolencia

dolor de cabeza, amnesia, ansiedad así como poca capacidad para concentrarse, juicio, mal sabor de boca, reducción del ritmo cardiaco y aumento de peso y del apetito y repercusiones negativas en el desempeño motor; dichos síntomas varían de una persona a otra en cuanto a intensidad y duración sin embargo de una forma u otra llevan al individuo a consumir y/o en su defecto a recaer si se trataba de una persona que tenía el deseo de suprimir el consumo (Romo, M. 1998).

Un fumador ocasional que es el que fuma en promedio una cajetilla o menos a la semana, puede dar tiempo suficiente después de cada cigarro para que sus células se recuperen; sin embargo el fumador habitual rara vez permite que transcurra ese tiempo de recuperación y se causa un daño que en ocasiones es irreversible, además de esto el fumador es más susceptible a infecciones del sistema respiratorio superior y a la bronquitis crónica.

Dusek D. y Girdano, D. (1990) identifican principalmente tres enfermedades que produce el consumo habitual del tabaco. Las enfermedades cardiacas se deben primordialmente a las partículas y gases del humo que la acción que produce en el organismo la nicotina, por lo que las partículas que están en constante contacto con el conducto respiratorio causan un cambio lento en las células de este aparato, a su vez esta alteración puede hacer que la célula reproduzca otra célula, que es una modificación de la original, nuevas células sin función productiva, éstas se reproducen rápidamente y compiten con las normales por nutrientes, matando y remplazando a las células normales lentamente, células llamadas carcinoma de los bronquios o células cancerígenas. El cáncer de pulmón comienza con la inhalación del material carcinogénico, los síntomas se denotan en un cambio de la tos que ha tenido durante años, fiebre, escalofríos y un aumento en la producción de flemas.

El enfisema pulmonar se caracteriza por la ruptura de las paredes de los alveolos, esto reduce el área de superficie en la que puede tener lugar el cambio gaseoso, por lo que se forman grandes cavidades separadas y se pierde elasticidad de los sacos aéreos, es así como el fumador encuentra difícil expeler el aire de los pulmones, no siendo raro que un paciente de enfisema sea incapaz de apagar un cerillo que se encuentra a cinco centímetros de su boca.

Finalmente la bronquitis crónica, dicho padecimiento frecuentemente precede o acompaña al enfisema pulmonar, se caracteriza por la producción excesiva de moco en los bronquios, la inflamación e hipersecreción de las células bronquiales da lugar al exceso de flemas y por consecuencia se presenta la tos para retirar el material que normalmente podría ser expulsado por la acción de los cilios.

Viramontes, M. y cols. (1994) afirman que estas enfermedades no son propias del fumador porque no se limita al consumo directo, sino el tabaquismo pasivo, de segunda mano o involuntario, es definido como la expresión involuntaria y repetida al humo del tabaco sufrida por personas no fumadoras, aunque este proceso es difícil de evaluar de manera objetiva se ha demostrado que la exposición del fumador activo es cualitativa y cuantitativamente diferente de la sufrida por el fumador pasivo; el humo inhalado por lo no fumadores es la combinación del flujo colateral liberado al ambiente por el cigarro durante su combustión y el flujo principal, exhalado por el fumador activo, siendo el primero de ellos el de mayor concentración de elementos tóxicos y carcinógenos, aunque este humo se diluye con el aire, constituye un factor potencialmente dañino para las personas que rodean al fumador, o que se encuentran en lugares donde se consumen cigarros.

1.9.2. Efectos colaterales del tabaquismo

El daño que se desarrolla en el fumador pasivo es mayor cuando la exposición se produce en lugares con poca ventilación o cuando afecta a grupos considerados como de alto riesgo para trastornos ambientales, como niños, ancianos y pacientes con problemas cardiorespiratorios. Saldivar de la R. y cols. (1991) al respecto comentan que los niños especialmente los que viven o están en contacto con fumadores, se han reportado una serie considerable de alteraciones como asma, otitis y cáncer pulmonar.

1.9.3 Demografía de la adicción al tabaco

Es de vital importancia mencionar las posibles enfermedades causadas por el consumo inmoderado de nicotina, ya que refiere toda una serie de problemas

orgánicos que en ocasiones son irreversibles como es el caso del cáncer, sin embargo aun conociendo todas las alteraciones que el cigarro produce en el sujeto que fuma y en las personas que lo rodean muy pocas personas modifican su conducta hacia el hábito, por lo tanto se concluye que saber o conocer no disminuye la demografía del problema, es por ello que se mencionan como argumento de tal aseveración algunos ejemplos demográficos de este consumo inmoderado.

En 1988 se realizó en México la Encuesta Nacional de Adicciones, uno de los esfuerzos de mayor trascendencia en la epidemiología del consumo de drogas, ya que nos permite conocer patrones y niveles de consumo de tabaco alcohol y otras drogas, así como la distribución por grupos de edad, sexo, escolaridad, evaluación del grado de conocimientos de la población sobre estos problemas, su actitud hacia los mismos y la disponibilidad que tiene la población de dichas sustancias.

En dicha encuesta nuestro país alcanza a 44% de los hombres y al 16% de las mujeres con el hábito de fumar. La edad de inicio más frecuente fue entre los 12 y 17 años con el 48.5%, y luego el grupo de 18 a 29 años con 42.4 %. Respecto al sitio de consumo destacan las reuniones sociales con 39.9% de la población, después de comer con 15.3% y finalmente el 14.8 fumaban más en el trabajo (Tapia-Conyer, R. 1994).

Se calcula que en México el 70% de los varones y el 35% de las mujeres mayores de 15 años tienen el hábito de fumar y que esta adicción afecta a cerca de 20 millones de mexicanos (Colibarranco, G. 1990)

Lara, S. (1996) realizó un estudio en la ciudad de Mexicali en Baja California, ella observó que dentro de las 20 principales causas de mortalidad generales en el periodo correspondiente a 1992-1994, once fueron por enfermedades que se encuentran relacionadas con el tabaquismo; y debido a que no se encontró información reciente y específica sobre el problema se buscó conocer la situación actual de los estudiantes de secundaria con respecto al hábito de fumar, ya que este grupo es considerado como uno de los que mayor probabilidad y susceptibilidad de iniciar el consumo de tabaco. De los resultados obtenidos se encontró que el 44% ya ha fumado alguna vez, mientras que de este porcentaje solo 23% fuman actualmente, los años en

los que se comenzó la adicción fue entre los seis y los 16 años de edad, predominando el de los 13 años con 22.5%, se encontró también que por cada 100 estudiantes del turno matutino fumaban cuatro, mientras que en el vespertino de cada 100 fuman 22.

En una encuesta realizada al personal médico del Instituto Mexicano del seguro Social reveló que en una población de 6061, el 21.2% son fumadores, de éstos el 25.3 corresponde al personal médico y 17.6% al de enfermería; 39.5% había fumado alguna vez en su vida y 39.3% del total de la población señaló no ser fumador, estos resultados muestran también que el fumador pasivo convive por lo menos con un fumador en su trabajo, aunque existe una actitud positiva de que no debe de fumarse en las instituciones de salud (Labrandero, I. y cols 1995).

Por su parte Rosel, J.; Elóstegui, E. Y Rivas, T. (1992) realizaron un estudio donde encontraron una constante entre el consumo habitual de los fumadores ya que por medio de series temporales se sabe que un fumador consume la misma cantidad de cigarros que el día anterior por lo que tiende a dificultarse el abandono total del hábito.

Datos de la Secretaría de Salud arrojan que 114 mexicanos mueren diariamente a causa de problemas relacionados con el tabaquismo, 80% de los casos de cáncer de pulmón también están relacionados con el consumo del cigarro y 2% con la contaminación ambiental (Satrmiento, H. 1998).

Como último punto se tiene el aspecto económico y de tiempo invertido en el consumo del cigarro; una persona que fuma 15 cigarros diarios y uno le dura quince minutos, aproximadamente destina:

- 225 minutos diarios, es decir 3.75 horas
- 1575 minutos a la semana, es decir 26.25 horas a la semana
- 6300 minutos al mes, es decir 105 horas
- 82125 minutos al año, es decir 1368.75 horas

- 57.03 días invierte al año en fumar

Gastos:

- Si una cajetilla cuesta ocho pesos y contiene 20 cigarros el costo de cada cigarro es de 0.40 centavos
- Si se fuma 15 cigarros al día gasta seis pesos
- A la semana fuma 105 cigarros, gasta 42 pesos
- Al mes 420 cigarros, gasta 168 pesos
- Al año 5476 cigarros, gasta 2190 pesos

Respecto a sus ingresos

Si el consumidor tiene un ingreso promedio de tres salarios mínimos, 90.60 pesos diarios y gasta seis pesos diarios representa el 6.62% de su salario o 0.19 salarios mínimos (salario mínimo en México es de 30.20 pesos hasta el 6 de septiembre de 1998).

- A la semana gasta 1.39 salarios
- Al mes 5.56 salarios
- Y al año 72.5 salarios

(Sarmiento, H. 1998).

Capítulo II

2.1. Salud Pública, Prevención y Educación.

Con el desarrollo social, económico y poblacional de México las ciudades se han transformado en conglomerados más complejos; en consecuencia los problemas relacionados con el uso indebido de bebidas alcohólicas, el tabaco y otras drogas también se ha ido incrementando, colocándose entre los principales causas de mortalidad y morbilidad, por lo que se puede considerar uno de los problemas de mayor importancia en la actualidad, claro después de los económicos y políticos de nuestro país; es así como la epidemiología es la disciplina científica que combina el saber médico con otros conocimientos que permiten saber de la frecuencia, la distribución y la evolución de la enfermedad en la población mediante diversos métodos y herramientas, en el caso específico de las adicciones la epidemiología permite conocer así su impacto, alcances sociales y por tanto las medidas para prevenir su alcance en grupos de alto riesgo y para combatir los daños a la salud que ocasiona en las personas afectadas.

Es decir, la información generada por las recolecciones de sus instrumentos de evaluación van estrechamente ligados al diseño de los programas de intervención, proceso que simultáneamente abre la posibilidad de que en la población objetivo se alcance el impacto deseado.

Esto se da en un proceso el cual inicia con la descripción del problema, así es como define las características del grupo de individuos que en los que se presenta, el espacio en el que se desarrolla y el tiempo en el que se manifiesta. En la segunda etapa del proceso se lleva a cabo un análisis más preciso de la relación causa efecto entre las diferentes variables que intervienen en el problema, finalmente de este análisis se pueden comenzar a valorar las consecuencias, de tipo biológico, psicológico, social, económico o cultural que genera el consumo de sustancias adictivas y por ende tiene un carácter predictivo (Tapia-Conyer, R. 1994).

Son mecanismos o estrategias de este tipo las que denotan que el problema de la farmacodependencia es en extremo preocupante a tal grado que se está hablando de un problema de salud pública (Vega, F. 1993; Souza y Machorro, M. 1989).

La salud pública tiene como objetivo principal la protección y mejora de la salud de los ciudadanos a través de la acción comunitaria, en especial por los organismos gubernamentales, debido a que desde tiempo atrás se insistió en la relación que existe entre la pobreza y la enfermedad, pues se partía de la idea de que mientras los habitantes de los lugares abandonados y sucios de las ciudades sean incapaces de valerse por sí mismos y obtener viviendas mejores y más saludables, con aire y luz suficientes, con abastecimiento de agua potable y con sistema de evacuación de aguas residuales, su salud y fuerza física se verán perjudicadas y sus vidas acortadas por las influencias negativas del ambiente. Lo que llevo a la convicción de que la salud depende en gran medida de las condiciones socioeconómicas y del saneamiento. Esto en parte por los avances en la medicina los cuales se extendieron a campos como la promoción y prevención de la salud, ya que independientemente de la orientación que adopte la medicina, la meta principal de sus esfuerzos sigue siendo la conservación de la vida (Piedrola, G. y cols. 1991).

