



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

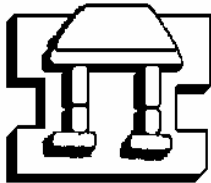
**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES  
IZTACALA**

**PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS  
EN JÓVENES USUARIOS DEL CENTRO PREALFA I  
CHAMIZAL (DIF NAUCALPAN)**

**Reporte de Trabajo Profesional  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA  
P R E S E N T A :**

**Azucena Catalina Vázquez Mendoza**

**ASESOR:  
DR. VICTOR MANUEL MOSQUERA PERALTA  
DICTAMINADORES:  
LIC. JAIME MOLINA CORREA  
MTRO. JESÚS LARA VARGAS**



**IZTACALA**

**TLALNEPANTLA, EDO. DE MÉXICO**

**2004.**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

## DEDICATORIA

El presente trabajo y mi corazón es para:

Karim Fernando: Tú representas todo lo que hay en mí, todo lo que tengo, las cosas que he vivido y las que sueño. ¿Sabes? cada vez que me veo en tus ojos sé que soy mejor de lo que pudiera ser. Eres a quien yo más amo.

Damián: Lindo pequeñito ¡tú puedes transformar el Universo!

Aurora, Marcela, Carmelo y Jaime: Benditas raíces, los admiro y los quiero.

Mi Universidad, mi México y mi Género: Con orgullo

## GRACIAS INFINITAS

A mis padres: María Azucena y Fernando. Por el amor, la fuerza y el apoyo eternos.

A mis hermanos: Israel, Jazmín y Zulema. Por la ternura y la confianza.

A mis tíos: Aurora, Jesús, Salvador, Graciela, Noé, Lidia, Lupe, Dora, José Luis y mis primos: César, Perla, Daniel y Cinthia. Por las aventuras de la infancia, las pláticas de la adolescencia y las muestras de cariño de siempre.

A Joel. Por el cariño, la compañía y el momento de vida compartido.

A mis maestros: Victor, Jesús, Jaime, Joseph, Alfredo, Griselda, Sergio, Rocío, Alejandra, Edy e Irene: Por las lecciones orientadas al sentir y al hacer y por contribuir al despertar de mi conciencia.

A mis amigos: Armando, Carlos H. Chang, Emilio, Ersilia, Fabiola, Laura, Mónica, Nancy, Raquel, Rocío Herbert y Salvador. Por la solidaridad y la aceptación.

A la Vida. Por los libros, la música, el arte, la belleza, el cosmos, la luna, las flores, la tierra, el Nanuk, el amanecer, el atardecer, la noche, los aromas, la lluvia, las gentes, los lugares, el tiempo, los ciclos, la polaridad, los dioses, las incógnitas, las posibilidades, las oportunidades, la sensualidad, los sueños, la magia, el caos, el deseo, las lágrimas, el conocimiento, la locura, la palabra, el silencio, la libertad, los recuerdos, las verdades, el perdón, la alegría, el respeto, el alma, la mente, el cuerpo, la psicología, el amor, la esperanza, el aquí, el ahora...

# ÍNDICE

|                        |   |
|------------------------|---|
| DEDICATORIA.....       | 1 |
| GRACIAS INFINITAS..... | 2 |
| RESUMEN.....           | 3 |

## 1. ANTECEDENTES

|  |    |
|--|----|
| 1.1 Transformación del significado del uso de drogas.....      | 8  |
| 1.2 Juventud y drogas.....                                     | 13 |
| 1.3 Psicología, prevención y rehabilitación de adicciones..... | 20 |

## 2. EL TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES

|  |    |
|--|----|
| 2.1 Características y funciones del psicólogo que trabaja en el área<br>de las adicciones..... | 24 |
| 2.2 Modelos y programas de prevención e intervención.....                                      | 26 |
| 2.3 Aspectos generales de la terapia con personas adictas.....                                 | 30 |

## 3. EL SISTEMA DE DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

|                                       |    |
|---------------------------------------|----|
| 3.1 El DIF Naucalpan.....             | 34 |
| 3.2 El Centro PREALFA I Chamizal..... | 39 |

## 4. ACTIVIDADES REALIZADAS POR EL PSICÓLOGO EN PREALFA

|                                     |    |
|-------------------------------------|----|
| 4.1 Acciones preventivas.....       | 40 |
| 4.2 Acciones de rehabilitación..... | 47 |
| 4.3 Acciones promocionales.....     | 53 |
| 4.4 Acciones administrativas.....   | 54 |

## 5. ANÁLISIS DE LAS ACTIVIDADES Y LOS RESULTADOS OBTENIDOS

5.1 Evaluación de la práctica profesional.....56

## 6. RELACIÓN ENTRE LA FORMACIÓN UNIVERSITARIA Y LAS ACTIVIDADES PROFESIONALES DESEMPEÑADAS EN LA PREVENCIÓN Y EL TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES

6.1 Integración de la teoría y la práctica de la Psicología aplicada al campo de las  
adicciones.....62

6.2 El trabajo profesional en una institución.....68

PROPUESTA.....70

CONCLUSIONES.....72

REFERENCIAS.....74

ANEXOS.....76

## RESUMEN

Este Reporte de Trabajo Profesional contiene la síntesis de la labor que realicé como psicóloga en la institución DIF dentro del Programa de Prevención del Alcoholismo y la Farmacodependencia (PREALFA); se desarrolla en 6 apartados, una propuesta de contenidos y las conclusiones pertinentes para contribuir en la mejora de la inserción profesional.

En la primera parte expongo un panorama general acerca del consumo de drogas en México, su vinculación con el sector juvenil y los aspectos de mayor relevancia en la Psicología: la prevención y el tratamiento de las adicciones. En la siguiente sección describo las funciones del psicólogo en este campo, doy a conocer algunos de los programas de prevención e intervención que se han aplicado y planteo una forma de trabajar en psicoterapia con las personas inmersas en esta problemática; en el tercer apartado describo ampliamente la institución en la que trabajé cerca de tres años; posteriormente analizo las principales actividades que realicé; subsecuentemente amplio un análisis crítico de dichas actividades y del impacto de la aplicación del programa PREALFA en la población joven que atendí; por último explico la relación entre la formación académica y la práctica real, y de una manera muy particular hablo de los pormenores del trabajo institucional.

## 1. ANTECEDENTES

En 1999, a casi un año de haber egresado de la carrera de Psicología, estuve realizando prácticas profesionales durante seis meses en la Procuraduría General de Justicia (PGJ) del Distrito Federal, en el Departamento de Adicciones (ADEFAR); ahí tuve mis primeras aproximaciones en el área clínica, ya que las actividades que realicé abarcaban la entrevista inicial tanto de las personas con problemas de alcoholismo y farmacodependencia como de sus familiares, y aunque yo no era la responsable de elaborar el diagnóstico y el tratamiento, en ocasiones fungía como coterapeuta junto con una psicóloga de planta en la institución; además, visitaba algunos centros especializados en la rehabilitación de adicciones con la finalidad de conocer su funcionamiento y sus líneas de trabajo para posteriormente canalizar a las personas que no podían ser ingresadas en ADEFAR debido a que su problemática requería de otro tipo de servicio, sobre todo de desintoxicación; también reconquistaba casos vía telefónica y a través de visitas domiciliarias, esto quiere decir que persuadía a los pacientes que abandonaban el tratamiento para que se animaran a retomarlo.

