

45



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

CAMPUS - IZTACALA

"LA FUNCION DEL PSICOLOGO EN EL TRABAJO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ADICCIONES DENTRO DEL CONSEJO MUNICIPAL DE LUCHA CONTRA LAS DROGAS Y LA DELINCUENCIA DEL AYUNTAMIENTO DE TLALNEPANTLA"

R E P O R T E DE TRABAJO PROFESIONAL QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGIA P R E S E N T A ALFONSO CRUZ CAMACHO

293752

ASESORES:

- MTRO. ENRIQUE BERNABE CORTES VAZQUEZ
- MTRA. E.M. MARICELA RAMIREZ GUERRERO
- LIC. BENITA CEDILLO ILDEFONSO



IZTACALA

TLALNEPANTLA, ESTADO DE MEXICO

2001



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

EN OCASIONES LAS COSAS SENCILLAS LAS COMPLICAMOS TANTO, QUE LAS VOLVEMOS CASI IMPOSIBLES.

A TODOS AQUELLOS QUE DE UNA U OTRA MANERA ME MOTIVARON Y AYUDARON A CONCLUIR ESTE PASO QUE COMPLIQUE Y PROLONGUE TANTO:

AL QUE FUE MAS ALLA DE SU LABOR DE PROFESOR Y SE PORTO COMO LO QUE ES, UN VERDADERO MAESTRO.

A LOS QUE INCONDICIONALMENTE ME HAN APOYADO CON SU AMOR, CARIÑO, AMISTAD Y CONSEJOS.

AL QUE CON SUS COMENTARIOS FUERTES Y HONESTOS ME HACIA DESPERTAR DE MI LETARGO.

A LOS QUE LLEVAN MI MISMA SANGRE, QUE A PESAR DE QUE SOMOS TAN DIFERENTES UNO DEL OTRO Y QUE NOS CUESTA TRABAJO EXPRESAR NUESTROS SENTIMIENTOS, SIEMPRE HE CONTADO CON USTEDES. LOS QUIERO UN BUEN.

A LOS QUE ME DIERON LA VIDA, LA FORMACION, LA LIBERTAD, LA AUTONOMIA Y SOBRE TODO LA OPORTUNIDAD DE CONOCERLOS Y DISFRUTARLOS, LO HICIERON MUY BIEN, LOS AMO.

A LA QUE HA CAMINADO JUNTO A MI ESTA PARTE DE MI VIDA, QUE INCONDICIONALMENTE ME HA APOYADO, QUE COMPRENDE MIS ILUSIONES Y PROYECTOS. *TE QUIERO MUCHO Y SABES QUE SIEMPRE ESTAS EN MI CORAZON.*

SOBRE TODO A TI CAMPEON, QUE CUANDO EN OCASIONES LLEGUE A CASA CANSADO, PREOCUPADO, DESANIMADO O DERROTADO.....ME DEVOLVIAS EL ANIMO Y LA ENERGIA CON TUS JUEGOS, TU RISA , TUS PREGUNTAS Y COMENTARIOS QUE REFLEJAN ESA SIMPLICIDAD DE LA VIDA QUE A VECES SE NOS OLVIDA.

DE VERDAD A TODOS USTEDES

GRACIAS

INDICE

	PAGINA
RESUMEN	2
INTRODUCCIÓN	3
1. HISTORIA DEL C.M.L.C.D. y D. DE TLALNEPANTLA	
1.1. ANTECEDENTES DE LA INSTITUCIÓN	13
1.2. ESTRUCTURA ACTUAL Y ORGANIGRAMA	16
1.3. ACTIVIDADES QUE DESEMPEÑA EL PSICÓLOGO DENTRO DE LA INSTITUCIÓN.	20
2. EXPOSICIÓN DEL TRABAJO REALIZADO COMO PSICÓLOGO DENTRO DEL C.M.L.C.D. y D.	23
3. ANÁLISIS DEL TRABAJO REALIZADO COMO PSICÓLOGO DENTRO DEL C.M.L.C.D. y D.	34
3.1. TRABAJO REALIZADO EN EL NIVEL PREVENTIVO	34
3.1.1. PLATICA DE SENSIBILIZACIÓN	35
3.1.2. CONFERENCIA	37
3.1.3. CURSO TALLER	39
3.1.4. ANÁLISIS GLOBAL DEL NIVEL PREVENCIÓN	41
3.2. TRABAJO REALIZADO EN EL NIVEL DE ORIENTACIÓN	44
3.2.1. ORIENTACIÓN	44
3.2.2. CANALIZACIÓN	45
3.2.3. ANÁLISIS GLOBAL DEL NIVEL DE ORIENTACIÓN	45
3.3. TRABAJO REALIZADO EN EL NIVEL DE TRATAMIENTO	46
3.3.1. TERAPIA INDIVIDUAL	46
3.3.2. TERAPIA GRUPAL	50
3.3.3. TALLER TERAPÉUTICO	51
3.3.4. ANÁLISIS GLOBAL DEL NIVEL DE TRATAMIENTO	52
3.4. TRABAJO REALIZADO COMO RESPONSABLE DEL AREA DE PSICOLOGÍA	54
3.4.1. PLATICA INFORMATIVA	54
3.4.2. VISITA A CONSULTORIO	55
3.4.3. EVENTO	56
3.4.4. ANÁLISIS GLOBAL DEL TRABAJO REALIZADO COMO RESPONSABLE DE ÁREA	57
4. CONCLUSIONES GENERALES	59
BIBLIOGRAFIA	68
ANEXOS	71

RESUMEN

El consumo de drogas en México se ha incrementado en los últimos años según la última Encuesta Nacional de Adicciones realizada en el año de 1998, y de igual manera una gran variedad de programas tanto gubernamentales como asociaciones civiles y diversos grupos de autoayuda, trabajan para disminuir las problemáticas relacionadas al consumo de drogas y adicciones en general, el presente trabajo tiene por objetivo analizar cuantitativa y cualitativamente el trabajo realizado como psicólogo dentro del Consejo Municipal de Lucha Contra Las Drogas y la Delincuencia, desempeñando el cargo de Responsable del área de Psicología, para posteriormente realizar una propuesta que permita mejorar la función del psicólogo dentro de la institución. La labor fue realizada bajo los lineamientos del marco cognitivo conductual en todas las acciones emprendidas en los tres niveles de intervención del programa, los cuales son prevención, orientación y tratamiento. Así como también las acciones realizadas propiamente como Responsable de área. En el análisis presentado se puede observar que el trabajo realizado cumplió satisfactoriamente con las metas fijadas para el programa por parte del Ayuntamiento. Dentro de las conclusiones se menciona que a pesar de que el trabajo efectuado puede considerarse exitoso, existen aspectos que bien pueden modificarse para mejorar la calidad del servicio brindado a la población, cumpliendo con el objetivo del presente trabajo se presenta una propuesta fundamentada en tres recomendaciones que mejorarían ampliamente tanto la calidad de los servicios que brinda el Programa, como la formación recibida por cada uno de los psicólogos pertenecientes al mismo.

INTRODUCCION

La visión que se ha tenido acerca del uso de drogas varía en los diferentes periodos de la historia, al mismo tiempo que los estudios, acciones, sanciones jurídicas y sociales, establecidas para analizar y/o controlar los diversos problemas que se asocian al consumo. Las acciones efectuadas en materia de atención asistencial que incluyen la prevención, tratamiento y rehabilitación, estuvieron siempre supeditadas a la idea que se tenía sobre el consumo de sustancias en cada época en particular. Asimismo, estas medidas guardan estrecho vínculo con la extensión de los conocimientos que se han generado alrededor de las drogas.

El consumo de sustancias que alteran el estado anímico y psicológico de los individuos, desde hace mucho tiempo ha sido tema de interés para las distintas sociedades de cada etapa de la historia. En México, los primeros indicios de dicho consumo se remontan a la época prehispánica, en donde el uso de ciertas hierbas se ligaba con prácticas mágico religiosas.

En el México prehispánico y colonial, el ejercicio de la medicina siempre estuvo ligado a prácticas supersticiosas, a la hechicería y a lo sobrenatural, de forma tal que la medicina era vista como algo mágico (Venegas, 1973). Los cronistas de los siglos XVI y XVII describen que los indígenas empleaban frecuentemente hierbas que les producían locura y la pérdida de los sentidos, de la misma manera "algunos autores como Motolinía (1541), López de Gómara (1552), Castañeda (1565), Juan Ruiz de Alarcón (1629) y Clavijero (1779), señalan que el consumo de pulque y la embriaguez eran muy frecuentes entre los pueblos precolombinos y de la Colonia. Sin embargo Fray Bernardino de Sahagún indica que era una práctica que se castigaba con la muerte y que en todo caso sólo se les permitía a los sacerdotes y toleraba a los ancianos" (Cárdenas, 1976).

A pesar de que la medicina mexicana no era muy bien vista por los españoles debido a su vinculación con lo sobrenatural, cuando se establecieron los llamados hospitales para indios en la Nueva España, muchos de los médicos indígenas asistieron a ellos utilizando sus propios sistemas curativos y poco a poco los españoles tuvieron que reconocer los adelantos obtenidos por la medicina prehispánica. En 1552, Martín de la Cruz, practicante del Imperial Colegio de la Santa Cruz, redactó en náhuatl el Tratado sobre hierbas medicinales y su aplicación terapéutica, traducido después al latín por Juan Badiano. Mas adelante el doctor Francisco Hernández, enviado por Felipe II a América en 1570, recibió de los naturales aproximadamente mil 200 plantas con sus nombres en la lengua original y especificando sus usos en la medicina (Venegas, 1973).

Entre la gran diversidad de plantas que utilizaban los indígenas, se encontraban las consideradas como sagradas y que provocaban alucinaciones, entre ellas el Teononácatl u hongo divino, el Ololiuhqui y el Pipiltzintzintli. Estas plantas eran utilizadas para tratar diferentes enfermedades; los médicos las ingerían con el afán de interpretar los sueños o visiones que estas les provocaban y así poder dar su diagnóstico sobre la enfermedad (Aguirre, 1987).

Los alucinógenos no siempre fueron utilizados en ceremonias curativas, también eran usados para intentar establecer contacto con lo sobrenatural y obtener de los dioses beneficios, ya fuera para la comunidad (lluvia, cosechas, victorias, etcétera), o para alguien particular en caso de enfermedad (Venegas, 1975).

El uso de alucinógenos era completamente desconocido para los misioneros españoles antes de la Colonia. Hernando Ruiz de Alarcón, sacerdote comisionado en el Arzobispado de México, fue el encargado de averiguar los ritos y supersticiones de procedencia nativa de los feligreses de su jurisdicción, la cual representaba el área cultural del Ololihqui. Durante muchos años (1628 - 1629) investigó la conducta del aborigen adentrándose en el conocimiento de esta hierba. La labor de Alarcón fue determinante para que comenzara una fuerte persecución en contra de la utilización de la droga, ya que a través de sus estudios se descubre plenamente el significado que los indígenas le daban al uso de la planta y que contrariaba a la nueva religión. Muchos de los informantes de Alarcón fueron remitidos por el mismo al Santo Tribunal de la Inquisición para ser castigados, según este por su "diabólica" conducta.

En el siglo XVII dicho Tribunal dicta formalmente la prohibición del uso de los alucinógenos, persiguiendo a los curanderos y a las personas que consumían estas plantas para castigarlas, de tal forma que los indígenas tuvieron que recurrir al sincretismo de su antigua deidad con las divinidades de la doctrina católica (Aguirre, 1987).

Todas estas plantas consideradas como verdaderas deidades, fueron heredadas por los curanderos coloniales, quienes se quedaron con dicho conocimiento a pesar de que las drogas alucinógenas merecieron la más severa condena por parte de los hombres encargados de fomentar la expansión de los dogmas occidentales.

Por otra parte, desde la época precolombina se sabe de las primeras iniciativas por ejercer control sobre el consumo de sustancias que alteran la conciencia de los individuos. Fray Bernardino de Sahagún señalaba que en la antigua civilización Azteca, se habían detectado problemas coaccionados por la ingestión excesiva de bebidas embriagantes y, aunque no existía un problema serio de alcoholismo, fueron reconocidos sus efectos dañinos, razón por la cual se dictaron una serie de leyes que tenían como fin restringir su uso. Estas leyes variaban desde "consejos del emperador", cortes de pelo o encarcelamientos, hasta castigos mas severos como la muerte. Textualmente Sahagún dice: " Si parecía un mancebo borracho públicamente o si le topaban con el vino, o se le veía caído en la calle o iba cantando, o estaba acompañado con los otros borrachos, éste tal, si era macegual castigabanle dándole de palos hasta matarle, o le daban garrote delante de todos los mancebos juntados, porque tomasen ejemplo y miedo de no emborracharse; y si era el noble el que se emborrachaba dándole garrotes en secreto" (Roman, Molina y Sánchez, 1984).

Con la llegada de los españoles, estas medidas son anuladas "por crueles", permitiendo un consumo menos restrictivo. Una vez que se eliminaron las leyes de los antiguos soberanos con las cuales se castigaba el consumo excesivo, la embriaguez se extiende de modo generalizado entre la población. Para 1529, debido a que el consumo de alcohol se

había vuelto un hábito muy difundido entre la gente y las autoridades de la época asociaban este consumo a comportamientos enajenados, se implanta una de las primeras leyes que prohíben el establecimiento indiscriminado de expendios de pulque. En este mismo año los problemas ocasionados por el consumo eran atribuidos a las fiestas y a la producción de pulque con ingredientes nocivos, pero no así al alcohólico.

La creencia que imperaba en nuestro país en esos tiempos sobre el alcoholismo, era que el bebedor se habituaba a la borrachera pero no a la bebida y se decía que eran ebrios por costumbre. Según Levine (1978), durante los siglos XVI y XVII se pensaba que "la gente se emborrachaba porque quería y no porque tenía que" .

A través del tiempo, el consumo de bebidas embriagantes se torna aun más problemático, así que para el año de 1751 se establecen disposiciones parecidas a las impuestas por los antiguos mexicanos, exceptuando la pena de muerte; es decir , a los borrachos se les azotaba públicamente o se les rapaba la cabeza y los reincidentes eran encarcelados. De continuar con la "vagabundería y ociosidad del vicio", se les desterraba. A pesar de esto, las medidas resultan ineficaces y no reducen la ingesta entre la población (Salazar, 1950).

Por lo que respecta a las drogas, aunque no sabemos con exactitud el proceso social que determino su ilegalidad, podríamos señalar que las primeras medidas de control se localizan desde 1616, cuando el Tribunal de la Santa Inquisición dicta la resolución de castigar con la hoguera a quienes emplearan "plantas malignas y unguentos". El procedimiento de persecución a los usuarios de dichas plantas represento una de las primeras soluciones represivas para combatir el consumo ilegal de las drogas (Cárdenas, 1976).

Entre 1870 y 1884, la concepción acerca de las drogas según Pérez Monfort (1993), sufrió algunas transformaciones, pues adquirió una concepción científica; pero el significado de la droga en términos ofensivos a la sociedad aun no aparecía, pues esta ostentaba el titulo de tónico para la salud o medicina. En el transcurso del siglo XIX no existían restricciones en la producción, venta y consumo de drogas, sin embargo, es importante señalar que en el año de 1870 se registra un primer intento por reglamentar el uso y venta de algunas sustancias que se creía perjudicaban a la salud. No obstante, esta restricción se limito a establecer que la venta de ciertas drogas solo se hiciera con receta medica.

En relación a lo anterior, en 1878 aparece el Reglamento sobre Boticas y Droguerías que prohíbe la venta de algunas sustancias. Para 1884, una modificación a este reglamento pone a consideración la restricción de la venta de "tóxicos y sustancias peligrosas" a los dueños de las boticas o personas especializadas en la preparación de medicinas, y a pesar de que aun no se habla de la limitación en su consumo, se menciona la necesidad de restringir la venta para que la droga no cayera en manos "criminales". Entre las drogas consideradas en el Reglamento se encontraba el opio y sus derivados, la marihuana y el toloache (Arellano, 1884).

A diferencia de las drogas, el consumo excesivo de bebidas alcohólicas ya era motivo de preocupación de las autoridades desde épocas anteriores debido a que, según estas, la ingesta "dificultaba la encomienda de gobernar". En tal sentido a principios del siglo XVI aparecen diversas disposiciones legales que intentaron controlar el consumo, la venta y producción de bebidas alcohólicas; por ejemplo las relacionadas a la producción del pulque pueden localizarse en leyes que aparecen en los años de 1529, 1671, 1724, 1752, 1776 y 1795; las referentes a los lugares de venta de en los años de 1529, 1594, 1619, 1671, 1766, 1810, 1820, 1823, 1825; y las relacionadas al consumo aparecen en los años de 1631, 1692, 1748, 1751, 1772 (Roman, Molina y Sánchez 1984).

Mientras que en estos años el consumo excesivo de alcohol representaba un problema de graves consecuencias sociales y una conducta reprobable, las drogas todavía no se hacían acreedoras a tal condena. Por ejemplo en cuanto a la venta de estas, todavía a fines del siglo XIX y principios del XX, la posibilidad de acceder a las drogas era relativamente fácil pues no existía un control estatal que prohibiera su producción y distribución. "En boticas, mercados y uno que otro establecimiento clandestino, la circulación de dicha sustancia se hacía sin mayores restricciones. La venta y consumo de toda clase de enervantes y compuestos químicos, desde la marihuana hasta los clorhidratos de morfina, no parecían tener control estatal" (Pérez Monfort, 1993). El mismo autor menciona que si bien es cierto que las medidas de control establecidas hasta ese momento, con relación al consumo de bebidas embriagantes no tuvieron éxito, el alcoholismo era mal visto socialmente y concebido como un vicio degradante. Además se pensaba que su principal causa era el bajo nivel educativo, por lo que durante esta época prevaleció la idea de que al elevar el grado de educación se disminuiría el problema .

Mientras que en nuestro país prevalecía esta percepción, años antes (1785) el doctor Rush apuntó que el alcohol era una sustancia que provocaba adicción, pues según sus observaciones los bebedores regulares tendían a convertirse en adictos. En este sentido describió a la adicción como la pérdida de control en el beber, argumentando que existían efectos tóxicos y morales derivados del consumo desmedido del alcohol. Además consideró a dicha adicción como una enfermedad cuya total abstinencia era la única forma de cura. Tal pensamiento vino a revolucionar las ideas tradicionales que habían prevalecido hasta ese momento (Levine, 1978). Sin embargo de acuerdo con otro autor (Velasco, 1985) a pesar de los cambios surgidos en Estados Unidos, todavía a finales del siglo XIX, la mayoría de los médicos mexicanos creían que la adicción era mejor entendida como una falla moral y negaban el estatus de enfermo al adicto. Y no es sino hasta principios del siglo XX que se comienza a considerar al alcoholismo como resultado de una predisposición individual. En este mismo período, Valenzuela en 1900, señaló que el alcoholismo afectaba a los intereses sociales, la paz y el porvenir de las familias y concebía el problema como una enfermedad.

Con el avance en las explicaciones y aproximaciones sobre aspectos psicológicos de la adicción a las drogas, propuestas por el movimiento de "inebriedad" surgido en Estados Unidos en el siglo XIX, se consolida la idea de que los usuarios crónicos de alcohol y drogas eran individuos con una franca enfermedad. La explicación predominante de las adicciones estaba dada en términos de neurastenia y degeneración. Se pensaba que el uso

excesivo de bebidas alcohólicas tenía secuelas físicas y mentales en la descendencia, tales como anomalías congénitas, reducción general de la vitalidad u otras consecuencias en la salud. Además se consideraba que el consumo de alcohol era causa de una gran variedad de problemas sociales y de salud, explicación que se origina a finales del siglo XIX y perdurará a lo largo del siglo XX (Levine, 1984).

En esta misma época aunque aparecieron intentos por proporcionar atención a los indigentes con problemas de adicción, la restricción legal seguía considerándose lo más viable para disminuir el consumo, básicamente del alcohol y posteriormente de otras drogas como el opio, heroína, marihuana y cocaína. Por ejemplo durante el Porfiriato, el uso de drogas con fines placenteros había adquirido una connotación delictiva, por lo que se pretendió establecer control gubernamental sin conseguirlo. Como ejemplo en 1905, el despacho de Gobernación publicó una lista de plantas y animales que los distribuidores podían vender únicamente a los expendios de medicina.

En la década de los 20 y con base en algunas investigaciones, se evidencia que el consumo de drogas se encontraba presente mayoritariamente entre los delincuentes. El problema del consumo de drogas había adquirido en México magnitudes tales, que cobraba importancia política y social, razón por la que se establecen varias acciones legales que ya no incluyen solamente medidas restrictivas, sino que motivan la creación de hospitales que proporcionarían atención médica especializada a los toxicómanos (Roman, Molina y Sánchez, 1984). Y en el año de 1926, el Código Sanitario autoriza la formación de internados especiales para toxicómanos, pero tuvieron que pasar cinco años para que este ordenamiento fuera llevado a cabo con la creación del Hospital Federal de Toxicómanos en 1933.

Como resultado de las medidas gubernamentales adoptadas de las disposiciones internacionales acerca del control de estupefacientes propuestas en la Convención Internacional del Opio en 1912, en 1927 el uso de opio y sus derivados queda inmerso en la esfera de actos ilegales (García, 1990). Asimismo, en 1929 se decretan diversas leyes y reglamentos que tienen como finalidad ejercer nuevos controles sobre la venta y producción del alcohol, a través de la creación del Comité Nacional de Lucha Contra el Alcoholismo, cuya alternativa de solución consistía en fomentar las investigaciones sobre el tema (Roman, Molina y Sánchez, 1984). En este mismo año el Código Penal, debido a la elevada asociación de las drogas con la delincuencia, incluye un nuevo capítulo cuyo objetivo fue el de prohibir, a nivel nacional, la importación y exportación, elaboración, posesión, uso y consumo de algunas drogas como opio, heroína y marihuana (Departamento de Salubridad Pública, 1933). Posteriormente en el año de 1931, el Gobierno Federal establece lo que se considera como la primera medida importante en materia de drogas, esto es, la implantación del Reglamento Federal de Toxicomanías y como respuesta a lo anterior, el Código Sanitario autoriza al Departamento de Salubridad Pública el establecer Hospitales Federales para Toxicómanos y recluir en ellos a los adictos. En 1932 el Código Penal refuerza esta medida al enfatizar la consignación solo para aquellos individuos que fueran detenidos por posesión de droga, mientras que los usuarios quedarían bajo la tutela del Departamento de Salubridad. En este mismo apartado, el Reglamento define al toxicómano como "todo

individuo que usa drogas sin un fin terapéutico", argumentando que es un enfermo que debe estar bajo tratamiento médico (Departamento de Salubridad Pública, 1933).

Es interesante señalar que solo a partir de los registros del Manicomio General, de la Cárcel de Belén, del Hospital Federal de Toxicómanos y de la Penitenciaría de la Ciudad de México, es que se conocen algunos datos acerca del consumo de ciertas drogas, de acuerdo con esta información, las toxicomanías que predominaban eran por heroína, seguida de la morfina, y en tercer lugar la marihuana. Además se habían detectado toxicomanías con barbitúricos utilizadas como droga complementaria y en ocasiones como sustituto de la heroína, debido a su gran accesibilidad y bajo costo. Cuando estos eran usados como sustitutos, se empleaban en grandes cantidades (Cárdenas, 1976).

Para 1935 se implementa la campaña contra el alcoholismo y la venta de sustancias que envenenan al individuo y degeneran la raza, la cual proponía una serie de acciones complementarias al tratamiento farmacológico del adicto, dirigidas a la reeducación y reincorporación de estos a la comunidad de forma productiva (Departamento de Salubridad Pública, 1935). En la sociedad mexicana de los años treinta, el discurso sobre alcoholismo y otras drogas había centrado su interés en el aspecto mental de la adicción, considerando a los componentes psicológicos como factores relevantes de la explicación de estos problemas.

Durante las siguientes dos décadas se mantiene sin grandes variaciones esta situación. En los años sesenta se retoma la idea de enfermedad y es cuando realmente la concepción moralista acerca del uso de sustancias y principalmente del uso del alcohol es superada, particularmente por los conceptos propuestos por Jellinek en 1952, que apuntaban al estudio de las causas y condiciones individuales del consumo del alcohol, en lo que a la dependencia física y psicológica se refiere. En concreto la aportación fundamental de Jellinek a la clínica y patogenia del alcoholismo fue la descripción de un proceso evolutivo de grave pronóstico: de una ingestión moderada a la excesiva, y de allí a la patológica. (Elizondo, 1985). A partir de este nuevo enfoque, la atención a los alcohólicos se orienta básicamente al tratamiento, lo cual motiva que diversos centros de salud y hospitales psiquiátricos destinaran pabellones especiales para el tratamiento de los adictos. Sin embargo, aunque México compartía con otros países la preocupación por establecer estas medidas, la respuesta de las autoridades fue parcial, poco decidida y no se mantuvo con el tiempo (Campillo, 1987). Además las instituciones que trataban a los adictos no contaban con servicios especializados para su rehabilitación. (Elizondo, 1985).

En la década de los sesenta el uso de fármacos se limitaba a pequeños grupos, de los cuales un ejemplo claro fue el movimiento hippy. Dicha expresión influyó en los valores en general y en la conducta del consumo de fármacos entre la población juvenil.