La salud pública comprende cuatro áreas fundamentales: 1) fomento de la vitalidad y salud integral; 2) prevención de lesiones y enfermedades infecciosas y no infecciosas; 3) organización y provisión de servicios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, y 4) rehabilitación de personas enfermas o incapacitadas para que alcancen el grado más alto posible de actividad por sí mismas. La presencia de estas cuatro importantes áreas entre las preocupaciones de las Instituciones de salud pública quedó de manifiesto a escala mundial en 1948, cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) incluyó en su definición de salud el bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de dolencias o enfermedades.

Esta extensa área del fomento de la salud representa en cierto sentido un redescubrimiento de antiguos conceptos. Hace nada menos que 3.000 años antes de

nuestra era, algunas ciudades del subcontinente indio habían desarrollado ya programas de higiene y salud ambiental como la provisión de baños públicos y sistemas de desagüe subterráneos. Los aspectos esenciales de la salud estaban incorporados a las actividades de la vida diaria, entre ellos, la higiene personal, la educación sanitaria, el ejercicio físico, los códigos de conducta y autodisciplina, las prácticas dietéticas, la sanidad ambiental y alimenticia y el tratamiento de enfermedades y dolencias menores.

Hacia el año 1400 a.C., la llamada ciencia de la vida, o Ayurveda, se destacó por el cuidado completo de la salud a través de la educación y promoción de la misma, aunque también realizó avances en el campo de la cirugía y la medicina curativa.

Esta tradición alcanzó también gran desarrollo en la Grecia y Roma antiguas y ha persistido hasta la actualidad, pero ha quedado relegada durante el siglo XX debido a los grandes avances realizados en la prevención y tratamiento de la enfermedad. Sólo en las últimas décadas ha resurgido el interés por la salud integral. Esto se puede comprobar por las importantes investigaciones realizadas sobre el efecto de la malnutrición de mujeres embarazadas en el desarrollo físico y mental de sus hijos y la investigación sobre los efectos de los suplementos dietéticos en la mejora de la salud y la vitalidad en las poblaciones desnutridas; por los estudios de los niveles óptimos de temperatura y otras condiciones ambientales que afectan al bienestar humano y a la capacidad de rendimiento; y por la aceptación general del valor del ejercicio físico para alcanzar un estado integral de salud y bienestar.

La humanidad permaneció impotente durante mucho tiempo en el terreno de la prevención de enfermedades hasta que se obtuvo la prueba concluyente de la teoría del germen realizada en el último cuarto del siglo XIX por Louis Pasteur en Francia y Robert Koch en Alemania. Sus hallazgos en el campo de la bacteriología llevaron a la primera revolución epidemiológica: la conquista de la enfermedad infecciosa. La salud pública ambiental, que comprende el abastecimiento de agua potable, mejores sistemas de alcantarillado, pasteurización de la leche y el control

sanitario del suministro de alimentos, dió como resultado la casi total desaparición del cólera y las fiebres tifoideas y una marcada reducción de la diarrea y la mortalidad infantil en los países industrializados. El descubrimiento de vacunas efectivas, basadas en el desarrollo de la inmunología como ciencia, no sólo llevaron a la reciente erradicación de la viruela en todo el mundo, sino también a un notable descenso de enfermedades como la difteria, el tétanos, la tos ferina, la poliomieltis y el sarampión. Sin embargo, la falta de medios sanitarios apropiados todavía dificulta los esfuerzos de los países en vías de desarrollo para reducir la tasa de enfermedades gastrointestinales en niños, la principal causa de mortandad en el mundo actual. La malaria, la tuberculosis, la gripe y otras enfermedades infecciosas siguen siendo graves problemas de salud en muchos países.

El mundo se encuentra ahora en las puertas de la segunda revolución epidemiológica: la conquista de las enfermedades no infecciosas. Estas enfermedades no sólo son la principal causa de mortandad en los países industrializados, sino que también han adquirido cada vez mayor importancia en las naciones en vías de desarrollo. Los expertos en epidemiología han desarrollado métodos efectivos para la prevención de enfermedades cardíacas, ciertos tipos de cáncer, apoplejía, accidentes, enfermedades crónicas obstructivas del pulmón y la cirrosis hepática; la aplicación de estos métodos ha dado como resultado la espectacular reducción de los índices de mortandad.

Por ejemplo, en Estados Unidos, entre 1968 y 1978 la edad promedio de muertes por enfermedades coronarias del corazón descendió en un 25% y la edad promedio de muerte por apoplejía descendió en un 38%. Estos logros fueron posibles en parte gracias a los programas de salud pública para el control de la hipertensión y a la educación sanitaria de poblaciones con riesgo, como son las personas que comen grasas saturadas y los fumadores.

La salud pública como ciencia y arte tiene apenas poco más de un siglo de existencia, pero como manifestación del instinto de conservación de los pueblos probablemente desde los comienzos de la humanidad, elemento que hace común la

aparición de diversos nombres o concepciones de esta actividad, tales como: higiene, sanidad, higiene y sanidad, medicina preventiva, medicina social, salud pública y entre los más recientes se han introducido los conceptos de salud comunitaria y medicina de la comunidad. Todos conceptos que no son precisamente sinónimos ya que hacen alusión a diferentes aspectos, sin embargo coinciden al tratar de organizar y dirigir los esfuerzos colectivos para la defensa, promoción y restauración de la salud de la población.

Antes de continuar es importante delimitar que es la salud pública, para tal efecto una de las definiciones más aceptadas es la que propone Winslow (en Vega, F. Y García, M. 1987) la salud pública es el arte de impedir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia mediante el esfuerzo organizado de la comunidad, para el saneamiento del medio el control de las infecciones transmisibles, la educación de los individuos en higiene personal, la organización de los servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico temprano y el tratamiento preventivo de las enfermedades y el desarrollo de los mecanismos sociales que aseguren al individuo y a la comunidad un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud (López, E. 1998b).

Como se puede observar en la definición es de vital importancia el término de salud, el cual involucra al funcionamiento armónico de las diversas partes que integran el organismo, por consiguiente la salud es un estado de relativo equilibrio de la forma y función corporal el cual resulta del adecuado ajuste dinámico del organismo con las fuerzas que tienden a alterarlo, por lo que se puede concluir que la salud puede interpretarse como el producto de la adecuada interacción del organismo con el medio ambiente. Por otra parte La Organización Mundial de la Salud la definen como un completo estado de bienestar físico mental y social, y no simplemente como la ausencia de afecciones o enfermedades (Vega, F. Y García, M. 1987).

Por medio de la definición de salud pública proporcionada por la Organización Mundial de la Salud, se rescata el aspecto adictivo de la población ya que en este

caso la farmacodependencia no es considerada como una enfermedad, si bien es cierto durante el transcurso del consumo habitual de drogas surgen diversas enfermedades y desajustes fisiológicos, que no es lo mismo que una enfermedad origine estas dificultades; por lo que se hace más prudente hablar de que lo que produce una enfermedad es una conducta inadecuada, motivo por el cual no tomamos a las adicciones como enfermedad; sin embargo es importante retomar de al definición el concepto de equilibrio y adaptación del sujeto al medio ambiente puesto que a partir de esta interacción se generan las diversas actividades para el control de las enfermedades, en donde se contempla en primera instancia la prevención; y este es precisamente el punto donde el psicólogo puede intervenir.

Durante las últimas décadas se han desarrollado muchos programas y servicios de rehabilitación para mitigar la invalidez funcional resultante de enfermedades o lesiones y para que las personas puedan volver a desarrollar sus actividades lo antes posible. No sólo la recuperación física, sino también la rehabilitación social y vocacional están recibiendo cada vez más atención como aspectos importantes de los servicios de salud pública. Esto es coherente con la postura de centrarse en la salud, más que en la enfermedad, adoptada por la OMS. Hoy en día la salud se considera un estado de bienestar social, mental y físico, más que la simple ausencia de enfermedades o dolencias.

Desde el punto de vista histórico, las primeras estrategias preventivas estaban basadas en el hallazgo de que muchas enfermedades se transmiten por microorganismos, y en que esta transmisión se puede impedir adoptando medidas de higiene pública como el establecimiento de cuarentenas, la inhumación de los muertos y la creación de sistemas de alcantarillado. El avance más importante fue el descubrimiento de que la inmunización protege a la mayoría de la población contra muchas enfermedades infecciosas.

Los gobiernos han tratado de prevenir enfermedades mediante la aplicación de normas que velan por la pureza del aire y del agua, y la prohibición del empleo de aditivos alimentarios que producen cáncer en los animales. También han fomentado

la seguridad en el trabajo, reduciendo, por ejemplo, los riesgos de accidente y limitando la exposición de los trabajadores a sustancias químicas y radiaciones peligrosas.

Los investigadores de los problemas sanitarios humanos también introducen medidas que la gente puede llevar a cabo de forma individual para mejorar su estado de salud. Entre las principales están el mantener una dieta nutritiva y equilibrada con bajo contenido en grasas, dormir lo suficiente, realizar ejercicio con regularidad y someterse a revisiones médicas y dentales periódicas. Muchos médicos recomiendan reducir la ingesta de colesterol y sal para disminuir el riesgo de enfermedad cardíaca.

Los médicos y la administración recomiendan dejar el tabaco como la forma más eficaz de combatir el aumento del cáncer de pulmón.

2.2 Prevención

Entre las diferentes actividades que se determinan para el desarrollo óptimo de la salud de una población se encuentra uno de vital importancia que es el de la prevención, ya que desde este punto se puede decrementar el índice de adicción de una comunidad, por el simple hecho de incrementar acciones para evitar el consumo; y a pesar de no considerar una enfermedad a las adicciones se hace necesario abordarlas desde la salud ya que si bien es cierto el origen de la adicción es un comportamiento y actitud inadecuada frente a las drogas, esta situación sí genera una serie de problemas orgánicos considerados como problemas de salud pública por el alto índice de demografía; incluso de "seguridad nacional" (Fraustro, C. 1998), además de los fracasos de la rehabilitación.

Prevención en el sentido estricto de la palabra se puede describir adecuadamente como un proceso interactivo de implementación de programas

informativos, de capacitación y de presentación de alternativas o de estrategias de intervención terapéuticas que promuevan la creación de las condiciones para reducir al mínimo posible la incidencia o permanencia de la farmacodependencia; estimulando en los individuos cambio de actitudes, valores y comportamientos en las áreas afectiva, intelectual y de integración social.

Prevención significa evitar o impedir algo, en este caso se trata de limitar el consumo de drogas y por ende de la farmacodependencia, Mayor y Tortosa (1990) describen a la prevención como al conjunto de acciones que se ejecutan antes de la aparición del proceso del problema que se trata de evitar, mediante el fortalecimiento de las condiciones positivas existentes. Por lo tanto el objetivo de la prevención es promover la creación de las condiciones para reducir al mínimo posible la incidencia o prevalencia de problemas socialmente relevantes, estimulando en los individuos cambios de actitudes, valores y comportamientos en todas las áreas de interacción cotidiana.

Las actitudes son el punto crucial del esperado cambio ya que de acuerdo con Ribes y Sánchez (1990) el lenguaje acerca de lo psicológico, además de describir el cumplimiento de acciones, describe disposiciones o tendencias, es decir, describe probabilidades de acción basados en eventos repetidos del pasado o colecciones de eventos presentes. Dichos términos permiten la identificación de ocurrencias como instancias de ocurrencias pasadas y/o presentes. Con base en esto, es posible identificar tres clases generales de propensiones o tendencias interactivas en la conducta de un sujeto: los motivos, los estilos y las competencias. Cada una de estas requiere para su identificación, condiciones contextuales especiales.

A) Los motivos, como direccionalidad de la conducta, se identifican cuando la situación en la que interactúa demanda elegir entre diferentes opciones con consecuencias socialmente valoradas. El motivo es la descripción genérica del conjunto de ocurrencias de respuesta que implican la elección o preferencia de ciertos objetos o eventos.

B) Los estilos como modos individuales frente a situaciones contingenciales, se identifican a partir de un patrón funcional de interacción frente a contingencias socialmente neutras.

C) Las competencias, como correspondencia entre la morfología la conducta y las morfologías de los objetos situacionales con los que interactúa, son susceptibles de identificación en situaciones específicas en las que se requiere de alguna destreza o habilidad específica para alcanzar un resultado o logro.