Mi panorama y mis conceptos respecto al consumo de drogas se ampliaron debido a la experiencia en la PGJ. Principalmente, pude darme cuenta de que la drogadicción es un fenómeno complejo por ser multifactorial, es decir que está determinado por múltiples factores (culturales, económicos, educacionales, políticos, etc.) que se interrelacionan y lo acrecientan conforme evolucionamos en el plano social. Mi primera impresión respecto al trabajo clínico fue la de un proceso sumamente delicado, susceptible de ruptura y difícil de concretar y controlar, pues debido a la inestabilidad emocional y al ambiente donde se desenvuelven los individuos inmersos en el alcoholismo o la farmacodependencia, es muy común que recaigan y que abandonen el tratamiento.

En febrero del año 2000 me desempeñaba como facilitadora educativa en el Centro de Prevención y Readaptación Social Juan Albarrán ubicado en Tlalnepantla Estado de México, en donde impartí clases de primaria y secundaria a los internos durante tres meses y medio, y al mismo tiempo evaluaba el aspecto académico y psicológico complementando los expedientes criminológicos que se exponían ante un consejo técnico y que eran determinantes en la preliberación o en la reducción de la sentencia de



los sujetos. Aunque mi contrato laboral contemplaba el título de profesora, el rol que desempeñaba tendía más al de psicóloga, pues el contacto cotidiano con los reclusos me llevó a cierto análisis de casos en donde me sorprendió que la mayoría de sus historias coincidían con el consumo de drogas (antes, durante e incluso después de su detención) el cual, entre otros factores, influyó en su vida, pues ellos mismos refieren que alteró su dinámica familiar, sus relaciones interpersonales, su desempeño laboral, su interés escolar y su condición corporal e intelectual.

En ese mismo año, al presentar mi currículum en el DIF Naucalpan, la jefa del departamento de personal me propuso una plaza en el Centro de Prevención del Alcoholismo y la Farmacodependencia (PREALFA) ubicado en la colonia Chamizal, me advirtió que era un programa relativamente nuevo que requería de un constante esfuerzo para su expansión, que Naucalpan era el único municipio que se había aventurado a implementarlo y que sólo había dos centros operando para cubrir la demanda de la población respecto al servicio de rehabilitación de adicciones. Desde entonces, cerca de tres años, estuve ejerciendo como psicóloga en el área clínica y de prevención y a pesar de que la estructura del programa no me era ajena, puesto que había un acercamiento previo a la problemática, fue en el transcurso de este empleo cuando realmente pude integrar los conocimientos adquiridos durante mis estudios universitarios; por ello, considero importante plasmar mi experiencia profesional a través del reporte del conjunto de actividades que ahí realicé, sustentadas en el análisis crítico de los resultados que obtuve y que considero constituyen un proceso valioso que puede insertarse en una parte de la realidad social y contribuir, de alguna manera, a su comprensión y desarrollo, asimismo, como se plantea en el manual de titulación de la carrera de Psicología, pretendo proporcionar una evidencia de que poseo el criterio y las habilidades necesarias para aplicar, reproducir y crear acciones psicológicas integrales.

Para empezar, intento contextualizar el tema del consumo de drogas en la situación actual que permea a nuestro país y lo enfoco en el sector juvenil por ser el estándar de la población que atendí en el DIF, además de que estoy convencida de que este fenómeno no puede abordarse fuera de las redes sociales ni de los contextos psicológicos y culturales dentro de los cuales adquiere determinados significados.

## 1.1 Transformación del significado del uso de drogas

La palabra, el pensamiento, el sentimiento y las acciones, como la energía y la materia se transforman y en este caso cambian según la época y las condiciones geográficas, políticas y económicas que conforman una sociedad. En la actualidad el término genérico para referir a las sustancias que alteran el ánimo y los sentidos, que curan o que alivian el dolor, es el de *droga*, también se le conoce como narcótico, estimulante, psicotrópico, alucinógeno, entre otros términos; su uso reiterativo es la *adicción* y se le ubica en el plano de la salud por manifestar aquí sus más dramáticos efectos; pero ¿qué significado tiene para las personas consumir drogas? Para dar respuesta a esta interrogante es necesario recurrir a los orígenes, a los descubrimientos arqueológicos, a los estudios antropológicos y etnográficos, porque ellos constituyen la principal fuente de conocimiento sobre el consumo de drogas en el pasado.

En este orden de ideas, las narraciones y el análisis histórico convergen en que en todo el mundo existían sociedades que tenían sus hechiceros, brujos o chamanes, quienes con ayuda de las drogas tenían la función de aportar información útil para la tribu, la cual sentía un gran respeto por ellas porque los resultados adivinatorios que se desplegaban de su utilización les permitían responder preguntas tales como: cuáles eran los planes de las tribus enemigas, dónde podían encontrar más caza, cómo descubrir a una bruja y el tratamiento a dar a un enfermo; también tenían mucha importancia en distintos ritos de iniciación. Inglis B. (1994) menciona que según las crónicas de los viajeros que siguieron a Colón, en nuestro continente se consumían grandes cantidades de droga con la finalidad de que el individuo se elevara psicológica y espiritualmente, éstas eran extraídas de plantas como la *caoba*, *coca*, *peyote*, *datura*, *ololliuque*, *caapi*, y otras, entre las cuales el *tabaco* fue la más utilizada. Los colonizadores españoles rápidamente se aficionaron a ella, convirtiéndose en la única droga procedente de América que alcanzó popularidad en el Viejo Mundo, en primer lugar por su carácter médico y después por simple habituación, ya que la mentalidad europea no creía que fuese capaz de producir un estado de trance como ocurría en el Nuevo Mundo, pero se adoptó como la vanguardia o como la moda recién llegada, además de que se consideraba como un ligero estimulante mental, inspirador de ideas y suave calmante que aliviaba las tensiones nerviosas. En los Estados Unidos se siguieron las mismas pautas.

Alrededor del año 1600 en Inglaterra comenzó a imponerse el puritanismo y con él surgieron movimientos contra el consumo de tabaco que enfatizaron sus efectos colaterales sobre la salud (sobre todo en los jóvenes), en realidad el principal motor para prohibir su uso era el temor de que los súbditos pudieran ser menos serviles, leales y trabajadores, debido a que dejaban de trabajar para fumar y pasaban gran parte del tiempo hablando, y la charla podría transformarse en conspiración y traición, no obstante, como los señores de la aristocracia también habían desarrollado el hábito, fue difícil hacer que se respetaran las penas tan severas que se habían impuesto por consumirlo, importarlo o venderlo. Por muy salvajes que fueran los castigos, el resultado fue el mismo en todos los países: la gente seguía fumando “clandestinamente” (en el mismo caso se encontraban la *coca* y el *peyote*) y los aristócratas se dieron cuenta de que en realidad les convenían los ingresos que se generaban, por eso y desde entonces el *tabaco* se transformó en una de las industrias más importantes a nivel mundial.

A mediados del siglo XVII otras dos drogas que no se conocían en Europa empezaron a llegar de Oriente: el *té* y el *café*. Algunos gobernantes reaccionaron ante ellos como lo hicieron tiempo atrás con el *tabaco*, eran considerados como peligrosos principalmente para las clases bajas, pero como ricos y pobres los utilizaban por igual, también se convirtieron en una de las principales fuentes de ingreso para el Estado.

De lo anterior puede deducirse que la utilización de drogas en el sentido de elevación espiritual no era válida ni para la ciencia ni para el cristianismo y lo más conveniente fue clasificar a los consumidores como enfermos mentales o como poseídos por demonios y por tanto debían de ser perseguidos y eliminados. En el siglo XIX drogas y drogadictos adquieren la calidad de elementos contaminados y contaminantes, son considerados los representantes modernos de la impureza de la cual derivan problemas de inseguridad y enfermedad.