Durante el siguiente decenio el consumo de sustancias se había extendido sobrepasando las barreras de la edad, sexo y nivel socioeconómico y la confianza en el tratamiento como respuesta exclusiva a las adicciones declinó. La explicación predominante a la adicción giraba en torno a la interacción entre el fármaco, la persona y el medio social, considerando

interactivamente las propiedades adictivas y tóxicas de las sustancias, la forma problemática de beber y los factores socioculturales que contribuyen a que se consuman en menor o mayor grado las diversas sustancias. Durante esta misma década de los setenta la preocupación de diferentes sectores de la población ya no radicó exclusivamente en el establecimiento de medidas de control jurídico sobre el consumo de sustancias, sino que se establecieron otras medidas relacionadas con la prevención, tratamiento e investigación. Por otra parte la Organización Mundial de la Salud (OMS), reconoce que el consumo de drogas constituye uno de los mayores retos en el campo de la Salud Pública, por lo que se advierte sobre la necesidad de establecer acciones y estrategias preventivas (Campillo, 1987).

De este modo en 1976, a través de varias revisiones al Código Sanitario, se establece que el alcoholismo es una enfermedad y que corresponde al sector salud llevar a cabo campañas para limitar o prohibir el consumo de alcohol, principalmente. Es en el artículo 248 de dicho documento donde se especifican las medidas que el Gobierno debe implantar, y en el artículo tercero del mismo Código, se describe la "Campaña general contra el alcoholismo y la producción, venta y consumo de sustancias que envenenan al individuo y degeneran la especie humana" (Roman, Molina y Sánchez, 1984).

Entre 1981 y 1990 se proponen nuevas alternativas en la conceptualización de la adicción a las drogas, así como nuevas aproximaciones sobre las causas y consecuencias del consumo, lo que origina que su análisis sea abordado como un solo "síndrome" con diversos grados, que incluye fenómenos fisiológicos, cognitivos y conductuales. Con esta reconceptualización desaparece la distinción entre dependencia física y psicológica y por lo tanto, la idea de que solo se deberían restringir socialmente las drogas que provocaban dependencia física. De ahí que en México se comience a considerar que la dependencia a las drogas es una sola, con rasgos comunes entre las diferentes sustancias y con algunas características propias (Medina-Mora, 1992). A pesar de lo anterior, todavía no se tomaba en cuenta que los daños que causa el abuso del alcohol son aun mas frecuentes en las personas que beben en exceso en forma periódica u ocasional, pero que no son consideradas dependientes. Esto explica por que durante varios años en nuestro país se mantuvo la atención casi exclusiva a los pacientes que habían desarrollado dependencia física y psicológica.

Actualmente, la perspectiva sobre el problema de las dependencias se ha ampliado y ahora no solo se consideran los efectos agudos o incapacitantes del individuo que consume drogas, sino que cobra importancia el reconocer las consecuencias sociales que el uso de sustancias ocasiona.

Entre las medidas de control que han regido el área de las adicciones durante las últimas décadas, se pueden mencionar las siguientes: Limitación de la venta de bebidas alcohólicas y algunos productos de uso industrial como los hidrocarburos alifáticos y aromáticos (thinner, cetonas, tolueno, gasolina, etcétera) a los menores de edad y personas en estado de ebriedad; regulación de los horarios de sitios de venta de bebidas alcohólicas; leyes relativas a la publicidad de productos que dañan la salud; aumento en los impuestos de bebidas alcohólicas y campañas educativas sobre los efectos de la droga en la salud y las relaciones

sociales, dirigidas a diversos sectores de la población, a través de la investigación social y/o de la comunicación colectiva (Campillo y Díaz, 1987).

Como se podido observar, el consumo de sustancias y el estudio para modificar los hábitos del consumo excesivo, han estado presentes desde tiempos muy remotos en nuestro país. Con la revisión histórica presentada, se pueden observar los cambios en la percepción del uso de ciertas sustancias y como a su vez estas han influido en las acciones legislativas, políticas y sociales llevadas a cabo con menor o mayor rigidez en los distintos periodos. Los cambios en la conceptualización de las adicciones se puede explicar en cierta medida a través del incremento progresivo del consumo, de los problemas asociados a éste y la extensión a grupos cada vez mas diversos de la población.

Las nuevas perspectivas en esta materia hacen necesario que en la actualidad no solo se controle la disponibilidad de la droga, pues ninguna de las sustancias mencionadas, a desaparecido o dejado de consumirse debido a su prohibición; mas aun, tales proscripciones han motivado la tendencia a consumos mas asiduos (Ortiz, Romero, Rodríguez, González, Unikel y Sosa, 1992). Por lo tanto se requiere que en base a las investigaciones sociales y epidemiológicas que evalúan el problema, se implementen diferentes acciones enfocadas a la prevención, tratamiento y rehabilitación de las adicciones.

En este sentido el gobierno del Estado de México, sumándose al esfuerzo nacional convocado por el C. Presidente de la República a través del programa nacional para el control de drogas puesto en ejecución en 1992, establece en el año de 1993 el "Acuerdo del Ejecutivo del Estado por el que se crea el Consejo Estatal para el Control de Drogas", en el cual plantea que por razón del tamaño, dinámica y distribución demográfica que experimenta el Estado, es necesaria la coordinación entre las distintas dependencias y entidades de la administración publica, federal, estatal y municipal; creando así los Consejos Municipales de Lucha Contra las Drogas y la Delincuencia. Los cuales deberian estar conformados por autoridades e instituciones que pudieran tener injerencia o estar relacionadas directamente con la problemática de la farmacodependencia.

En el municipio de Tlalnepantla, esta iniciativa es impulsada y no se limita a la formación de dicho Consejo a nivel administrativo, sino que es creado un programa que se incorpora a la Coordinación de Bienestar Social, que se denomina "Consejo Municipal de Lucha Contra las Drogas y la Delincuencia de Tlalnepantla", el cual tiene por objetivo combatir ambas problemáticas a través de acciones preventivas y de tratamiento. Desde un principio la forma de trabajo de este programa se fundamento en el aspecto psicológico de las problemáticas; por lo que la labor del psicólogo dentro de esta institución ha sido fundamental. A pesar de que el objetivo con el que se creo el programa abarcaba el combatir las problemáticas de farmacodependencia y delincuencia, en la operatividad del programa el trabajo se ha encaminado principalmente al combate a las adicciones, por lo que el presente trabajo esta enfocado únicamente a la labor que se ha realizado en ese sentido.

Como se ha mencionado con anterioridad, la perspectiva que se tiene sobre el consumo de drogas es determinante en las acciones legislativas, políticas y sociales así como en el tipo de tratamiento que se proporciona a las personas adictas, en este caso en particular en el que la institución rige su labor bajo los lineamientos de la Psicología, sería de gran beneficio para la población el optimizar mejor la calidad del servicio brindado, por lo que el presente trabajo tiene por objetivo:

Analizar la funcionalidad de la labor que desempeña el psicólogo dentro de la institución en los diferentes niveles de intervención. Para posteriormente elaborar una propuesta que mejore dicha funcionalidad y se brinde un servicio cada vez mas eficiente a la sociedad.

Sin embargo para realizar dicho análisis, es necesario especificar desde que marco teórico se fundamenta la labor realizada como psicólogo dentro de esa institución. Ya que dentro de la Psicología existen diferentes corrientes, las cuales tienen su propio objeto de estudio y formas de explicación de los fenómenos psicológicos, y el caso de las adicciones no es la excepción, cada corriente lo enfoca define de manera diferente y por lo tanto las causas y tratamiento que brindan son a su vez distintas. Sin embargo existen dos modelos que pueden ser considerados como los principales: El modelo médico y el modelo conductual (Smith, R. Sarason I, Sarason B. 1984) .

Cabe destacar que la mayoría de las investigaciones en relación a la adicción a las drogas se han realizado enfocadas al alcoholismo y que mucho de lo encontrado en ellas es aplicado también a otros tipos de drogas.

En 1960 Jellinek, expuso un concepto muy completo del alcoholismo como enfermedad. Antes de esto se pensaba que el alcoholismo se trataba de una debilidad moral, Jellinek y otros autores afirman que se trata de una enfermedad de tipo adictivo cuyas causas se encuentran en la fisiología del organismo. El alcohólico sería pues un poco diferente (a nivel biológico) de aquellos que pueden controlar la ingestión de bebidas embriagantes. Se han propuesto varias teorías de tipo fisiológico y biológico para explicar tales diferencias, pero hasta la fecha ninguna cuenta con un respaldo sólido de la investigación. A pesar de ello los defensores del modelo medico están convencidos de que algún día se descubrirán los fundamentos biológicos de su teoría. También están convencidos de que se trata de una enfermedad permanente e irreversible.

En el modelo medico el síntoma esencial del alcoholismo es la pérdida del control sobre la ingestión de bebidas alcohólicas. Siempre que el individuo, la presencia del alcohol en la corriente sanguínea desencadenaría un mecanismo fisiológico productor de un irresistible deseo físico de seguir bebiendo. Así pues esta pérdida de control se considera una manifestación involuntaria de un trastorno interno de índole adictiva. Este modelo afirma que ni siquiera el alcohólico "reformado" escapa a esta compulsión; se supone que una persona que desde hace años no toma un trago, recaerá con solo ingerir un poco de alcohol. Conforme a este punto de vista ningún alcohólico puede "curarse" o rehabilitarse, la adicción esta siempre al acecho, lista para lanzarse sobre su víctima en cuanto esta prueba

un poco de licor. Las implicaciones del modelo son evidentes: la única manera de llevar una vida normal consiste en abstenerse por completo del alcohol, el alcohólico no podrá ser nunca un "bebedor social".

El modelo conductual tiene una concepción totalmente distinta a la del modelo médico respecto a la naturaleza del alcoholismo y adicciones en general, así como del tratamiento de las mismas, en esta teoría las adicciones no son el resultado de una enfermedad interna, sino un elemento de una clase de conductas adictivas. Todas las conductas de este tipo son consecuencia de principios similares del aprendizaje y del refuerzo. En vez de buscar un mecanismo interno de la adicción, los partidarios de este modelo buscan los determinantes ambientales y cognoscitivos de la conducta adictiva y las consecuencias de la misma, que contribuyen a aumentar o aminorar la frecuencia de presentación de dicha conducta. Tales consecuencias abarcan desde los efectos físicos específicos, hasta las reacciones sociales e interpersonales del adicto.

La discrepancia fundamental entre ambas perspectivas es saber si el adicto puede llegar a rehabilitarse, por ejemplo en el caso del alcoholismo que el alcohólico pueda ser un bebedor social controlado. Esta posibilidad es negada por el modelo médico y asociaciones que lo aceptan como por ejemplo Alcohólicos Anónimos (AA), señalan que si un "alcohólico se convierte en un bebedor controlado es porque nunca fue alcohólico. El modelo conductual sostiene que como la adicción es consecuencia de un aprendizaje inadecuado, estas personas han de aprender a beber con moderación.

Con fundamento en la formación recibida durante la carrera de la Licenciatura en Psicología, en la cual se conocen los fundamentos teóricos de cada corriente psicológica, así como la convicción de los beneficios que aportan el modelo cognitivo conductual, sus técnicas y programas aplicados a distintas problemáticas psicológicas, influyeron de forma determinante para que la labor realizada como psicólogo dentro del C.M.L.C.D. y D., estuviera fundamentada en los lineamientos del modelo cognitivo conductual, por lo cual el análisis de dicho trabajo se realizara bajo los lineamientos del marco teórico mencionado.

CAPITULO 1

HISTORIA DEL CONSEJO MUNICIPAL DE LUCHA CONTRA LAS DROGAS Y LA DELINCUENCIA DE TLALNEPANTLA

1.1. ANTECEDENTES DE LA INSTITUCION

El 14 de junio de 1993, el poder ejecutivo del Estado de México, establece el "Acuerdo del Ejecutivo del Estado por el que se crea el Consejo Estatal para el Control de Drogas", sumándose con esta medida al esfuerzo nacional convocado por el C. Presidente de la República a través del Programa Nacional para el Control de Drogas, puesto en ejecución por decreto presidencial el 29 de enero de 1992.

El acuerdo establece entre otros puntos lo siguiente:

PRIMERO.- Se crea el Consejo Estatal para el Control de las Drogas, como un órgano auxiliar del poder ejecutivo, que quedara adscrito sectorialmente a la Procuraduría General de Justicia del Estado.

SEGUNDO.- El Consejo tendrá como objetivo fundamental coordinar, apoyar, evaluar, promover y ejecutar las acciones específicas en materia de prevención, tratamiento y rehabilitación de la farmacodependencia, asimismo atendiendo a los señalamientos del Programa Estatal para el Control de Drogas que al efecto se expida, emitirá políticas generales y particulares conforme a las cuales operara el y los Consejos Municipales.

De dicho acuerdo se desprende la iniciativa de la creación de los Consejos Municipales de Lucha Contra las Drogas y la Delincuencia (C.M.L.C.D. y D.) considerando "que en virtud de la importancia que el Ejecutivo del Estado establece a los programas de prevención, tratamiento y rehabilitación en materia de farmacodependencia; por razón del tamaño, dinámica y distribución demográfica que experimenta el Estado, se ha considerado necesaria la coordinación de esfuerzos entre las distintas dependencias y entidades de la administración pública federal, estatal y municipal que se encuentran relacionadas con el problema del control de drogas con la participación de los sectores privado y social."

La iniciativa plantea que 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, y que los Consejos Municipales en colaboración directa con el Delegado del Consejo Estatal, procederá a instalar Subconsejos obreros, educativos, deportivos, entre otros, mismos que desde sus diversos ámbitos de acción, coordinados por el Consejo Municipal respectivo, efectuaran actividades propias del Consejo de Lucha Contra las Drogas y la Delincuencia. Esto con el propósito de que las actividades propias del Consejo Municipal, así como de los Subconsejos se lleven a la práctica con absoluto respeto a las atribuciones de otras dependencias y las de la propia entidad federativa o municipio.

Asimismo plantea que en virtud de tratarse de 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, invitara 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 estas, Los Consejos Municipales a través de su Presidente o de quien se designe, deberá informar mensualmente al C. Coordinador General Estatal del Consejo de Lucha Contra las Drogas y la Delincuencia.

En Tlalnepantla, es constituido y puesto en marcha en agosto de 1993 el programa denominado Comité Municipal de Lucha Contra las Drogas y la Delincuencia de Tlalnepantla (C.M.L.C.D.y D.) incorporado a la Coordinación de Bienestar Social, misma que pertenece a la Dirección de Educación, Cultura, Bienestar Social, Deporte y Turismo. El programa plantea los siguientes objetivos:

Objetivo General:

El Comité Municipal de Lucha Contra las Drogas y la Delincuencia tiene por objetivo fundamental, el trabajo en áreas específicas hacia la prevención, detección y rehabilitación. Así como la canalización en coordinación con las instituciones que lo conforman, con el fin de crear un trabajo en conjunto hacia el tratamiento de la farmacodependencia y la delincuencia, haciendo participe de manera voluntaria a la población, dando origen a los Subcomites de Lucha Contra las Drogas y la Delincuencia.

Objetivos Especificos:

- Informar y realizar los conocimientos sobre los servicios, así como la ubicación del Consejo Municipal, dentro de la población en general.
- Impartir platicas preventivas en escuelas y colonias con temas como son: Alcoholismo, farmacodependencia, tabaquismo, nutrición, educación sexual, autoestima, relación padre e hijo, entre otras; con el fin de mejorar la calidad de vida de todos y cada uno de los asistentes a las mismas.
- Proporcionar apoyo psicológico a todas las personas que lo requieran como apoyo para la rehabilitación de una adicción.

Cabe señalar que en este periodo el programa del C.M.L.C.D. y D. Estaba constituido únicamente por una persona, misma que ocupaba el cargo de Jefa del C.M.L.C.D. y D. Y a su vez impartía las platicas y terapias psicológicas; posteriormente desarrollo un programa más complejo mediante el cual podía mejorar y cubrir los objetivos del programa.

Este programa con el apoyo de estudiantes de séptimo y octavo semestre de la Licenciatura en Psicología, a través de la materia de Psicología Aplicada Laboratorio VII y VIII, buscaba cubrir los siguientes objetivos especificos:

- Formar y capacitar un Subcomite Municipal de Lucha contra las Drogas y la Delincuencia en cada colonia del municipio a través de la impartición de un curso-taller para la formación de promotores en la lucha contra las drogas y la delincuencia.
- Impartir platicas de prevención con temas como: Relación de pareja, autoestima, sexualidad, problemas de comunicación, y todo tipo de problemáticas emocionales.
- Impartir platicas de sensibilización sobre adicciones, alcoholismo, tabaquismo y farmacodependencia.
-
- Brindar apoyo psicológico a personas adictas o familiares de los mismos.

Ante los resultados obtenidos mediante este programa se logro que en junio de 1995 el Ayuntamiento proporcionara seis becas económicas de \$500 para que estudiantes de la Licenciatura en Psicología realizaran sus practicas profesionales dentro del programa del C.M.L.C.D. y D. A partir de esa fecha el programa estuvo constituido por siete personas, la Jefa del C.M.L.C.D. y D. Y seis psicólogos becados. También se logro que el programa contara con dos espacios asignados específicamente para el mismo, uno en el Palacio Municipal de Tlalnepantla, y otro en la Delegación Municipal de la zona oriente de Tlalnepantla.

Con base en los resultados obtenidos por el programa a enero de 1997 se destinan mas recursos al programa, obteniéndose lo siguiente:

- La obtención de una plaza de nivel Jefatura de Unidad.
- Una plaza de nivel Técnico A, dando un total de dos contando la que se tenia anteriormente.
- Incremento en cantidad y monto de becas, pasando de seis becas de \$500^{oo} , a ocho de \$1000^{oo} cada una.
- La apertura de cinco espacios mas dentro de propiedades del Ayuntamiento, lo cual daba un total de siete.

A partir de ese momento el Programa cambia de nombre, únicamente cambia la palabra Comité por la de Consejo, quedando asi como Consejo Municipal de Lucha Contra las Drogas y la Delincuencia. Esto provoca que la estructura en la que venia funcionando el programa sufiera modificaciones para quedar constituido como en su forma actual.

1.2. ESTRUCTURA ACTUAL Y ORGANIGRAMA

En enero de 1997 como consecuencia de los resultados obtenidos por el programa, este recibió por parte del Ayuntamiento más recursos que provocaron que la estructura del mismo se viera modificada, quedando de la manera siguiente:

Objetivo General:

Trabajar en las áreas específicas de prevención, orientación y tratamiento de la farmacodependencia así como en la prevención de la delincuencia a través de acciones de tipo social.

Objetivos específicos:

1. Formación y capacitación de Subconsejos Municipales de Lucha Contra las Drogas y la Delincuencia en Todo el Municipio de Tlalnepantla.
2. Proporcionar a la población información confiable sobre los factores de riesgo que pueden facilitar la farmacodependencia, así como las consecuencias físicas, psicológicas, sociales y legales que la misma puede ocasionar.
3. Fomentar entre la población el aprovechamiento del tiempo libre canalizándolo hacia la práctica de actividades deportivas, culturales o recreativas.
4. Brindar apoyo psicológico a las personas adictas o familiares de los mismos que soliciten el servicio.
5. Tramitar apoyos para lograr una asistencia médica y social a los farmacodependientes de escasos recursos en una forma oportuna y adecuada.

Con el propósito de que las actividades propias del Consejo Municipal, así como de los Subconsejos se lleven a la práctica con absoluto respeto a las atribuciones de otras dependencias y las de la propia entidad federativa o municipio, dichas actividades se llevan a cabo bajo los siguientes lineamientos:

Marco operativo

Con fundamento en los recursos materiales y humanos con que cuenta el programa, el C.M.L.C.D. y D. De Tlalnepantla esta organizado de la siguiente manera:

El programa tiene tres niveles de acción, los cuales son: Prevención, Orientación y Tratamiento. Los cuales tienen objetivos específicos que a continuación se presentan:

Nivel de Prevención. Brindar información confiable a la población acerca de las consecuencias que traen consigo el consumo de drogas y la práctica de conductas delictivas, así como brindar alternativas encaminadas a la administración y aprovechamiento del tiempo libre.

Nivel de Orientación. Informar a la población que padezca de un problema de adicción, las alternativas que existen para su solución, proporcionando esta orientación basados en un análisis de las características de la problemática y su condición socioeconómica.

Nivel de Tratamiento. Brindar apoyo psicológico de forma gratuita a las personas adictas así como a familiares de los mismos que soliciten el servicio.

Para incidir en estos niveles el C.M.L.C.D. y D. Cuenta con dos áreas, las cuales son: Área de Trabajo Social y el Área de Psicología. Cada área esta constituida de diferente manera, inciden en los niveles desde perspectivas diferentes y tienen asignados objetivos y metas muy específicos. A continuación se presentan fichas de información de cada una de ellas.

Área de Trabajo Social.

- **Recursos Humanos.** Cuenta con un responsable de área que cubre un horario de 9:00 a 21:00 hrs. Y ocho prestadoras de servicio social de la carrera de Técnico en Trabajo Social, las cuales cubren un horario de cuatro horas diarias de lunes a viernes.
- **Niveles del programa en que incide:** Prevención y Orientación.
- **Objetivos del Área.** Cubrir los objetivos específicos de los niveles en que se incide.
 - Realizar estudios socioeconómicos y de comunidad para la
 - realización de tramites de apoyo a la población así como de
 - apoyo al Area de Psicología si esta lo solicita.
 - Realización de periódicos murales en distintos puntos del
 - Municipio.
 - Realización de eventos recreativo-deportivos o culturales.
 - Realización de difusión de los servicios que brinda el Consejo.
- **Metas mensuales fijadas.**

Platicas de sensibilización	80
• Estudios socioeconómicos	40
• Estudios de comunidad	40
• Periódicos murales	5
• Eventos R.D.C.	1
• Carteles de difusión	160
• Volantes de difusión	1000
• Trípticos informativos	400
- **Comentarios:** Debido a que el área esta compuesta en su mayoría por personal de nivel técnico, las tareas encomendadas a esta área son las más simples en cuanto al grado de información específica de adicciones que se maneja, las platicas de sensibilización que imparte el área, se procura que sean en escuelas primarias.

Área de Psicología.

- **Recursos Humanos.** Un responsable de área que cubre un horario de 9:00 a 21:00 hrs. Ocho psicólogos becados que cubren un horario de cinco horas diarias de lunes a viernes.
- **Niveles del Programa en que Incide:** Prevención, Orientación y Tratamiento.
- **Objetivos del Área:**
 1. Cubrir los objetivos específicos de los tres niveles de incidencia del programa.
 2. Formar y capacitar Subconsejos de Lucha Contra las Drogas a través de la impartición del Curso-taller para Promotores en la Lucha Contra las Drogas.
- **Metas mensuales fijadas:**

Platicas de sensibilización	40
Conferencias	8
Curso taller	8
Terapia individual	540
Terapia grupal	32
Taller terapéutico	8
Eventos R.D.C.	1
- **Comentarios:** El trabajo del programa se recarga sobre esta área debido a que toda la información que se proporciona a la población (contenido de las Platicas, conferencias, trípticos informativos, periódicos murales, etc.) es elaborada o asesorada por los psicólogos del área, además de cubrir las funciones específicas de la misma.

El funcionamiento general del programa es coordinado por el responsable del mismo, el cual a su vez distribuye el trabajo entre los responsables de cada área, los cuales se encargan de planear, organizar y supervisar que se realicen las actividades correspondientes para cubrir los objetivos y metas planteados.

Para una mayor claridad de la estructura del programa a continuación se presenta el organigrama del C.M.L.C.D. y D.

ORGANIGRAMA DEL CONSEJO MUNICIPAL DE LUCHA
CONTRA LAS DROGAS Y LA DELINCUENCIA
DE TLALNEPANTLA

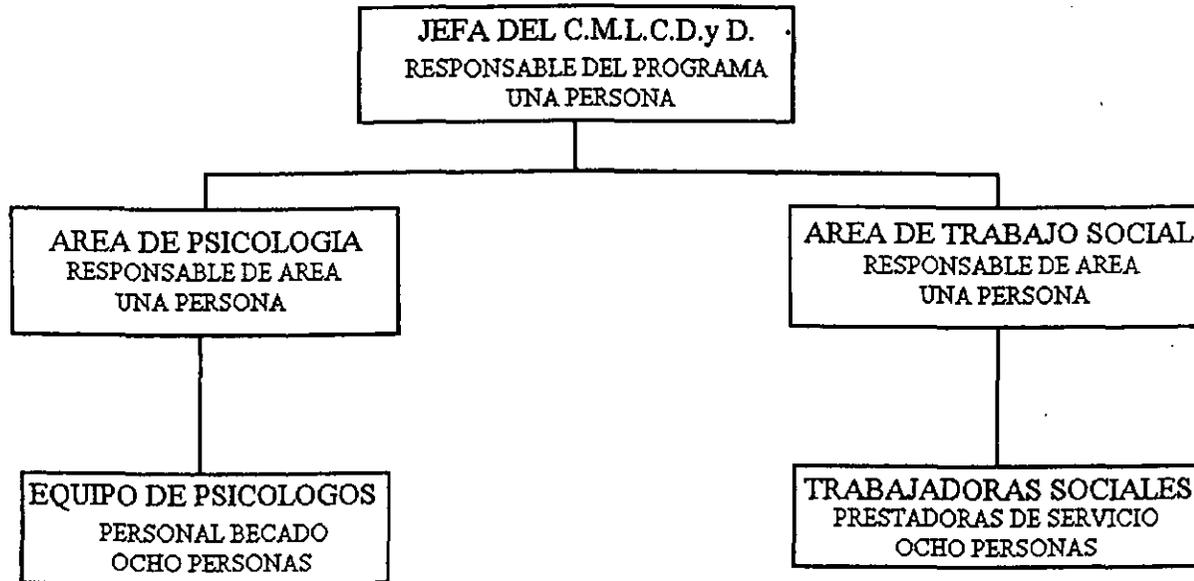


Fig. 1. Muestra la estructura organizacional del programa, conformada por una responsable del programa y dos Areas, la de Trabajo Social y la de Psicología, cada una con un Responsable de Area y ocho elementos operativos.