En forma sintética, el estilo interactivo es la manera en como se enfrenta un tipo de contingencia, la competencia es la correspondencia funcional entre morfologías de respuesta y objetos o eventos para producir resultados o efectos específicos, y el motivo es la elección o preferencia por ciertas situaciones, contingencias u objetos, previos a la interacción con ellos. Estas tendencias comportamentales son observables por medio de dos elementos el primero de ellos es el discurso verbal o comportamiento verbal vocal, el segundo es el conocido por numerosos autores como la actitud del sujeto ante el ambiente.

Es así como la actitud se identifica por el tipo de comportamiento que un sujeto utiliza para enfrentar el ambiente el cual es dirigido por sus necesidades, historiografía, creencias y habilidades específicas en cada persona. La actitud está ligada a un rol personal espontáneamente desempeñado, sin reflexión previa. Una actitud tiene la característica de ser manifestada exteriormente por medio de comportamientos observables, que en sí son indicadores de la personalidad así como la forma en que se da su intercambio social.

Según Vega, F. (1993) comenta que la actividad principal de la prevención es evitar la aparición del proceso del problema, para tal efecto pretende atacar las causas o factores que producen y favorecen el abuso y dependencia de cualquier sustancia que se pueda utilizar como droga. Intenta anticiparse a la formación de patrones de consumo tanto en el individuo como en la comunidad.

Una vez detallado lo que persigue la prevención, se puede mencionar cuales son los diferentes estilos que ocupa para cumplir con su objetivo, entre las principales

acciones se encuentran las medidas de regulación legal y fiscal (Madden, J. 1986), las medidas sociales y los programas educativos.

Este último es de mayor relevancia ya que es precisamente la acción elegida por el Consejo Municipal de Lucha contra las Drogas y la Delincuencia para combatir el desarrollo de la farmacodependencia. Los programas educativos son de vital importancia ya que su intervención no se basa únicamente en la difusión de la información sino que abarca una serie de actividades que tratan de optimizar las oportunidades de desarrollo intelectual, emocional psicológico y fisiológico. El objetivo de los programas educativos es aumentar la capacidad de tomar decisiones, adopción de nuevos comportamientos, aclarar los valores y permitir que se transformen en acción así como perfeccionar la aptitud o capacidad para hacer frente a las diversas situaciones; es decir, este tipo de acción permite desarrollar o modificar actitudes hacia las drogas, antes de prohibir el consumo, por lo que finalmente la decisión de ingerir una droga es igualmente en forma individual pero en este caso se ara en forma equilibrada, ya que el individuo contará con elementos y sensibilidad de la importancia de la problemática que lo inclinara a consumir responsablemente o abstenerse.

2.3. Educación

Los dos conceptos salud y educación se unen en el momento en que muchos de los problemas epidemiológicos y de adicciones se presentan, estos problemas debidos al comportamiento que el individuo adquiere durante su formación o crianza, es decir, la educación que recibe de parte de su familia y del entorno donde se desarrolla. Una educación adecuada con respecto a la higiene y la salud en general permite que se eviten muchas de las infecciones y adicciones a las que está expuesto el individuo; este proceso no prohíbe el consumo de drogas pero aleja a los posibles usuarios de recurrir a ella, puesto que es considerada como un límite del desarrollo personal y social.

La educación es un proceso inacabable, pues la sociedad con el avance tecnológico y social exige que todas las personas adquieran nuevas capacidades y orientaciones intelectuales a lo largo de toda su vida, por lo que la educación se

confirma como una dimensión de la vida humana que ha acompañado al hombre desde siempre, con el fin de ayudarlo a adaptarse al medio donde interactúa, es decir socializarlo para que sea útil en la comunidad a la que pertenece, cuando la educación se convierte en un proceso intencionado y sistematizado se conoce como docencia (Acosta, A. y cols. 1994) la cual desde una perspectiva dialéctica tiene como propósito fundamental propiciar el aprendizaje significativo, entendido como el proceso de adquisición de conocimientos a partir de la interacción sujeto-objeto y en función de la experiencia.

La Organización Mundial de la salud define la educación para la salud como "el conocimiento e interés por todas aquellas experiencias del individuo, el grupo o la comunidad que influyen en las creencias, actitudes y conducta respecto a la salud así como a los procesos y esfuerzos para producir cambios a fin de lograr un nivel óptimo en ella" (Vega, F. 1987).

La educación desde el punto de vista de la psicología está compuesta por cuatro componentes que según López E. (1996) son como aprenden los que aprenden, como enseña el que enseña, cual es la lógica, es decir, cual es la secuencia de un buen programa de estudios y la forma en que los recursos institucionales se ajustan a las necesidades de un grupo, en donde si alguno de ellos falla impide que el propósito de la educación se cumpla.

Por tanto la meta de la educación para la salud en relación al consumo inmoderado de drogas, es promover y mantener la salud para lo cual se requiere de un suministro de información que logre dar cuenta de la estructura, para entender unitariamente el fenómeno y finalmente buscar la forma de distribuir los conocimientos con calidad e impacto y que a su vez sea factible de evaluación (Souza y M. 1989).

El Consejo Nacional contra las Adicciones (1992) menciona que uno de los principales retos de los programas de intervención preventiva es la forma de evaluar el cambio, es decir, la repercusión que tiene el programa en cuestión ya que los programas de prevención del uso indebido de drogas, buscan un cambio en los valores y actitud que incida directamente en el estilo de vida de las comunidades, facilitando así conductas protectoras y evitando conductas de riesgo. En conclusión se puede decir

que la abstinencia es el objetivo deseado. Para tal efecto generó en 1993 un instrumento denominado Chimalli, término náhuatl que significa escudo o protección que pretende evaluar y diagnosticar los factores de riesgo, generar alternativas de cambio comportamental y por supuesto su forma de evaluación.

La educación para la salud es una rama especializada en la salud pública, de tal manera que cuenta con una estructura de conocimientos y técnicas específicas para cada grupo donde inicia una intervención. Ya que esta intervención está matizada por la generación de patrones de acción y por ende estilos de vida particulares, nunca con el propósito de prohibir el uso de drogas aunque sí generan expectativas y habilidades que te van alejando de la posibilidad de ser una persona propensa a adquirir una adicción. Berruecos, A. en López E. (1998a) incluye un estilo de trabajo con mayor amplitud ya que propone trabajar tanto con otros profesionales como familiares específicamente los padres, para que integren a la educación de sus hijos información acerca del tema y esto es por ejemplo que el "beber responsablemente tiene un límite, no intoxicarse".

Como la educación para la salud es toda aquella combinación de experiencias de aprendizaje planificadas, destinadas a generar cambios voluntarios de conductas saludables, esta forma de conceptualizar y proponer objetivos hace referencia a la forma de intervenir, la cual es matizada por un estilo multidisciplinario, en especial el de la educación Chávez, A. y Arnaiz, T. 1993).

En este punto Morales, F y cols. (1993) especifican que la educación parte de un diagnóstico previo de situaciones que habrán de modificarse, en donde no se restringirá el acceso a las personas por su edad o situación económica, pero sí utilizando todos los avances tecnológicos, técnicas educativas y combinando actividades informativas, formativas y de propaganda, ya que el sujeto posee un modo de vida, valores, conocimientos, actitudes y experiencias condicionadas por su desarrollo y su entorno.

Por lo tanto y por medio de este proceso en el que interactúan variables institucionales personales y profesionales la facilitación de cambios voluntarios de conductas saludables se refieren entonces a las modificaciones de hábitos y

comportamientos que permitan por sí mismos restablecer y conservar la salud, mejorar las condiciones de vida y mantenerla con calidad humana.

Un ejemplo de este proceso de educación para la salud lo encontramos en el Modelo de Atención a la Salud propuesto por el Instituto Mexicano del Seguro Social (1994), cuya finalidad es promover el bienestar, disminuir los riesgos, prevenir los daños a la salud y restablecer el equilibrio dinámico del individuo con su ambiente.

La estructura del Modelo de Atención a la Salud incluye varios elementos: las funciones, definidas como el conjunto de actividades afines y coordinadas que es necesario para el logro de un objetivo; la descripción de cada función se integra con una serie de atributos que son las características o cualidades que califican. Cada uno de los atributos consta de una actividad, definida como el conjunto de acciones afines que deben realizarse en forma ordenada y sistematizada para contribuir al logro de una función; las acciones representan el conjunto de tareas que deben realizarse en forma ordenada y sistematizada para contribuir al logro de una actividad, finalmente en cada unidad se debe de asignar una función específica la cual se evaluará periódicamente. Una sección fundamental del Modelo de Atención a la Salud es el Glosario que permite la unificación del lenguaje y los conceptos, de tal forma que estos no queden a la libre interpretación de los usuarios (Meléndez, D. y cols. 1993; Lifshitz, G. 1994; Morales, F. y cols. 1993; Lifshitz, G. y cols. 1993).

Capítulo III

Reporte de Actividades Preventivas

3.1. Descripción del Consejo Municipal de Lucha contra las Drogas y la Delincuencia.

De acuerdo con los altos índices de dependencia a las drogas el gobierno ha tratado de proporcionar alternativas de solución, creando en el año de 1986 por decreto presidencial el Consejo Nacional Contra las Adicciones (Villalba, C y Martínez, R. 1997), proporcionando una ayuda económica a lo que hoy se conoce como grupos de AA (Alcohólicos Anónimos) y los Centros de Integración Juvenil, además de proponer estrategias en pro de la salud dentro del Plan Nacional de Desarrollo (PND) 1995-2000 en el apartado de desarrollo social (Diario Oficial de la Federación, 1995).

Cabe señalar que también en México entro el programa "Campaña Mundial de No Fumar" que concientiza no sólo a los ciudadanos de abstenerse por lo menos 24 hrs. Si no que también en el país se generan diversas reuniones disciplinarias en donde se dan a conocer en los distintos momentos de la problemática (investigación, prevención y rehabilitación) produciendo de este modo nuevas alternativas de solución.

Así mismo el Gobierno del Estado de México que con fundamento en los artículos 115 fracción II de la Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos, 122 y 123 fracción I y 124 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de México; 2,3,31 fracción I, 48 fracción III y 160 de la Ley Orgánica Municipal, el H. Ayuntamiento tiene las siguientes obligaciones: Artículo 5.- Es fin esencial del Municipio de Tlalnepantla de Baz, Lograr el bien común de sus habitantes.

Apartado IV.- Establecerán, en coordinación con las autoridades federales y estatales, a efecto de garantizar la seguridad pública, programas de vigilancia y prevención eficientes que dignifiquen la función policiaca y eviten la comisión de actos delictivos.

VIII.- Identificarán los problemas y deficiencias que sufre el Municipio para definir los objetivos, las estrategias y las acciones del gobierno convenientes, para darles soluciones verídicas.

XI.- Satisfarán las necesidades colectivas de sus habitantes, mediante la adecuada presentación de los servicios públicos municipales, tomando en cuenta las prioridades en concordancia con los limitados recursos económicos y elementos humanos que dispone el Ayuntamiento.

XII.- Establecerán e impulsaran programas que combatan las causas que originan la pobreza y la marginación.

XIII.- Promoverán la participación responsable de los habitantes del municipio mediante la colaboración de los organismos auxiliares, de las asociaciones de colonos, de las organizaciones no gubernamentales y vecinos, en la autogestión y supervisión de las tareas públicas.

XVII.- Impulsarán el desarrollo cultural y deportivo.

XXI.- Establecerán medidas de coordinación con organismos adecuados para disminuir el alcoholismo, la drogadicción, la delincuencia juvenil y demás problemas de salud pública.

XXIII.- Asumirán como instrumento técnico y político el Plan de Desarrollo para el Período 1997-2000 (título segundo capítulo III).

Artículo 15.- derechos de los habitantes del Municipio.

Apartado II.- Recibir la prestación de los servicios públicos municipales (título cuarto capítulo I).

Artículo 29.- El Ayuntamiento podrá crear los órganos auxiliares que consideren necesarios para el buen funcionamiento de la administración pública municipal y el fomento de la participación ciudadana (título quinto capítulo III).