Paradójicamente, la estrategia para que la utilización de drogas figurara como algo superfluo, fue introducir otra droga que se consumía en Europa habitualmente y como refrigerio: el *alcohol*, cuya imposición fue tan violenta como la religión, la ideología, el parámetro de normalidad, la cultura, la política, etc., y como éste era utilizado con el único fin de embriagar, respondía perfecto a los intereses de la hegemonía subyacente

porque “anulaba el entendimiento y apartaba al hombre de las preocupaciones del mundo” no representando ninguna amenaza para la Iglesia o el Estado, incluso se le llegó a comparar con el pan como don divino concedido al hombre.

Bajo esta perspectiva, a principios del siglo XX aún no se consolidaban investigaciones serias respecto al impacto de las drogas, pues a ojos de los colonizadores se trataba de cultos paganos que constituían una amenaza para la sociedad (debido a que si la información que proporcionaban sus efectos no estaba al servicio de la clase dominante podría desencadenarse la subversión), de tal forma que el chamanismo comenzó a decaer y junto con él el carácter ritualístico del uso de drogas, sin embargo no se pudieron erradicar, puesto que las reacciones de los que habían desarrollado otras creencias, o mejor dicho, que seguían fieles a sus orígenes, no se hicieron esperar, tal es el caso de los musulmanes que defendieron el consumo de *hachís* (el cáñamo), provocando uno de los primeros intentos por resaltar los efectos nocivos que ocasionan las drogas en el cuerpo y la mente del hombre y desatando una lucha que existe hasta nuestros días, ya que cada cultura promulgó a su conveniencia leyes para regular la adquisición y comercialización, pero sobre todo la prohibición que sólo llevó al tráfico de drogas cada vez más peligrosas (Inglis, B. Op cit).

En 1937 se empieza a aceptar que el uso de drogas (en el sentido chamánico) podía ser algo más que una forma de histeria. Aunque las teorías de Freud seguían encontrando fuerte resistencia, él mismo había supuesto que desde el inconsciente el hombre podía tener acceso a información imposible de obtener únicamente por sus cinco sentidos, una propuesta que Jung aceptó y amplió.

En el artículo titulado “La droga más allá de la droga”, Hopenhayn (1999) plantea un importante análisis del consumo de drogas en nuestro tiempo, menciona que en las décadas de los sesentas y setentas la utilización de drogas era parte del “imaginario de la psicodelia”, de los *hipíes* que pretendían “volar”, es decir llegar al inconsciente y ampliar sus percepciones, su corriente ideológica se interesaba más en experimentar consigo mismos que en insertarse en el campo productivo, pretendían renunciar a todo lo definitivo, a todo lo dado y retornar y redescubrir lo que antes fue vedado; el surgimiento del rock constituye una confluencia de todo lo anterior y está fuertemente relacionado con el consumo de drogas, también la crítica de los jóvenes hacia el sistema

hegemónico, el rechazo de la sociedad organizada por infeliz e hipócrita, y la libertad en las formas expresivas y en las normas para la vida en donde a sus ojos tenían cabida todos.

Según este autor, es a partir de los ochentas que la droga se ha transformado en “la bestia negra del imaginario: es vista como el detonador de lo que el sujeto racionalizado y disciplinado de Occidente moderno no puede tolerar, y que le es disfuncional a su proyecto de productividad progresiva (...) es el aguafiestas del modelo ideal del sujeto analítico, de ideas claras, distintas y de rutinas que no se resquebrajan por las dudas existenciales, el desfallecimiento anímico o la debilidad de las convicciones”; lo cual tiene sentido cuando observamos que en esta época requerimos de innumerables factores externos para autorregularnos, o sea, como fuentes de satisfacción emocional, física y existencial, no en balde se le llama a nuestra sociedad consumista, buscamos nuestro bienestar o estados anímicos deseables fuera de nosotros mismos y esto es una razón poderosa para recurrir al consumo de drogas dados los efectos psicológicos y somáticos que producen en el individuo, haciendo que se inmiscuya cada vez más hasta convertirlo en dependiente no sólo de una sustancia sino de cualquier cosa que le proporcione cierto placer; aunque hay otros móviles, por ejemplo el desempleo y la tensión provocada por el ritmo moderno que ocasiona desmotivación o fragilidad en la construcción de un proyecto de vida, lo que hace que los lazos sociales sean cada vez más frívolos, los símbolos de identidad sean los menos y ni que decir de los llamados valores.

La droga es signo de nuestro tiempo y tiene un significado compensatorio, incluyente, accesible, protector, autoafirmativo y confirmatorio para quien la consume y todo lo contrario para quien critica su consumo o está en contra de él. El consumo de drogas también opera como un ritual o mecanismo de pertenencia a un grupo de carácter opositor, es retomado como un analgésico, como un relajante ante las exigencias de la cotidianeidad y también se asocia a los ritos de transición de una etapa a otra, porque se han perdido los que se practicaban en el pasado y que sin duda eran más tangibles y socialmente aceptados.

El consumo de drogas en el siglo XXI es un tema y un problema macrosocial y estigmatizado, la política de las drogas es contradictoria, los ciudadanos están

confundidos y los medios de comunicación son poco favorecedores, pues lo utilizan como parte de la competencia política imprimiéndole un tono catastrofista, provocando cierta “dificultad comunicacional” para ubicar el tema en su esfera específica de prevención del consumo indebido y del control de la oferta. Pareciera ser que lo que importa no es ahondar sino alertar, no hay transparencia ni fundamento en la información que se difunde (Hopenhayn, M. Op.cit.).

Cabe mencionar que al tratar el tema del uso de drogas es necesario referirnos a distintos estados o niveles de conciencia, al respecto Dusek y Giordano (1990) plantean que el estar drogado es considerado un *estado alterado* de la conciencia que generalmente implica un estado mental diferente del normal, es decir del que está relacionado con que el individuo controle el medio, con la racionalidad, la causa y el efecto, la dirección objetiva y reflexiva.

Un *estado alterado* de conciencia *inducido* por drogas es frecuentemente una experiencia placentera que depende de ciertos factores, como las circunstancias o el lugar donde se realiza, la cantidad y la calidad de la droga, el estado de ánimo, la motivación para tomarla y las condiciones generales de salud, especialmente el bienestar emocional, las habilidades desarrolladas para su uso, la personalidad y las expectativas. La experiencia inicial es definitoria porque a partir de ella la persona puede escoger entre repetirla y no. Se plantea también que existe un continuo entre los consumidores de droga que puede ser descrito en términos de motivación y frecuencia de uso e impacto, cuyos elementos a considerar son:

- Curiosidad. El deseo innato de experimentar lo desconocido, que se intensifica precisamente en las edades en que se recibe mayor influencia de los compañeros, es una motivación a corto plazo, un factor inicial.
- Búsqueda espiritual. La autotranscendencia, el significado de la vida y la razón para la propia existencia.
- Placer. La antítesis del aburrimiento, la necesidad de divertirse y de evadir el dolor.

- Enajenación social. Tiene que ver con la influencia de los semejantes, la educación, la cultura y la denominada contracultura, el ensanchamiento de la brecha generacional y la fuerte necesidad de ser aceptado en un grupo.
- Enajenación psicológica. Incapacidad para satisfacer por los propios medios las necesidades humanas (físicas, emocionales, espirituales, sociales, etc.) y estructurar la personalidad.
- Apatía. Es la incapacidad para sentir, que lleva a una postura pasiva e indiferente, que tiende a aislar al individuo hasta hundirlo en la soledad y en la percepción de un mundo sin esperanza.