1.3. ACTIVIDADES QUE DESEMPEÑA EL PSICÓLOGO DENTRO DE LA INSTITUCION.

Como se ha mencionado, la función del psicólogo dentro de este programa ha sido fundamental desde los comienzos del mismo, dado que las labores principales que se desarrollan se basan en los conocimientos y trabajo del personal del área de Psicología. Para exponer claramente las actividades que desempeñan los psicólogos dentro de la institución, comenzaremos por describir de que manera se encuentra organizada el área:

El área de Psicología esta constituida por ocho psicólogos becados que cubren un horario de cinco horas diarias de lunes a viernes, en horarios matutino y vespertino, según les sean asignados; y un responsable de área que cubre un horario de las 9:00 a las 21:00 hrs. Este personal se encuentra distribuido de la siguiente manera:

CONSULTORIO	TURNO	PSICÓLOGOS ASIGNADOS
* Acambay	matutino y vespertino	uno por turno
Bella Vista	matutino	uno
Constitución	matutino	uno
Chalma	vespertino	uno
San Juan	vespertino	uno
San Pablo	matutino	uno
Sta. Cecilia	matutino	uno

* El consultorio de Acambay es donde se encuentra la oficina central, donde están ubicadas las oficinas del Responsable del programa, y de los Responsables de área, en este consultorio se cuenta con dos cubiculos para terapia psicológica.

Las actividades que cada psicólogo becado debe realizar son:

- Impartición de platicas de sensibilización sobre la prevención de adicciones, dirigidas a la comunidad en general.
- Impartición de conferencias sobre temas específicos relacionados al consumo de drogas o bien sobre la practica de conductas delictivas.
- Impartición del curso taller para la formación de promotores en la lucha contra las drogas.

- Brindar orientación y apoyo psicológico a las personas que acuden por primera vez a la institución.
- Impartición de terapias psicológicas tanto a nivel individual como grupal a personas adictas o familiares de los mismos.
- Canalización a personas al programa o institución, según sea el caso que más convenga a la solución del problema.
- Elaboración de expedientes de los pacientes atendidos.
- Participación en Jornadas y Ferias de salud organizadas por el Ayuntamiento o bien por el ISEM.
- Realización de difusión en la periferia de su respectivo consultorio, a través de la pega de carteles, entrega de volantes o bien de charlas informativas en las comunidades.
- Participación en las juntas semanales y mensuales del área, así como la entrega de reportes semanales de actividades realizadas.
- Participación y apoyo en los eventos deportivos o culturales realizados por la institución.
- Revisión y actualización del contenido de pláticas de sensibilización, trípticos, folletos etc.
- Asesoría y apoyo al personal del área de Trabajo Social.

El responsable de área, además de realizar las actividades antes mencionadas, debe realizar las actividades específicas de su cargo, las cuales son:

- Reclutamiento y selección de psicólogos becados para el área.
- Capacitación del personal de nuevo ingreso.
- Supervisión del trabajo realizado en consultorios.
- Revisión de expedientes y asesoría en el manejo de casos.
- Coordinación de juntas de área.
- Elaboración del programa de capacitación continua del personal, así como la contactación de apoyos para la realización del mismo.

- Impartición de pláticas informativas en los diversos grupos de autoayuda ubicados dentro del municipio.
- Elaboración de reportes e informes semanales, mensuales y especiales del área, solicitados por la Dirección.
- Elaboración de la planeación del trabajo y estrategias a seguir para el buen funcionamiento del área.
- Apoyo al centro de readaptación social "Lic. Juan Fernández Albarran" con la realización de eventos culturales y deportivos para los reclusos de la institución.

Tanto el personal becado como el responsable de área tienen la obligación de apoyar a la Coordinación de Bienestar Social y a los programas de la misma o bien a cualquier otro programa si el responsable del programa así lo establece, dejando de lado las actividades propias del C.M.L.C.D. y D.

CAPITULO 2
EXPOSICIÓN DEL TRABAJO REALIZADO COMO PSICÓLOGO DENTRO DEL
C.M.L.C. D y D.

Como se ha podido observar el trabajo del psicólogo dentro de la institución es fundamental y sumamente variado, y tomando en cuenta que en el presente trabajo se expone la labor realizada durante un año como Responsable del área de Psicología, para una clara comprensión del trabajo efectuado, en el presente capítulo se presentan los informes mensuales de actividades, correspondientes al periodo reportado exponiendo el análisis del mismo en el siguiente capítulo.

ENERO

FECHA	ACTIVIDAD	CANTIDAD	PERSONAS ATENDIDAS
3 -ENE	Impartición de terapia psicológica individual	2	2
6 -ENE.	Impartición de terapia psicológica individual	2	2
	Impartición de curso taller (sesión 1)	1	9
7 - ENE	Impartición de curso taller (sesión 2)	1	9
	Impartición de terapia psicológica individual	3	3
8 -ENE.	Impartición de curso taller (sesión 3)	1	9
	Impartición de terapia psicológica individual	1	1
9 -ENE.	Impartición de curso taller (sesión 4)	1	9
10- ENE	Impartición de curso taller (sesión 5)	1	9
	Impartición de terapia psicológica individual	3	3
13 -ENE	Impartición de terapia psicológica individual	2	2
14 -ENE	Visita a consultorio	6	
	Impartición de terapia psicológica individual	3	3
15-ENE	Impartición de terapia psicológica individual	3	3
	Impartición de Conferencia	1	180
16-ENE	Impartición de Platica informativa	1	35
17-ENE	Impartición de terapia psicológica individual	3	3
20-ENE	Impartición de terapia psicológica individual	1	1
	Impartición de curso taller (sesión 1)	1	8
21-ENE	Impartición de curso taller (sesión 2)	1	8
	Impartición de terapia psicológica individual	4	4
22-ENE	Impartición de curso taller (sesión 3)	1	8
	Impartición de terapia psicológica individual	3	3
	Impartición de Conferencia	1	105
23-ENE	Impartición de curso taller (sesión 4)	1	8
24-ENE	Impartición de terapia psicológica individual	2	2
	Impartición de curso taller (sesión 5)	1	8
27-ENE	Impartición de terapia psicológica individual	3	3
28.ENE	Impartición de terapia psicológica individual	4	4
29-ENE	Impartición de platica preventiva	3	105

	Impartición de terapia psicológica individual	3	3
30-ENE	Impartición de platica preventiva	2	61
	Impartición de Conferencia	1	120
31-ENE	Coordinación de junta mensual del área	1	
	Impartición de terapia psicológica grupal	1	6
	Impartición de terapia psicológica individual	2	2

FEBRERO

FECHA	ACTIVIDAD	CANTIDAD	PERSONAS ATENDIDAS
1-FEB	Impartición de curso taller (sesión 1)	1	12
3-FEB	Impartición de terapia psicológica individual	3	3
	Impartición de Conferencia	1	121
4-FEB	Visita a consultorio	6	
5-FEB	Impartición de terapia psicológica individual	5	5
7-FEB	Impartición de terapia psicológica individual	2	2
8-FEB	Impartición de curso taller (sesión 2)	1	12
10-FEB	Impartición de terapia psicológica individual	3	3
	Impartición de Platica informativa	1	26
11-FEB	Impartición de terapia psicológica individual	4	4
12-FEB	Impartición de terapia psicológica individual	6	6
13-FEB	Impartición de platica preventiva	2	107
14-FEB	Coordinación de evento especial	1	61
	Impartición de terapia psicológica individual	2	2
	Impartición de terapia psicológica grupal	1	5
15-FEB	Impartición de curso taller (sesión 3)	1	12
17-FEB	Impartición de terapia psicológica individual	3	3
	Impartición de Platica informativa	1	27
18-FEB	Impartición de terapia psicológica individual	4	4
19-FEB	Impartición de terapia psicológica individual	6	6
21-FEB	Impartición de Conferencia	1	130
	Impartición de terapia psicológica individual	2	2
24-FEB	Impartición de terapia psicológica individual	3	3
	Impartición de Platica informativa	1	17
25-FEB	Impartición de terapia psicológica individual	4	4
26-FEB	Coordinación de taller terapéutico (sesión 1)	1	15
	Impartición de terapia psicológica individual	5	5
27-FEB	Impartición de platica preventiva	2	50
	Coordinación de taller terapéutico (sesión 2)	1	15
28-FEB	Coordinación de junta mensual del área	1	
	Impartición de terapia psicológica individual	2	2
	Impartición de terapia psicológica grupal	1	7

MARZO

FECHA	ACTIVIDAD	CANTIDAD	PERSONAS ATENDIDAS
3-MAR	Impartición de terapia psicológica individual	4	4
	Impartición de Platica informativa	1	32
4-MAR	Visita a consultorio	6	
5-MAR	Impartición de terapia psicológica individual	7	7
	Impartición de platica preventiva	1	51
6-MAR	Coordinación de evento especial	1	28
7-MAR	Impartición de terapia psicológica individual	2	2
8-MAR	Impartición de curso taller (sesión 1)	1	5
10-MAR	Impartición de terapia psicológica individual	4	4
	Impartición de Platica informativa	1	22
11-MAR	Coordinación de taller terapéutico (sesión 1)	1	10
	Impartición de terapia psicológica individual	4	4
12-MAR	Impartición de terapia psicológica individual	8	8
13-MAR	Coordinación de taller terapéutico (sesión 2)	1	10
14-MAR	Impartición de terapia psicológica grupal	1	5
	Impartición de terapia psicológica individual	2	2
15-MAR	Impartición de curso taller (sesión 2)	1	5
17-MAR	Impartición de terapia psicológica individual	2	2
	Impartición de platica preventiva	2	95
18-MAR	Impartición de terapia psicológica individual	4	4
19-MAR	Impartición de terapia psicológica individual	6	6
	Impartición de platica preventiva	2	91
20-MAR	Impartición de platica preventiva	2	132
21-MAR	Impartición de terapia psicológica individual	2	2
22-MAR	Impartición de curso taller (sesión 3)	1	5
24-MAR	Impartición de terapia psicológica individual	4	4
25-MAR	Coordinación de taller terapéutico (sesión 1)	1	9
	Impartición de terapia psicológica individual	4	4
26-MAR	Impartición de terapia psicológica individual	8	8
27-MAR	Coordinación de taller terapéutico (sesión 2)	1	9
28-MAR	Coordinación de junta mensual del área	1	
	Impartición de terapia psicológica grupal	1	5
	Impartición de terapia psicológica individual	2	2
29-MAR	Impartición de curso taller (sesión 4)	1	5
31-MAR	Impartición de terapia psicológica individual	4	4

ABRIL			
FECHA	ACTIVIDAD	CANTIDAD	PERSONAS ATENDIDAS
1-ABRIL	Impartición de terapia psicológica individual	4	4
2-ABRIL	Impartición de terapia psicológica individual	7	7
3-ABRIL	Impartición de Platica informativa	1	30
4-ABRIL	Impartición de terapia psicológica individual	2	2
7-ABRIL	Impartición de terapia psicológica individual	4	4
	Impartición de Platica informativa	1	48
8-ABRIL	Visita a consultorio	6	
9-ABRIL	Impartición de terapia psicológica individual	8	8
10-ABRIL	Coordinación de evento especial	1	32
	Impartición de Platica informativa	1	29
11-ABRIL	Impartición de terapia psicológica individual	1	1
	Impartición de terapia psicológica grupal	1	5
14-ABRIL	Impartición de terapia psicológica individual	3	3
	Impartición de Platica informativa	1	31
15-ABRIL	Impartición de terapia psicológica individual	3	3
16-ABRIL	Impartición de terapia psicológica individual	6	6
17-ABRIL	Impartición de platica preventiva	2	112
18-ABRIL	Impartición de terapia psicológica individual	1	1
	Impartición de terapia psicológica grupal	1	5
21-ABRIL	Impartición de terapia psicológica individual	3	3
22-ABRIL	Impartición de terapia psicológica individual	3	3
23-ABRIL	Impartición de terapia psicológica individual	7	7
24-ABRIL	Impartición de platica preventiva	2	66
	Coordinación de evento especial	1	32
25-ABRIL	Impartición de Conferencia	2	237
28-ABRIL	Coordinación de junta mensual del área	1	
	Impartición de terapia psicológica individual	4	4
29-ABRIL	Impartición de terapia psicológica individual	4	4
30-ABRIL	Impartición de terapia psicológica individual	4	4

MAYO			
FECHA	ACTIVIDAD	CANTIDAD	PERSONAS ATENDIDAS
2-MAYO	Impartición de terapia psicológica grupal	1	5
	Impartición de terapia psicológica individual	2	2
5-MAYO	Impartición de terapia psicológica individual	4	4
	Impartición de curso taller (sesión I)	1	9
6-MAYO	Visita a consultorio	6	
7-MAYO	Impartición de terapia psicológica individual	8	8

8-MAYO	Impartición de platica preventiva	4	158
9-MAYO	Impartición de terapia psicológica individual	2	2
12-MAYO	Impartición de terapia psicológica individual	4	4
	Impartición de curso taller (sesión 2)	1	9
13-MAYO	Coordinación de evento especial	1	80
	Impartición de terapia psicológica individual	4	4
14-MAYO	Impartición de terapia psicológica individual	8	8
15-MAYO	Impartición de Conferencia	1	150
16-MAYO	Impartición de terapia psicológica grupal	1	5
	Impartición de terapia psicológica individual	2	2
19-MAYO	Impartición de terapia psicológica individual	4	4
	Impartición de curso taller (sesión 3)	1	9
20-MAYO	Impartición de terapia psicológica individual	4	4
21-MAYO	Impartición de terapia psicológica individual	8	8
23-MAYO	Impartición de terapia psicológica individual	2	2
26-MAYO	Impartición de terapia psicológica individual	4	4
	Impartición de curso taller (sesión 4)	1	9
27-MAYO	Impartición de platica preventiva	1	130
	Impartición de terapia psicológica individual	4	4
28-MAYO	Impartición de terapia psicológica individual	8	8
29-MAYO	Impartición de Conferencia	1	125
	Impartición de platica preventiva	1	39
30-MAYO	Coordinación de junta mensual del área	1	
	Impartición de terapia psicológica individual	2	2
	Impartición de terapia psicológica grupal	1	5

JUNIO

FECHA	ACTIVIDAD	CANTIDAD	PERSONAS ATENDIDAS
2-JUNIO	Impartición de terapia psicológica individual	4	4
	Coordinación de evento especial	1	92
3-JUNIO	Impartición de platica preventiva	3	85
	Impartición de terapia psicológica individual	4	4
4-JUNIO	Impartición de terapia psicológica individual	7	7
5-JUNIO	Impartición de platica preventiva	2	96
6-JUNIO	Impartición de terapia psicológica individual	2	2
	Impartición de terapia psicológica grupal	1	6
9-JUNIO	Impartición de terapia psicológica individual	3	3
	Impartición de Conferencia	1	11
10-JUNIO	Visita a consultorio	6	
11-JUNIO	Impartición de terapia psicológica individual	6	6
12-JUNIO	Impartición de curso taller (sesión 1)	1	20
	Impartición de platica informativa	1	32

13-JUNIO	Coordinación de evento especial	1	125
	Impartición de terapia psicológica individual	2	2
	Impartición de terapia psicológica grupal	1	5
16-JUNIO	Impartición de terapia psicológica individual	4	4
	Impartición de Conferencia	1	107
17-JUNIO	Impartición de terapia psicológica individual	3	3
18-JUNIO	Impartición de terapia psicológica individual	6	6
19-JUNIO	Impartición de curso taller (sesión 2)	1	20
	Impartición de platica informativa	1	14
20-JUNIO	Coordinación de evento especial	1	97
	Impartición de terapia psicológica individual	2	2
	Impartición de terapia psicológica grupal	1	5
21-JUNIO	Coordinación de taller terapéutico (sesión 1)	1	25
22-JUNIO	Coordinación de taller terapéutico (sesión 2)	1	25
23-JUNIO	Impartición de terapia psicológica individual	4	4
	Impartición de Conferencia	1	98
24-JUNIO	Impartición de terapia psicológica individual	3	3
25-JUNIO	Impartición de terapia psicológica individual	6	6
26-JUNIO	Impartición de curso taller (sesión 3)	1	20
27-JUNIO	Coordinación de junta mensual del área	1	
	Impartición de terapia psicológica individual	2	2
	Impartición de terapia psicológica grupal	1	4
30-JUNIO	Impartición de terapia psicológica individual	2	2

JULIO

FECHA	ACTIVIDAD	CANTIDAD	PERSONAS ATENDIDAS
1-JULIO	Impartición de curso taller (sesión 1)	1	9
	Impartición de terapia psicológica individual	3	3
2-JULIO	Impartición de curso taller (sesión 2)	1	9
	Impartición de terapia psicológica individual	6	6
3-JULIO	Impartición de platica preventiva	4	138
4-JULIO	Impartición de curso taller (sesión 3)	1	9
	Impartición de terapia psicológica individual	2	2
	Impartición de terapia psicológica grupal	1	5
7-JULIO	Impartición de Conferencia	1	89
	Impartición de terapia psicológica individual	4	4
8-JULIO	Visita a consultorio	6	
9-JULIO	Impartición de terapia psicológica individual	7	7
11-JULIO	Impartición de terapia psicológica individual	2	2
	Impartición de terapia psicológica grupal	1	5
12-JULIO	Coordinación de evento especial	1	47

14-JULIO	Impartición de platica informativa	1	17
	Impartición de terapia psicológica individual	3	3
15-JULIO	Impartición de terapia psicológica individual	3	3
16-JULIO	Impartición de terapia psicológica individual	6	6
18-JULIO	Impartición de terapia psicológica individual	2	2
21-JULIO	Impartición de terapia psicológica individual	3	3
22-JULIO	Impartición de terapia psicológica individual	3	3
23-JULIO	Impartición de terapia psicológica individual	7	7
25-JULIO	Coordinación de junta mensual del área	1	
	Impartición de terapia psicológica individual	2	2
	Impartición de terapia psicológica grupal	1	5
28-JULIO	Impartición de terapia psicológica individual	3	3
29-JULIO	Impartición de terapia psicológica individual	3	3
30-JULIO	Impartición de terapia psicológica individual	6	6

AGOSTO

FECHA	ACTIVIDAD	CANTIDAD	PERSONAS ATENDIDAS
1-AGOSTO	Impartición de terapia psicológica individual	2	2
	Impartición de terapia psicológica grupal	1	4
4-AGOSTO	Impartición de terapia psicológica individual	4	4
	Impartición de platica informativa	1	23
5-AGOSTO	Impartición de terapia psicológica individual	2	2
6-AGOSTO	Impartición de terapia psicológica individual	5	5
7-AGOSTO	Impartición de Conferencia	1	121
8-AGOSTO	Impartición de Conferencia	1	134
	Impartición de terapia psicológica individual	2	2
	Impartición de terapia psicológica grupal	1	3
11-AGOSTO	Impartición de terapia psicológica individual	4	4
	Impartición de platica informativa	1	12
12-AGOSTO	Visita a consultorio	6	
13-AGOSTO	Impartición de terapia psicológica individual	5	5
14-AGOSTO	Impartición de platica preventiva	1	30
15-AGOSTO	Impartición de terapia psicológica individual	2	2
	Impartición de terapia psicológica grupal	1	4
18-AGOSTO	Impartición de terapia psicológica individual	3	3
	Impartición de platica informativa	1	19
19-AGOSTO	Coordinación de evento especial	1	70
	Impartición de terapia psicológica individual	2	2
20-AGOSTO	Impartición de terapia psicológica individual	5	5
21-AGOSTO	Impartición de platica preventiva	1	16
22-AGOSTO	Impartición de terapia psicológica individual	2	2
25-AGOSTO	Impartición de terapia psicológica individual	3	3
	Impartición de platica informativa	1	13

26-AGOSTO	Coordinación de evento especial	1	30
	Impartición de terapia psicológica individual	2	2
27-AGOSTO	Impartición de terapia psicológica individual	5	5
28-AGOSTO	Impartición de platica preventiva	1	13
29-AGOSTO	Coordinación de junta mensual del área	1	
	Impartición de terapia psicológica individual	2	2
	Impartición de terapia psicológica grupal	1	4

SEPTIEMBRE

FECHA	ACTIVIDAD	CANTIDAD	PERSONAS ATENDIDAS
1-SEP	Impartición de terapia psicológica individual	2	2
	Impartición de curso taller (sesión 1)	1	18
2-SEP	Impartición de terapia psicológica individual	4	4
	Impartición de curso taller (sesión 2)	1	18
3-SEP	Impartición de terapia psicológica individual	6	6
	Impartición de curso taller (sesión 3)	1	18
4-SEP	Impartición de curso taller (sesión 4)	1	18
5-SEP	Impartición de terapia psicológica individual	2	2
	Impartición de curso taller (sesión 5)	1	18
	Impartición de terapia psicológica grupal	1	4
8-SEP	Impartición de terapia psicológica individual	3	3
	Impartición de platica informativa	1	21
9-SEP	Visita a consultorio	6	
10-SEP	Impartición de Conferencia	1	97
	Impartición de terapia psicológica individual	4	4
11-SEP	Impartición de platica preventiva	1	33
12-SEP	Impartición de terapia psicológica individual	1	1
15-SEP	Coordinación de evento especial	1	87
	Impartición de platica informativa	1	31
16-SEP	Impartición de terapia psicológica individual	3	3
17-SEP	Impartición de terapia psicológica individual	7	7
18-SEP	Impartición de platica preventiva	2	67
19-SEP	Impartición de terapia psicológica individual	3	3
	Impartición de terapia psicológica grupal	1	4
22-SEP	Impartición de platica informativa	1	15
	Impartición de terapia psicológica individual	3	3
23-SEP	Impartición de terapia psicológica individual	4	4
24-SEP	Impartición de terapia psicológica individual	8	8
25-SEP	Impartición de platica preventiva	2	58
26-SEP	Coordinación de junta mensual del área	1	
	Impartición de terapia psicológica individual	1	1
29-SEP	Impartición de terapia psicológica individual	3	3
30-SEP	Impartición de terapia psicológica individual	4	4

OCTUBRE

FECHA	ACTIVIDAD	CANTIDAD	PERSONAS ATENDIDAS
1-OCT	Impartición de terapia psicológica individual	5	5
2-OCT	Impartición de platica preventiva	1	36
3-OCT	Impartición de terapia psicológica individual	2	2
	Impartición de terapia psicológica grupal	1	4
6-OCT	Impartición de terapia psicológica individual	1	1
	Impartición de Conferencia	2	217
7-OCT	Visita a consultorio	6	
8-OCT	Impartición de terapia psicológica individual	6	6
9-OCT	Impartición de platica preventiva	3	103
10-OCT	Impartición de terapia psicológica individual	2	2
11-OCT	Coordinación de evento especial	1	64
13-OCT	Impartición de terapia psicológica individual	3	3
	Impartición de platica informativa	1	17
14-OCT	Impartición de terapia psicológica individual	4	4
15-OCT	Impartición de terapia psicológica individual	8	8
16-OCT	Impartición de platica preventiva	1	28
17-OCT	Impartición de terapia psicológica individual	2	2
	Impartición de terapia psicológica grupal	1	5
20-OCT	Impartición de terapia psicológica individual	3	3
	Impartición de platica informativa	1	21
21-OCT	Impartición de terapia psicológica individual	3	3
22-OCT	Impartición de terapia psicológica individual	7	7
23-OCT	Impartición de platica preventiva	2	79
	Coordinación de taller terapéutico (sesión 1)	1	13
24-OCT	Impartición de terapia psicológica individual	2	2
	Coordinación de taller terapéutico (sesión 2)	1	13
27-OCT	Impartición de terapia psicológica individual	3	3
28-OCT	Impartición de terapia psicológica individual	4	4
29-OCT	Impartición de terapia psicológica individual	8	8
30-OCT	Impartición de platica preventiva	1	40
31-OCT	Coordinación de junta mensual del área	1	
	Impartición de terapia psicológica individual	2	2
	Impartición de terapia psicológica grupal	1	4

NOVIEMBRE

FECHA	ACTIVIDAD	CANTIDAD	PERSONAS ATENDIDAS
3-NOV	Impartición de terapia psicológica individual	4	4
4-NOV	Visita a consultorio	6	
5-NOV	Impartición de terapia psicológica individual	8	8
6-NOV	Impartición de platica preventiva	2	96
7-NOV	Impartición de terapia psicológica individual	2	2
8-NOV	Coordinación de evento especial	1	200
10-NOV	Impartición de terapia psicológica individual	4	4
	Impartición de platica informativa	1	14
11-NOV	Impartición de terapia psicológica individual	3	3
12-NOV	Impartición de terapia psicológica individual	8	8
13-NOV	Impartición de platica preventiva	1	32
14-NOV	Impartición de terapia psicológica individual	2	2
	Impartición de terapia psicológica grupal	1	4
17-NOV	Impartición de terapia psicológica individual	3	3
	Impartición de Conferencia	1	124
18-NOV	Impartición de terapia psicológica individual	3	3
19-NOV	Impartición de terapia psicológica individual	8	8
20-NOV	Impartición de platica preventiva	1	41
21-NOV	Impartición de terapia psicológica individual	2	2
	Impartición de terapia psicológica grupal	1	4
24-NOV	Impartición de terapia psicológica individual	4	4
	Impartición de Conferencia	1	153
25-NOV	Impartición de Conferencia	1	105
	Impartición de terapia psicológica individual	3	3
26-NOV	Impartición de terapia psicológica individual	8	8
27-NOV	Impartición de platica preventiva	3	103
28-NOV	Coordinación de junta mensual del área	1	
	Impartición de terapia psicológica individual	1	1
	Impartición de terapia psicológica grupal	1	4

DICIEMBRE

FECHA	ACTIVIDAD	CANTIDAD	PERSONAS ATENDIDAS
1-DIC	Impartición de terapia psicológica individual	3	3
2-DIC	Impartición de terapia psicológica individual	4	4
3-DIC	Impartición de terapia psicológica individual	7	7
5-DIC	Impartición de terapia psicológica individual	1	1
	Impartición de terapia psicológica grupal	1	4
8-DIC	Impartición de terapia psicológica individual	4	4

	Impartición de plática informativa	1	17
9-DIC	Visita a consultorio	6	
10-DIC	Impartición de terapia psicológica individual	7	7
11-DIC	Impartición de plática preventiva	2	60
12-DIC	Impartición de plática preventiva	3	65
	Impartición de terapia psicológica individual	2	2
	Impartición de terapia psicológica grupal	1	4
15-DIC	Impartición de terapia psicológica individual	4	4
16-DIC	Impartición de terapia psicológica individual	3	3
17-DIC	Impartición de terapia psicológica individual	4	4
	Impartición de Conferencia	1	123
18-DIC	Coordinación de evento especial	1	70
	Impartición de terapia psicológica grupal	1	4
19-DIC	Coordinación de evento especial	1	120
	Coordinación de junta mensual del área	1	
	Impartición de terapia psicológica grupal	1	4
	Impartición de terapia psicológica individual	1	1

La información expuesta en todos los reportes mensuales se presenta resumida en el siguiente cuadro:

ACTIVIDAD	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
NIVEL DE PREVENCIÓN													
PLÁTICA DE SENSIBILIZACIÓN	5	4	7	4	6	5	4	3	5	8	7	5	63
CONFERENCIA	3	2	0	2	2	3	1	2	1	2	3	1	22
CURSO TALLER	2	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	8
NIVEL DE ORIENTACIÓN													
ORIENTACIÓN	18	15	27	13	15	22	24	31	21	25	23	14	248
ANALIZACION	6	7	18	3	9	14	5	21	12	17	11	5	128
NIVEL DE TRATAMIENTO													
TERAPIA INDIVIDUAL	45	54	67	65	70	60	66	50	56	65	63	41	702
TERAPIA GRUPAL	1	2	2	2	3	4	3	4	4	3	3	3	34
TALLER TERAPÉUTICO	0	1	2	0	0	1	0	0	0	1	0	0	5
COORDINACION DE ÁREA													
PLÁTICA INFORMATIVA	1	3	2	4	0	2	1	4	3	2	1	1	24
VISITA A CONSULTOTIO	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	72
EVENTO	0	1	1	2	1	3	1	2	1	2	1	2	17

Cabe señalar que en el reporte anterior únicamente se mencionan las actividades realizadas específicamente para el programa del C.M.L.C.D. y D., omitiendo las actividades realizadas como apoyo a otros programas así como las de tipo administrativo.