Artículo 31.- Son Servicios Públicos Municipales considerados en forma enunciativa y no limitativa, los siguientes:

Apartado X.- Asistencia Social en el ámbito de su competencia.

Apartado XI.- Empleo.

Apartado XII.- Cultura (capítulo IV).

De los elementos y factores anteriormente citados son los que dan origen a tratar de solventar las necesidades a los problemas de salud pública por lo que se considera pertinente desarrollar una institución denominada "Consejo Municipal de Lucha contra las Drogas y la Delincuencia" como organismo dedicado a disminuir las demandas de farmacodependencia del Municipio de Tlalnepantla de Baz proporcionando servicios en tres momentos. 1) Prevención, dando apoyo psicológico a la comunidad, en forma de pláticas y talleres sobre el abuso indebido de drogas, conferencias teóricas y empíricas y cursos de capacitación para promotores en la lucha contra las adicciones a la población. 2) Detección, apoyo para la valoración de individuos con problemas de drogadicción. 3) Rehabilitación dando orientación y canalización de individuos a instituciones especializadas para su rehabilitación, esto cuando la problemática está en un estado crítico; además de dar terapia psicológica al individuo farmacodependiente y a su familia.

Como producto del ritmo de vida actual al que es sometido el ser humano dentro de la sociedad, su estabilidad emocional se encuentra frecuentemente en crisis, factor que influye determinadamente en el aumento que han registrado las conductas antisociales como lo son la farmacodependencia y la delincuencia, esta última, en muchas ocasiones, producto de la primera.

En virtud del impacto social de estas problemáticas, se han encaminado un gran número de esfuerzos por combatirlas, desgraciadamente sin obtener los resultados deseados.

Es por lo anterior que el Consejo Municipal de Lucha Contra las Drogas y la Delincuencia, contemplando la naturaleza de ambas problemáticas, brinda apoyo especializado a la comunidad que padece de las mismas, para lo cual se plantean los siguientes objetivos:

OBJETIVO GENERAL:

Brindar un servicio psicológico especializado que favorezca una mejor calidad de vida de la población.

OBJETIVO PARTICULAR:

Proporcionar apoyo psicológico a la comunidad con problemas emocionales, que de no ser atendidos en su momento puedan repercutir en la generación de una farmacodependencia.

Proporcionar a la población información especializada sobre las adicciones, que le permita prevenir y combatir verdaderamente la problemática en su comunidad.

Brindar apoyo psicológico especializado en el tratamiento de adicciones, de forma gratuita a la población Tlalnepantlense.

ESTRATEGIAS.

Atención psicológica individual de forma gratuita a la comunidad Tlalnepantlense en diversos consultorios a lo largo del Municipio.

Impartición de pláticas y conferencias de sensibilización de problemáticas emocionales, dirigidos a la comunidad general.

Proporcionar apoyo psicológico familiar de forma gratuita a la población a través de diversos consultorios en el Municipio.

Facilitar apoyo psicológico a la comunidad a través de talleres terapéuticos con diversas temáticas tales como: familia, comunicación, autoestima, motivación, roles sexuales, etc.

Impartición de conferencias sobre alcoholismo, tabaquismo, adicciones o problemáticas desprendidas de los mismos en diversas instituciones.

Impartición de curso taller para promotores en la Lucha Contra las Drogas y la Delincuencia, dirigidos a la comunidad en general.

Brindar terapia psicológica a las familias que tengan familiares adictos aún cuando el adicto no asista a la terapia.

Brindar terapia Psicológica especializada en el tratamiento de adicciones a toda aquella persona que padezca de la problemática.

Formar grupos terapéuticos de personas que padezcan problemáticas en común (madres de adictos, esposas de alcohólicos, adictos a un tipo de drogas, ...).

RECURSOS.

1 Psicólogo contratado de tiempo completo (responsable del área)

8 psicólogos becados de medio tiempo..

MARCO OPERATIVO Y ESTRATEGIAS

La problemática de la delincuencia y las drogas requiere de una atención especial, y de que la prevención y búsqueda de soluciones, debe ser una preocupación compartida entre las autoridades y la sociedad civil en general, el Consejo Municipal, en colaboración directa con el delegado del consejo Estatal, procederá a organizar e instalar subconsejos obreros, educativos, deportivos, etc. , mismos que desde sus diversos ámbitos de acción, coordinados por el consejo municipal respectivo,

efectuarán actividades propias del consejo de Lucha contra Las Drogas y la Delincuencia.

Con el propósito de que las actividades propias del Consejo Municipal, así como de los subconsejos se llevan a la práctica con absoluto respeto a las atribuciones de otras dependencias y las de la propia entidad federativa o Municipio, Dichas actividades se llevarán a cabo bajo las siguientes:

ESTRATEGIAS.

Prevención de la delincuencia y la farmacodependencia a través del buen funcionamiento del núcleo familiar.

Participación y colaboración en la vigilancia de zonas escolares y áreas críticas.

Apoyo para lograr asistencia médica y social a los farmacodependientes en forma oportuna y adecuada.

Realización de actividades cívicas, deportivas, culturales y recreativas, especialmente aquellas de beneficio comunitario que destaquen la responsabilidad social, para el adecuado aprovechamiento del tiempo libre por parte de los niños y jóvenes de la comunidad o Municipio respectivo.

Concertar acuerdos concretos sobre las tareas a realizar por cada dependencia o grupo.

Programar y efectuar reuniones con padres de familia, vecinos, maestros y demás grupos ciudadanos, con el propósito de comprometerlos a tomar parte activa dentro del consejo municipal respectivo.

Dar seguimiento a los acuerdos concertados, evaluar los resultados y en su caso, proponer las adecuaciones y modificaciones pertinentes.

De las acciones realizadas y sus respectivos resultados, los subconsejos habrán de informar mensualmente al Consejo Municipal, para que este a su vez haga lo mismo al C. Delegado Regional o al C. Coordinador Estatal, este último con sede en Toluca.

ACTIVIDADES SUGERIDAS.

El Consejo Municipal de Lucha Contra las Drogas y la Delincuencia, al coadyuvar en estas actividades de prevención contra las drogas y la delincuencia, podrá organizar entre otras, las siguientes actividades:

Conferencias impartidas por médicos, psicólogos, sociólogos, etc., dirigidas a padres de familia, estudiantes, juventud en general

Elaboración y difusión de carteles, trípticos, mantas, pinta de bardas, todo esto con mensajes alusivos a la prevención y Lucha contra las drogas y la delincuencia.

Colocación de buzones estratégicos, para recibir denuncias, anomalías sobre venta, consumo o distribución de estupefacientes.

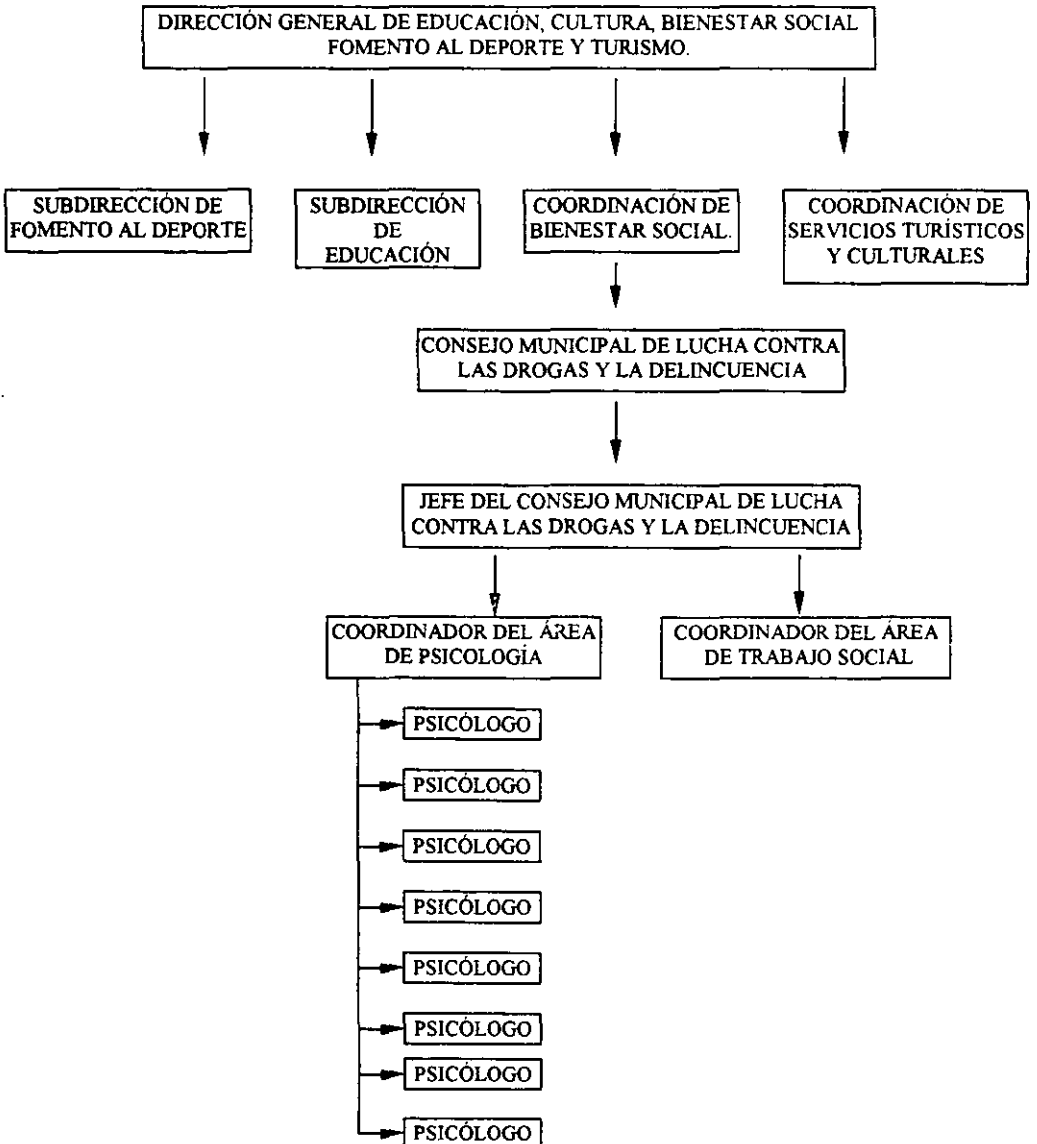
Realización de eventos deportivos, culturales, concursos de carteles, concursos literarios, etc., así como actividades recreativas.

Localización y canalización de personas farmacodependientes para su debida atención médica, tratamiento y en su caso rehabilitación.

En virtud de tratarse conductas antisociales que afectan gravemente a la comunidad en general, se requiere de soluciones compartidas, por lo que los Consejos Municipales por medio de pláticas y negociaciones, invitará a la iniciativa privada a tomar parte activa, mediante el otorgamiento de apoyos materiales necesarios para la realización de las actividades antes mencionadas.

De la realización y resultados de dichas actividades, el Consejo Municipal a través de su Presidente o quien designe, deberá informar mensualmente al C. Coordinador General Estatal del Consejo de Lucha Contra las Drogas y la Delincuencia.

ORGANIGRAMA.



Continuando con la descripción del Consejo Municipal de Lucha Contra Las Drogas y la Delincuencia, institución donde se laboró, ubicada en Acambay No. 102 segundo piso col. La Romana, Tlalnepantla Centro, Edo. De México; el Municipio de Tlalnepantla se divide en dos porciones territoriales, una ubicada un la parte poniente y se localiza en los límites del D.F.; colinda con el Municipio de Naucalpan de Juárez y con los de Atizapán de Zaragoza, Cuautitlan Izcali Tultitlan. La otra parte se localiza en la parte oriente que corresponde a los poblados de la Presa y San Juan Izhuatépéc, que colinda con el Distrito Federal y el Municipio de Ecatepéc de Morelos (Garduño, G 1995). Esta última parte corresponde al área donde se prestó el servicio de prevención.