Las drogas producen adicción cuando son tomadas para esconderse de la vida o permanecer inmunes al orden social y se vuelven la única fuente de gratificación para aquella persona que ha elegido no avanzar ni controlar su propio destino. Hoy son el indicador de una nueva conciencia social, de una moderna enfermedad cultural que en casos graves equivale al suicidio (Dusek y Giordano, op. Cit.)

## 1.2 Juventud y drogas

La adolescencia representa una etapa clave para el consumo de drogas y numerosos estudios, desde los más aventurados hasta los más serios, concuerdan en que es debido a la inestabilidad y al cambio que el individuo está dispuesto a la búsqueda y a la experimentación de cosas nuevas, incluyendo situaciones de riesgo o de desaprobación social. Esta es una de las razones por las que nuestra sociedad marca una fuerte asociación entre drogas y juventud, pareciera ser que es un asunto exclusivo de los jóvenes y un gran peligro para los niños que a futuro lo serán. Se concibe a la drogadicción como un monstruo que lleva a los actores sociales a perseguir y culpabilizar, perdiéndose así en una relación de poder y estigmatizando a los muchachos con palabras tales como violentos, enfermos o delincuentes, desarrollándose a su vez una política prohibicionista hacia el consumo de droga y favoreciendo el ejercicio de la violencia contra este sector pues dicha política plantea que el abuso y la adicción son fallas de individuos ignorantes o malos, que las personas dependientes de las sustancias

son delincuentes, que las drogas y la criminalidad son sinónimos y que los problemas son causados por el mero consumo. Se plantea la “guerra a las drogas” como objetivo urgente, su criminalización se vuelve imperativo moral y se promueve la abstinencia total. Sin embargo, este tipo de estrategias se contraponen a la educación preventiva y al tratamiento, favoreciendo en aumento la criminalidad por las condiciones en que las personas venden y compran drogas, deteriorando los modelos de salud pública, puesto que la guerra a la oferta estimula nuevos mercados de nuevas sustancias y de dudosa calidad, y si el consumo es un delito, entonces los jóvenes con problemas se abstienen de buscar ayuda y así se favorecen diversos conflictos (Ramos, Pérez, y Romero, 1999).

Conceptualizar a la juventud con frecuencia nos remite a una variedad de disciplinas que se acercan a estudiarla y a una controversia metodológica sobre la mejor manera de hacerlo. De acuerdo con Brito (1996) el concepto de juventud puede abarcar tres aspectos principales:

- a) La juventud como un proceso que se encuentra delimitado por dos niveles: el biológico, que le sirve al sujeto para establecer su diferenciación con el niño, y el social, que establece su diferenciación con el adulto.
- b) La juventud como un proceso de inculcación, de control y de formación en las normas que permiten la cohesión social. Es un proceso de maduración social, y por lo mismo, se encuentra inmerso en relaciones de poder y los conflictos generacionales.
- c) La juventud constituye asimismo una praxis diferenciada, en donde los jóvenes tienen cierta autonomía expresada con relación a las clases sociales y las instituciones.

Aun con la dificultad que encierra el concepto debido a las diversas variables que entran en juego, como la clase social, el género, la religión y desde luego el momento histórico, es necesario delimitarlo; retomaremos entonces como eje los criterios de la OMS que sitúa los límites de la adolescencia entre las edades de 10 y 19 años y los de la juventud entre los 15 y los 24 años. En estas etapas, físicamente cambia el tamaño y la



forma del cuerpo y se acentúan las diferencias entre hombres y mujeres. Se establece la capacidad reproductiva y se modifica el comportamiento sexual y emocional. Al joven se le exige que empiece a actuar en forma independiente, que de un papel de sumisión pase a actitudes de mayor autoafirmación, que su comportamiento sea responsable, que defina su posición en la sociedad haciendo elecciones en todas las áreas, pero no se le proporcionan los medios ni las gratificaciones adultas, por esto en su percepción del mundo las normas de los adultos parecen contradictorias o incomprensibles y se genera una dificultad para comunicarse y para entender los significados. En esta época se está más abierto al mundo exterior y más expuesto a sus influencias, el grupo de amigos se vuelve especialmente significativo por la oportunidad de compartir sobre todo los problemas. Dentro de un grupo, el joven puede sentir poder, pertenencia y seguridad, aprende a enfrentarse a otros, puede obtener recompensas, prestigio y libertad de movimiento.

En la evolución psicosocial y emocional del adolescente y el joven se ha descrito el llamado “síndrome de la adolescencia normal”, integrado por una serie de características que dependen de diferencias individuales y del ambiente cultural, presentes en mayor o menor grado durante esta etapa de la vida. A continuación se describen algunos rasgos generales que engloban manifestaciones de conducta frecuentes en los adolescentes y que se extienden a la juventud.

- Búsqueda de sí mismo y de la identidad
- Tendencia grupal.
- Necesidad de intelectualizar y fantasear.
- Crisis religiosas, que pueden ir desde el ateísmo más intransigente hasta el misticismo más fervoroso
- Manifestaciones sexuales más abiertas, que van desde el autoerotismo hasta la heterosexualidad genital manifiesta.
- La actitud social reivindicatoria, con tendencias antisociales de diversa intensidad
- Contradicciones sucesivas en manifestaciones de la conducta
- Relación conflictiva con los padres, oscilando entre comportamientos infantiles y la necesidad de separación de los mismos

- Constantes fluctuaciones del humor y del estado de ánimo.

Se hace hincapié en la falacia de considerar estas características como conductas patológicas y, en lo conveniente e interesante que es emprender un recorrido por la realidad de los jóvenes de México, ya que en los últimos 15 años las dificultades que los caracterizan están relacionadas con los cambios sociales rápidos, así como con la estructura misma de las familias.

De acuerdo con algunos datos proporcionados por el Instituto Mexicano de la Juventud (IMJ) en el año 2000, México es un país de niños y de jóvenes, el 38.6% de la población son niños y niñas con edades entre los 0 y los 14 años y el 29.6% son jóvenes de 15 a 29 años. Entre estos dos grupos se concentra el 68.2% del total de residentes del país. Es una población con un evidente déficit educativo, siendo éste mayor para las mujeres, lo que deriva en una exclusión y segregación laboral; sólo dos quintas partes de la población entre 12 y 24 años participan en la actividad económica, mientras que el resto está integrado por dependientes económicos. Con relación a la salud, nuestra nación se encuentra en una transición epidemiológica caracterizada por el aumento considerable en la esperanza de vida, pero también por la muerte debida a enfermedades transmisibles, a malestares relacionados con la alimentación deficiente y a padecimientos ligados a la reproducción. Las causas de mortalidad más importantes de la población joven son los accidentes y lesiones, que en su mayoría están vinculados al consumo de sustancias como el alcohol y otras drogas.

La pobreza también tiene efectos destructivos pues marca y lesiona a las personas no sólo por las carencias materiales que implica, sino también porque les impide desarrollar todas sus capacidades y potencialidades humanas; los barrios marginales caracterizados muchas veces por la falta de servicios médicos y sociales, la insuficiencia de viviendas, el inadecuado saneamiento ambiental y la disponibilidad de sustancias psicoactivas, orillan a los jóvenes a responder y enfrentar estas situaciones de diversas formas: una de ellas es el consumo de drogas, que surge y se mantiene por distintas variables tales como la economía, la política, la situación internacional y la tendencia a la globalización del país.