CAPITULO 3

ANÁLISIS DEL TRABAJO REALIZADO COMO PSICÓLOGO DENTRO DEL C.M.L.C.D. y D.

Como se ha podido observar la función del psicólogo dentro del C.M.L.C.D. y D. es fundamental, y las actividades que desempeña son muy diversas, debido a que esta área incide en los tres niveles de acción del programa, los cuales son prevención, orientación y tratamiento.

En el presente capítulo se realiza el análisis del trabajo expuesto en el capítulo anterior, para un claro entendimiento del mismo, el análisis se presenta dividido de acuerdo a los tres niveles de acción del programa del C.M.L.C.D. y D. Exponiendo de manera clara cada una de las actividades comprendidas en cada nivel.

3.1. TRABAJO REALIZADO EN NIVEL PREVENTIVO

Durante el periodo de trabajo que se reporta se realizaron diversas actividades que por sus características caen en la clasificación de nivel preventivo, tales como son la redacción y revisión del contenido temático de pláticas, trípticos y folletos, asesoría al personal del área de Trabajo Social, etc., pero con fundamento en que muchas de estas actividades no se reportan de forma oficial dentro de la institución y no se cuenta con datos precisos sobre las ocasiones en que estas se realizaron, por lo que no es posible presentarlas en el presente informe.

Es por lo anterior que para una mayor claridad en el análisis del trabajo realizado en este nivel, centraremos dicho análisis en las actividades que la institución considera como principales del nivel preventivo, las cuales se enlistan a continuación:

- Plática de sensibilización
- Conferencia
- Curso-taller

Las actividades mencionadas se consideran como las principales de este nivel que el área de Psicología tiene a su cargo, y es por lo mismo que son de éstas de las que se lleva un registro detallado ya que los datos arrojados por las mismas son reportados al Ayuntamiento. A continuación se presenta el análisis por separado de cada una de estas tres actividades, para posteriormente hacer el análisis global del trabajo realizado en este nivel de intervención.

3.1.1. PLATICA DE SENSIBILIZACIÓN.

Bajo esta etiqueta se denomina a las platicas en las que se recalcan de forma general las consecuencias a nivel individual y social que producen el consumo de drogas, señalando además los factores de riesgo que pueden facilitar el que se presente dicho consumo, finalizando con una reflexión sobre la búsqueda de alternativas efectivas que ayuden a la prevención de adicciones (ver Anexo 1). Estas platicas son dirigidas a la comunidad en general y su Impartición va desde a niños de escuelas primarias, hasta estudiantes de nivel licenciatura y padres de familia. El contenido de las platicas debe cubrir siempre los puntos mencionados, la forma de hacerlo es en función al estilo de cada psicólogo y características de la población a la que es dirigida. Para tener un control más exacto sobre la información de esta actividad, cada platica impartida debe estar amparada por una cédula de información firmada por la autoridad o representante del lugar donde se impartió dicha platica.

Durante el periodo reportado se impartieron un total de 63 platicas de sensibilización. A continuación se presenta el listado de los lugares donde se impartieron, así como la asistencia de cada una de ellas.

FECHA	LUGAR	ASISTENCIA
29/ I / 97	Escuela Secundaria "Insurgentes de México"	44
29/ I / 97	Escuela Secundaria "Insurgentes de México"	35
29/ I / 97	Escuela Secundaria "Insurgentes de México"	26
30/ I / 97	Escuela Secundaria "Insurgentes de México"	35
30/ I / 97	Escuela Secundaria "Insurgentes de México"	26
13/ II / 97	Escuela Secundaria Oficial No. 244	48
13/ II / 97	Escuela Secundaria Oficial No. 244	59
27/ II / 97	Escuela Secundaria Técnica No. 41	22
27/ II / 97	Escuela Secundaria Técnica No. 41	28
5/ III / 97	Escuela Primaria "Prof. Carlos Hank González"	51
17/ III / 97	Escuela Secundaria "Libertadores de América"	42
17/ III / 97	Escuela Secundaria "Libertadores de América"	53
19/ III / 97	Escuela Secundaria "Libertadores de América"	39
19/ III / 97	Escuela Secundaria "Libertadores de América"	52
20/ III / 97	Escuela Secundaria Técnica No. 41	70
20/ III / 97	Escuela Secundaria Técnica No. 41	52
17/ IV / 97	Escuela Primaria "Miguel Hidalgo"	60
17/ IV / 97	Escuela Primaria "Miguel Hidalgo"	52
24/ IV / 97	Col. Cecilia Mora	15
24/ IV / 97	Escuela Secundaria Técnica No. 24	51
8/ V / 97	Escuela Secundaria Técnica No. 37	30

8/ V / 97	Escuela Secundaria Técnica No. 37	41
8/ V / 97	Escuela Secundaria Técnica No. 37	37
8/ V / 97	Escuela Primaria "Cuauhtemoc"	50
27/ V / 97	Escuela Primaria "Ricardo Flores Magon"	130
29/ V / 97	Escuela Secundaria Técnica No. 37	39
3/ VI / 97	Escuela Secundaria "Tlalnepantla Industrial"	22
3/ VI / 97	Escuela Secundaria "Tlalnepantla Industrial"	35
3/ VI / 97	Escuela Secundaria "Tlalnepantla Industrial"	28
5/ VI / 97	Escuela Secundaria "Tlalnepantla Industrial"	54
5/ VI / 97	Escuela Secundaria "Tlalnepantla Industrial"	42
3/ VII / 97	Escuela Secundaria "Narciso Basols"	45
3/ VII / 97	Escuela Secundaria "Narciso Basols"	35
3/ VII / 97	Escuela Secundaria "Narciso Basols"	21
3/ VII / 97	Escuela Secundaria "Narciso Basols"	37
14/ VIII / 97	Biblioteca Pública "Constitución de 1917"	30
21/ VIII / 97	Col. Cantera	16
28/ VIII / 97	Col. Hugo Cervantes	13
11/ IX / 97	Escuela Secundaria No. 76	33
18/ IX / 97	Escuela Secundaria No. 76	27
18/ IX / 97	Escuela Secundaria "Adolfo López Mateos"	40
25/ IX / 97	Escuela Secundaria Ford 49	32
25/ IX / 97	Escuela Secundaria "Gustavo Baz Prada"	26
2/ X / 97	Escuela Secundaria "Gustavo Baz Prada"	36
9/ X / 97	Telesecundaria "Manuel Muñoz Lozano"	20
9/ X / 97	Escuela Primaria "Ignacio Quiroz Gutiérrez"	40
9/ X / 97	Escuela Primaria "Ignacio Quiroz Gutiérrez"	43
16/ X / 97	Instituto Leonardo Bravo	28
23/ X / 97	Escuela Secundaria Oficial 132	41
23/ X / 97	Escuela Secundaria Oficial 132	38
30/ X / 97	Escuela Primaria "Emilio Abreu Gómez"	40
6/ XI / 97	Instituto Patria	40
6/ XI / 97	Instituto Patria	56
13/ XI / 97	Escuela Secundaria "12 de Octubre"	32
20/ XI / 97	Centro de Salud "San Pedro Barrientos"	41
27/ XI / 97	Escuela Secundaria Oficial "Jaime Torres Bodet"	36
27/ XI / 97	Escuela Secundaria Oficial "Jaime Torres Bodet"	42
27/ XI / 97	Escuela Secundaria Oficial "Jaime Torres Bodet"	25

11/ XII / 97	Escuela Preparatoria Oficial # 69	32
11/ XII / 97	Escuela Preparatoria Oficial # 69	28
12/ XII / 97	Escuela Preparatoria Oficial # 69	25
12/ XII / 97	Escuela Preparatoria Oficial # 69	16
12/ XII / 97	Escuela Preparatoria Oficial # 69	24

TOTAL DE PLATICAS DE SENSIBILIZACIÓN IMPARTIDAS 63

ASISTENCIA TOTAL 2406

Cabe mencionar que esta actividad es considerada como fundamental dentro del esquema de trabajo del C.M.L.C.D. y D; debido principalmente a dos razones, una de ellas es que la Impartición de platicas preventivas es la tarjeta de presentación del Consejo para con las instituciones educativas, esto es que mediante la Impartición de las mismas dentro de dichas instituciones, permite la difusión de los servicios que brinda el C.M.L.C.D. y D., abriendo la posibilidad de impartir posteriormente cursos-talleres dentro de las mismas instituciones y captar pacientes para el nivel de tratamiento. La segunda razón es que a través de pocas acciones (63), se permite reportar un buen número de población atendida (2406), cumpliendo así exitosamente el requisito pedido por el Ayuntamiento hacia el programa; Aunado a esto, se considera que esta actividad, permite cubrir de forma general el objetivo de este nivel de intervención, tal vez no de la forma ideal como lo hace el Curso-taller, pero al ser el factor tiempo una de las principales limitantes por parte de las instituciones, la plática de prevención es mayormente aceptada.

Es por lo anterior, que del total de las actividades realizadas en este nivel, la Impartición de platicas preventivas ocupó el 67%.

3.1.2. CONFERENCIA

Deben contar con una asistencia mínima de 100 personas para ser consideradas como tales, y tratan sobre un tema específico relacionado al consumo de drogas o bien a la práctica de conductas delictivas. Al igual que las platicas de sensibilización, toda la información de las conferencias debe ser amparada bajo la cédula de información.

A continuación se presenta el listado de conferencias que se impartieron durante el periodo reportado, así como los datos generales de cada una de ellas.

FECHA	LUGAR	TEMA	ASISTENCIA
15/ I / 97	Casa de Cultura "Moisés Saenz"	Adicciones	180
22/ I / 97	Casa de Cultura "Luis Donaldo Colosio"	Adicciones	105
30/ I / 97	Casa de Cultura "San Felipe Ixtacala"	Adicciones	120
3/ II / 97	Casa de Cultura "Lázaro Cárdenas"	Adicciones	121
21/ II / 97	Centro Cultural "Sor Juana Inés de la Cruz"	Farmacodependencia	130
25/ IV / 97	Instituto Tecnológico de Tlalnepantla	Alcoholismo	107
25/ IV / 97	Instituto Tecnológico de Tlalnepantla	Farmacodependencia	130
15/ V / 97	Conalep Tlalnepantla III	Alcoholismo	150
29/ V / 97	Conalep Tlalnepantla III	Adicciones	125
9 / VI / 97	Casa de Cultura "Bella Vista"	Delincuencia	113
16/ VI / 97	Casa de Cultura "Adolfo López Mateos"	Adicciones	107
23/ VI / 97	Casa de Cultura " Santa Cecilia"	Adicciones	98
7/ VII / 97	Casa de Cultura "Moisés Saenz"	Tabaquismo	89
7/ VIII / 97	Centro de Atención Integral para la Juventud	Delincuencia Juvenil	121
8/ VIII / 97	Centro de Atención Integral para la Juventud	Adicciones	134
10/ IX / 97	Conalep Tlalnepantla II	Tabaquismo	97
6/ X / 97	Instituto Tecnológico de Tlalnepantla	Adicciones	105
6/ X / 97	Instituto Tecnológico de Tlalnepantla	Adicciones	112
17/ XI / 97	Conalep Tlalnepantla II	Alcoholismo	124
24/ XI / 97	Conalep Gustavo Baz	Alcoholismo	153
25/ XI / 97	CECAO "San Juan Ixhuatepec"	Farmacodependencia	105
17/ XII / 97	Centro Cultural "Sor Juana Inés de la Cruz"	Farmacodependencia	123
TOTAL DE CONFERENCIAS IMPARTIDAS			22
ASISTENCIA TOTAL			2649

Esta actividad ocupó el segundo lugar de frecuencia dentro de este nivel con un 24% del total de actividades realizadas durante el periodo reportado, pero fue la actividad que reporto más población atendida (2649 personas) esto fue el 51% del total de población atendida en el nivel de prevención. Sin embargo se considera que esta actividad no cubre

completamente el objetivo planteado para este nivel de intervención, esto se debe a que como ya se menciono en la descripción de la actividad, la conferencia se centra únicamente en algún tema relacionado con las adicciones o la practica de conductas delictivas, concretamente en el periodo reportado, del total de conferencias el 41.66% fueron sobre el tema de adicciones, el 16.66% sobre alcoholismo, el 16.66% sobre farmacodependencia, el 8.33% sobre tabaquismo y por último el 8.33% sobre delincuencia. Aunado a esto, al tener una audiencia promedio de 120 personas por conferencia, se piensa que el impacto que la información puede tener en las personas es menor que el que se tiene en la platica preventiva y por ende mucho menor al del curso taller.

Es por esta razón que la Impartición de conferencias no es una actividad que busque realizar el C.M.L.C.D. y D. Sino que cuando se llega a realizar es para brindar el apoyo solicitado por alguna institución.

3.1.3. CURSO-TALLER.

Bajo esta etiqueta se denomina a la actividad correspondiente a la Impartición del Curso-taller para la formación de promotores voluntarios en la lucha contra las drogas y la delincuencia, el objetivo de esta actividad es que los asistentes adquieran la información básica sobre la adicción a las drogas y desarrollen las habilidades necesarias para su prevención formando Subconsejos municipales de lucha contra las drogas y la delincuencia.

El curso taller esta diseñado para ser impartido en 5 sesiones de dos horas cada una (ver anexo 2), pero la Impartición del mismo en la mayoría de las ocasiones debe ajustarse a la disponibilidad de los horarios de la población. En lo referente a la forma en que es reportada esta actividad, al igual que las platicas preventivas y conferencias, cada sesión del curso - taller debe estar amparado por una cédula de información firmada por los asistentes, el curso taller solo es reportado cuando ha sido impartida la ultima sesión.

A continuación se presenta la lista de los Cursos - Taller impartidos durante el periodo reportado, donde se menciona el lugar, la asistencia y el nombre de la agrupación o institución a quien fue impartido.

Lugar: Sala de capacitación del palacio municipal
 Institución: Personal de nuevo ingreso del área de Psicología del C.M.L.C.D. y D.
 Asistencia: 9 asistentes

Lugar: Sala de capacitación del palacio municipal
 Institución: Personal de nuevo ingreso del área de Trabajo social del C.M.L.C.D. y D.
 Asistencia: 8 asistentes

Lugar:	Colonia Miguel Hidalgo
Institución:	Consejo de participación ciudadana de la colonia
Asistencia:	12 asistentes
Lugar:	Colonia Constitución de 1917
Institución:	Consejo de participación ciudadana de la colonia
Asistencia:	5 asistentes
Lugar:	Colonia La Blanca
Institución:	Consejo de participación ciudadana de la colonia
Asistencia:	9 asistentes
Lugar :	Colonia Lázaro Cárdenas tercera sección
Institución :	Conalep Tlalnepantla II
Asistencia:	20 asistentes
Lugar:	Sala de capacitación del Centro de Atención Integral a la Juventud
Institución:	Personal de nuevo ingreso del C.A.I.J.
Asistencia	9 asistentes.
Lugar:	Sala de capacitación del C.M.L.C.D. y D.
Institución:	Personal de nuevo ingreso del C.M.L.C.D. y D.
Asistencia:	18 asistentes

TOTAL DE CURSOS-TALLER IMPARTIDOS	8
ASISTENCIA TOTAL	90
SUBCONSEJOS FORMADOS	10

Como se ha mencionado, para el C.M.L.C.D. y D. Esta es la actividad más importante a realizar en el nivel preventivo, debido a que como podemos observar en el temario del Curso - Taller (anexo 2), este nos permite cubrir perfectamente con el objetivo planteado para este nivel de intervención, además de cubrir con uno de los objetivos específicos del programa, el cual es la formación y capacitación de Subconsejos municipales de lucha contra las drogas y la delincuencia en todo el municipio de Tlalnepantla.

Sin embargo esta importancia parecería no reflejarse en el porcentaje del total de acciones realizadas en el nivel de prevención durante el periodo reportado (únicamente el 9 %), pero la explicación a esto es que la mayoría de los Cursos - Taller son impartidos por el grupo de psicólogos becados, el responsable del área únicamente imparte aquellos Cursos - Taller que por alguna razón en específico tienen mayor importancia, como puede ser la capacitación del personal de nuevo ingreso o por petición de trato especial por parte del Ayuntamiento a algún Consejo de participación ciudadana.

3.1.4. ANÁLISIS GLOBAL DEL NIVEL DE PREVENCIÓN.

Para realizar un buen análisis del trabajo realizado en este nivel de intervención durante el período reportado, debemos de realizarlo con base al objetivo específico del nivel de prevención el cual es:

"Brindar información confiable a la población acerca de las consecuencias que traen consigo el consumo de drogas y la practica de conductas delictivas, así como brindar alternativas encaminadas a la administración y aprovechamiento del tiempo libre."

Las figuras 2 y 3 muestran, el total de acciones realizadas (93), el 67% corresponde a la Impartición de platicas preventivas, el 24% a la Impartición de conferencias y el 9% a la Impartición de cursos - talleres (ver figura 1). Y con la realización de estas 93 acciones se atendió a un total de 5145 personas, de las cuales el 51% fueron atendidas a través de conferencias, el 47% a través de platicas preventivas y el 2% a través de cursos- talleres.

ACCIONES REALIZADAS EN EL NIVEL PREVENTIVO

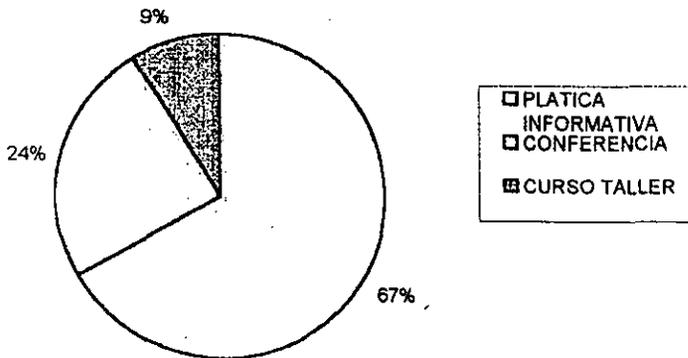


Fig. 2. Porcentajes por actividad, del total de acciones realizadas en el nivel preventivo.

POBLACION ATENDIDA EN EL NIVEL PREVENTIVO

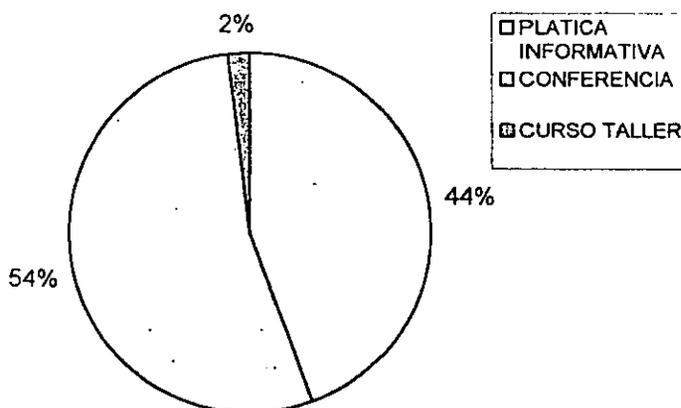


Fig. 3. Se muestran los porcentajes del total de la poblacion atendida por cada actividad del nivel preventivo.

Con estos datos pudiéramos pensar que el trabajo en el nivel preventivo cubrió excelentemente el objetivo ya que el número de población atendida es muy alto, pero si consideramos lo expuesto en los análisis de cada actividad, podemos ver que de ese total de población atendida, el 51% fue a través de conferencias, es decir la actividad que no cubre al 100% el objetivo planteado para este nivel de intervención, mientras que el 47% fue atendido por medio de platicas preventivas y el 2% que fue atendido mediante los cursos - talleres.

De acuerdo con Arcos, 2000, quien plantea que en la actualidad la farmacodependencia es concebida como un problema de salud, y que a través de la educación para la salud y utilizando estrategias que incidan en los niveles de información, orientación y capacitación, y con fundamento en los temarios tanto de la platica preventiva (anexo 1) como del curso taller (anexo 2), se considera que la única actividad que si cumple con el objetivo especifico planteado, es la de curso-taller, por lo que finalmente de esas 5145 personas atendidas, solamente 90 recibieron una atención que cubrió al 100% el objetivo planteado para el nivel de prevención.

Si a esto aunamos el hecho de que no se aplicaron pretest ni post-test a la población que recibió esta atención, no existe un elemento que nos permita asegurar que la población

adquirió la información proporcionada de una manera correcta y por lo tanto mucho menos nos asegura que realmente esa población este "prevenida" contra las adicciones.

En relación a este último punto y coincidiendo con Garduño, 1999, es importante reflexionar sobre la importancia de las estrategias de prevención así como la utilización de metodología que nos permita evaluar el impacto de las actividades realizadas en este nivel de manera tal que tanto el objetivo específico como las actividades que se desprenden del mismo, realmente cumplan con la función de PREVENCIÓN, ya que en lo referente a las actividades de *Platica preventiva* y *Conferencia*, de acuerdo a lo planteado por Arcos, únicamente se esta interviniendo en el nivel de información, y en este sentido mas que hablar de prevención materia de adicciones, en todo caso estaríamos hablando de sensibilización, y es precisamente eso lo que se debe buscar en este nivel de intervención, buscando tener elementos que nos permitan constatar que la población atendida adquirió los conocimientos que se intentan transmitir a través de las tres actividades realizadas, por lo que es conveniente que se realicen pequeñas evaluaciones en la población antes y después de realizada cada actividad.