El Consejo Municipal de Lucha contra las Drogas y la Delincuencia depende inicialmente de la Dirección de Educación Cultura, Bienestar Social, Fomento al Deporte y Turismo, la cual está compuesta por dos subdirecciones y dos coordinaciones una de ellas es la Coordinación de Bienestar Social que a su vez esta formada por varios organismos uno de ellos es el Consejo Municipal de Lucha Contra las Drogas y la Delincuencia (ver organigrama). Su actividad citada anteriormente es en tres momentos prevención, detección y rehabilitación. No se encontró otra información formal sobre su inicio por lo cual una de las actividades consistió en rastrear datos de su origen.

3.2. Descripción de Actividades

El Consejo Municipal de lucha contra las Drogas y la Delincuencia participa en actividades de prevención, detección y rehabilitación, en este caso se describirán únicamente las correspondientes a la prevención ya que es el área en la que se participó. Principalmente las actividades son cuatro:

1. Platicas: las cuales consisten en una breve introducción al tema de la farmacodependencia con la finalidad de sensibilizar a los participantes sobre la gravedad de la problemática, esta tiene un matiz educativo expositivo, ya que es el instructor el que desarrolla todos los temas revisados, aunque se exhorta a la participación activa en cuanto a las posibles dudas o expectativas de la actividad a

realizar. El tiempo promedio es aproximadamente de 45 minutos y con un máximo de una hora, en parte el tiempo es determinado por la institución en donde se realiza la actividad. El material de apoyo regularmente es el pizarrón del salón de clases y un gis, cuando se tienen los medios se utilizó la videocasetera y monitor para proyectar una película, en ocasiones se utilizó el rotafolio con esquemas alusivos al tema.

2. Talleres : actividad dirigida a generar un juicio crítico sobre las adicciones por medio de 5 sesiones de trabajo con duración de dos horas cada una, dirigida principalmente a los padres de familia y colonos interesados en el tema. El procedimiento es dinámico e interactivo con los participantes ya que se utilizan técnicas pedagógicas y métodos expositivos, además de la discusión del tema. El material utilizado es pliegos de cartulina, tijeras, resistol, lápices de colores y revistas, material de lectura entre otros.
3. Conferencias : actividad dirigida a la comunidad en general, desarrollada principalmente en auditorios de escuelas o municipales, las cuales fungían como medios de discusión con profesionales y paraprofesionales, los contenidos se desarrollaban con anterioridad al evento, la conferencia consiste en desarrollar temas teóricos y prácticos, así como la promoción del Consejo.
4. Jornadas de Salud : esta actividad tiene una periodicidad semanal, consiste en la organización de los diversos departamentos de la Dirección de Educación, Cultura, Bienestar Social, Fomento al Deporte y Turismo para asistir a diversas colonias del municipio para brindar servicios gratuitos, la actividad de los miembros del Consejo Municipal de Lucha contra las Drogas y la Delincuencia es en esencia promover las actividades y servicios del Consejo, canalizar a los diferentes consultorios a los ciudadanos, así como dar información general sobre las drogas.

Cabe señalar que las actividades mencionadas están determinadas por la siguiente estructura:

UNIDAD I CONCEPTOS GENERALES

Dado que se carece de una información objetiva que nos de una idea clara de lo que son las adicciones, se propone una serie de definiciones de conceptos básicos que ayuden a la mejor comprensión de la contenida en unidades posteriores.

Objetivos:

Al término de la unidad el alumno deberá ser capaz de:

1. Identificar a la farmacodependencia como una alteración social e individual
2. Distinguir las formas más comunes de dependencia
3. Explicar que es un síndrome de abstinencia
4. Hacer la distinción entre drogas de uso médico y no médico
5. Distinguir entre drogas legales e ilegales
6. Identificar a la farmacodependencia como un fenómeno multicausal
7. Identificar que las drogas se clasifican en dos grupos
8. Explicar que es el alcohol
9. Definir que es el alcoholismo
10. Definir que es una intoxicación
11. Explicar que es el tabaco
12. Definir que es el tabaquismo
13. Identificarlos grupos de usuarios de drogas
14. Explicar que factores psicológicos determinan el consumo de drogas
15. Distinguir las fases características del alcoholismo crónico
16. Explicar las características del síndrome de dependencia
17. Identificarlas características del síndrome de dependencia al alcohol
18. Identificarlos daños que sufre el individuo por al consumo de alguna droga.

UNIDAD II CAUSAS DE LAS ADICCIONES

En torno a los posibles factores causantes de las adicciones se ha creado, esta unidad persigue explicar de manera precisa como se relacionan los diversos factores que propician la farmacodependencia.

Objetivos:

Al finalizar esta unidad el alumno será capaz de

1. Explicar que es un factor predisponente
2. Explicar que se entiende por factor social
3. Identificar los factores causales de las adicciones de tipo individual
4. Identificar los factores causales de las adicciones de tipo social
5. Explicar que es la predisposición física
6. Explicar que es una estructura psíquica
7. Explicar algunos aspectos psicológicos que influyen en el consumo de drogas
8. Analizar porque la adolescencia puede ser un factor individual de riesgo
9. Explicar que es un grupo de alto riesgo
10. Ilustrar gráficamente los factores causales de las adicciones
11. Exponer en equipo los factores causales de las adicciones.

UNIDAD III. CLASIFICACIÓN DE LAS DROGAS Y USUARIOS POR NIVEL DE CONSUMO.

Ante la falta de información que pone de manifiesto el caer en el error de considerar a todas las drogas como estimulantes, se hace necesaria la descripción específica acerca de la clasificación de las drogas y sus efectos sobre el organismo. También es necesario considerar los niveles de consumo y las clases de usuarios a fin de adquirir elementos para lograr una detección oportuna del problema.

Objetivos:

Al término de esta unidad el alumno será capaz de :

1. Clasificar las principales drogas y sus grupos básicos
2. Esquematizar los grupos de drogas
3. Explicar que es una droga estimulante
4. Explicar que es una droga depresora
5. Estimular y analizar los daños causados por las diferentes drogas
6. Clasificar el alcohol como droga depresora
7. Explicar que es una intoxicación aguda por el alcohol y que es una intoxicación crónica
8. Citar las fases características del consumidor de nicotina
9. Identificar los cuatro grupos de usuarios de drogas
10. Señalar las diferencias básicas en cada nivel de usuario

11. Elaborar una breve exposición de los temas vistos en esta unidad.

UNIDAD IV REPERCUCIONES DE LAS ADICCIONES.

En esta unidad se pretende analizar las posibles consecuencias del consumo de drogas en los componentes del ser humano: físico, psicológico y social. La importancia de esto radica en la advertencia que se desprende de la reflexión que sobre dichas consecuencias que elaboran los asistentes de la actividad.

OBJETIVOS:

Al término de esta unidad el alumno podrá:

1. Enunciar las repercusiones individuales del consumo de drogas
2. Enunciar las repercusiones sociales del consumo de drogas
3. Analizar la dimensión social e individual del problema del consumo de drogas
4. Detallar algunos problemas familiares más frecuentes causados por el consumo de drogas
5. Ilustrar íntegramente las repercusiones de las adicciones en sus aspectos físicos, psicológicos y sociales.

Cabe aclarar que a pesar de contar con objetivos específicos el contenido del taller, plática o conferencia variaba de acuerdo a los intereses o perspectivas técnicas de cada instructor ya que se tiene la facilidad de utilizar la referencia preferida.

ESTRATEGIAS DEL PROGRAMA:

1. Se realizarán pláticas de sensibilización a todos los grupos, profesores y autoridades de la institución, así como también a los padres de familia y la comunidad en general.
2. En función del desempeño e interés de los participantes, se seleccionarán tres grupos de la institución para recibir el curso taller de capacitación para Promotores de lucha contra las drogas y la delincuencia. Posteriormente se pretende que este grupo forme un subconsejo por cada grupo, teniendo como principal actividad la reproducción de la información entre compañeros y demás personas.

3. Una vez capacitado el resto de la institución, se constituirán los subconsejos municipales de lucha contra las drogas y la delincuencia correspondientes, con la finalidad de que cada subconsejo reproduzca y establezca un trabajo concreto en su comunidad.

3.3 Reporte de actividades en el área preventiva

Inicialmente las actividades desempeñadas como psicólogo en este caso específico en el área de prevención fue la revisión bibliográfica específica del tema de adicciones junto con un pequeño curso de adicciones proporcionado por la misma institución; siguiendo el programa del Consejo se comenzó a asistir a las Jornadas de Salud en las diversas colonias del Municipio de Tlalnepantla; una vez capacitado el psicólogo inició la actividad de las pláticas a escuelas públicas y particulares a nivel primaria, secundaria y medio superior. Después de tres meses y por el carácter especializado de la actividad se comenzaron a dar algunas conferencias, en dicha actividad cambiaba radicalmente la temática o forma de abordar el tema dados los objetivos o necesidades particulares de cada institución a donde se realizó la actividad; finalmente se comenzó a impartir cursos y talleres preventivos.

Establecido lo anterior, se contaba ya con un sistema de formación que permitió finalmente la capacitación a paraprofesionales. Punto donde se puede observar procedimientos desde una perspectiva conductual ya que sus objetivos se encaminan a generar cambios comportamentales y actitudinales totalmente observables y cuantificables.

La participación del psicólogo se derivó esencialmente de los requerimientos expuestos por el Consejo Municipal de Lucha Contra las Drogas y la Delincuencia y las demandas específicas de la población que en numerosas ocasiones fueron establecidas en las jornadas de salud.

Por cada actividad se hizo el llenado de un formato (anexo 1) que incluía una lista de los asistentes, todo esto con fines estadísticos y de control, con lo cual se pretende no repetir actividades en las diferentes comunidades o instituciones, así mismo tiene la

función de justificar no sólo la actividad frente a los jefes del área sino también para entregarse junto con todos los reportes anuales a la Dirección.

Todas las actividades mencionadas atienden a aspectos muy variados para poder tener las bases mínimas para lograr los objetivos planteados. Mucha de esta práctica y conocimientos se adquiere en la misma actividad, esto de ningún modo quiere decir que el psicólogo no cuenta con las habilidades mínimas requeridas por el Consejo Municipal de Lucha Contra las Drogas y la Delincuencia sino que las habilidades con las que cuenta las debe de desarrollar en la práctica diaria lo que lo hace mas capaz no solo de aplicar sus conocimientos académicos, también tiene la posibilidad de generar nuevas alternativas viables para el cabal cumplimiento de sus objetivos; en donde encontraremos una clara divergencia tal vez originada por la separación o mal entendimiento de los objetivos o tal vez por la confusión que existe entre lo numérico y lo cualitativo de la actividad.

Como ya se pudo observar el presente reporte de trabajo profesional se centra en la participación del psicólogo en el área preventiva dentro de una institución gubernamental, sustentando su análisis en la teoría conductual por ser una de las que propician la evaluación con resultados tanto cualitativos como cuantitativos.

Reporte de Actividades.

Actividades				
1997	Platicas	Talleres	Conferencias	Jornadas
Enero	3			2
Febrero	5			2
Marzo	5			2
Abril	5		1	2
Mayo	5	1		2
Junio	5	1	1	2
Julio	5	1		2

Agosto	5	1	1	2
Sep	5	1		2
Octubre	5	2	1	2
Nov		2	2	2
Dic		2	1	2
Enero	3	2		
TOTAL	51	13	7	24

En el cuadro anterior se puede observar se participó con un total de 51 pláticas, 13 talleres, 7 conferencias y 24 asistencias a jornadas de salud, distribuidas durante el periodo correspondiente de enero de 1997 a enero de 1998.

CAPITULO IV

Análisis de Actividades Preventivas

El análisis de actividades se hará en tres partes el primero de ellos es el aspecto técnico o metodológico, el segundo momento surge al reflexionar sobre las limitantes contextuales del problema y finalmente el tercer momento se realiza con base en los aspectos sociales y políticos.

Inicialmente se puede recurrir al Modelo de Atención a la salud para recordar que uno de los aspectos de mayor importancia es la programación de las actividades preventivas así como su evaluación, de esta forma partiremos para establecer los alcances de la Intervención en prevención del Consejo Municipal de lucha contra las Drogas y la Delincuencia.