De 1985 a la fecha se distinguen dos tipos de trabajos: un primer tipo lo constituyen los ensayos filosóficos o desde las perspectivas teóricas de las Ciencias Sociales, cuyo propósito es intentar explicar y formular algunas hipótesis o interpretaciones sobre las causas del vacío existencial, cultural e ideológico, el derrumbe del sistema de valores imperante, la dispersión o el relativismo de las ideas y lo que puede otorgar o está dando sentido hoy a los mexicanos. Un segundo tipo de escritos está constituido por investigaciones sistemáticas, fundamentalmente sondeos de opinión o encuestas a nivel nacional. Esta conjunción de trabajos nos muestran a los jóvenes como una población en edad de transición, compleja y ambivalente, donde diversos factores -biológicos, psicológicos y sociales- interactúan en un proceso de constitución.

Con la finalidad de profundizar en el por qué a los jóvenes se les asocia con el tema de las drogas, sintetizaré los resultados arrojados por la Encuesta Nacional de Juventud, llevada a cabo en el año 2000 en relación con las actitudes y valores de los jóvenes y sobre todo con su visión del mundo.

Los jóvenes evalúan su existencia de manera más positiva que negativa, este sentimiento de felicidad se afianza con los años, siendo la edad de 15 a 19 años cuando la población se siente relativamente más satisfecha, los que viven en pareja se manifiestan con mayor felicidad en comparación con los que están separados o divorciados. Aunque es una minoría de jóvenes la que no se siente nada feliz, ésta se está incrementando debido a las representaciones de un futuro sombrío, a la frustración, a las adicciones, el SIDA, las depresiones, el suicidio, la violencia, la delincuencia, la baja eficiencia terminal en el sistema educativo, entre otros problemas, que desgraciadamente están asociados cada vez más con los jóvenes, por lo que surge la hipótesis de que la felicidad y la infelicidad son el resultado de los contextos en los que los propios jóvenes son partícipes, es decir, todo depende del éxito que cada persona tenga en la inserción social.

En torno a su identidad los muchachos se identifican como jóvenes y trabajadores, no tanto como hombres, padres o hijos. Las mujeres por su parte manifiestan identificarse con su género como madres y como hijas y en menor medida como jóvenes y trabajadoras. Es importante señalar que el pensarse como ciudadano ocupa uno de los últimos lugares como opción de identificación para ambos.

Respecto de la situación socioeconómica, 31.6% considera su situación buena o muy buena, mientras que 55.6% la define como regular y el 6.6% mala o muy mala. Sorprende el hecho que la mitad de los jóvenes declaran estar insatisfechos con el nivel de estudios que tienen por el momento y dicha insatisfacción aumenta con la edad, otro dato sorprendente es que 8 de cada 10 jóvenes afirman estar satisfechos laboralmente por el sólo hecho de contar con un trabajo independientemente de las condiciones del mismo.

En cuanto a su vida en pareja y la satisfacción de su sexualidad, los jóvenes afirman estar viviendo buenos momentos, manifestando insatisfacción sólo el 4.1%. Son las mujeres las que expresan mayor satisfacción con su pareja que los hombres.

La percepción que los jóvenes tienen del presente con relación a la generación de sus padres es más positiva que negativa: Consideran que existen mayores oportunidades de trabajo y más espacios para la diversión. Por el contrario, el contar con una vivienda propia, el tener mayores posibilidades de formar su propia familia, el obtener adecuados ingresos económicos o el encontrar un buen empleo es lo que comparativamente consideran menos ventajoso. En cuanto a la participación en la vida política continúan sintiéndose relegados.

La frustración está relacionada con la violencia por lo que es conveniente preguntarnos si las decepciones de las expectativas de los jóvenes, observando las crecientes desigualdades de oportunidades en nuestro país, tienen que ver con las expresiones de desencanto y agresión que manifiestan muchos de ellos.

Cuando se les interrogó sobre lo que consideran de mayor importancia en su futuro, respondieron que es el tener un buen empleo, el casarse -construir su propia familia o relación de pareja-, el tener un negocio personal y poseer una vivienda propia. Sus necesidades o aspiraciones distan mucho de estar resueltas, aunque consideren su situación más favorable con relación a sus padres.

El deseo de migrar al extranjero es para ellos más una necesidad que un deseo, el hacer un viaje largo es más una aspiración de un pequeño sector social, económicamente con posibilidades para hacerlo. El servicio a los demás viene después de los intereses personales. Para quienes no tienen hijos no es tan importante contar con una vivienda.

El número deseado para tener hijos es de dos a tres (75%) lo que corresponde a la tasa de natalidad que actualmente tiene el país.

Dentro de las preocupaciones y problemas que enfrentan los jóvenes está el hecho de denunciar en otros las carencias, falta de sinceridad o excesiva credulidad, de lo que ellos afirman estar exentos. Se saben inmersos en una sociedad caracterizada por el riesgo y la incertidumbre. Su estrategia si bien es diferenciada, tiende a buscar soluciones individualmente, más que las tradicionales respuestas colectivas -partidos, sindicatos, organizaciones, etcétera-. Resalta el hecho de que los jóvenes no privilegian como problemas la inseguridad, la violencia, el narcotráfico y la drogadicción. Aunque muchos participan en actividades ilícitas o sean víctimas de hechos violentos, actos impulsivos, poco racionalizados, experiencias extremas y de autodestrucción (que se ven reflejadas en distintos grados de depresión).

La modernización, la industrialización y la influencia de los medios masivos de comunicación van conduciendo a cambios en los valores tradicionales y en la manera en que los jóvenes representan su mundo. Este es el caso de ciertos valores más que otros. Por ejemplo, sólo 46% considera que la mujer tenga que llegar virgen al matrimonio, 20% lo niega y el resto se mantiene en una postura neutral, lo cual significa un cambio en la opinión que se tenía hace tan sólo algunos años. El 50% está en contra del aborto, la legislación sobre las drogas o la justificación de la violencia política. Por esta razón se tornan punitivos contra sí mismos, al estar de acuerdo con que se castigue a los menores de 18 años que cometan algún delito, un alto porcentaje está a favor de la pena de muerte.

Los medios de comunicación son evaluados como tolerantes y se considera que existe libertad de expresión en nuestro país.

Como hemos visto a través de este recorrido, los jóvenes no son una particularidad de la sociedad, sino un microcosmos de la sociedad entera, son portadores y a la vez controversistas de valores, actitudes, aspiraciones y creencias de su propia sociedad. Por ser expresión del macrocosmos, constituyen un grupo no homogéneo, con múltiples rostros a partir de los contextos situacionales e históricos diversos, por lo que son diferenciados sus esquemas de representación.

Cada joven posee su propia biografía, sin embargo existen condiciones comunes, como la vulnerabilidad social y económica para la mayoría. Por ejemplo, hay un aumento del porcentaje de jóvenes que no satisfacen sus necesidades básicas, que desertan tempranamente de la escuela, que no encuentran oportunidades reales de desarrollo, que reciben un salario menor por su trabajo con relación a los adultos, y que incrementan sus adicciones para escapar del mundo que los niega.

### 1.3 Psicología, prevención y rehabilitación de adicciones

Dentro de la Psicología existen dos campos a los que compete de forma directa el tema de las adicciones: el social y el clínico. La Psicología Social se interesa por el efecto de los grupos y los productos de la cultura en la conducta individual; es bastante amplia, por lo que se le pueden ubicar problemas de diversa índole, por ejemplo: el cambio de actitud, el racismo, las relaciones entre grupos, el papel de los factores sociales en la enfermedad mental, etc.; el psicólogo social investiga todo aquello que causa tensión o fricción entre grupos y los procesos de ajuste a un estilo de vida particular. La Psicología Clínica comprende la aplicación de principios psicológicos en el diagnóstico y tratamiento de problemas emocionales y conductuales (Whittaker, 1977).