Otro aspecto que resulta interesante analizar en relación a la optimización de los recursos de Prevención es lo planteado por Pérez, 2000, quien propone la utilización de un instrumento que permitiera identificar a los alumnos de secundaria que cubren un "perfil de riesgo" en relación al consumo de drogas, desafortunadamente no se propone el instrumento definitivo, solamente plantea que el instrumento debe contemplar la recaudación de información de las áreas de: Autoestima, Influencia de las amistades, Disponibilidad de la droga, Habilidades sociales, historia familiar, y Actitud hacia la droga. La propuesta es interesante, sin embargo considero se debe realizar un amplio trabajo de investigación para el diseño del instrumento adecuado y que posea la estandarización para la población de Tlalnepantla.

3.2. TRABAJO REALIZADO EN EL NIVEL DE ORIENTACIÓN.

El objetivo específico de este nivel de intervención es:

"Informar a la población que padezca de un problema de adicción, las alternativas que existen para su solución, proporcionando esta orientación basados en un análisis de las características de la problemática y condición socioeconómica."

Este objetivo es cubierto a través de las dos actividades de este nivel de intervención, las cuales son orientación y canalización, estas actividades son realizadas en los diferentes consultorios del Consejo, pero la mayor parte se realiza en las Jornadas o Ferias de salud organizadas por el Ayuntamiento o por el ISEM, las cuales consisten en visitas a las diferentes colonias del municipio, en las cuales mediante la colocación de pequeños stands los diferentes programas del Ayuntamiento ofrecen sus servicios a la población, es decir que es el primer contacto que se tiene con la población. A diferencia de las otras actividades, de estas no se lleva un registro detallado de información, únicamente se cuenta con los reportes mensuales de actividades en los que se especifica el número de acciones realizadas por cada psicólogo. A continuación se describe en que consiste cada actividad y la información correspondiente al periodo reportado.

3.2.1. ORIENTACION

En un principio esta actividad se refería concretamente a la atención que se le proporcionaba a una persona cuando acudía por primera vez al C.M.L.C.D. y D. Reportando un problema relacionado a las adicciones, ya sea por parte de la misma o de un familiar, sin embargo dadas las condiciones en que se encuentra la población y la escasez de instituciones públicas que brinden servicios de calidad en lo que a atención psicológica se refiere, provocó que el criterio de atención en este nivel de intervención, se ampliara orientando a las personas que solicitaran la atención, sin importar la problemática reportada, pero cabe recalcar que esta atención no involucra a las acciones del nivel de tratamiento, la atención brindada únicamente se limita al nivel de orientación, esta atención, al ser el primer contacto que se tiene con la persona, únicamente consiste en hacer una recopilación general de la información del problema (no existe un formato de entrevista definido para esta acción, ya que no se trata de una entrevista en forma únicamente se busca dar una orientación a la persona) para posteriormente exponerle las distintas opciones de solución que pudieran ser más funcionales para la solución de su problemática.

Las orientaciones que se realizaron durante este periodo fueron un total de 248, de las cuales la mayoría se llevaron a cabo dentro de la oficina principal del Consejo, y las demás

3.2.2. CANALIZACION

Con esta etiqueta se denomina a la acción de proporcionar la ficha de canalización a una persona la cual su problemática debiera ser atendida en otra dependencia, ya sea municipal o de otra índole, las canalizaciones normalmente se derivan de las orientaciones, pero no necesariamente, ya que un paciente que está en la etapa de tratamiento puede ser canalizado a un deportivo municipal, o bien a la bolsa de trabajo, etc.

Las canalizaciones que se realizaron durante el periodo reportado fueron en total 128.

3.2.3. ANALISIS GLOBAL DEL NIVEL DE ORIENTACIÓN

El análisis que puede hacerse en lo referente al trabajo realizado en este nivel de intervención es limitado, debido a que únicamente se cuenta con la información de la cantidad de orientaciones y canalizaciones realizadas, no se tienen datos como los tipos de problemáticas atendidas, o instituciones a las que se haya canalizado. Sin embargo en la figura 4 se observa que del total de acciones realizadas en este nivel (376), el 66% correspondió a orientaciones mientras que el 34 % correspondió a canalizaciones, es decir que gran parte de las personas que recibieron orientación no se les expidió ficha de canalización, (no se puede precisar con exactitud que porcentaje debido a que algunas canalizaciones se realizaron a pacientes durante su tratamiento), lo que hace pensar que la mayoría de las orientaciones pasaron a ser ingresos en el nivel de tratamiento.

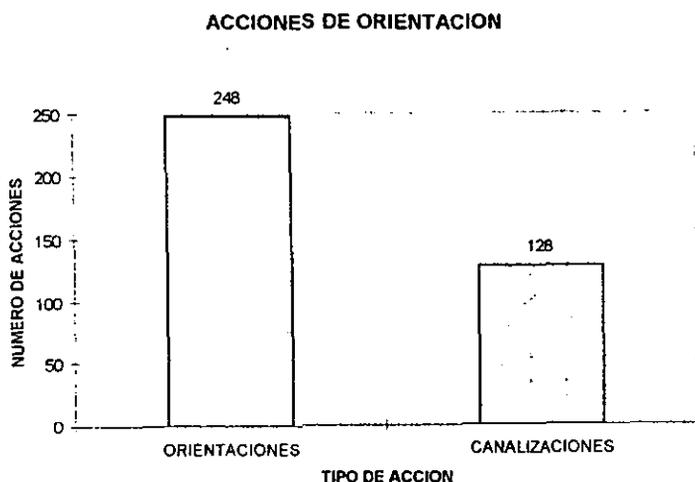


Fig.4. Numero de acciones realizadas por cada actividad del nivel de orientacion

3.3. TRABAJO REALIZADO EN EL NIVEL DE TRATAMIENTO.

Este nivel de intervención tiene gran importancia al interior del programa, debido principalmente a dos razones, por un lado la magnitud que la problemática de la farmacodependencia ha cobrado en nuestro país, en la cual el número de adictos se incrementa día con día, y por otro la escasez de instituciones publicas que brinden un servicio de calidad en lo que a atención psicológica se refiere, con fundamento en estas razones se plantea para este nivel de intervención el siguiente objetivo específico:

" Brindar apoyo psicológico de forma gratuita a las personas adictas así como a familiares de los mismos que soliciten el servicio."

Como se menciona en el capítulo 2, el marco operativo del programa cubre este objetivo a través del área de Psicología por medio de tres acciones las cuales son: Terapia individual, terapia grupal, y taller terapéutico. De las que a continuación se presenta el análisis del trabajo realizado durante el periodo reportado.

3.3.1. TERAPIA INDIVIDUAL

Bajo esta etiqueta se reporta toda sesión psicológica impartida a una o dos personas, siempre y cuando no sea la primera ocasión que acude al C.M.L.C.D. y D., ya que de ser así la actividad es reportada como orientación; si después de la orientación la persona desea incorporarse al servicio de terapia psicológica, entonces a partir de la segunda sesión en adelante la actividad será reportada como terapia individual, en cualquier fase del proceso terapéutico: entrevista, intervención o seguimiento.

Como se puede observar en la lista de pacientes atendidos (anexo 3), durante el periodo reportado se atendió a un buen número de personas que presentaban diferentes problemáticas, por lo que la intervención realizada era específica con cada individuo, pero siempre basando dicha intervención en los fundamentos teóricos y técnicas aportadas por el modelo cognitivo conductual. Sin embargo el hecho de que el trabajo se realice dentro de una institución requiere que se establezca un procedimiento general en cuanto a las fases del tratamiento que deben pasar todos los pacientes, así como también los criterios utilizados para dar de baja o de alta a un paciente.

El procedimiento general establecido es el siguiente:

- La primera visita de una persona al consultorio debe ser reportada como **ORIENTACIÓN**, a no ser que ya haya sido asignada por parte del responsable de área.
- Desde la segunda visita hasta que el psicólogo lo considere necesario (de 2 a 3 sesiones promedio) se considera como fase de **ENTREVISTA INICIAL**. Durante la cual se lleva a cabo una recopilación de información de la problemática atendida mediante el formato presentado en el Anexo 4, para posteriormente realizar el análisis funcional correspondiente de las variables del problema.

- Una vez que el psicólogo considera terminada la fase anterior, a partir de la siguiente sesión, comienza la fase de INTERVENCIÓN, en esta el paciente en coordinación con el psicólogo establecen los objetivos terapéuticos a cubrir, los cuales se busca lograr a través de las diferentes técnicas o estrategias de intervención que mas se adecuen a las características del paciente y su problemática. duración de esta fase dependerá del logro de los objetivos terapéuticos establecidos por el paciente, este logro será establecido por el paciente en coordinación con el psicólogo. Durante esta fase por lo general las sesiones son programadas una vez por semana.
- En cuanto el psicólogo y paciente consideren terminada la fase de intervención, se establece el comienzo de la fase de SEGUIMIENTO, la cual consiste en, pasar de una sesión semanal, a una cada quince días (durante dos sesiones), y después a una cada mes (durante tres sesiones).
- Una vez que el paciente acudió a su ultima cita de seguimiento, y si el psicólogo junto con el paciente consideran que la problemática reportada ha sido superada, se da el termino del tratamiento.

Existen tres categorías con las que se reporta la condición de cada paciente al termino del periodo reportado:

ALTA. Es considerada como tal cuando el paciente asistió a su ultima sesión de seguimiento y junto con el psicólogo establecen que la problemática reportada a sido superada.

BAJA. Un paciente es considerado como dado de baja cuando presenta tres faltas consecutivas a sesión sin previo aviso, o bien cuando el paciente comunica que desea abandonar el tratamiento.

EN TRATAMIENTO (E/TRAT). Esta condición se establece cuando al termino del periodo reportado, (Diciembre de 1997) el paciente continua en la fase de intervención, y se le programa sesión para la segunda semana de Enero de 1998.

A continuación se muestran los datos de esta actividad durante el periodo reportado:

PACIENTES ATENDIDOS

PACIENTES DADOS DE ALTA	12
PACIENTES DADOS DE BAJA	28
PACIENTES EN TRATAMIENTO	19
TOTAL DE PACIENTES ATENDIDOS	59

PROBLEMATICAS ATENDIDAS

PROBLEMÁTICA PRESENTARON	CODIFICACION	PACIENTES QUE LA
FAMILIAR DE ADICTO	(FAM-ADIC)	20
FARMACODEPENDENCIA	(FD)	20
ALCOHÓLISMO	ALCOHOLISMO	18
TABAQUISMO	TABAQUISMO	1

DEMANDA DEL SERVICIO DE TERAPIA INDIVIDUAL

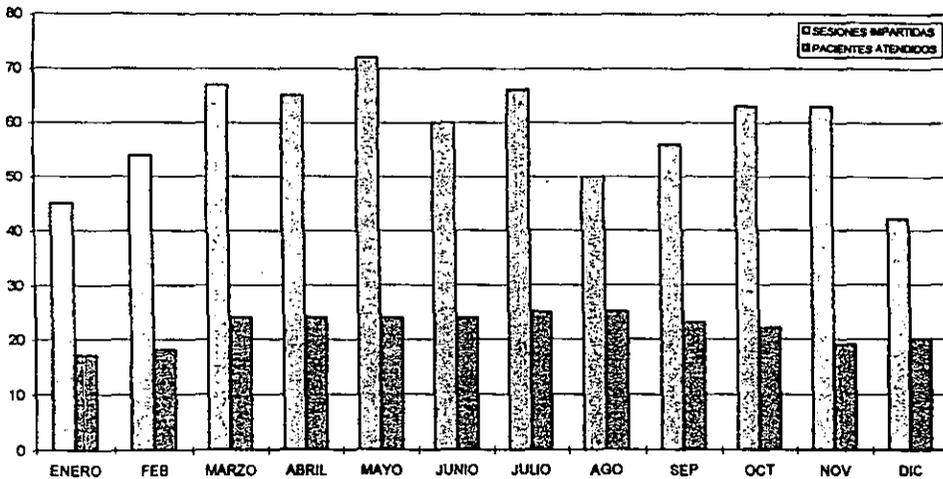


Fig. 5. Se muestra el numero de pacientes atendidos así como el numero de sesiones impartidas por medio de Terapia Individual durante el periodo reportado

Analizando los datos mencionados y la figura 5, podemos observar que la demanda del servicio fue en aumento hasta el mes de mayo donde alcanzo su punto mas alto, posteriormente tanto el numero de sesiones impartidas como el numero de pacientes atendidos entre las hasta el mes de Diciembre, en el que únicamente se trabajan 15 días, razón por la cual disminuyen tanto el numero de pacientes como las sesiones impartidas.

Respecto a las problemáticas atendidas, se observa que las de mayor frecuencia son las de Familiar de Adicto y Farmacodependencia con 20 casos cada una, seguidas del Alcoholismo que presentó 18 casos y por último Tabaquismo con un solo caso. El hecho de que la problemática reportada como familiar de adicto se haya presentado con mayor frecuencia, se debe a que en la mayoría de los casos de farmacodependencia, son los familiares del adicto los que buscan el apoyo por parte del psicólogo, en un primer momento, buscando que este "cure" a su familiar, pero después de recibir la atención en el nivel de orientación, las personas analizan de que forma la problemática de su familiar los ha afectado a ellos, y la necesidad de recibir ellos mismos el apoyo psicológico para enfrentar su situación. También se debe mencionar el hecho de que la mayoría de los pacientes (FD), no acuden al C.M.L.C.D. y D. por iniciativa propia, en su mayoría son llevados por los familiares, debido a que en la mayoría de los casos el (FD) no visualiza su adicción como algo problemático. A diferencia de esto, en el caso de los pacientes alcohólicos la gran mayoría asisten por voluntad propia, esto a causa de que la mayoría de ellos pertenecen a grupos de Alcohólicos Anónimos, y a través de las pláticas informativas, se le dan a conocer los beneficios que pueden obtener al complementar el trabajo de su grupo de autoayuda con una terapia psicológica individual. Por último el hecho de que solo se haya presentado un caso de tabaquismo, puede deberse a que en la labor de difusión realizada por el C.M.L.C.D. y D. No se promueve la idea de acudir al psicólogo para dejar de fumar, únicamente se invita a dejar de hacerlo mediante folletos, carteles, periódicos murales y pláticas.

Referente al éxito obtenido en la labor terapéutica, podemos observar en el anexo 3 que del total de pacientes atendidos (59) únicamente el 20% se reportó como Alta, el 32 % se reportó como En Tratamiento y por último el 48% fueron reportados como Baja, sin embargo existen aspectos muy interesantes que destacar de estos porcentajes.

PROBLEMATICAS ATENDIDAS EN TERAPIA INDIVIDUAL

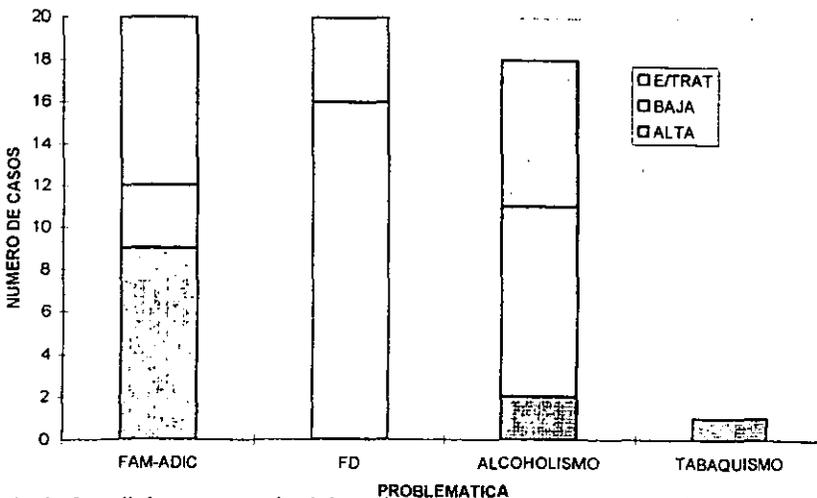


Fig.6. Condición reportada del total de casos atendidos en cada problemática.

Como podemos observar en la figura 6, la problemática que reporto mayor numero de Altas, fue la de Familiar de Adicto, con 9 altas de 20 casos atendidos, seguida de la problemática de Alcoholismo, con 2 Altas de 18 casos atendidos, después siguió la de Tabaquismo, con un Alta de un caso atendido, por ultimo la problemática de Farmacodendencia no presenta ninguna Alta de 20 casos atendidos.

En lo que a Bajas se refiere, la problemática que presento mayo numero de estas fue la de Farmacodendencia con 16, seguida de Alcoholismo con 9 y por ultimo Familiar de Adicto con 3 bajas reportadas.

En la condición de En Tratamiento, la problemática de Familiar de Adicto reporto 8 casos de 20 atendidos, la de Alcoholismo reporto 7 de 18 casos atendidos y por ultimo la de Farmacodendencia reporto 4 de 20 casos atendidos.

3.3.2. TERAPIA GRUPAL

Las denominadas Terapias Grupales, consistían en todas aquellas sesiones terapéuticas impartidas a grupos de cinco personas que compartieran problemáticas similares y estuvieran en tratamiento mediante terapia individual. Este trabajo se realiza como apoyo al trabajo realizado mediante la terapia individual, ya que para que un paciente fuera invitado a integrarse a un grupo terapéutico, debería ser siempre que su terapeuta lo considerara conveniente, cabe señalar que no por el hecho de estar integrado a una terapia grupal, el paciente deja de asistir a sus sesiones individuales.

El enfoque desde el cual se realizo el trabajo terapéutico fue desde la perspectiva cognitivo conductual, bajo el cual Caballo en 1991 define a la terapia grupal como "cualquier intento, por parte de una persona o personas, para modificar la conducta de, por lo menos dos o mas personas que se reúnen como grupo, por medio de la aplicación sistemática de procedimientos validados empíricamente, dentro de un marco que permita la recogida de datos relevantes para la evaluación de esos procedimientos sobre los miembros del grupo como individuos y sobre el grupo como un todo." (pag. 819).

Se penso en establecer esta actividad dentro del programa considerando que de acuerdo a las problemáticas tratadas en la terapia individual, el formato grupal podía ofrecer varias ventajas, como el proporcionar oportunidades para observar las interacciones de los pacientes y para administrar retroalimentación de sus interacciones. El formato grupal proporciona oportunidades para examinar los sistemas de creencias y las conductas de los pacientes, especialmente las conductas interpersonales. Una terapia de grupo es un lugar ideal para aprender a relacionarse y a interactuar con la gente de formas diferentes; es un contexto seguro en el que el paciente puede practicar nuevas conductas. (Wessler, 1989)

A continuación se muestran los datos de las Terapias Grupales impartidas durante el periodo reportado:

GRUPO TERAPÉUTICO	PROBLEMÁTICA COMPARTIDA	NUMERO DE INTEGRANTES	SESIONES IMPARTIDAS	INTEGRANTES DADOS DE ALTA
1	FAM-ADIC	7	12	6
2	FD	6	9	0
3	ALCOHOLISMO	5	8	3
4	FAM-ADIC	6	5	1

Los resultados obtenidos, muestran que el trabajo terapéutico en forma grupal, como apoyo es de gran utilidad, ya que de los pacientes reportado como dados de alta, el 80% estuvo integrado a un grupo terapéutico. Sin embargo es interesante señalar que de las tres problemáticas trabajadas en esta forma (alcoholismo, farmacodependencia y familiar de adicto), muestran resultados sumamente diferentes; el mejor resultado se dio con la problemática de familiar de adicto, después en la de alcoholismo y por ultimo en la de farmacodependencia en la cual todos los integrantes del grupo fueron dados de baja, ya que dejaron de asistir a sus sesiones tanto grupales como individuales.

3.3.3. TALLER TERAPEUTICO

A pesar de que el Ayuntamiento cuenta con diferentes programas como son el Centro de Atención a la Mujer, el Centro de Atención Integral para la Juventud y el Centro de Atención Psicopedagógica Infantil, para atender las diversas problemáticas que enfrenta la población, el servicio brindado por dichos programas no cubrían las demandas de la población, ya que a pesar de realizar las canalizaciones correspondientes a dichos centros la gente pedía que se les atendiera en el C.M.L.C.D. y D. a pesar de que sus problemáticas no tuvieran que ver con adicciones por lo que se diseñaron una serie de Talleres Terapéuticos sobre las problemáticas que frecuentemente demandaba la población: Autoestima, Relación padres e hijos, Como desarrollar buenos hábitos de estudio, Adolescencia, Sexualidad y Comunicación.

Cada psicólogo tenía asignado algún taller en particular, y cuando surgía la petición por parte de alguna comunidad o institución sobre un taller de un tema específico, alguno de los psicólogos asignados a ese tema se le encomendaba la Impartición de dicho taller; en el caso del trabajo reportado, el taller asignado fue el de Autoestima. Este Taller se diseño para ser impartido en dos sesiones de 2 horas cada una (ver anexo 4).

A continuación se presentan los datos numéricos derivados del trabajo realizado en esta actividad durante el periodo reportado:

FECHA DE IMPARTICION DEL TALLER	ASISTENCIA
26 y 27 de febrero	15 personas
11 y 13 de marzo	10 personas
25 y 27 de marzo	9 personas
21 y 22 de junio	25 personas
23 y 24 de octubre	13 personas

TOTAL DE CURSOS IMPARTIDOS	5
ASISTENCIA TOTAL	72 personas

Desafortunadamente no se cuenta con mas datos sobre los Talleres impartidos, así como tampoco se realizo seguimiento alguno a la población que recibió estos talleres, sin embargo cabe mencionar que algunas de las personas atendidas a partir de lo trabajado en el Taller decidieron ingresar a terapia individual para la realización de un análisis mas completo de sus problemáticas.

3.3.4. ANÁLISIS GLOBAL DEL NIVEL DE TRATAMIENTO.

Uno de los objetivos específicos del programa es:

"Brindar apoyo psicológico de forma gratuita a las personas adictas así como a familiares de los mismos que soliciten el servicio."

El marco operativo del programa establece que este objetivo es cubierto mediante las dos primeras acciones de este nivel, es decir la Terapia individual y la Terapia grupal, mediante las cuales se atienden a las personas adictas o familiares de las mismas, la tercera actividad que se trata de Taller Terapéutico, únicamente es realizada como apoyo a las peticiones de la población pero no cubre propiamente los objetivos del programa.

Como se puede observar en la figura 7, del total de acciones realizadas en este nivel de intervención, el 94 % correspondió a la Impartición de Terapias Individuales, el 5% a Terapias Grupales y únicamente el 1% a la Impartición de Talleres Terapéuticos. Esto corresponde a la prioridad que al interior del programa se le da a la atención psicológica individual, considerando a la Terapia grupal únicamente un apoyo al trabajo realizado con cada paciente de forma individual. Y la Impartición de los Talleres Terapéuticos únicamente un apoyo brindado a la población que lo solicite.

ACCIONES REALIZADAS EN EL NIVEL DE TRATAMIENTO

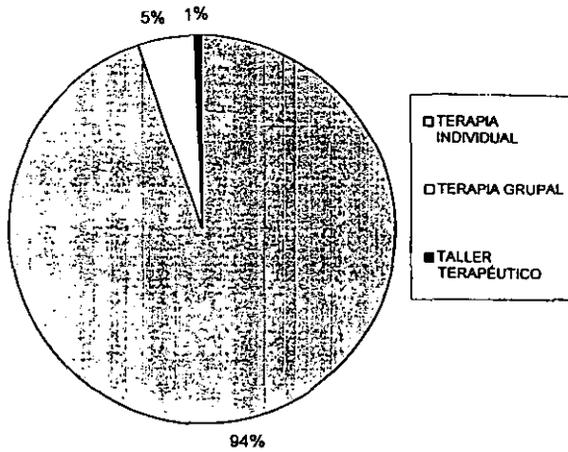


Fig. 7. Porcentaje por actividad del total de acciones realizadas dentro del nivel de tratamiento.

En la figura 8 se observa que del total de personas atendidas en este nivel de intervención, el cual fue de 155 personas, 72 fueron en Talleres Terapéuticos, 59 en Terapia Individual y 24 en Terapia Grupal. Sin embargo estas últimas 24 personas son también pacientes de terapia individual, por lo que el número real de personas atendidas es de 131 personas.

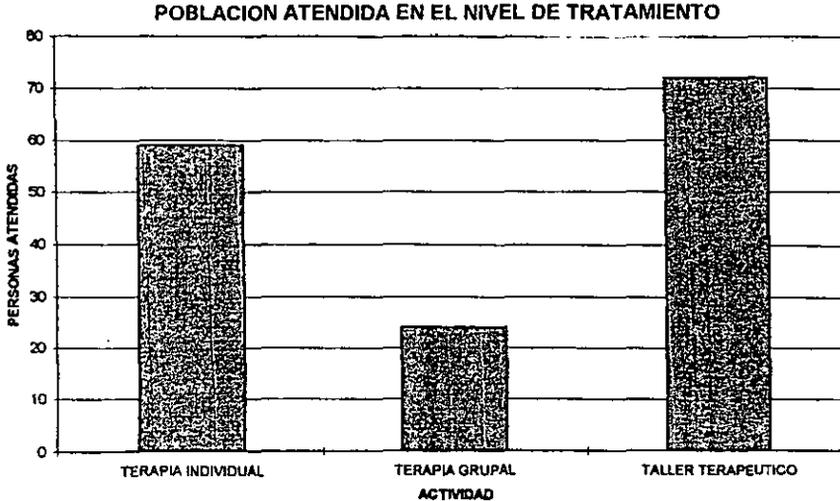


Fig. 8. total de población atendida en cada actividad del nivel de tratamiento.

Analizando las cantidades mencionadas y los análisis de cada actividad, se destaca que de todas las problemáticas atendidas en la que se reportaron mayores resultados (pacientes dados de alta) fue en la problemática de Familiar de adicto, y en los cuales se observó que la terapia grupal fue de gran ayuda.