La evaluación suele basarse en la información que se obtiene de una gran variedad de fuentes, estas incluyen regularmente registros e informes, entrevistas, observaciones directas y pruebas estandarizadas, como en este caso particular no existe ningún dato acerca de los alcances de la intervención, es en extremo complicado sacar una conclusión de los alcances que se han obtenido en las pláticas, talleres, conferencias y jornadas de salud; ya que precisamente los datos que se obtienen después de la actividad son: tipo de actividad, fecha, hora programada, hora de inicio, hora de término, nombre de la escuela, la dirección de la misma, el objetivo de la actividad así como el desarrollo de la actividad en la cual solo se incluye los subtemas revisados en la actividad, comentarios y propuestas si es que existen, la asistencia total y la persona que elaboró o participó en la acción. Todos los datos anteriores van en un formato (anexo1) el cual tiene que ir firmado y sellado por la institución en donde se colaboró, la cual es acompañada por una lista de asistencia que se realiza al inicio de cada actividad, supongo que esta es para comprobar que en realidad asististe al lugar acordado.

Ahora la pregunta es ¿ con los datos anteriores recabados de cada acción preventiva, es posible evaluar los alcances de la prevención, o en su defecto las incapacidades de promotores para mejorar el servicio y por ende evolución del Consejo municipal de Lucha contra las Drogas y la Delincuencia?

En un sentido estricto tenemos ya varias variables las cuales con unos arreglos estadísticos y mucha imaginación podemos afirmar que después de varias acciones preventivas estamos atacando el problema de origen; sin embargo supongamos que no es así ya que el saber cuanto tiempo duro la plática, o a que hora inició, o incluso saber cuantos asistentes existieron dentro de cada grupo, no son elementos suficientes para discriminar si el marco teórico que se utilizó o la estrategia pedagógica fue la idónea para prevenir cabalmente el consumo indebido de drogas.

Los reportes mensuales que realiza el Consejo para la Dirección esta basado en su totalidad por aspectos numéricos, un ejemplo de esto es el siguiente, se dieron 25 pláticas preventivas con un promedio de 30 asistentes en cada una, se tiene por tanto un total de 750 asistentes aproximadamente, este número es multiplicado por tres que es en promedio el número de familiares con los que interactua cotidianamente, haciendo un gran total de 2250 beneficiados en un mes, números bastante alarmantes dado que en un año posiblemente se tenga contemplada a la población total del municipio de Tlalnepantla, lo cual suena bastante absurdo si se considera que el problema de adicción es cada vez más grande; dadas las características anteriores se hace necesario generar otro tipo de registros que no vallan tan encaminados a saber a quien se le presto el servicio, o controlar nuestras actividades, sino que se saquen datos que verdaderamente proporcionen datos relevantes cualitativamente, evidentemente el registro que se realiza es adecuado, ya que por medio de el se sustenta la razón de ser del departamento, esto se da ya que el municipio tiene un estilo de trabajo numérico, es decir entre más acciones y población beneficiada mejor es considerado socialmente el trabajo municipal, pero insisto no es suficiente.

El saber aún brevemente cuales son los elementos que deben de tenerse en cuenta para la evaluación de la población y por supuesto del trabajo realizado puede llevar a un mejor rendimiento profesional; si sabemos que la dirección no pide cualidad del servicio porque tal vez no le interesa, sería importante que los profesionales que

laboramos en ese lugar nos interesaríamos por el alcance de nuestras acciones como profesionales preocupados por la farmacodependencia y que en un momento determinado sea ese el soporte del Consejo y ya no solamente los números; si bien es cierto, por ahí alguien mencionó que el universo fue escrito con números pero no es el único lenguaje que existe.

Desligarse de este proceso puede originar una mejor planeación y estructuración de los programas preventivos, ya que al revisar antecedentes históricos de otras instituciones nos percatamos de que no trabajan solos, suena lógico pues la farmacodependencia no es un problema fácil de atacar.

Planear las actividades preventivas incluye unificar concepciones, es bueno dejar a que los promotores sean creativos e independientes al utilizar material teórico sobre la farmacodependencia pero es también igualmente importante tener concepciones unificadas para que en un momento determinado se tenga un elemento contundente del cual basarnos para atribuirle el cambio generado a los participantes de los grupos de prevención.

Para tal efecto es imprescindible que se comiencen a desarrollar instrumentos de evaluación para reconocer cuáles son los factores predisponentes en el uso indebido de drogas. Así como un método de evaluación de los alcances que se tienen dentro de la prevención.

El segundo punto a analizar es el que abarca el contexto en el que se desarrollan las actividades preventivas. Es evidente que en las diferentes facetas de intervención dentro de la prevención del Consejo se desarrollan en un proceso educativo en el cual no debemos olvidar que interactúan una serie de variables que posibilitan el desarrollo de habilidades, destrezas y conocimientos o en contraparte que limiten o interfieran en este proceso; nuevamente nos enfrentamos a la imposibilidad de reconocer estas variables ya que no evaluamos nada de lo que pasa después, incluso durante la acción preventiva.

Existen métodos y técnicas de instrucción que se tratan de ajustar lo mejor posible a las características específicas del grupo, recordando que la educación abarca

una serie de actividades y variables que ocurren dentro y fuera del lugar de aprendizaje (Ashman, A. y Conway, R. 1992). Para ejemplificar dicha situación están entre otros los estudios los de Polanco-Bueno, R. (1995) quien encontró niveles de correlación entre el estilo de aprendizaje del profesor y el área de enseñanza ya que se encontró que existen ciertos patrones de personalidad específicos en cada área o estilo de enseñanza. Omar, A. (1993) encontró que la posición socioeconómica del alumno parece claramente vinculada con el éxito o fracaso escolar. Finalmente Sánchez, G. y González, G. (1993) denotaron que el estudiante mexicano tiene muchas dificultades en tópicos lógicos lo que parece ser consecuencia de un sistema educativo inadecuado.

Las variables anteriores sólo son algunas de las que intervienen en el proceso de educación y por ende son variables que nos deben de importar al momento de querer fungir como instructores o promotores de salud.

Existe otro aspecto determinante en la cuestión de educar para la salud, se ha mencionado en repetidas ocasiones que la información nos salvará del problema, pero al intentar buscar referencias sobre la farmacodependencia y temas afines se puede percatar de que existe mucha bibliografía por lo que la información no hace falta, es mejor si hablemos de difusión o promoción de la misma; sin embargo existe otro problema aunado a esto que es el bajo nivel de lectura que tienen los mexicanos, por lo tanto no esperemos muchos o contundentes resultados en cuestión de prevención ya que como lo menciona López, L. (1998) el nivel de lectura de los mexicanos es mínimo y se reduce conforme avanza la crisis económica pues de esta forma es más complejo conseguir cualquier material de lectura.

Finalmente se concluye con el análisis social del problema de la farmacodependencia ya que este es fundamental para la lucha contra las adicciones, en este sentido el Consejo Municipal de Lucha contra las Drogas y la Delincuencia, participa en jornadas de salud lo cual marca el camino al cambio ideológico es decir trata de generar el cambio social de la comunidad por medio de la participación en conferencias, y ferias de Salud en las que se promueve el servicio y se compromete a la ciudadanía, a participar en las actividades preventivas, éstas directamente no detienen el desarrollo de la farmacodependencia, pero sin embargo todas estas acciones son de vital importancia porque sirven como trampolín para generar leyes,

programas, fondos y recursos para la lucha contra las drogas. En este caso se puede mencionar las diversas actividades que se generan el 26 de junio, día internacional contra las drogas en las que se presentan trabajos, conferencias, se realizan tratados, entre otras acciones que no atacan el problema de la farmacodependencia, aunque sí se desarrollan las bases para poderla prevenir, tales como el presupuesto y los organismos participantes (Cruz, A. y Castillo, G. 1998; Chávez, G. 1998 y Grecko, T. 1998).

Este tipo de actividades se hace fundamental ya que el problema de orden social de la farmacodependencia no solo abarca el aspecto de la salud sino que abarca problemas de corrupción (Cornejo, J. Y cols. 1998) narcotráfico (Piñeiro, J. 1998; Ruiz, P. 1998; Labrousse, A. 1993) seguridad nacional y lavado de dinero (Frausto, C. 1998). Factores que indican solo otras variables contra las que se lucha en el combate a las drogas, puesto que los resultados alcanzados hasta ahora en el combate a las drogas resulta ser frustrante y mínimos, frente al crecimiento del consumo y de los gigantescos volúmenes de recursos que maneja el crimen organizado.

Así mismo en una asamblea general de las Naciones Unidas, realizada el 8, 9 y 10 de junio del presente año, el Presidente de México presentó la propuesta de una nueva estrategia de combate a las drogas basado en el compromiso internacional de reducir el consumo de estupefacientes en un lapso de diez años, lo novedoso es que considera todos los aspectos del problema tiene objetivos claros, precisa fechas y mide avances (El Nacional, 1998a; El Nacional, 1998b; El Nacional, 1998c; El Nacional, 1998d; Miranda, J. 1998a; Miranda, J. 1998b; Miranda, J. 1998c; Miranda, J. 1998d; Miranda, J. 1998e).

Ambas acciones no prohíben el consumo de drogas pero promueven el desarrollo de tecnologías la evaluación de los programas existentes y la generación de nuevas alternativas, esto a su vez lleva un doble impacto, ya que al momento de ser pública la acción, simultáneamente se esta dando origen a la difusión de los datos estadísticos y demográficos que sensibilizan a la población sobre la problemática; el Consejo Municipal de Lucha Contra las Drogas y la Delincuencia también pretende este desarrollo aunque con un impacto en la población menor dadas las características de los eventos, uno mundial y este municipal.

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

Significado de la Labor del Psicólogo como Institucionalizado

La Institución para el psicólogo:

El rol social del Consejo Municipal de Lucha contra las Drogas y la Delincuencia es fungir como un órgano preventivo y correctivo de la farmacodependencia, a través del vínculo profesional de su equipo de trabajo, es el darse a conocer ante los pobladores del municipio como la instancia dedicada a orientar y canalizar a los jóvenes, familiares y población en general que estén viviendo o estén interesados en la información sobre la farmacodependencia.

Las características antes descritas y en conjunto con las necesidades de la población especifican el ejercicio profesional ya que de solventar dichas necesidades tanto institucionales como sociales se generan tipos específicos de actuar, motivo por el cual el ejercicio como profesional está determinado por el apego a normas y sistemas establecidos como son la estructura de los programas, ser promotor directo de actividades de difusión, culturales y deportivas, entre otras.

De acuerdo a los lineamientos institucionales surgen las diferentes demandas y objetivos de las instancias que conforman el sistema gubernamental, es por ello que los reportes numéricos son de importancia para que un programa tenga apoyo económico y social, por lo que se hace evidente un estilo específico de trabajo, situación que resulta a partir del número de acciones y la población total abarcada, puesto que si los números de atenciones son elevados el programa es bueno y por ende tiene apoyo, además de no requerir de informes descriptivos o de análisis de dichas acciones.

En este caso particular el psicólogo, a diferencia de los demás profesionales como médicos, abogados y trabajadores sociales dedicados a la prevención de la farmacodependencia, es capaz de generar y adecuar los programas preventivos ya que tiene la posibilidad no solo de tener un acercamiento a la información y en su momento de la producción teórica de la problemática, pues enfrenta directamente a la población, este punto de encuentro entre la sociedad y el profesional marcan ya de

hecho un punto crucial entre la problemática, el objetivo de la prevención, las expectativas de los participantes y el rol personal y profesional del psicólogo, puesto que al considerar el problema de la farmacodependencia se integran numerosas esferas en donde se manifiesta negativamente, por lo que se hace necesario desarrollar programas específicos con la finalidad de solventar estas necesidades, sin embargo las dificultades de los programas no reside solamente en los objetivos mal planteados sino también en las características de la población, es decir cuales son las expectativas e intereses y tendencias de los participantes; finalmente el rol profesional tiene ya una etiqueta de "confiabilidad" con motivo que se elige al personal más apto según el perfil requerido para ocupar un lugar en el equipo de trabajo, sin embargo la capacidad, conocimiento teórico sobre el tema, la práctica en el manejo de grupo y demás habilidades personales del psicólogo se ven en momentos truncadas por el sistema burocrático en el que se desarrolla, puesto que no importa si eres o no capaz de solucionar problemas del área ya que eso no se evalúa por el simple hecho de no tener importancia.