Ambas disciplinas incorporan en sus teorías y metodologías el concepto de salud, cuya noción globalizada se refiere, según la OMS, al estado de bienestar completo, físico, mental y social que no se debe identificar con la ausencia de enfermedad.

Para Fernández (1989) este es un ideal demasiado ambiguo para las amplias perspectivas de la salud mental, pues el termino bienestar se refiere en un sentido estricto a los sentimientos vitales y en un sentido amplio alude a la felicidad, y la felicidad es un fenómeno psicológico sumamente complejo. Define la salud mental como el grado de armonía o de equilibrio alcanzado por la personalidad. La armonización de la personalidad consiste entonces en que el hombre sea actor y autor de un proyecto, tenga un rumbo y un sentido bien definido en su vida, se responsabilice de sí mismo y sea libre y conciente, de lo contrario andará como perdido o vulnerable de cualquier circunstancia.

Esto nos lleva a aceptar que una estructura mental bien organizada ejercita adecuadamente la facultad de saber esperar o saber continuar. Cuanto mayor sea la estabilidad emocional mejor se podrán soportar la espera y el aplazamiento de la realización de los deseos y las necesidades propias y más firmeza se pondrá en los esfuerzos para cumplir los objetivos trazados (Fernández op cit).

Bajo esta perspectiva, el panorama respecto a las personas que consumen drogas se amplía pues nos hace comprender que hay que ir más allá de la explicación basada en la droga y sus efectos, más allá del individuo con sus motivaciones inmediatas. Las verdaderas causas del problema deben buscarse, más que en el individuo, en sus condiciones de vida tanto materiales como culturales.

A este respecto refiere Massün (1991) que el consumo de drogas no puede entenderse fuera del contexto de las sociedades y culturas en que viven los consumidores, que una equivocación frecuentemente cometida es la de importar ideas y técnicas extranjeras y aplicarlas sin las modificaciones necesarias para adaptarlas a las condiciones locales, y que no se toma en cuenta que el problema presenta dos vertientes independientes pero ligadas en una relación dinámica (la una generando a la otra, y viceversa): por un lado está la oferta con sus componentes de cultivo, fabricación y tráfico, que se trata de impedir por medio de la represión legal; y por el otro la demanda, que incluye el uso indebido, que se procura prevenir o remediar por las medidas de tratamiento y rehabilitación de los farmacodependientes, que exigen de la sociedad importantes gastos en tiempo, instalaciones y personal capacitado para obtener resultados muy limitados y siempre inciertos. Es así que en muchos países la educación preventiva sistemática aparece cada vez más como la solución razonable, la única viable y efectiva para reducir la demanda de drogas con la consecuente desaparición del mercado ilegal.

Es imposible eliminar el uso de drogas sobre todo en nuestra sociedad tecnificada, en cambio es posible mejorar la capacidad de las personas para manejar con inteligencia su consumo o lograr que no sientan la necesidad de tomarlas.

El objetivo general de la prevención del uso indebido de drogas, según la formulación de la UNESCO, sería evitar o reducir en la medida de lo posible el uso extramédico de las drogas que causan dependencia; pero también, con un criterio más ajustado a la realidad, es buscar la reducción de la incidencia y la gravedad de los problemas

individuales y sociales vinculados con el uso indebido de estas sustancias (Massün op cit).

El reciente programa de intervención “vive sin drogas” plantea que en cuanto al consumo de sustancias adictivas, la complejidad de lo que se intenta prevenir dificulta la definición de las acciones, ya que no sólo existe una gran diversidad de productos que pueden ser utilizados para alterar las funciones mentales y que causan dependencia sino que se presentan grandes diferencias en la frecuencia en que esas sustancias pueden consumirse: desde la abstinencia de quien nunca las ha probado, a la adicción. Dentro de estos polos, se dan distintos niveles: puede tratarse de la mera experimentación, en la que se prueba una sustancia; del consumo ocasional, en eventos sociales o en reuniones esporádicas con un grupo de amigos; del abuso de una sustancia en ciertas ocasiones o con frecuencia, que puede llegar a una intoxicación que ocasione daños graves a la salud o la muerte; y puede tratarse del uso frecuente o crónico de una misma sustancia, que provoque dependencia a la misma. Esta diversidad de tipos de consumo se puede ubicar en los tres niveles de prevención.

- a) Prevención primaria, cuando los abordajes se dirigen a impedir el desarrollo de problemas generados por el consumo de drogas, a través de medidas que promueven estilos de vida sanos, eleven el nivel de conocimientos y sensibilicen a la comunidad acerca del tema.
- b) Prevención secundaria, cuando se proponen disminuir los riesgos y los daños ocasionados por el uso de drogas; o detectar en sus inicios los problemas de consumo y derivarlos a servicios de atención especializada.
- c) Prevención terciaria, cuando brindan atención a las intoxicaciones por abuso de drogas o sobredosis, y tratamiento tanto a los trastornos asociados al consumo, como de los adictos.

El ámbito escolar y familiar es adecuado para realizar acciones de prevención primaria y secundaria, mientras que las de prevención terciaria deben ser llevadas a cabo por especialistas en los problemas relacionados al consumo.



De acuerdo con Raúl Ramírez (en Addictus, 1998) en lo referente a la rehabilitación, en una primera etapa el tratamiento consiste en recuperar la homeostasis del individuo, o sea, el equilibrio físico en el organismo; en la segunda etapa se busca que el paciente tenga un conocimiento pleno de su problemática, sus consecuencias y los recursos que tiene para cercarla o controlarla, o sea, el reconocimiento por el propio paciente de la necesidad de cambios y de su capacidad para llevarlos a cabo, así como el reencuentro con sus valores propios y espirituales, intrínsecos a cada persona; en la tercera etapa se lleva a cabo el afianzamiento de lo anterior, pero es muy importante el factor educativo respecto a los factores de riesgo de la recaída, así como de las fases de la recuperación temprana, media y tardía.

La primera etapa se conoce como desintoxicación y es un proceso complicado por el síndrome de abstinencia que el paciente pudiera manifestar. Para poder manejarlo se debe contar con un equipo médico capacitado en estos cuadros clínicos y de preferencia debe haber un área exclusiva, pues el paciente tiene alteraciones en el talante y en sus funciones mentales superiores. Las alteraciones físicas más comunes son el delirium tremens, las convulsiones, el coma hepático y las pancreatitis.

## 2. EL TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES

### 2.1 Características y funciones del psicólogo que trabaja en el área de las adicciones

En general, las funciones que cualquier psicólogo debe llevar a cabo a fin de contribuir a la solución de los problemas de la población que atiende, son: evaluar, planear, modificar, prevenir e investigar; sus áreas de incidencia son: educación, salud pública, producción y consumo, organización social y ecología; sus acciones están dirigidas a distintos sectores de la población: dentro de las técnicas de diagnóstico que utiliza figuran las entrevistas, las pruebas psicométricas, las encuestas, los cuestionarios, las técnicas sociométricas, las pruebas proyectivas, la observación, el registro instrumental y los análisis formales; las técnicas de intervención a las que se recurre frecuentemente, son: las fenomenológicas, psicodinámicas y conductuales, la dinámica de grupos, la sensibilización, la educación psicomotriz, la manipulación ambiental, la retroalimentación biológica y la publicidad y propaganda (Urbina, 1989).