3.4. TRABAJO REALIZADO COMO RESPONSABLE DEL ÁREA DE PSICOLOGÍA.

Como se menciona en el capítulo dos, el responsable del área además de las actividades que realizan los psicólogos becados, realiza actividades específicas de su cargo, al ser muchas de ellas de tipo administrativo y de carácter interno del programa, solamente se reportan a la Dirección tres de ellas: Plática informativa, Visita a consultorio y Evento. A continuación se presenta el análisis detallado de cada una de estas actividades.

3.4.1. PLÁTICA INFORMATIVA.

Esta actividad se refiere a la Impartición de una plática sobre los beneficios que puede tener una persona adicta al incorporarse a un trabajo de terapia psicológica de forma individual, estas pláticas son impartidas en grupos de Alcohólicos Anónimos durante las juntas que se realizan en los mismos, y por lo general al finalizar se promueven los diferentes servicios que ofrece el C.M.L.C.D. y D.

A continuación se presenta la lista de las Pláticas informativas impartidas durante este periodo.

FECHA	GRUPO	ASISTENCIA
16 - ENERO	24 HORAS DE BUENA VOLUNTAD	35
10 - FEBRERO	TEOCALLI	26
17 - FEBRERO	NUEVA GENERACION	27
24 - FEBRERO	EL 5° PASO	17
3 - MARZO	YO SOY RESPONSABLE	32
10 - MARZO	EL ROSARIO	22
3 - ABRIL	NUEVA GENERACION CEYLAN	30
7 - ABRIL	LA BLANCA	48
10 - ABRIL	EL MIRADOR	29
14 - ABRIL	DRA. RAQUEL LEVISTEIN	31
12 - JUNIO	LUZ DE UN NUEVO DIA	32
19 - JUNIO	LA BLANCA NUEVA GENERACION	14
14 - JULIO	YO SOY RESPONSABLE	17
4 - AGOSTO	24 HORAS DE BUENA VOLUNTAD	23
11- AGOSTO	AMIGOS	12
18 - AGOSTO	STA. ROSA	19
25 - AGOSTO	EL 5° PASO	13
8 - SEPTIEMBRE	EL ROSARIO II	21
15 - SEPTIEMBRE	EL ROSARIO	31
22 - SEPTIEMBRE	TEOCALLI	15
13 - OCTUBRE	FUERZA Y ESPERANZA	17
20 - OCTUBRE	EL MIRADOR	21

10 - NOVIEMBRE	24 HORAS DE BUENA VOLUNTAD	14
8 - DICIEMBRE	EL OLIVO	17
TOTAL DE PLATICAS IMPARTIDAS		24
ASISTENCIA TOTAL		569

Desafortunadamente no se cuenta con un dato preciso de cuantas de esas 569 personas ingresaron al servicio de terapia individual, sin embargo esta actividad tiene gran relevancia dentro del programa, debido a que como ya se menciona en el análisis del nivel de tratamiento, es a través de esta actividad como se establece el contacto con los grupos de AA, de donde se capta un gran número de pacientes, cabe señalar que es frecuente encontrar una posición de escepticismo en lo que se refiere al trabajo del psicólogo, por parte de las personas que pertenecen a estos grupos, razón por la cual es importante que el psicólogo que imparte estas pláticas sea precavido en el manejo de la información expuesta, ya que como se menciona en la introducción, los grupos de Alcohólicos Anónimos basan su trabajo en el modelo médico, mientras que en el C.M.L.C.D. y D. Se basa en el modelo conductual.

Con fundamento en la posición de escepticismo que suele encontrarse en los grupos de AA, en relación a los beneficios que el trabajo del psicólogo puede aportar a la problemática de las adicciones, o al desconocimiento del mismo ya que es común que esa población confunde el trabajo del psicólogo con el del psiquiatra; la aceptación lograda por parte de dichos grupos al trabajo realizado por parte del C.M.L.C.D. y D. puede interpretarse como una labor bien realizada durante dichas pláticas informativas, ya que a pesar de no contar con datos precisos, si es sabido que un buen número de pacientes asistieron a terapia individual en los diferentes consultorios del Programa.

3.4.2. VISITA A CONSULTORIO.

Total de visitas realizadas	72
-----------------------------	----

Es decir se realizó una visita por mes a cada uno de los seis consultorios periféricos con que cuenta el programa. En cada una de estas visitas se realizó una entrevista con el responsable del lugar donde está ubicado cada consultorio (Casa de cultura, Deportivo, Oficina de Consejo de participación ciudadana, etc.), esto con el objetivo de conocer las problemáticas relacionadas con el trabajo del psicólogo asignado a cada consultorio, así como la puntualidad y comportamiento del mismo.

Esta actividad es totalmente de carácter administrativo y no tiene relevancia en el objetivo del presente reporte, sin embargo se menciona por ser de las actividades reportadas a la Dirección.

3.4.3. EVENTO.

Esta actividad se refiere a aquellos eventos recreativo deportivos y culturales, organizados y realizados con la finalidad de proporcionar información de prevención mediante trípticos informativos, así como también promocionar los servicios brindados por el C.M.L.C.D. y D. De Tlalnepantla, a continuación se presenta la lista de eventos realizados durante el periodo reportado.

FECHA	EVENTO	LUGAR	ASISTENTES
14 - FEB	TORNEO DE FUTBOL	SAN JUAN IXHUATEPEC	64
6 - MAR	TORNEO DE FUTBOL	CERESO (SECC. HOMBRES)	28
10 - ABR	TORNEO DE VOLIBOL	CERESO (SECC. MUJERES)	32
24 - ABR	TORNEO INFANTIL	SAN JUAN IXHUATEPEC	128
13 - MAY	MONOLOGO	CERESO	80
2 - JUN	TORNEO JUVENIL	LOS REYES IZTACALA	92
13 - JUN	MONOLOGO	CONALEP GUSTAVO BAZ	125
20 - JUN	MONOLOGO	CONALEP TLALNEPANTLA II	97
12 - JUL	TORNEO DE FUTBOL	GRUPOS AA	47
19 - AGO	PROYECCION DE DOCUMENTAL	CERESO (SECC. HOMBRES)	70
26 - AGO	PROYECCION DE DOCUMENTAL	CERESO(SECC. MUJERES)	30
15 - SEP	TORNEO INFANTIL Y JUVENIL	SAN PABLO XALPA	87
11 - OCT	TORNEO DE BASQUETBOL	SAN ANDRES	108
25 - OCT	TORNEO BASQUETBOL FEMENIL	SAN ANDRES	64
8 - NOV	CONCIERTO DE ROCK	XOCOYOHUALCO	200
18 - DIC	PASTORELA	CERESO (SECC. MUJERES)	70
19 - DIC	PASTORELA	CERESO (SECC. HOMBRES)	120
TOTAL DE EVENTOS REALIZADOS			17
ASISTENCIA TOTAL			1442

Como se puede observar la mayor parte de los eventos realizados pueden ubicarse en dos grupos principalmente, por un lado las actividades de apoyo al Centro Preventivo y de Readaptación Social "Lic. Juan Fernández Albarran." (CERESO) y por otro a la difusión realizada entre niños y jóvenes mediante la realización de torneos relámpago de actividades deportivas. Cabe señalar que estas actividades tuvieron gran aceptación en las comunidades, pero al ser actividades propias de otra área de la Dirección, (Fomento al Deporte) no se le permitió al C.M.L.C.D. y D. Realizar un mayor numero de las mismas.

3.4.4. ANÁLISIS GLOBAL DEL TRABAJO REALIZADO COMO RESPONSABLE DE ÁREA.

La función principal del responsable de área, es precisamente que el área a su cargo cumpla con los objetivos y metas planteados para la misma, además de esto, en el caso específico del responsable del área de Psicología tiene asignada también la tarea de una difusión mas específica del trabajo del C.M.L.C.D. y D. Encaminada a lograr la captación de pacientes que tengan problemáticas relacionadas a las adicciones, así como la difusión de actividades recreativo deportivas y culturales entre la población, buscando la prevención de adicciones mediante la practica de las mismas.

En la figura 9, se observa que la mayor parte de las actividades realizadas en este nivel, se refieren a trabajo de tipo administrativo, la cual es la Visita a consultorio, que no nos aporta datos relevantes para el presente reporte, en segundo lugar se encuentra la actividad de Platica informativa, que como ya se menciona en el análisis específico de esta actividad, resultado de gran beneficio para el programa, porque permitió la captacion de pacientes y se establecieron buenas relaciones de apoyo entre los grupos de AA y el C.M.L.C.D. y D., por ultimo se encuentra la actividad de Evento, que también fue de gran éxito ya que permitió crear una buena imagen del programa entre la población al mismo tiempo de fomentar actividades que ayudan a la prevención de adicciones.

ACTIVIDADES REALIZADAS COMO RESPONSABLE DE AREA

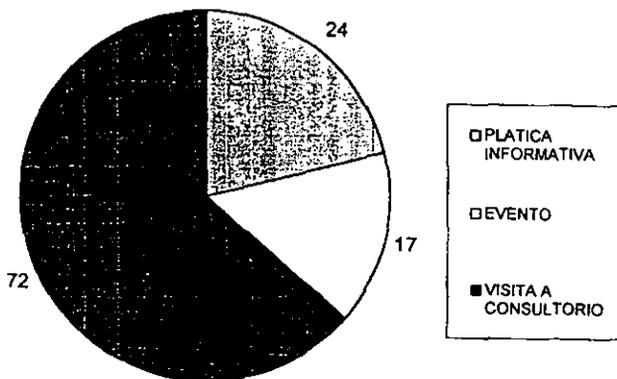


Fig. 9. Total de acciones realizadas como responsable del Area de Psicología.

POBLACION ATENDIDA COMO RESPONSABLE DEL AREA

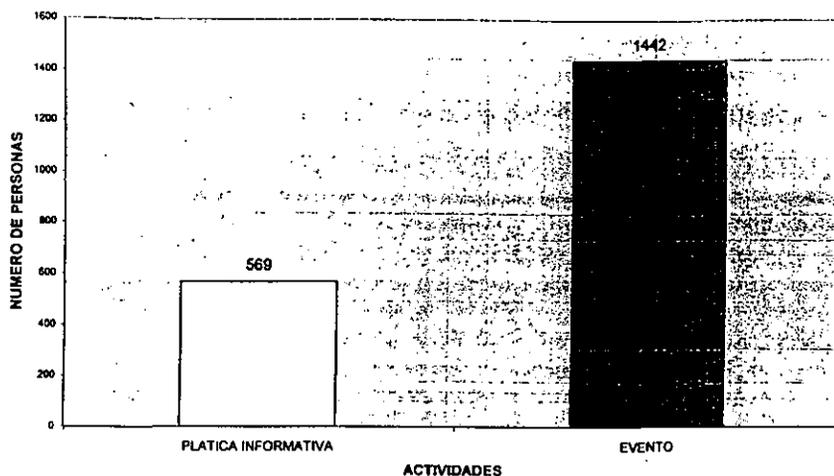


Fig. 10. Poblacion atendida por medio de las actividades especificas del responsable de area.

Por otro lado en la figura 10 podemos observar que a través de las actividades de Platica informativa y Evento, mediante pocas acciones (41) entre las dos se logro reportar un buen numero de personas atendidas (2011), factor que es muy importante para el programa, ya que al reportar grandes cantidades de población atendida, el programa tiene la posibilidad de seguir obteniendo recursos y apoyo por parte del Ayuntamiento lo que permite brindar mejor atención a la población a través de todos los niveles de intervención.

CAPITULO 4 CONCLUSIONES GENERALES

En el análisis presentado en el capítulo anterior podemos apreciar que en el aspecto numérico el trabajo realizado durante el periodo reportado podría calificarse como exitoso, esto con fundamento en que las metas mensuales y anuales planteadas para el área de Psicología, por parte del ayuntamiento, fueron cubiertas satisfactoriamente, de manera tal que el objetivo planteado como responsable del área fue cubierto.

Sin embargo la experiencia obtenida durante este período laboral, no puede limitarse al cumplimiento de las metas numéricas, si no que es importante analizar objetivamente los resultados obtenidos del trabajo realizado comenzando por el primer nivel de intervención del programa.

En este nivel de Prevención para el Ayuntamiento lo importante es el número reportado como población atendida, el cual es de 5,143 personas, sin embargo la pregunta inmediata sería "¿cuántas de esas personas realmente quedaron prevenidas contra las adicciones?", o de otra forma "¿realmente es efectiva la labor preventiva realizada?" y la respuesta inmediata sería No, la problemática de las adicciones es tan compleja y crece día a día de manera tal que no es posible que se piense en combatirla con la sola Impartición de pláticas o conferencias, no cuando la población esta siendo expuesta de forma indiscriminada a estímulos que incitan al consumo de drogas, anuncios en medios masivos, películas en las que los protagonistas consumen drogas, influencia del medio social, etc.

Esto lo podemos constatar en los resultados obtenidos en la última encuesta nacional de adicciones realizada (ENA, 1998) en la cual se puede observar que en la región donde se encuentra ubicado el municipio de Tlalnepantla (lugar donde se realizó el trabajo reportado), que es la región centro las personas que reportaron haber usado drogas alguna vez en su vida se incremento de la siguiente manera:

AÑO	1988	1993	1998
TENDENCIA	3.58	3.71	5.97

FUENTE: ENCUESTA NACIONAL DE ADICCIONES, SSA. 1998

Es evidente que el incremento de usuarios se disparo en relación al incremento que dicho concepto había tenido con respecto al periodo 1988 - 1993, es por esta razón que el trabajo realizado en el nivel preventivo tiene que ser mucho mas extenso, profundo y efectivo, como se propone mas adelante, para que este trabajo de prevención brinde mejores resultados.

Por otro lado la labor realizada dentro del nivel de orientación es importante analizarla, debido a que desgraciadamente no se cuenta con las fichas técnicas de orientaciones y canalizaciones realizadas para saber con exactitud que tipo de acciones se realizaron, sin embargo en la experiencia misma se observo que la población demanda un servicio de atención psicológica de calidad para diversas problemáticas, desde problemas de aprendizaje y conducta en los niños, relaciones padres e hijos, problemas emocionales, de pareja y familiares, y a pesar de que en teoría se cuenta con programas que atienden dichas problemáticas, pareciera que los espacios no son suficientes, ya que a pesar de haber sido canalizados las personas solían regresar porque reportaban que no se le había atendido o el servicio era deficiente, esto nos habla de la necesidad de ampliar el servicio de tratamiento a otras problemáticas, sin embargo es un asunto de tipo administrativo el que impide que esto se realice, ya que el C.M.L.C.D. Y D. Tendría que absorber a los otros programas o en su defecto desaparecer a todos los programas existentes para formar uno cuya estructura permitiera atender satisfactoriamente las demandas de la población.

Por otro lado como se menciona en el capítulo anterior el nivel de tratamiento es el que mayor importancia tiene dentro del área de psicología, ya que además de los motivos señalados en dicho capítulo, es importante señalar que al momento de hacer la selección del personal becado, se busca que los candidatos manifiesten su interés por ejercer su profesión de psicólogos dentro del área clínica; así también se busca que tengan los conocimientos básicos y dominen técnicas de entrevista, técnicas de intervención análisis de variables, técnicas de terapia grupal y conocimiento de los distintos modelos teóricos.

Con fundamento en el análisis expuesto sobre este nivel en el capítulo anterior, podemos afirmar que los resultados obtenidos distan mucho de ser los esperados, debido a que se obtuvo una tasa de deserción (baja) del 48 %, el 32% continuaba en tratamiento al término del periodo reportado y únicamente el 20% fue registrado como alta.

Un punto a destacar en este nivel de intervención es que el hecho de manejar el término ALTA en estas problemáticas, pudiera parecer polémico, ya que según el modelo médico (que es el más empleado en estas problemáticas) no existe una "cura" para las mismas, según lo dicho por Barriguete, 1996 "El terapeuta que crea que puede lograr que su paciente alcohólico puede llegar a ser una persona que tome algunas copas como la gente decente y luego olvidarse de ellas, mas valdrá que se dedique a vender tamales, tendrá más éxito que como terapeuta de alcoholismo. El que crea que lo ha logrado con su paciente, o no se trataba de un alcohólico y estuvo mal hecho el diagnostico de la enfermedad o solamente hay que esperar algún tiempo para acompañarlo en su siguiente recaída." (pag. 89).

Sin embargo hay que señalar que en el modelo cognitivo conductual bajo el cual se fundamento todo el trabajo realizado, no acepta la utilización de "etiquetas" para las problemáticas tratadas, es decir no se cataloga al individuo con una etiqueta como "Alcohólico", "Drogadicto", etc. Si no que se parte de la idea de que cada problemática es diferente y específica según las características del sujeto y las condiciones en las que se da la conducta adictiva, esto sin ignorar los puntos en común en los que coinciden la mayoría de

las personas adictas. Y con respecto al termino ALTA, cabe señalar que como se señala en el capítulo 4 el objetivo de la terapia de cada paciente, es fijado por el paciente mismo por lo cual la alta se puede generar en el momento en que el paciente y el terapeuta coincidan en que los objetivos terapéuticos han sido cubiertos.

Esto sin ignorar que cuando se utiliza el método de extinción de la conducta adictiva hay que tomar en cuenta los siguientes aspectos:

1. La conducta que esta sometida a extinción puede aumentar en intensidad, frecuencia y duración antes de empezar a disminuir.
2. La extinción puede producir temporalmente conducta emocional (conducta agresiva o destructiva)
3. La conducta que se ha extinguido y ya no es reforzada puede, ocasionalmente, volver a ocurrir (recuperación espontanea) .

Aunado a esto podemos señalar que entre las principales causas del alto nivel de deserciones, encontramos las siguientes:

- Características de la población atendida. Un gran porcentaje de los pacientes atendidos eran personas que asistían a sesión por presión de la familia, y la gran mayoría no les interesaba dejar su adicción, en otras palabras eran personas renuentes al tratamiento.
- Características de la problemática. Como podemos ver en el análisis presentado la problemática que reporto mayor índice de deserciones fue la de Farmacodependencia, con un índice de deserción del 80%, seguida de Alcoholismo, con 50% y por ultimo la de Familiar de adicto con 10.5% , cabe señalar que una de las características principales de estas dos problemáticas (Farmacodependencia y alcoholismo) es la de no reconocerse como adictos y al mismo tiempo no ver la adicción como algo problemático.
- Limitaciones de la institución. Las problemáticas enfrentadas requieren de una intervención de tipo multidisciplinario, ya que no podemos ignorar el papel tan importante que juegan en estas problemáticas los factores fisiológicos en el momento de la desintoxicación de un paciente y durante el síndrome de abstinencia, en los cuales seria ideal contar con el apoyo de médicos, así como también un adecuado trabajo del área de trabajo social en las comunidades de los pacientes, ya que el papel que juega la influencia del medio también es determinante en la rehabilitación.
- Deficiencias del terapeuta. A pesar de que la formación recibida durante la licenciatura brinda los conocimientos y habilidades básicos para desempeñarse exitosamente en cualquier campo de acción de la psicología, es importante señalar que la practica clínica realizada durante la licenciatura no da la experiencia suficiente para tratar a pacientes de

las características que se presentan en la institución, es decir que además de su problema de adicción, en su mayoría presentan conjuntamente varias problemáticas como problemas familiares y emocionales, por lo que esta inexperiencia sale a relucir durante el trabajo realizado.

Tomando en cuenta lo anterior podemos concluir de manera general que la labor realizada como psicólogo dentro del Consejo de Lucha Contra las Drogas y la Delincuencia del Ayuntamiento de Tlalnepantla, fue realizada satisfactoriamente, sin llegar a ser excelente, ya que cumplió eficazmente con lo requerido por la institución y sobrepasó los objetivos y metas planteados al programa por el Ayuntamiento, sin embargo la visión crítica que proporciona la formación recibida durante la licenciatura nos obliga a reconocer que la calidad del trabajo tiene que superarse en varios sentidos.

Sin embargo las estrategias a seguir para mejorar dicha calidad deben estar basadas en los recursos humanos, materiales y presupuesto que el Ayuntamiento destina al programa, tomando en cuenta todo lo anterior a continuación se presentan una propuesta que mediante tres puntos a seguir bien podrían mejorar tanto la calidad de los servicios brindados por el área de Psicología del C.M.M.L.C.D. y D. A la población, como la formación que el personal del área de Psicología consigue al laborar dentro del programa.

Para una mejor comprensión de la propuesta planteada, se sugiere releer los puntos 2.2. Estructura actual y organigrama. 2.3. Actividades que desempeña el psicólogo dentro de la institución. Contenidos en el capítulo 2. Esto con el fin de tener presente la situación real del programa.

Esta propuesta está fundamentada tanto en los datos obtenidos durante el periodo reportado, así como también en la experiencia personal adquirida durante dicho periodo, los datos obtenidos ya fueron expuestos en el capítulo anterior, y sobre la experiencia personal adquirida podemos centrarla en los siguientes puntos:

- A pesar de la formación recibida durante la licenciatura en psicología, la mayoría de los candidatos que solicitaban ingresar al C.M.L.C.D. y D. Presentaban déficits en habilidades necesarias para un óptimo desempeño dentro de la institución, tales como: Asertividad, técnicas expositivas, autocontrol, manejo de entrevista y técnicas de intervención.
- La mayoría de los candidatos manifestaban tener un interés especial por desarrollarse como psicólogos clínicos, y en muchas ocasiones pedían la oportunidad de trabajar con pacientes aun si no se les otorgaba la beca.
- La suspensión de sesiones por tener que impartir pláticas y cursos taller o capacitaciones, afectaba en la asistencia de los pacientes en sus sesiones posteriores.

- El personal becado asistía a todas las actividades de capacitación relacionadas al área clínica.
- El mejor trabajo de prevención era el tratamiento oportuno de problemáticas de tipo emocional a través de la terapia, y el fomento de actividades recreativo-deportivas y culturales.
- El trabajo realizado en el nivel de intervención requiere una intensa capacitación debido a la dificultad de las problemáticas tratadas.

Los tres puntos expuestos anteriormente nos permiten tener un panorama general de la situación real del Consejo de Lucha Contra las Drogas y la Delincuencia del Ayuntamiento de Tlalnepantla; sus recursos humanos, materiales y de presupuesto (capítulo 2), los resultados obtenidos con dichos recursos (exposición y análisis de resultados), y por último la experiencia personal obtenida durante la labor desempeñada como responsable del área de psicología durante el periodo reportado.

Con base a lo anterior que se exponen las tres sugerencias que integran la propuesta para mejorar el funcionamiento del área de Psicología:

1. Subdividir el área de Psicología

En dos áreas de manera que la ficha técnica del área quede de la siguiente manera Área Preventiva y Área Clínica, a modo de que se mejore la calidad de la atención en cada uno de los tres niveles de intervención en que incide el área.

Área Preventiva:

Objetivo general: Brindar información confiable a la población acerca de las consecuencias que traen consigo el consumo de drogas y la práctica de conductas delictivas, así como brindar alternativas encaminadas a la administración y aprovechamiento del tiempo libre.

Recursos Humanos: El responsable de área se encargaría de conseguir apoyos por parte del área de Servicio Social del Ayuntamiento o bien en la ENEP Iztacala para que estudiantes de la Licenciatura de Psicología de séptimo u octavo semestre se integren al programa a través de su materia de Psicología Social Aplicada o una similar en la que se les encomiende a ellos las actividades correspondientes a este nivel de intervención.

Niveles del Programa en que incide: Prevención y Orientación

<u>Metas mensuales fijadas:</u>	Pláticas de sensibilización	80
	Conferencias	10
	Curso taller	10

Comentarios : Una vez obtenido el apoyo ya sea por parte de los prestadores de servicio social o estudiantes de la ENEPI, el responsable de área se encargaría de capacitar a dicho personal para la Impartición de las platicas de sensibilización y los cursos taller, posteriormente se conseguir los espacios, población y fechas para la Impartición de las mismas a fin de entregar una calendarización a la profesora responsable de la materia o bien a cada uno de los prestadores de servicio social.

Área Clínica:

Objetivo general : Brindar apoyo psicológico de forma gratuita a las personas adictas así como a familiares de los mismos que soliciten el servicio.

Recursos Humanos : Ocho psicólogos becados que cubrirían un horario de cinco horas diarias de lunes a sábado.

Niveles del Programa en que incide: Orientación y tratamiento

<u>Metas mensuales fijadas:</u>	Terapia individual	600
	Terapia grupal	32
	Taller terapéutico	8

Comentarios: Los psicólogos becados serán seleccionados del grupo de psicólogos que hayan prestado sus servicios al programa por un tiempo mínimo de seis meses dentro del Area Preventiva, y se hayan incorporado previamente al grupo de iniciación terapéutica.

2. Desarrollar programas de capacitación específicos para cada una de las áreas.

Las dos áreas del programa deben contar con programas de capacitación que proporcionen al personal los elementos necesarios para su óptimo desempeño dentro de la institución.

Para el *Area Preventiva* se propone:

"Curso para la Formación de Instructores en la Prevención de Adicciones"

Objetivo General. Proporcionar a los asistentes los elementos necesarios para efectuar su labor como psicólogos del Area Preventiva del Consejo Municipal de Lucha Contra las Drogas y la Delincuencia.