Características administrativas que llevan a pensar que el trabajo del Consejo Municipal de Lucha contra las Drogas y la Delincuencia y los profesionales que laboran en dicha institución desarrollan un trabajo competente en el sentido de difundir y promocionar al mismo, solo que la por generar los sistemas preventivos como tales, si es que en realidad ese es el objetivo del municipio.

Contexto que suena limitante en su totalidad para que el psicólogo desempeñe y desarrolle habilidades profesionales, sin embargo desde el inicio tiene la posibilidad de opinar, modificar, planear y generar alternativas viables para el adecuado desempeño de su labor, aunque estas solo queden en una plática de amigos, ya que generalmente aquellas ideas y alternativas que por consenso son aceptadas son guardadas en el mejor de los casos en un cajón del escritorio del jefe inmediato, por lo que suena evidente que los programas y sistemas arcaicos sigan vigentes.

El hecho de conocer el proceso en el que se desenvuelve puede ser frustrante al inicio pero el sistema burocrático tiene sus métodos para mantenerte en el lugar sino conforme por lo menos espectante de que tal vez las sugerencias que hace el equipo

algún día tengan lugar en el sistema; uno de los más importantes son las "promesas" tales como los viáticos, búsqueda de patrocinadores, y la modificación del sistema.

Es decir el trabajo del psicólogo es bastante rico en cuanto a la producción de tecnología, a sabiendas que este esfuerzo es puramente personal y profesional y por que no decirlo útil en un futuro.

CONCLUSIÓN

Suena paradójico si no es que hasta alarmante el reconocer que el Consejo Municipal de Lucha Contra las Drogas y la Delincuencia, esté desarrollándose en la incertidumbre de realizar actividades en contra de las adicciones, cualquiera que sea el tipo, sin conocer por lo menos sus alcances y limitaciones; es decir, trabajo sin ton ni son.

Si consideramos que lo que promete la prevención, es reducir el riesgo y de este modo suprimir la demanda de detección y rehabilitación, ya que está última como se ha citado a lo largo del presente reporte, tiene numerosas limitaciones y reducidos alcances; además como organismo dedicado precisamente al combate a las adicciones se está quedando corto, o mejor dicho su función le está quedando grande; ya que si no se tienen los elementos mínimos necesarios para poder modificar las técnicas de intervención preventiva utilizadas, mucho menos se pretenderá tener alcances o logros significativos en sus objetivos. Estos elementos puede ser que administrativa o burocráticamente nos dejen lejos de poder modificarlos.

Pero que pasa con el papel social que como psicólogos tenemos; si bien es cierto el psicólogo es el que tiene el enfrentamiento directo con el problema en forma de población y demanda de servicio, es entonces cuando esta reflexión es más preocupante ya que estamos hablando de la actividad como profesionales, y no es posible que nos comportemos tan apáticos ante la problemática, es decir, seguir el juego de intervenir sin conocer hasta que punto ha sido eficaz, no sólo el programa preventivo utilizado, sino nuestro trabajo como profesionales. Esta apatía se muestra al no exigir la utilización de estrategias adecuadas para poder evaluar los alcances de nuestra intervención o la generación de la misma. Puesto que finalmente esto nos ayudará en gran medida a modificar aquellos aspectos que estén teniendo un efecto positivo en la prevención de adicciones, así como establecer las variables y elementos mínimos para el logro de objetivos.

Es de esta forma como se puede minimizar la posibilidad de atribuir que el movimiento de una estrella, o si el coordinador del taller o plática es "galán" o no, o si

este es psicoanalista, socialista o guadalupano, con los posibles efectos positivos de la prevención, dicho de otro modo es necesario incluir una cultura de evaluación en el Consejo Municipal de Lucha Contra las Drogas y la Delincuencia si no se quiere caer en sustentos al vapor o al aire, sin posibilidad de generalizar. Para que hipotetizamos si contamos con las herramientas.

Se exige trabajando, proponiendo, siendo creativo y claro utilizando todos aquellos conocimientos necesarios metodológica y teóricamente para alcanzar los objetivos institucionales y por ende profesionales, elementos que no les falta a los miembros del Consejo, pero no los explotan, o por el rol que se juega dentro del grupo los inhibe.

Es por ello que se propone la utilización de metodología para la evaluación de las consecuencias que trae consigo las actividades preventivas, situación con la cual surgirán innumerables datos estadísticos y cualitativos que servirán como factores para comenzar a dar pasos más firmes; ya que se debe de estar consciente de que no solo es cumplir con un estatuto numérico sino con la población en donde seguramente te has desarrollado.

Estos datos van a su vez líneas de investigación; y de seguir siendo de ocho el grupo de psicólogos los que laboren en el Consejo Municipal, se podrá seguir avanzando como institución y psicólogos como profesionales; siendo un tanto pretenciosos: al reportar no solo números, sino alcances a corto (creando conciencia) mediano (desarrollando habilidades) y largo plazo (reducir la demografía de las adicciones). Solo así se pensará por lo tanto en tener mejor remuneración tanto social como económicamente (recursos humanos y materiales). Los cuales siempre han estado en crisis, pero se pueden omitir si la satisfacción que produce el realizar un trabajo competente es agradable y no lo es dado que los miembros del equipo están inconformes con el trabajo que se realiza, pero esto solo queda entre cuates, ya que no se propone oficialmente, y se sabe que hay que hacerlo bajo este rubro pues finalmente es parte de las actividades municipales.

No se pretende sin embargo dar como única alternativa de desarrollo institucional, del Consejo Municipal de Lucha contra las Drogas y la Delincuencia la

evaluación, pero es uno de los mecanismos que irán dando el sustento empírico a éste, ya cuando se logre como mínimo esta base firme se pensará en forma específica diversas opciones estratégicas para que finalmente institución y profesional cumplan con sus objetivos.

REFERENCIAS

1. Acosta, A.E.; Arnaiz, T.C.; Gómez, S.E.; Ruvalcaba, C.V.; Mercado, M.R. y Chávez A.V. (1995) Programas Educativos Integrales. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. México. Vol. 33, No. 1, 17-22.
2. Alonso-Fernández, F. (1992) Alcoholdependencia. Personalidad del Alcohólico. España: Masson- Salvat, Medicina.
3. Ayuntamiento Constitucional de Tlalnepantla de Baz, Estado de México (1997) Bando Municipal. México.
4. American Psychiatric Association (1984) Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DMS III. Barcelona: Masson.
5. Ashman, A. Y Conway, R. (1992) Estrategias Cognitivas en Educación Especial. México: Santillana
6. Barona, P.A.; Borunda, F.O.; Luna, A.J.; Ocaña, S.H. y Quezada, Z. E. (1982) Tabaquismo, 2ª Parte. Mesa Redonda. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM. México. Vol.25, No. 1, 4-14.
7. Caceres, C.J. (1982) Indices Psicofísicos y Patrones Individuales de Reacción a la Ingesta de Alcohol. Revista de Psicología General y Aplicada. Vol.37, No.4, 733-752.
8. Cano, V.F. (1984) Tabaquismo. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM. México. Vol.27, No. 2, 46-48.
9. Castillo, G. y Cruz, A (1998) Necesario, respetar la soberanía en el Combate Antinarco. La Jornada. Año catorce, No, 4161 pp.45

10. Castro, M. y Maya, A. (1987) El Consumo de en la Población Estudiantil. Salud Mental. Vol. 10, No. 4, pp52-58.
11. Cobos, A. H. y Banda, M.M. (1993) Consumo de Alcohol y Adolescencia. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. México: Vol. 31, No. 4, 279-282.
12. Collbarranco, G. M. (1990) El Fumar y la Salud. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM. Vol.33, No. 2, 83-84.
13. Comité de Cooperación con la Comunidad Profesional. El Alcohol Daña el Cerebro. México: sin/año, sin/no.
14. Consejo Nacional Contra las Adicciones (1992) Una Alternativa de Diseño y Evaluación de Programas Preventivos del Uso Indebido de Drogas. Pruebas Piloto en la Delegación Tláhuac del Distrito Federal. México. Serie Estudios. Secretaría de Salud.
15. Consejo Nacional Contra las Adicciones (1993) Un Nuevo Material Didáctico para ser Usado en los Programas de Educación Preventiva Dirigidos a la Población Joven. Serie Estudios. México. Secretaría de Salud.
16. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (1997) México: Porrúa
17. Constitución Política del Estado Libre y Soberano del Estado de México (1997) México: CEN
18. Chávez A.V. Arnais, T.C. (1994) La Salud Colectiva: el Papel de los Grupos Multidisciplinarios para la Atención a la Salud. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. México. Vol. 32, No. 5, 443-445.
19. Chávez, G. (1998) De país tránsito, México se Volvió Consumidor. La Jornada. Año catorce, No, 4161 pp.44

20. Diario Oficial de la Federación. Plan de Desarrollo Nacional 1995-2000, 31 de mayo de 1995
21. Díaz, P.H. (1995) Alteraciones Neuromorfológicas y Efectos del Alcohol Sobre la Adquisición y Mantenimiento de la Conducta en Dos Tareas de Evitación. Tesis de Maestría Inédita, México: Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala.
22. Diccionario Léxico Hispano (1985) México: Editoriales de México, S.A.
23. Dusek, D. E. y Girdano, D.A. (1990) Drogas. Un Estudio Basado en Hechos. México: SITESA
24. Echeburúa, E. y Corral. "Evaluación y tratamiento de un caso clínico de alcoholismo". En: Macía, A.D. y Méndez, C. (1988) Aplicaciones Clínicas de la Evaluación y Modificación de Conducta. Pirámide, Madrid.
25. El Nacional (a). Editorial, Enfoque Global Contra las Drogas. Año LXX, Tomo I, No. 24912, México: 1998.
26. El Nacional (b). Enfrentemos la Amenaza de Violencia sin Fronteras. Año LXX, Tomo I, No. 24912, México: 1998, pp 4.
27. El Nacional (c). Debe Revertirse el Uso Creciente de Sustancias Psicotrópicas. Año LXX, Tomo I, No. 24912, México: 1998, pp 4.
28. El Nacional (d). Responsabilidad compartida Contra el Narcotráfico. Año LXX, Tomo I, No. 24912, México: 1998, pp5.
29. El Universal. Con Problemas de Alcoholismo, 27% de la Población. Año LXXXII, Tomo CCCXXVI, No. 29536, México: 1998, pp27.

30. Escudero de la P. (1983) Tabaquismo y Enfermedades Cardiovasculares. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. México: Vol. 21, No. 2 pp 135 a 137.
31. Figueroa, H. J. (1985) Algunas Consideraciones Sobre los Mecanismos de producción de la Tolerancia y Dependencia Física a los Narcóticos. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM. México. Vol. 3, No. 28, 164-174.
32. Frausto, C.S. (1998) Contra la Corriente, la Legalización de las Drogas. El Universal. México: Suplemento Bucareli Ocho. Año 1 No. 51, pp 6-8.
33. Fuente, R. y Kershenobch, H. (1992) El Alcoholismo como Problema Médico. Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México. Vol. 32 No. 2
34. Gallo, M. Y Salgueiro, R. (1988) Introducción a las Ciencias Sociales. México: Quinto Sol.
35. García, L. R. (1997) Las Nuevas Adicciones. Conozca Mas. México: Año 8 No. 12, pp 22-26.
36. Garduño, G.R. (1995) Compendio Histórico de Tlalnepantla. México. Olmecas.
37. Gernez-Rivex, Ch. Y Gervois, M. (1983) Medicina Preventiva. Salud Pública e Higiene. México: Limusa,
38. Goodman, A.; Goodman, I. y Gilman, A. (1982) Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica Médica. México: Panamericana.
39. Grecko, T. (1998) Europa: Drogas sin Penas son Menos. El Universal. México: Suplemento Bucareli Ocho. Año 1 No. 51, pp 9-10.