En particular, las funciones y características del psicólogo que aborda el problema del abuso de drogas se pueden insertar en dos campos de la psicología:

- 1) En el de la Psicología Clínica, por el trabajo de recuperación que tiene que iniciar la persona con problemas de drogadicción. Las principales funciones, son: la evaluación y el diagnóstico de personalidad, inteligencia y aptitudes; la consultoría y psicoterapia de individuos, grupos o familias; la intervención preventiva a nivel comunitario; la investigación aplicada de la personalidad, de la psicología anormal y de las técnicas y métodos de intervención clínicos; y, la selección, el entrenamiento y la supervisión de casos. Es importante mencionar que las características de personalidad del psicólogo clínico deben ser acordes con sus funciones, destacando el interés tanto para ayudar a sus semejantes como por el conocimiento científico; el ser genuino y modesto, pues el reconocer sus limitaciones le evitará dar lugar a sentimientos de omnipotencia o deseos de manipulación; el tener un amplio conocimiento de sí mismo y de su problemática

emocional, respetarse y respetar a las personas con quienes trabaja; ser un buen observador y tener sensibilidad para comprender a sus pacientes; y ser autocrítico, analítico y flexible para aplicar los diferentes enfoques teóricos. No está por demás decir que debe evitar a toda costa que sus problemas emocionales interfieran con su labor en el campo de trabajo (Barragán, Heredia y Gómez en Urbina, 1989).

- 2) En el de la Psicología Social, por ser un problema macro, que involucra a diferentes sectores de la sociedad, el psicólogo social debe dominar las principales corrientes de la Psicología, debe conocer sus diferentes técnicas y métodos para poderlos aplicar en la comprensión, detección, intervención, evaluación o solución de problemas. Es decir, debe tener una adecuada preparación en estadística, en diseños de investigación (de campo y de laboratorio), en medición en general y en construcción de escalas de actitud y cuestionarios de opinión, en particular; además necesita practicar entrevistas profundas y de tipo encuesta, hacer observación sistemática y participante e investigación, estudios de casos e historias, conocer las pruebas psicológicas existentes (objetivas y proyectivas) y su aplicación, calificación y limitaciones, realizar análisis de contenido de todo tipo de discurso o mensaje comunicativo. Por otra parte, el psicólogo debe conocer los procesos que se dan en los grupos para poder formar y cambiar líderes, manejar grupos para llevarlos al logro de sus metas, hacer dinámicas de grupo y juego de roles, manejar los procesos que intervienen en la adquisición de su cultura, manejar las diferentes teorías que explican los procesos de aprendizaje, imitación, identificación, modelamiento, introyección, etcétera; también debe conocer tanto la estructura, las características de funcionamiento y la organización de los principales agentes socializadores (la familia, la escuela, los grupos de pertenencia y los de referencia) y de los medios de comunicación como los productos del proceso de socialización, o bien, de los valores, creencias, normas, motivaciones, emociones, actitudes, expectativas, costumbres y aspiraciones que mueven al individuo, tomando en cuenta su sexo, edad, estado civil, ocupación, nivel socioeconómico, nivel de modernización y de urbanización. Debe conocer la forma en que se desarrolla el concepto de uno mismo, el de nacionalidad, la autoestima y la identidad sexual. Debe conocer los diferentes modelos de intervención comunitaria y ser un experto en la organización y la participación de los sujetos en los procesos de transformación social. En suma el psicólogo debe entender la relación entre la

cultura y su influencia en el individuo en procesos como: percepción, cognición, emoción, actitudes y lenguaje, entre otros; saber como detectar el efecto del medio ambiente sobre el individuo y comprender e identificar los principales problemas políticos, económicos y sociales que afectan a nuestra sociedad (Domingo, Fernández, Javiedes, et al en Urbina op cit).

## 2.2 Modelos y programas de prevención e intervención

Según Massün, en las recientes aproximaciones en materia de prevención de adicciones se distinguen cuatro modelos principales:

1.- El enfoque ético-jurídico, el cual considera que el abuso de drogas ilegales es una conducta delictiva que se debe castigar pues el individuo es el principal responsable y la droga es un agente corruptor, por lo tanto la solución está en aislar y combatir el narcotráfico y alarmar a los no consumidores realizando únicamente los peligros.

2.- El enfoque médico-sanitario, que considera el problema en términos individuales y personales, concibe al individuo como víctima de una enfermedad que se contagia y al que hay que curar aislándolo para evitar el contacto para proteger la salud. La solución es el control social y la información sobre los riesgos del consumo para el organismo humano.

3.- El enfoque psicosocial toma en cuenta la complejidad de cada ser humano y la influencia de los factores psicológicos y ambientales que se interrelacionan. La solución es generar opciones constructivas para responder a las necesidades individuales y comunitarias ayudándolos a integrarse y relacionarse satisfactoriamente con los demás.

4.- El enfoque psicosociocultural integra los factores socioeconómicos y culturales como determinantes de los tipos de drogas y las diversas formas de consumo.

Los primeros dos modelos son insuficientes puesto que consideran sólo una parte del todo, los siguientes intentan ser más integradores pero hacen falta recursos para desarrollarlos, es el caso también del modelo geopolítico-estructural que nació en los

últimos años, el cual es un modelo teórico para enfocar el problema de consumo y tráfico desde una perspectiva netamente latinoamericana, es decir que presupone que América Latina se encuentra en una zona de influencia y que esta situación determina las características del problema del consumo y las respuestas que requiere para su solución; no obstante se encuentra todavía en etapa de desarrollo conceptual.

En México, en el año de 1994, la Secretaría de Educación Pública (SEP) lanza una propuesta educativa para desarrollarse en la escuela y la familia como parte del proceso de modernización educativa: el Programa de Educación Preventiva contra las Adicciones (PEPCA), el cual tiene como objetivo fortalecer en los alumnos la capacidad de discernimiento para hacer frente a problemas sociales y prevenir el inicio en el consumo de drogas; cuenta con cuatro componentes:

- a) Plataforma de comunicación social
- b) Orientación a la comunidad en general
- c) Centros de información y documentación
- d) Movilización comunitaria y evaluación

Se diseñaron diferentes estrategias de intervención que incluyen componentes de protección y promoción de la salud en tres subprogramas:

- a) Programa de movilización comunitaria
- b) Programa de prevención de accidentes
- c) Programa de prevención del consumo en menores de edad

De acuerdo con el Instituto Mexicano de la Juventud (Jóvenes e Instituciones en México 1994-2000) durante el periodo 1995-2000, de los programas más significativos a nivel nacional está el Programa de Prevención y Atención a las Adicciones cuyas acciones son las siguientes:

- CONADIC. Esta instancia impartió cerca de medio millón de pláticas y sesiones de educación para la salud y alrededor de 2 mil conferencias, al término del año 2000. En 1998 se creó, además, un banco de datos con información sobre oferta,

disponibilidad, demanda, consumo y consecuencias del abuso de alcohol, tabaco y otras drogas, y se formaron 104 Comités Municipales contra las Adicciones.