Objetivo Especifico. Desarrollar en los asistentes las habilidades necesarias que les permitan instruir amplia y claramente en materia de prevención de adicciones a la población en general.

Objetivo Especifico. Proporcionar a los asistentes amplios conocimientos sobre los diferentes tipos de drogas y sus efectos.

Modulo I Metodología Instruccional

- Técnicas expositivas
- Técnicas demostrativas
- Técnicas de ejecución y adiestramiento

Modulo II Manejo de Grupos

- Dinámicas de presentación
- Animación e integración
- Sensibilización y sondeo de expectativas
- Organización grupal
- Técnicas de interacción e integración grupal
- Técnicas de polémica y confrontación

Modulo III Información sobre Adicciones

Que son las adicciones

- Que son las drogas
- Clasificación de las drogas
- Diferentes nombres de las drogas
- Consecuencias del consumo de drogas
- Tipos de consumidores
- Que es la farmacodependencia
- Causas de la farmacodependencia
- Fases de la farmacodependencia
- Efectos de la farmacodependencia
- Alternativas de prevención

El área clínica debe desarrollar dos programas de capacitación, uno para los psicólogos del área preventiva que deseen capacitarse como terapeutas (Programa de Iniciación terapéutica) y otro de capacitación continua para el personal del área clínica.

"Programa de Iniciación Terapéutica"

Objetivo General. Proporcionar a los asistentes los conocimientos teórico - prácticos básicos para su ejercicio profesional como psicólogos clínicos en rehabilitación de adicciones.

Objetivo Específico. Desarrollar en los asistentes las habilidades necesarias que le permitan desempeñarse como psicólogos clínicos.

Objetivo Específico. Proporcionar a los asistentes los conocimientos médicos básicos que les permitan realizar una labor terapéutica adecuada en el manejo de pacientes con problemáticas de adicciones.

Modulo I

Conocimientos y habilidades Básicas

- Etica profesional
- Función del psicólogo clínico
- Modelos teóricos
- Técnicas de entrevista
- Técnicas de intervención
- Análisis de casos
- Técnicas de Terapia Grupal
- Formatos utilizados dentro de la institución

Modulo II

Literatura de AA

- Doce pasos, doce tradiciones
- Si Ud. es un profesional AA quiere trabajar con Ud.
- Como llevar la información al profesional

Modulo III

Aspectos Fisiológicos

- Revisión del "Manual para el tratamiento Farmacoterapeutico de los síndromes de intoxicación y abstinencia por sustancias psicoactivas " de Centros de Integración Juvenil.

Modulo IV

Aplicación de Conocimientos

- Participación como coterapeuta en el manejo de pacientes con la supervisión de un psicólogo del Área Clínica.

~~"Programa de capacitación Continua del Área Clínica"~~

Objetivo General. Mantener actualizado y bajo supervisión el trabajo realizado por los psicólogos del Área Clínica.

Objetivo Especifico. Supervisar y retroalimentar el trabajo terapéutico realizado por cada psicólogo mediante la exposición de los casos atendidos por cada uno de ellos.

Objetivo Especifico. Mantener la actualización del conocimiento adquirido por parte de los psicólogos del área sobre tratamiento de adicciones .

Los objetivos planteados deberán cubrirse mediante la realización de las siguientes actividades:

- Exposición de los casos atendidos frente al grupo de psicólogos
- Análisis y revisión de diferentes modelos de intervención
- Revisión de literatura reciente sobre las problemáticas tratadas

3. Fortalecer el trabajo de los Subconsejos de Lucha Contra las Drogas y la Delincuencia

Es importante que una vez que el personal del Area Preventiva a formado y capacitado a un Subconsejo, se ponga a este en contacto con el área de Trabajo Social para que esta lo apoye en el trabajo de prevención dentro de su comunidad, a través de la Impartición de platicas de diversos temas como sexualidad, higiene, etc. O bien mediante periódicos murales, distribución de trípticos informativos, volantes, además de la promoción de eventos deportivo - recreativo- culturales.

Como ya se menciona con anterioridad, el trabajo realizado en el nivel preventivo debe de ser mas intenso y por lo cual debemos unir los esfuerzos de las dos areas del programa (Psicología y Trabajo Social) así como los de la propia comunidad en cuestión a través de los Subconsejos de Lucha contra las drogas y la delincuencia, mediante una buena capacitación y apoyo para los mismos.

Estas tres sugerencias permitirían optimizar el funcionamiento del área, obteniendo los siguientes beneficios: Incrementar las cantidades de población atendida reportadas al Ayuntamiento, mejorar la calidad del servicio brindado a la población, y contribuyendo a una mayor superación y capacitación profesional de cada uno de los psicólogos que trabajen en el programa.

BIBLIOGRAFIA

- Aguirre, B.G. (1987) **"Medicina y Magia, El proceso de aculturación en la estructura Colonial"** Instituto Nacional Indigenista, México.
- Arcos, H.G. (2000) **"La labor preventiva del psicólogo en el Centro de Integración Juvenil (CIJ) de Naucalpan"** UNAM, Mexico.
- Arellano de, N.R. (1884) **"Proyecto de reglamento de droguerías, boticas y otros expendios de sustancias medicinales 1884"** .
 Archivo Histórico de la Secretaría de Salud. Fondo de Salud Pública, Sección Inspección de boticas caja 3, expediente 5, México.
- Barrigueté, A. (1996). **"Lo que el vino se llevo"**
 Editorial Diana, México.
- Caballo, V.E. (1991) **"Manual de Técnicas Terapéuticas y de modificación de la conducta "** Siglo XXI de España editores, España.
- Campillo, C. (1982) **"El consumo de alcohol en México desde una perspectiva de salud pública."** Instituto Mexicano de Psiquiatría, México.
- Campillo, Carlos. Díaz, Miguel. (1987) *"La prevención del alcoholismo y los problemas Relacionados con el alcohol"* Psiquiatría (México), 3 (3), 15-25
- Cárdenas, de O. (1976). **"Toxicomanía y narcotráfico, Aspectos legales"**
 Fondo de Cultura Económica, México.
- Departamento de Salubridad Pública. (1933) **"Nuestro Reglamento Federal de Toxicómanos y la Economía Nacional."**, México.
- Elizondo, L.J.A. (1986) *"Influencia de los aspectos Sociales en el tratamiento y rehabilitación del paciente alcohólico."* En Fundación de Investigaciones Sociales A.C. **"El alcoholismo en México"** México.
- García, L.C. (1990) **"Que son las Drogas. Inhalables."**
 Arbol Editorial, México.
- Garduño, J.F. (1999) **"Importancia estratégica de prevención en un contexto institucional, el Consejo Municipal de Lucha Contra las Drogas y la Delincuencia"**, UNAM, México.

- Levine, H.G. (1978) "*The discovery of addiction, Changing conceptions of habitual drunkenness in América*". Journal of studies on alcohol., 39 (1) 23-27.
- Levine, H.G. (1984) "*The alcohol problem in América : from temperance to alcoholism*" British Journal of Addiction. 79: 109- 119.
- Medina- Mora ME. (1992) "*Los conceptos de uso, abuso, dependencia y su medición*". En Tapia Conyer, R. (ed) "**Las adicciones en México, dimensión Impacto y perspectivas.**" Fondo de Cultura Económica, México.
- Ortiz, A., Romero, R., Rodríguez, E., González, L., Unikel, C., Sosa, R. (1992) "*Principales Tendencias del consumo de drogas en la ciudad de México de 1987 a 1990*". En Instituto Mexicano de Psiquiatría "**Anales. Reseña de la VII reunión de Investigación .**" México.
- Pérez Monfort, R. (1993) "*El veneno faradisiaco o el olor a tortilla quemada, fragmento de la Historia de las drogas en México, 1870 - 1930.*" En Secretaria de Salud, Consejo Nacional Contra la Adicciones "**Las adicciones hacia un enfoque multidisciplinario.**" México.
- Pérez, J. (2000) "**Prevención de adicciones en la educación secundaria, fundamentos y criterios para un instrumento de diagnostico desde la orientación educativa.**", UNAM, México
- Roman, C., Molina, V., Sánchez, L. (1984) "**El alcoholismo en México; historia y legislación.**" Fundación de Investigaciones Sociales, A.C. México.
- Rosovsky, H., Cravioto, P. Medina Mora, M.E. (1999) "**El consumo de drogas en México diagnostico, tendencias y acciones, resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones 1998.**" Secretaria de Salud , CONADIC., México.
- Salazar, S.L. (1950) "*Las Toxicomanias y el alcoholismo en la vida del pueblo mexicano*" En Instituto de Investigaciones sociales, UNAM "**Estudios sociológicos**". Primer Congreso nacional de Sociología, México.
- Smith, R., Sarasson, I., Sarasson, B. (1984) "**Fronteras de la conducta**" Editorial Harla, México.
- Velasco, P. (1985) "*La concepción de problemas asociados al consumo de alcohol en la historia de México*" En Fundación de Investigaciones Sociales, A.C. "**El alcoholismo en México. Aspectos sociales culturales y económicos**". México.

Venegas, R. (1973). " **Régimen Hospitalario para indios de la Nueva España**"
SEP. INAH, México.

Wessler, R.L. (1989) "*Cognitive group therapy*" En Freeman , A. (ed) "**Comprehensive Handbook of cognitive therapy.**" Plenum press, Nueva York.

TEMARIO DE PLATICA PREVENTIVA

- QUE ES UNA ADICCIÓN
- QUE ES UNA DROGA
- QUE ES LA FARMACODEPENDENCIA
- FASES DE LA FARMACODEPENDENCIA
 1. FASE EXPERIMENTAL
 2. FASE FUNCIONAL
 3. FASE DISFUNCIONAL
- CAUSAS DE LA FARMACODEPENDENCIA
 1. INDIVIDUALES
 2. FAMILIARES
 3. SOCIALES
- EFECTOS:
 1. DEPENDENCIA FÍSICA
 2. DEPENDENCIA PSICOLÓGICA
 3. SINDROME DE ABSTINENCIA
- CLASIFICACIÓN DE LAS DROGAS
 1. DEPRESORAS
 2. ESTIMULANTES
 3. PERTURBADORAS
- TIPO DE CONSUMIDORES
 1. EXPERIMENTAL
 2. OCASIONAL
 3. HABITUAL
 4. CRONICO FUNCIONAL
 5. CRONICO DISFUNCIONAL
- CONSECUENCIAS
 1. FÍSICAS
 2. PSICOLÓGICAS
 3. SOCIALES
- ALTERNATIVAS
- SERVICIOS QUE BRINDA EL C.M.L.C.D. y D.

**CURSO -TALLER PARA LA FORMACIÓN DE PROMOTORES EN LA LUCHA
CONTRA LAS DROGAS**

OBJETIVO GENERAL.

QUE LOS ASISTENTES ADQUIERAN LOS CONOCIMIENTOS BASICOS SOBRE LA ADICCIÓN A LAS DROGAS Y DESARROLLEN LAS HABILIDADES NECESARIAS PARA SU PREVENCIÓN FORMANDO SUBCONSEJOS MUNICIPALES DE LUCHA CONTRA LAS DROGAS Y LA DELINCUENCIA.

DIRIGIDO A: LA COMUNIDAD EN GENERAL.

SESIÓN 1

OBJETIVO: QUE LOS PARTICIPANTES Y EL INSTRUCTOR SE CONOZCAN ENTRE SÍ Y SE REALICE UN SONDEO DE EXPECTATIVAS SOBRE EL CURSO.

DINAMICA: BINAS INVERTIDAS

DURACION: 50 MINUTOS

PROCEDIMIENTO: SE REALIZARA LA PRESENTACIÓN DEL INSTRUCTOR Y SE COMUNICARA EL TEMA DEL TALLER.

POSTERIORMENTE, SE PEDIRA A LOS ASISTENTES SE AGRUPEN EN PAREJAS (PREFERENTEMENTE QUE NO-SE CONOZCAN ENTRE SI O SU RELACION NO SEA MUY ESTRECHA) Y SOSTENGAN UNA PLATICA ENTRE SI CONTESTÁNDOSE LAS PREGUNTAS: ¿CÓMO TE LLAMAS?, ¿CUÁNTOS AÑOS TIENES?, ¿A QUE TE DEDICAS?, ¿CON QUIEN VIVES?, ¿QUÉ TE GUSTA HACER?, ¿CÓMO TE DEFINIRIAS?, ¿POR QUÉ ESTAS AQUÍ? Y ¿QUÉ ESPERAS DEL CURSO?.

UNA VEZ REALIZADO LO ANTERIOR SE LES PEDIRA QUE PASE UNA PAREJA AL FRENTE, UNO DE LOS INTEGRANTES SE SENTARA EN UNA SILLA VIENDO DE FRENTE AL GRUPO Y EL OTRO SE COLOCARA DE PIE A SU ESPALDA, TOMANDO POR LOS HOMBROS A SU COMPAÑERO COMENZARA A "PRESENTARSE" DICIENDO "YO SOY....." MENCIONANDO TODOS LOS DATOS DE SU COMPAÑERO SENTADO, ES DECIR, COMO SI SE TRATARA DE EL. UNA VEZ QUE TERMINE EL GRUPO PODRA HACERLE TRES PREGUNTAS SOBRE ÉL, ESTE DEBERA CONTESTARLAS DE ACUERDO CON LA PERSONALIDAD DE SU COMPAÑERO SENTADO. DESPUES DE RESPONDER LA TERCER PREGUNTA, EL COMPAÑERO SENTADO PODRA ACLARAR O CORREGIR LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA POR SU COMPAÑERO. ENSEGUIDA SE INVERTIRAN LOS PAPELES. UNA A UNA DEBERAN DE PASAR TODAS LAS PAREJAS.

DINAMICA : IDENTIFICACION**MATERIALES:** TARJETAS BLANCAS, PLUMON Y SEGUROS.**DURACION:** 10 MINUTOS

PROCEDIMIENTO: SE LES PEDIRA A LOS ASISTENTES QUE ESCRIBAN SU NOMBRE EN UNA DE LAS TARJETAS Y LA ENTREGUEN AL INSTRUCTOR, UNA VEZ QUE TODOS LO HAN HECHO EL INSTRUCTOR REVOLVERA LAS TARJETAS Y LAS REPARTIRA DANDO UNA TARJETA A CADA ASISTENTE, PROCURANDO QUE NO LE TOQUE A NINGUNO LA SUYA PROPIA. POSTERIORMENTE SE LE PEDIRA A UNO DE LOS ASISTENTES QUE LE COLOQUE LA TARJETA CON UN SEGURO A LA PERSONA QUE EL CREA QUE ES SU DUEÑO, "DICIÉNDOLE YO CREO QUE TÚ ERES....." LA PERSONA ELEGIDA PODRA AFIRMAR O NEGAR SEGÚN SE EL CASO, EN CASO DE ERROR DEBERA ELEGIR A OTRA HASTA ENTREGÁRSELA A SU DUEÑO, Y EN CASO DE ACIERTO, EL ELEGIDO DEBERA ENTREGAR DE IGUAL FORMA LA TARJETA QUE SE LE HABIA ENTREGADO AL INICIO DE LA DINAMICA. ASÍ SUCESIVAMENTE HASTA QUE TODOS TENGAN COLGADA SU TARJETA DE IDENTIFICACION.

DINAMICA: DISCUSIÓN DE CREENCIAS**MATERIALES:** 10 LETREROS GRANDES SOBRE CREENCIAS POPULARES RELACIONADAS AL CONSUMO DE DROGAS (CADA LETRERO CON UNA CREENCIA)

1. "COMO ES UNA HIERBA, LA MARIHUANA NO HACE DAÑO"
2. "LA MARIHUANA ES EL PRIMER PASO PARA INICIAR EL CAMINO DE LAS DROGAS."
3. "YO LA DROGA LA USO Y LA DEJO CUANDO QUIERA"
4. "CUANDO TOMO DROGAS ME SIENTO LIBRE, FUERTE Y SEGURO"
5. "PARA HACERSE HOMBRE HAY QUE TOMAR"
6. "CON ALCOHOL SE AHOGAN LAS PENAS"
7. " NADA COMO UN CIGARRO O UN TEQUILA PARA QUITAR EL FRIO"
8. "EL QUE RECHAZA UN TRAGO RECHAZA UN AMIGO"
9. "FIESTA SIN ALCOHOL NO ES FIESTA"
10. "SOLO LOS VAGOS CONSUMEN DROGAS"

DURACION: 60 MINUTOS

PROCEDIMIENTO: EL INSTRUCTOR MOSTRARA DE UNO EN UNO LOS LETREROS, PIDIENDO QUE SEAN LEIDOS EN VOZ ALTA, POSTERIORMENTE INDICARA LEVANTEN LA MANO LAS PERSONAS QUE CREAN QUE ESTO ES CORRECTO,AHORA QUIENES CREAN QUE ESTO ES RELATIVO,POR ULTIMO LOS QUE CREAN QUE ES FALSO. UNA VEZ HECHO ESTO LES PEDIRA QUE DEN SUS RAZONES DE POR QUE LO CREEN ASÍ, DESPUES DE QUE HAYAN EXPUESTO SUS RAZONES EL INSTRUCTOR DARA LA RESPUESTA CORRECTA ASÍ COMO UNA EXPLICACION DE LA MISMA. Y ASÍ SUCESIVAMENTE CON TODOS LOS LETREROS.

SESIÓN 2

OBJETIVO: QUE LOS ASISTENTES REFLEXIONEN SOBRE LA INFLUENCIA QUE LAS DROGAS HAN TENIDO EN SU VIDA.

DINAMICA: EXPOSICION

MATERIALES: PIZARRON Y GIS

DURACION : 20 MINUTOS

PROCEDIMIENTO: MEDIANTE LA TÉCNICA DE EXPOSICIÓN EL INSTRUCTOR BUSCARA LOGRAR QUE LOS ASISTENTES COMPENDAN QUE UN ALTO PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN PRESENTA ALGUN TIPO DE ADICCIÓN EN DIFERENTES NIVELES Y TIPOS; ADICCIÓN OBJETOS, ADICCIÓN A ACTIVIDADES, ADICCIÓN A PERSONAS, ADICCIÓN A SUSTANCIAS, ENMARCANDO LA FARMACODEPENDENCIA DENTRO DE ESTE ÚLTIMO TIPO DE ADICCIÓN.

DINAMICA: ESCRITO LAS DROGAS Y YO

MATERIALES : HOJAS DE PAPEL Y LAPICES

DURACION: 40 MINUTOS

PROCEDIMIENTO: SE PEDIRA A LOS ASISTENTES QUE ESCRIBAN EN UNA HOJA, UN TEXTO QUE LLEVE POR TITULO "YO Y LAS DROGAS", DONDE ESCRIBAN DE QUE FORMA SE HAN RELACIONADO LAS DROGAS EN SU VIDA, E INFLUIDO EN SU DESARROLLO YA SEA A TRAVÉS DE SU FAMILIA, AMISTADES, TRABAJO, ETC. EL ESCRITO SERA DE FORMA ANONIMA, POSTERIORMENTE SE REVOLVERAN LOS ESCRITOS Y SE LES DA LECTURA UNO A UNO.

ACTIVIDAD: PROYECCION DE LA PELICULA " PELIGROS"

MATERIALES: TELEVISION, VIDEOCASETERA, VIDEO "PELIGROS".

DURACION: 15 MINUTOS

PROCEDIMIENTO: SE PROYECTA LA PELICULA.

DINAMICA: SILLA VACIA

MATERIALES: UNA SILLA.

DURACION: 20 MINUTOS.

PROCEDIMIENTO: APROVECHANDO LA SENSIBILIDAD QUE PROVOCA LA PELICULA EN LAS PERSONAS, SE DESARROLLA ESTA TECNICA DE LA MANERA SIGUIENTE: SE PIDE A LOS ASISTENTES QUE FORMEN UN CIRCULO CON SUS

SILLAS, SE COLOCA UNA SILLA EN EL CENTRO DEL GRUPO, EL INSTRUCTOR INDICARA " VAMOS A IMAGINAR QUE EN ESTA SILLA SE ENCUENTRA SENTADO EL PAPA DEL NIÑO DE LA PELICULA, QUIERO QUE CADA UNO DE USTEDES SE DIRIJA A ÉL Y LE EXPRESE TODOS LOS SENTIMIENTOS QUE LE DESPIERTA ESTE PERSONAJE", DESPUES DE QUE TODOS REALICEN LA ACTIVIDAD, SE REALIZARA LO MISMO PERO AHORA CON EL PERSONAJE DE LA MAMA, DESPUES CON EL NIÑO Y POR ULTIMO SE DIRIGIRAN A LO QUE SON LAS DROGAS.

DINAMICA: CIERRE DE SESION

PROCEDIMIENTO: EL INSTRUCTOR REALIZARA EL CIERRE DE SESIÓN, RECALCANDO LOS ASPECTOS MÁS IMPORTANTES DE LO APRENDIDO DURANTE LA MISMA.

SESIÓN 3

OBJETIVO. QUE LOS ASISTENTES ADQUIERAN LOS CONOCIMIENTOS BASICOS SOBRE LA FARMACODEPENDENCIA.

DINAMICA: LLUVIA DE IDEAS

MATERIALES: PIZARRON Y GIS

DURACION: 10 MINUTOS

PROCEDIMIENTO: EL INSTRUCTOR PEDIRA A LOS ASISTENTES QUE UNO A UNO PASEN AL PIZARRON Y ESCRIBAN EL NOMBRE DE ALGUNA DROGA QUE CONOZCAN, UNA VEZ QUE HAYA PASADO EL ULTIMO, SE LES PREGUNTARA SI CONOCEN MAS DROGAS QUE AUN NO HAYAN SIDO ESCRITAS, DE SER ASÍ SE PEDIRA QUE CONTINUEN PASANDO UNO A UNO HASTA QUE ESTEN ESCRITAS EN EL PIZARRON TODAS LAS DROGAS CONOCIDAS POR LOS ASISTENTES. POSTERIORMENTE EL INSTRUCTOR REORGANIZARA LA LISTA RETOMANDO LOS NOMBRES EXPUESTOS POR LOS ASISTENTES, ACLARANDO CUANDO EL CASO LO AMERITE QUE EN MUCHAS OCASIONES UNA DROGA ES CONOCIDA POR DIFERENTES NOMBRES, COMPLEMENTARA LA LISTA HASTA QUE QUEDEN LAS DROGAS MAS COMUNES.

DINAMICA: EXPOSICIÓN

MATERIALES: PIZARRON Y GIS

DURACION: 20 MINUTOS

PROCEDIMIENTO: MEDIANTE LA TÉCNICA DE EXPOSICIÓN EL INSTRUCTOR EXPLICARA A LOS ASISTENTES LA INFORMACIÓN BASICA SOBRE LA FARMACODEPENDENCIA, DEFINICION, CLASIFICACIÓN DE LAS DROGAS, EFECTOS, TIPOS DE CONSUMIDOR Y FASES DE LA FARMACODEPENDENCIA.

DINAMICA: EXPOSICIÓN POR EQUIPOS

MATERIALES: HOJAS BLANCAS, LAPICES, PIZARRON Y GIS

DURACION: 40 MINUTOS

PROCEDIMIENTO: EL INSTRUCTOR DIVIDIRA AL GRUPO EN DOS EQUIPOS, PROPORCIONÁNDOLES HOJAS BLANCAS Y LAPICES A CADA EQUIPO, LES ASIGNARA UN TEMA, YA SEA PRINCIPALES CAUSAS DE LA FARMACODEPENDENCIA O PRINCIPALES CONSECUENCIAS DE LA FARMACODEPENDENCIA, LES DARA UN TIEMPO DE DIEZ MINUTOS PARA QUE PREPAREN SU TEMA Y POSTERIORMENTE PASARA AL FRENTE EL EQUIPO AL CUAL SE LE HAYA ASIGNADO EL TEMA DE PRINCIPALES CAUSAS, TENIENDO DIEZ MINUTOS PARA SU EXPOSICIÓN, POSTERIOR A ELLOS EXPONDRA SU TEMA EL OTRO EQUIPO, CONTANDO TAMBIÉN CON DIEZ MINUTOS PARA SU EXPOSICIÓN, UNA VEZ CONCLUIDA LA EXPOSICIÓN DEL SEGUNDO EQUIPO, EL INSTRUCTOR BUSCARA QUE EL GRUPO EN GENERAL EXTERNA SUS COMENTARIOS ACERCA DE LOS TEMAS EXPUESTOS Y POR ULTIMO COMPLEMENTARA LA INFORMACIÓN DE AMBOS TEMAS.

DINAMICA: EXPOSICIÓN

MATERIALES: PIZARRON Y GIS.

DURACION: 20 MINUTOS

PROCEDIMIENTO: POR MEDIO DE LA TÉCNICA DE EXPOSICIÓN, EL INSTRUCTOR EXPLICARA A LOS ASISTENTES POR QUE A PESAR DE QUE LA MAYORIA DE LA POBLACIÓN TIENE CONOCIMIENTOS ACERCA DE QUE EL CONSUMO DE DROGAS TRAE CONSIGO LAS CONSECUENCIAS MENCIONADAS EN LA DINAMICA ANTERIOR, SIGUE INCREMENTÁNDOSE DIA CON DIA EL NUMERO DE CONSUMIDORES. BUSCANDO HACER ENFASIS EN LOS REFORZADORES MÁS COMUNES QUE LAS PERSONAS ENCUENTRAN AL CONSUMIR DROGAS.