40. Hilario, C.; Peña, A. Y Ramírez, C. (1993) La Terapia Familiar, Una Alternativa de Tratamiento con Menores Infractores. Tesis de Licenciatura Inédita, México: Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala.
41. Hodgetts, R.M. y Altman, S. (1985) Comportamiento de las Organizaciones. México: Interamericana.
42. Instituto Mexicano del Seguro Social (1993) La Administración del Modelo Moderno de Atención a la Salud en las Delegaciones. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. México Vol. 31, No. 5-6, 331,332.
43. Instituto Mexicano del Seguro Social (1994) Modelo de Atención a la Salud. . Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. México Vol. 32, Suplemento 1, 1-34.
44. Labradero, I.M.; Escandón, R. C.; Ramírez, G. J.; Hernández, R. J. Coreño, J.O. (1995) Consumo de Tabaco entre Médicos y Enfermeras. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. México. Vol. 33. No. 1, 55-60.
45. Labrousse, A. (1993) La Droga, el Dinero y las Armas. México: Siglo XXI.
46. Lara, S. R. (1996) El Hábito de Fumar en Estudiantes de Secundaria. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. México. Vol. 34. No. 4, 287-292.
47. Ley Orgánica Municipal (1995) México.
48. Lenhinger, L. (1982) Las Bases Moleculares de la Estructura y la Función Celular. México: Prentice - Hall
49. Lifshitz, G.A.; Santamaría G.S. y Juárez-Díaz G.N. (1993) Sobre la Capacitación y el Desarrollo para el Personal de Salud en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. México. Vol.31, No. 3, 227-231.

50. Lifshitz, G.A. (1994) El Modelo Moderno de Atención a la Salud y el Proceso Educativo. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. México. Vol. 32, No. 1, 97-99.
51. López, E. (1998a) El Alcoholismo se puede Atender Antes de Convertirse en Enfermedad. Órgano Informativo de la UNAM Campus Iztacala. México: 5ta época, No. 110, 3.
52. López, E. (1998b) Informarse Sobre el Tema y Aprender a Beber, Necesario para no ser Víctima del Alcoholismo. Órgano Informativo de la UNAM Campus Iztacala. México: 5ta época, No. 120, pp. 6.
53. López, E. (1996) La prevención Primaria, una Adecuada Forma de Evitar Problemas de Salud Mental: Juan José Sánchez Sosa. Órgano Informativo de la UNAM Campus Iztacala. México: 4ª época, No. 84-85, pp. 4.
54. López, L.R. (1998) Consumo Cultural y Medios en la Ciudad de México IV. Medios Impresos una Especie en Extinción. Reforma. México: Añ 5, No. 1524, Martes 10 de febrero, 2C.
55. Martínez, D. y García, M. (1995) Tabaquismo: Alteraciones Inmunológicas de los Alvéolos Pulmonares Inducidas por el Uretano. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM. México. Vol. 38, No. 4, 119-122
56. Massün, E. (1991) Prevención del Uso Indebido de Drogas. México Trillas.
57. Mayor, M.L. y Tortosa, G.F. (1990) Ambitos de Aplicación de la Psicología Motivacional. España: Desclée de Brouwer
58. Mednick, S.A.; Higgins, J. y Kirschenbaum, J. (1982) Sicología: Exploración en el campo de la Conducta y la Experiencia. México: Diana.
59. Microsoft (1997) Encarta 97 Encyclopedia. The Worlds Leading Multimedia Encyclopedia.

- 60.Miranda, H.F.; Barrientos, N.I. y Bautista, P.S. (1996) Participación de Procesos de Condicionamiento Pavloviano en el Consumo de Cocaína. Alternativas en Psicología. México. Año I No. 1, 37-44.
- 61.Miranda, J.M. y Alcántara, A. (1998 a) Reafirman Zedillo y Clinton Compromisos de Cooperación en la Lucha Antinarcóticos. El Nacional. México, pp 1.
- 62.Miranda, J.M. y Alcántara, A. (1998 b) Nadie Puede Erigirse en Juez ni Violar las Leyes en aras de Hacer Valer la Propias.. El Nacional. México, pp 1.
- 63.Miranda, J.M. y Alcántara, A. (1998 c) Demanda México que ninguna Nación se Erija en Juez de Lucha Antidrogas. El Nacional. México, pp 3.
- 64.Miranda, J.M. y Alcántara, A. (1998 d) Encrucijada, Disminuir la Producción, Tráfico y Consumo de Enervantes. El Nacional. México, pp 3.
- 65.Miranda, J.M. y Alcántara, A. (1998 e) Acusados México y EU Respeto Mutuo a la Soberanía. El Nacional. México, pp 5.
- 66.Morales, F.F.; Chiwo, R.J. y Velázco, R.V. (1993) El Porque y Para Qué de la Educación Para la Salud. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. México. Vol. 31, No. 5-6, 329-330.
- 67.Moreno A. (s/año) Efectos del Alcohol Etilico Sobre el S.N.C. México: Boletín, Comité de Cooperación con la Comunidad Profesional. Area Norte del D.F. Sin/No.
- 68.Morgan, C.T. (1982) Breve Introducción al a Psicología. México: McGraw-Hill
- 69.Morris, CH. G. (1993) Psicología: Un Nuevo Enfoque. México: Prentice Hall, Hispanoamericana.
- 70.Navarro, C.R. (1984)Adicción a la Pasta de Cocaína: Tratamiento de Dos Casos. Revista Latinoamericana de Psicología. México: Vol.16, No.3 pp 435-442

71. Omar, A. (1994) Contribuciones de la estructura de Personalidad, la Asertividad y el Status Sociométrico del Alumno al Éxito Escolar. Revista Intercontinental de Psicología y Educación. Vol. 7, No. 1, pp 81-97
72. Oseguera, G. (1996) Vinos y Licores. Los Mexicanos Cambian sus Hábitos. Expansión. México: XXVIII (703), 68-71
73. Páramo, P.F. (1989) Las Farmacodependencias: El Lugar de la Ley de Igualación en su Comprensión. Revista Latinoamericana de Psicología. México. Vol. 3, No. 3, 363-386.
74. Pequeño Larousse Ilustrado (1994) Colaboración de García-Pelayo y G. México: Ediciones Larousse.
75. Piedrola, G.G.; Del Rey, C.I.; Domínguez, C.M.; Cortina, G.P.; Gálvez, V.R.; Sierra, L.A.; Sáenz, G.M.; Gómez, L.L.; Fernández-Crehuet, N.J.; Sallerans, S.L.; Cueto, E.A. y Gestal, O.J. (1991) Medicina Preventiva y Salud Pública. España: Masson, S: Ivat Medicina.
76. Pinedo, J.L. (1998) El Narcotráfico Nuestro de Cada Día. El Universal. México: Suplemento Bucareli Ocho. Año 1 No. 51, pp 12-14.
77. Polanco-Bueno, R. (1995) Estilos de Aprendizaje en Profesores Universitarios: Relación Entre Estilo, Área y Tipo de Enseñanza. Revista Intercontinental de Psicología y Educación. Vol. 8, No. 2, pp 23-55
78. Procuraduría General de la República (1998) Sistema Integral de Evaluación de Desempeño. Reporte Inédito. Contraloría Interna. Dirección General de Evaluación.
79. Programa Nacional Contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas (1986) Alcohol Etílico. Diagnóstico. Acciones Específicas. Perspectivas. México: Comité Intersectorial de Producción, Distribución y Consumo de Alcohol Etílico.

80. Rescala, B.E.; Guevara, L.J.; Hernández, G.L.; Domínguez, G.J.; González, R.R. y Ramírez, O.M. (1989) Uso de Sustancias Tóxicas en la Población de Primer Ingreso a la Universidad Nacional Autónoma de México. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM. México. Vol.32 No. 4, 129-133.
81. Romo, L.M. (1998) "Día Mundial Sin Fumar" No Fumadores del Mundo Unidos. Revista del Consumidor. México: No. 255, 53-55
82. Rosel, J.; Elósegui, E. y Rivas, T. (1992) Análisis de Hábitos Tabaquistas Mediante Series Temporales. Revista de Psicología General y Aplicada. México. Vol. 43, No. 5, 341-349.
83. Rubio, M. H. (1997) Sobre el Tabaquismo. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM. México. Vol. 40, No. 17-19.
84. Ruíz, P. (1998) Fumar es un Placer, Genial, Sensual... El Universal. México: Suplemento Bucareli Ocho. Año 1 No. 51, pp 4-5.
85. F.ívar de la R.,L; Luna, M; Reyes, E.; Soto, R. y Fortoul, V. (1991) Cadmio en C...rillos de Consumo Nacional. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM. México. Vol.34, No. 1, 12-15.
86. Sánchez, G. y González G. (1993) Interacción del Estilo Cognoscitivo con el Método Instruccional en el Aprendizaje de las Matemáticas. Revista Intercontinental de Psicología y Educación. Vol. 6, Nos. 1 y 2, pp. 257-269
87. Sánchez, T.; Orea, T.; Trevethan, C. Y Kuri, A. (1983)Alcoholismo y Enfermedades Cardiovasculares. Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México. Mesa Redonda. Vol. XXVI,12. pp 531-539
88. Schwebel, R. (1991) Decir No, no es Suficiente. Como Tratar con sus Hijos el Tema de las Drogas y el Alcohol. México: Paidós.

- 89.Souza y Machorro, M.; Turrul, F y Cárdenas, A. (1984) los Enfoques Sociomédicos y los Modelos Para el Abordaje de la Problemática del Consumo de Alcohol. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM. México: Vol. 27, No. 11, 473-484.
- 90.Souza y Machorro, M. (1989) Atención Primaria de la Salud y Aspectos Preventivos del Alcoholismo. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM. México: Vol. 32, No. 3, 110-113.
- 91.Souza y Machorro, M. (1987) Alcoholismo y Sexualidad. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM. México: Vol. 30, No. 1, 17-20.
- 92.Souza y Machorro, M. (1988) Alcoholismo. Conceptos Básicos. México: El Manual Moderno.
- 93.Tapia-Conyer, R. (1994) Las Adicciones. Dimensión, Impacto y perspectivas. México: El Manual Moderno, S.A. de C.V.
- 94.Vega, F.A. (1993) La Acción Social Ante las Drogas. Propuesta de Intervención Socioeducativa. Madrid: Narcea S.A.
- 95.Vega, F. L. y García M. H. (1987) Bases Esenciales de la Salud Pública. México: La Prensa Médica Mexicana S. A.
- 96.Velázco, F.R. (1992) Esa Enfermedad Llamada Alcoholismo. México: Trillas.
- 97.Velázquez D. E.(1995) La Técnica de Solución de Problemas como Método de Prevención de la Conducta Antisocial. El uso de Drogas en Adolescentes. Reporte de Investigación Inédito, México D. F. : Carrera de Psicología , Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala.
- 98.Velázquez, D.G.; Mercado, C.J. y Barraza, M. L. (1993) Programa IMSS-Solidaridad. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. Vol.31, No. 1, 97-93.

99. Villalba, C. y Martínez R. (1997) Acciones contra el Tabaquismo en los Estados de la República Mexicana. Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. México. 10 (2), 83-85.
100. Viramontes, M.J.; Ocampo, O. M. y Cicero, S.R. (1994) Tabaquismo Involuntario y Sintomatología respiratoria. Un comentario Clínico. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. México. Vol. 4, No. 32, 53-526.
101. Zamudio, T.A. y Grifé, C. A. (1992) Manual de Urgencias de la Cruz Roja. Técnicas y Procedimientos. México: Trillas.



COMITE MUNICIPAL DE LUCHA CONTRA LAS DROGAS
Y LA DELINCUENCIA

CEDULA DE EVALUACION

TIPO DE ACTIVIDAD

- PLATICAS
 CURSO TALLER
 TALLER TERAPEUTICO

FECHA: _____
HORA PROGRAMADA: _____
HORA DE INICIO: _____ TERMINO _____

NOMBRE: _____

INSTITUCION: _____

DOMICILIO: _____

OBJETIVOS:

DESARROLLO:

COMENTARIOS Y PROPUESTAS:

PONENTE

FIRMA:

ASISTENCIA TOTAL: _____

FIRMA Y SELLO DE LA INSTITUCION