DINAMICA: "YO APRENDI EL DIA DE HOY"

MATERIALES: NINGUNO

DURACION: 15 MINUTOS

PROCEDIMIENTO: EL INSTRUCTOR PEDIRA A LOS ASISTENTES QUE UNO A UNO SE VAYAN PONIENDO DE PIE Y EXPRESEN AL GRUPO QUE FUE PARA ELLOS LO MÁS IMPORTANTE DE LO APRENDIDO EL DIA DE HOY.

DINAMICA: CIERRE DE SESIÓN

PROCEDIMIENTO: EL INSTRUCTOR REALIZARA EL CIERRE DE SESIÓN RECALCANDO LOS ASPECTOS MÁS IMPORTANTES DE LO TRABAJADO DURANTE ESTA SESIÓN.

SESIÓN 4

OBJETIVO: QUE LOS ASISTENTES DESARROLLEN LA CAPACIDAD DE GENERAR DIFERENTES ALTERNATIVAS PARA LA SOLUCIÓN DE PROBLEMAS.

DINAMICA: LISTAS DE PALABRAS

MATERIALES: CRONOMETRO, HOJAS BLANCAS Y LAPICES

DURACION: 10 MINUTOS

PROCEDIMIENTO: EL INSTRUCTOR DARA LAS INSTRUCCIONES A LOS ASISTENTES DE LA SIGUIENTE MANERA: " EN UNA DE LAS HOJAS QUE ACABO DE DARLES QUIERO QUE LA DIVIDAN EN CUATRO CUADROS IGUALES, EN CADA UNO DE ESOS CUADROS ESCRIBIRAN UNA LISTA DE PALABRAS DE LA SIGUIENTE MANERA, YO LES VOY A INDICAR UNA LETRA, Y USTEDES TIENEN UN MINUTO PARA ESCRIBIR TODAS LAS PALABRAS QUE SE LES OCURRAN PERO QUE EMPIECEN CON ESA LETRA, POR EJEMPLO: YO DIGO LETRA C Y USTEDES PUEDEN ESCRIBIR CASA, COCHE, CERDO, Y ASÍ HASTA QUE YO DIGA TIEMPO." POSTERIOR A ESTO EL INSTRUCTOR INDICARA LA LETRA, CRONOMETRARA EL MINUTO E INDICARA CUANDO SE HAYA ACABADO, ASÍ DURANTE CUATRO EJERCICIOS. DESPUES PEDIRA A LOS ASISTENTES QUE CUENTEN CUANTAS PALABRAS ESCRIBIERON EN CADA LISTA Y SE LES MENCIONARA QUE EL PROMEDIO DE PALABRAS ESCRITAS DEBERIA DE SER DE ONCE, EXPLICÁNDOLES QUE EL NUMERO DE PALABRAS ESCRITAS DEPENDE DE LA HABILIDAD DE LAS PERSONAS PARA GENERAR ALTERNATIVAS.

DINAMICA: LOS USOS DEL LADRILLO

MATERIALES: UN LADRILLO, HOJAS BLANCAS, LAPICES.

DURACION: 15 MINUTOS

PROCEDIMIENTO: EL INSTRUCTOR REPARTIRA ENTRE LOS ASISTENTES LAS HOJAS Y LAPICES, POSTERIORMENTE MOSTRARA EL LADRILLO A LOS ASISTENTES DICHIENDO: "ESTE OBJETO FUE DISEÑADO PARA SER UTILIZADO EN LA CONSTRUCCION, PARA HACER CASAS, BARDAS, EDIFICIOS, ETC. , SIN EMBARGO SI NOSOTROS PODEMOS DARLE INFINIDAD DE USOS SI LA SITUACION LO REQUIERE Y NUESTRA IMAGINACION NOS LO PERMITE, EN ESTE EJERCICIO QUIERO QUE CADA UNO DE USTEDES ESCRIBA EN SU HOJA DIEZ USOS DISTINTOS QUE PODRIAN DARLE A ESTE LADRILLO, PERO QUE NINGUNO TENGA QUE VER CON LA CONSTRUCCION."

EL INSTRUCTOR LES DARA A LOS ASISTENTES 5 MINUTOS PARA QUE ELABOREN SU LISTA DE APLICACIONES PARA EL LADRILLO, POSTERIORMENTE LES PEDIRA QUE UNO A UNO VAYAN LEYENDO SU LISTA, AL TIEMPO QUE EL INSTRUCTOR IRA ANOTANDO EN EL PIZARRON LOS USOS MENCIONADOS POR LOS ASISTENTES.

DINAMICA: EXPOSICION

MATERIALES: PIZARRON Y GIS

DURACION: 10 MINUTOS

PROCEDIMIENTO: POR MEDIO DE LA TÉCNICA DE EXPOSICIÓN EL INSTRUCTOR RETOMARA LAS CONCLUSIONES DEL DIA ANTERIOR CON REFERENCIA A LOS REFORZADORES QUE MANTIENEN EN LAS PERSONAS LA CONDUCTA ADICTIVA, A PESAR DE SABER LAS GRAVES CONSECUENCIAS QUE ESTAS PRODUCEN.

DINAMICA: GENERACION DE ALTERNATIVAS

MATERIALES: HOJAS BLANCAS Y LAPICES

DURACION: 10 MINUTOS

PROCEDIMIENTO: EL INSTRUCTOR INDICARA A LOS ASISTENTES QUE BUSCANDO APLICAR SU HABILIDAD DE GENERACION DE ALTERNATIVAS EN LO REFERENTE A LA EXPOSICIÓN ANTERIOR, DEBERAN DESARROLLAR UNA LISTA DE ACTIVIDADES QUE PUDIERAN SER ALTERNATIVAS PARA OBTENER ALGUNOS DE LOS PRINCIPALES REFORZADORES QUE SE OBTIENEN MEDIANTE EL CONSUMO DE DROGAS.

DINAMICA: EXPOSICION

MATERIALES: PIZARRON Y GIS

DURACION: 10 MINUTOS

PROCEDIMIENTO: POR MEDIO DE LA TÉCNICA EXPOSITIVA, EL INSTRUCTOR RETOMARA LO MAS SOBRESALIENTE DE LA DINAMICA ANTERIOR RECALCANDO LA IMPORTANCIA DE LA APLICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES MENCIONADAS PARA LA PREVENCIÓN DE ADICCIONES, Y CUESTIONANDO QUE TANTO LO APLICAN ACTUALMENTE LOS ASISTENTES LO ANTERIORMENTE EXPUESTO.

DINAMICA: ¿CUÁL ES MI VALVULA DE ESCAPE?

MATERIALES: HOJAS BLANCAS Y LAPICES

DURACION: 15 MINUTOS

PROCEDIMIENTO: EL INSTRUCTOR PEDIRA A LOS ASISTENTES QUE EN UNA HOJA ESCRIBAN PENSANDO EN LO VISTO DURANTE LA SESIÓN CUAL ES LA ACTIVIDAD QUE ELLOS USAN ACTUALMENTE PARA DISMINUIR SU TENSION Y QUE RESULTADOS OBTIENEN. POSTERIORMENTE SE LES PEDIRA QUE UNO A UNO VAYAN LEYENDO SU ESCRITO.

DINAMICA: CIERRE DE SESIÓN.

PROCEDIMIENTO: EL INSTRUCTOR REALIZARA EL CIERRE DE SESIÓN RECALCANDO LOS ASPECTOS MÁS IMPORTANTES DE LO TRABAJADO DURANTE ESTA SESIÓN.

SESIÓN 5

OBJETIVO: QUE LOS PARTICIPANTES EXPONGAN SEGÚN LO APRENDIDO EN QUE FORMA PUEDE PREVENIRSE LA FARMACODEPENDENCIA EN SU PERSONA, EN SU FAMILIA Y EN SU COMUNIDAD.

DINAMICA: EXPOSICIÓN.

MATERIALES: PIZARRON Y GIS.

DURACION: 10 MINUTOS.

PROCEDIMIENTO: POR MEDIO DE LA TÉCNICA DE EXPOSICIÓN EL INSTRUCTOR INVITARA REFLEXIONAR A LOS ASISTENTES EN EL PORQUE A PESAR DE LOS MULTIPLES PROGRAMAS DE PREVENCIÓN QUE EXISTEN EN EL PAIS NO SE LOGRAN LOS RESULTADOS ESPERADOS, CONCLUYENDO FINALMENTE EN QUE LA PREVENCIÓN DEBE COMENZAR SIEMPRE A NIVEL INDIVIDUAL, LUEGO FAMILIAR Y POR ULTIMO A NIVEL DE COMUNIDAD.

DINAMICA: DESARROLLO DE PROGRAMAS

MATERIALES: CARTULINAS, PLUMONES, HOJAS Y LAPICES.

DURACION: 60 MINUTOS.

PROCEDIMIENTO: EL INSTRUCTOR DIVIDIRA AL GRUPO EN TRES, Y LES PEDIRA QUE SEGÚN LO APRENDIDO DURANTE EL CURSO POR EQUIPOS DESARROLLEN TRES PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DE LA FARMACODEPENDENCIA (UNO POR EQUIPO), UNO PARA EL NIVEL INDIVIDUAL, OTRO PARA EL NIVEL FAMILIAR Y OTRO PARA EL NIVEL DE SU COLONIA. SE LES PROPORCIONARAN LAS HOJAS, LAPICES, CARTULINAS Y PLUMONES, Y TENDRAN 30 MINUTOS PARA DESARROLLAR SU PROGRAMA, POSTERIORMENTE CADA EQUIPO DEBERA PASAR A EXPONERLO FRENTE AL GRUPO.

DINAMICA: EXPOSICION

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

MATERIALES: PIZARRON Y GIS.

DURACION: 20 MINUTOS

PROCEDIMIENTO: EL INSTRUCTOR REALIZARA ALGUNAS OBSERVACIONES SOBRE LOS PROGRAMAS PRESENTADOS POR EL GRUPO, BUSCANDO COMPLEMENTAR Y ENRIQUECERLOS.

DINAMICA: CHARLA

MATERIALES: NINGUNO

DURACION: 20 MINUTOS

PROCEDIMIENTO: EL INSTRUCTOR PEDIRA A LOS ASISTENTES QUE UNO A UNO VAYAN EXPONINDO SUS COMENTARIOS SOBRE EL CURSO, SU CONTENIDO, LA FORMA EN COMO FUE IMPARTIDO Y SUGERENCIAS.

DINAMICA: CIERRE DE TALLER

MATERIALES: CONSTANCIAS DE ASISTENCIA

DURACION: 20 MINUTOS

PROCEDIMIENTO: EL INSTRUCTOR REALIZARA LA ENTREGA DE CONSTANCIAS DE FORMA PERSONAL A TODOS LOS ASISTENTES, Y POSTERIORMENTE REALIZARA EL MENSAJE FINAL DEL CURSO-TALLER, INVITANDO A LOS ASISTENTES A LA FORMACIÓN DEL SUBCONSEJO MUNICIPAL DE LA LUCHA CONTRA LAS DROGAS Y LA DELINCUENCIA, ASÍ COMO TAMBIÉN A APLICACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS EN PRO DEL BIENESTAR INDIVIDUAL, FAMILIAR Y SOCIAL.

ANEXO 3

LISTA DE PACIENTES ATENDIDOS EN TERAPIA INDIVIDUAL DURANTE EL PERIODO REPORTADO

EXPEDIENTE	PROBLEMÁTICA	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	CONDICIÓN
1	FAM-ADIC	5	2	1	1	1	1							ALTA
2	FAM-ADIC	5	3	3	1	3	1	1	1					ALTA
3	FD	4	1											BAJA
4	FD	3	4	2										BAJA
5	ALCOHÓLICO	4	3	2	1	1	1	1						ALTA
6	FAM-ADIC	4	3	2	3	2	1	1	1					ALTA
7	FD	4												BAJA
8	ALCOHÓLICO	3	2	2										BAJA
9	FAM-ADIC	2	3	4	2	3	2	1	1	1				ALTA
10	ALCOHÓLICO	1	4	4	2									BAJA
11	FAM-ADIC	1	3	3	5	4	1	1	1					ALTA
12	FD	2	3	3	3	1								BAJA
13	FD	2	3	2										BAJA
14	FD	2	4	1										BAJA
15	FD	1	4	5										BAJA
16	ALCOHÓLICO	1	3	1	1									BAJA
17	FD	1	4	4	2									BAJA
18	ALCOHÓLICO		3	3	3	2	1							BAJA
19	TABAQUISMO		2	4	6	4	3	1	1	1				ALTA
20	FD		4	4	4	4	5	1						BAJA
21	FD		4	4	4	4	3							BAJA
22	FD		4	3										BAJA
23	ALCOHÓLICO		4	3										BAJA
24	FAM-ADIC		2	4	3	2	3	1	1	1				ALTA
25	FAM-ADIC			2	4	4	5	3	2	1				ALTA
26	FD			1	3	2								BAJA
27	FAM-ADIC				4	4	1							BAJA
28	FAM-ADIC				3	4	3	3	1	1	1			ALTA
29	ALCOHÓLICO				1	4	3	3	1					BAJA
30	ALCOHÓLICO				2	4	3	3	1	1	1			ALTA
31	ALCOHÓLICO				1	4	4	1	1					BAJA
32	FD					4	3	4						BAJA
33	FD					3	4	3	4					BAJA
34	FD					3	3	3						BAJA
35	FD					2	4	5	3	3				BAJA
36	FAM-ADIC					2	2	4	2	2	1	1	1	ALTA
37	ALCOHÓLICO						3	4	2					BAJA
38	FAM-ADIC						1	4	3	3	3	4	3	E/TRAT.
39	FAM-ADIC							4	4	1				BAJA
40	ALCOHÓLICO							4	4					BAJA
41	ALCOHÓLICO							3	4	4	4	3	2	E/TRAT.
42	ALCOHÓLICO							3	3	3	5	4	2	E/TRAT.
43	ALCOHÓLICO							2	3	4	3	4	1	E/TRAT.
44	ALCOHÓLICO								2	4	3	2	2	E/TRAT.
45	FAM-ADIC								2	4	3	3	3	E/TRAT.
46	FAM-ADIC								1	4	3	4	2	E/TRAT.
47	FAM-ADIC								1	1	2			BAJA
48	FD									4	3	3	1	E/TRAT.
49	FD									4	3	3	1	E/TRAT.
50	FAM-ADIC									4	4	4	1	E/TRAT.
51	ALCOHÓLICO									3	4	4	2	E/TRAT.
52	FAM-ADIC									1	4	4	3	E/TRAT.
53	FD									1	3	3	3	E/TRAT.
54	ALCOHÓLICO										4	4	4	E/TRAT.
55	ALCOHÓLICO										1	4	3	E/TRAT.
56	FD										4	4	3	E/TRAT.
57	FAM-ADIC										3	4	2	E/TRAT.
58	FAM-ADIC											1	2	E/TRAT.
59	FAM-ADIC												1	E/TRAT.
		45	54	67	65	72	60	66	50	56	63	63	42	703

**FORMATO DE ENTREVISTA INICIAL
ÁREA CLINICA**

DATOS GENERALES

NOMBRE					
EDAD		ESTADO CIVIL		SEXO	
DOMICILIO					
OCUPACION					

**DATOS FAMILIARES
FAMILIA DE ORIGEN**

PARENTESCO	NOMBRE	EDAD	OCUPACION
PADRE			
MADRE			
HERMANOS			

**DATOS FAMILIARES
PERSONAS CON QUIEN VIVE**

PARENTESCO	NOMBRE	EDAD	OCUPACION
ESPOSO (A)			
HIJOS			

INFORMACIÓN PERSONAL ADICIONAL

GRADO MAXIMO DE ESTUDIOS	
DISPOSICION DEL TIEMPO LIBRE	
RELIGION	
NUMERO DE AMIGOS	
TIPO DE EDUCACION SEXUAL	

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

PROBLEMÁTICA REPORTADA	
DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROBLEMA	

ANTECEDENTES HISTORICOS	

INTENTOS ANTERIORES DE SOLUCION	

ANÁLISIS DEL PROBLEMA

GENESIS

CIRCUNSTANCIAS Y/O SITUACION QUE LO INICIARON	
OTROS SUCESOS QUE EL PACIENTE RELACIONE CON SU APARICION	

DESCRIPCIONES DE SITUACIONES ESTIMULO – ANTECEDENTES

EXTERNOS	
INTERNOS	

CARACTERÍSTICAS DEL ORGANISMO

ENFERMEDADES RELACIONADAS CON EL PROBLEMA	
VALORES Y CREENCIAS RELACIONADAS	
HABILIDADES QUE PUDIERAN AYUDAR A LA SOLUCION	

--

DESCRIPCION DE LA CONDUCTA PROBLEMA

QUE PASA A NIVEL MOTOR	
A NIVEL COGNITIVO	
A NIVEL FISIOLÓGICO	

DESCRIPCION DE LA SITUACION

ANTE QUIEN SE PRESENTA LA CONDUCTA	
EN QUE LUGARES SE PRESENTA LA CONDUCTA	
CARACTERÍSTICAS DE LA RESPUESTA	

DESCRIPCION DE CONTINGENCIAS

COMO TERMINA EL EVENTO	

QUE SE HACE O DEJA DE HACER	
QUE SE PIENSA O DEJA DE PENSAR	
QUE CAMBIOS ORGANICOS SE PRESENTAN	
QUE HACEN O DICEN LAS PERSONAS IMPLICADAS	
COMO LE AFECTA LA REACCION DE LOS DEMAS	
COMO AFECTA A LOS DEMAS LA REACCION DEL PACIENTE	

PEDIR AL USUARIO QUE RELATE LA ULTIMA OCASIÓN QUE SE PRESENTO LA CONDUCTA PROBLEMA

COMO HA AFECTADO AL PACIENTE ESTA SITUACION EN LOS ÁMBITOS LABORAL,
FAMILIAR, ESCOLAR, SOCIAL, ETC.

INTENTOS DE SOLUCIÓN ANTERIORES Y RESULTADOS

PROFESIONAL

COMO FUE	QUE RESULTADO OBTUVO

NO PROFESIONAL

COMO FUE	QUE RESULTADO OBTUVO

INDIVIDUAL

COMO FUE	QUE RESULTADO OBTUVO

TEMARIO DEL TALLER TERAPÉUTICO RELACIÓN PADRES E HIJOS

OBJETIVO GENERAL

Que los asistentes adquieran conocimientos generales sobre los factores que generalmente intervienen dentro de las relaciones entre padres e hijos.

DIRIGIDO A:

Padres de familia

SESIÓN 1

OBJETIVO: Que los asistentes adquieran conocimientos generales sobre el efecto que provoca en la relación con sus hijos tanto el estado emocional de cada uno como la relación de pareja existente entre los padres.

DINAMICA: Presentación y sondeo de expectativas.

DURACION: 20 minutos.

PROCEDIMIENTO: Se realizara la presentación del instructor y el tema del taller, posteriormente se pedirá a cada uno de los asistentes que se presenten de la siguiente manera. Nombre, Edad, Colonia en donde vive, Cuantos hijos tiene, De que edades, Como se entero del curso, y por ultimo Que es lo que espera obtener al termino del curso.

Una vez que el ultimo de los asistentes se haya presentado el instructor realizara una recopilación de las expectativas generadas por los asistentes y procederá a informar su objetivo del taller intentando unificar con esto si es posible dichas expectativas.

DINAMICA: La carta

MATERIALES: Hojas blancas lápices o plumas.

TIEMPO: 15 minutos.

PROCEDIMIENTO: Se pedirá a los asistentes que redacten una carta en la que con un mínimo de 15 renglones hablen sobre los problemas que actualmente tienen con sus hijos. Una vez que todos hayan terminado, el instructor pedirá que cada uno de los asistentes ponga su nombre en la carta y posteriormente las recogerá y guardara para la siguiente sesión.

DINAMICA: Lluvia de ideas.

MATERIALES: Un pizarrón o papel rotafolio y gises o plumón.

DURACION: 10 minutos.

PROCEDIMIENTO: El instructor dará las instrucciones pertinentes para que cada uno de los asistentes pase al pizarrón y escriba algún aspecto que la persona crea que influye para que una relación entre padres e hijos sea buena o mala. Si los asistentes son menos de 10 personas se les pedirá que pasen dos veces cada uno.

DINAMICA: Exposición del instructor.

DURACION: 25 minutos

PROCEDIMIENTO: El instructor, sin borrar lo escrito por los asistentes en la dinámica anterior, procederá a exponer la postura del taller la cual plantea que entre otros factores por lo general los que mas a menudo influyen en las relaciones entre padres e hijos pueden encontrarse en tres áreas las cuales son:

- Problemas emocionales individuales (del hijo o de los padres)
- Dinámica de la relación de pareja entre los padres
- Dinámica propia de la relación entre padres e hijos.

Una vez expuesto claramente lo anterior el instructor con ayuda de los asistentes clasificarán en qué área caen cada una de las ideas escritas por los asistentes en la dinámica anterior.

DINAMICA: ¿Y como soy yo?

MATERIALES: Hojas blancas y bolígrafos

DURACION: 20 minutos.

PROCEDIMIENTO: Retomando la exposición anterior el instructor pedirá a los asistentes que escriban una lista de los aspectos de su personalidad que ellos creen que afecta positiva o negativamente su relación con sus hijos. Una vez que todos hayan terminado les pedirá que cada uno de ellos lo lean en voz alta y comenten que aspectos creen poder modificar para mejorar la relación con sus hijos.

DINAMICA: ¿Y mi relación de pareja?

MATERIALES: Hojas blancas y bolígrafos.

DURACION: Resto de la sesión.

PROCEDIMIENTO: El mismo procedimiento de la dinámica anterior, pero ahora con aspectos de la relación de pareja existente entre los padres.

DINAMICA: Cierre de sesión.

PROCEDIMIENTO: El instructor dará un cierre de sesión buscando que todos los puntos comentados queden claros y recogiendo todo lo escrito por cada uno de los asistentes.

SESIÓN 2

OBJETIVO: Que los asistentes adquieran los conocimientos necesarios sobre los factores que mas influyen en el área de la relación entre padres e hijos.

DINAMICA: Exposición del instructor.

DURACION: 20 minutos.

PROCEDIMIENTO: Por medio de una breve exposición el instructor hará una recapitulación de los temas trabajados en la sesión anterior, recalcando la postura de las tres áreas que influyen en la relación entre padres e hijos, y repasando las dos áreas revisadas en la sesión pasada.

DINAMICA: “Lo mejor para mis hijos”

MATERIALES: Hojas blancas y bolígrafos.

DURACION: 50 minutos.

PROCEDIMIENTO: El instructor pedirá a los asistentes que escriban una carta con el título de “Yo quiero lo mejor para mis hijos”, la cual debe tener como mínimo 5 renglones. Una vez que todos hayan terminado de escribir su carta el instructor pedirá a los asistentes que uno a uno vayan leyendo su carta en voz alta. Una vez realizado lo anterior, el instructor expondrá la teoría de lo relativo que es eso de “lo mejor”, ya que la idea de mejor o peor no es universal para todas las personas, y que en muchas ocasiones esta diferencia de opiniones entre lo que es mejor o peor para los hijos, es lo que provoca que se adquieran posturas radicales de ambas partes afectando negativamente la relación. Posteriormente pedirá a los asistentes que en el reverso de la hoja, escriban otra carta con el título de ¿qué expectativas tengo para mi hijo?, ya terminadas las cartas se pedirá que las lean en voz alta y al término de la lectura el instructor les realizará a cada uno de los asistentes la pregunta: “¿Y de todo eso a su hijo que es lo que realmente le interesa realizar?”.

El termino de la dinámica se dará cuando el instructor invite a reflexionar a los asistentes en su postura con respecto al proyecto de vida de sus hijos y de si la forma en como han tratado de orientarlos les ha traído los resultados esperados.

DINAMICA: Exposición del instructor.

DURACION: 10 Minutos.

PROCEDIMIENTO: El instructor expondrá el tema de la problemática existente entre los padres cuando no tienen el equilibrio necesario entre disciplina y confianza con los hijos, es decir cuando los padres son en exceso represores o bien en su afán de querer llevar una buena relación con sus hijos no son capaces de imponer limites y terminan perdiendo la imagen de autoridad ante sus hijos.

DINAMICA: La receta

MATERIALES: Hojas blancas, bolígrafos, y papel rotafolio o pizarrón.

DURACION: 20 minutos.

PROCEDIMIENTO: Se pedirá a los asistentes que formen 3 equipos para que expongan como si fuera una receta los ingredientes necesarios para que cada uno de los siguientes aspectos logren su objetivo dentro de la relación entre padres e hijos:

elemento	objetivo
Comunicación	Conocer y entender a nuestro hijos
Tolerancia	Aceptar y respetarse mutuamente
Disciplina	Orientar y formar hábitos positivos en nuestro hijos

DINAMICA: Cierre de sesión.

DURACION: El resto de la sesión.

PROCEDIMIENTO: El instructor procederá a entregar todas las cartas escritas por los asistentes durante el taller, pidiéndoles que lean en silencio la carta en la que hablan de los problemas que actualmente tienen con sus hijos, para que al termino de su lectura, expresen al grupo si lo aprendido durante el taller puede ayudarles a superar esos problemas. Al termino de las participaciones el instructor dará un mensaje final en el que intente agrupar todas las opiniones expresadas por los asistentes y recalcando que todas las relaciones son diferentes y que lo importante para mejorar cualquiera de ellas es por encima de todo es el análisis objetivo de lo que realmente ocurre dentro y alrededor de la relación.