- Actividades de tratamiento para adictos y familiares. Se brindó servicios a una población de 4.6 millones en promedio anual, con atención a pacientes consumidores en unidades de hospitalización; actividades de desintoxicación; consultas de tratamiento y orientación; pláticas y sesiones de educación para la salud.
- CIJ. Estos centros realizaron acciones de prevención primaria de la Farmacodependencia, que beneficiaron entre 1.5 2,0 millones de adolescentes por año, en sus 63 centros regionales y dos unidades de internamiento ubicados en Guadalajara y Tijuana. Este tipo de acciones se vio fortalecido con la puesta en marcha en 1998, del Centro Telefónico “Vive sin drogas”, que vincula a 300 instituciones de asistencia con más de 17 mil centros de apoyo, y que en los primeros meses de 1999 atendió a más de 150 mil personas, de las cuales 26 mil fueron canalizadas a centros de atención.
- Campañas en los medios de comunicación, por ejemplo “¿Adicto yo?”, “Vive sin drogas” y “Con las drogas pasa igual”.
- El Modelo “Construye Tu Vida Sin Adicciones”, instrumentado en 1999 se orienta a reforzar la responsabilidad individual y social acerca de la salud. Dentro de sus principales acciones cuenta con la formación de capacitadores y multiplicadores de los Servicios Estatales de Salud y otros organismos de los sectores de salud y educativo. En ese mismo año se efectuó el primer Encuentro de la Red de Asociaciones Estudiantiles con la participación de 70 agrupaciones formadas en escuelas secundarias del Distrito Federal.

La OMS a través de su Programa de Abuso de sustancias propone un nuevo modelo que comienza con el diagnóstico temprano y propone un plan de acción diseñado no sólo por los expertos en el tratamiento de adicciones sino también por aquellos sectores que están en contacto con los niños callejeros y por los mismos niños. Por su parte, la

Organización Internacional del Trabajo (OTI) desarrolla un Programa Modelo para la Prevención del Abuso de Alcohol y Otras drogas entre los Trabajadores y sus Familias, con el fin de formar orientadores que apoyen a los trabajadores para hacerle frente a la problemática y así contribuir a crear un ambiente de salud no sólo en la empresa, sino hacerlo extensivo a la comunidad.

Los tratamientos para la población con problemas de adicciones están disponibles en hospitales públicos y privados, centros especializados y grupos de autoayuda. Existen hospitales en donde los adictos son desintoxicados y otras instituciones donde se brinda tratamiento psiquiátrico farmacológico.

El sitio <http://www.tni.org/drogas/proyecto/drogas.htm> nos permite conocer que a nivel internacional, en 1996 surge el Programa Drogas y Democracia, figurando como un proyecto conjunto del TNI, Acción Andina (plataforma de organizaciones no gubernamentales y de individuos en los países andinos), y Acción Sur (red similar coordinada desde Argentina para los países del Mercosur). El programa está coordinado por un equipo de investigadores en toda América Latina, y en cooperación estrecha con WOLA - Oficina en Washington para Asuntos Latinoamericanos y Consejo Europeo de ONG sobre Drogas y Desarrollo (ENCOD) en Bruselas.

Este programa intenta promover tanto el concepto de reducción del daño en lugar del de “guerra contra las drogas”, así como el de comercio justo, el desarrollo, la democracia, los derechos humanos y la prevención del conflicto. Con una actitud crítica ante las políticas actuales sobre las drogas, realiza investigaciones de campo, elabora documentos y publicaciones informativos, conferencias internacionales, reuniones y debates, entre otras acciones. En el 2003 comenzó a ser evaluado por la ONU debido a que enfatiza una rotunda negativa ante los métodos que se están empleando para erradicar el consumo de drogas, tales como la fumigación y la introducción de agentes bioquímicos en los cultivos de amapola y coca en Colombia; la atención del programa está puesta en las drogas como catalizador en el conflicto armado en ese mismo país. Propone una política alternativa que aumente las perspectivas de paz. Los resultados obtenidos de sus investigaciones dejan ver que debido a los ataques terroristas del 11 de septiembre en New York y Washington, la economía ilícita de las drogas se convirtió en el centro de atención internacional, que en un principio identificó el tráfico de drogas

como fuente de financiación del terrorismo, especialmente en el caso del régimen Talibán en Afganistán; sin embargo, la alianza contra el terrorismo liderada por Estados Unidos obtenía ingresos procedentes de la economía del opio.

El programa hace estudios de las regiones coccaleras del Perú y Bolivia con el fin de desarrollar un escenario de prevención de conflictos e insta por una política de las drogas racional y pragmática, siendo aplicados con éxito en muchos países, sobre todo en Europa, los conceptos que promueve. La primera fase del proyecto se concluyó en mayo de 1998, con la publicación del libro *Democracias bajo Fuego - Drogas y Poder en América Latina*. El Parlamento Latinoamericano concedió, en octubre de 1997, el Premio Simón Bolívar de periodismo a la primera publicación del proyecto, Democracia, Derechos Humanos y Militarismo en la Guerra a las Drogas en América Latina.

No obstante, décadas de esfuerzo para disminuir la oferta global de drogas mediante una mezcla de represión y desarrollo alternativo, han fracasado. El TNI propone reconceptualizar la estrategia.

### 2.3 Aspectos generales de la terapia con personas adictas

Madden (1986) plantea que independientemente de la orientación del terapeuta, el tema sobre el abuso y la dependencia de drogas requiere de orientar al paciente a un modo de vida sano, promoviendo la madurez de sus actitudes y reacciones, ayudándole a desarrollar sus facultades mentales y su ambiente, alentándole y respaldándole para que pueda contrarrestar sus problemas de personalidad y sobreponerse a sus circunstancias sociales; se debe intentar que la familia tome conciencia de las dificultades por las que atraviesa el dependiente y con el tacto necesario se le hace asumir la responsabilidad de su posible contribución a las circunstancias del sujeto; también se debe desarrollar una relación positiva entre el paciente y el terapeuta como base necesaria para una valoración mutua del consumo de drogas y de los problemas emocionales y sociales del paciente, así como echar mano de las organizaciones de autoayuda.



Siguiendo al autor, en el tratamiento es muy importante presentarle al paciente metas a corto plazo que sean aceptables tanto para él como para el terapeuta, y realizar una selección de metas a largo plazo; si existe dependencia física es necesario preparar al sujeto a fin de que pueda sobreponerse a los síntomas del síndrome de abstinencia, antes de que se pueda pasar a tratar los factores emocionales y sociales adversos; se debe contemplar el internamiento hospitalario como un requerimiento urgente ante una reacción psicótica aguda, o para efectuar la desintoxicación. Cabe mencionar que el objetivo de abstinencia total de la droga es factible en algunos casos, pero no debe representar más que uno de los objetivos del programa del tratamiento, más bien éste debe estar dirigido al mejoramiento general del paciente; en otros casos la abstinencia total no es posible, pero puede ser factible alcanzar periodos recurrentes de abstinencia o reducir el grado de consumo regular al tiempo que se avanza también en mejorar la salud física del paciente y su ajuste psicosocial.

Debemos tomar en cuenta que las personas que abusan de las drogas han estado sujetas a factores culturales y constitucionales que en gran medida están más allá de su control personal. Con frecuencia están atrapados en conflictos de inadecuación, ansiedad, marginación y culpa. Las emociones desagradables contribuyen a su farmacodependencia y viceversa. El terapeuta debe evitar dejarse programar por papeles moralistas, debe evitar juzgar, estar preparado para trabajar con motivaciones deficientes y variables y para hacerles frente a las recaídas y retrocesos.

En síntesis, la orientación debe tener como objetivo reforzarle al individuo el incentivo para que controle sus hábitos de consumo, desarrollar los atributos positivos que existan en su personalidad, contrarrestar las características patológicas y adiestrarlo en el manejo de las emociones negativas; el orientador no debe perder la oportunidad de dar consejos prácticos, como por ejemplo, motivar al sujeto para que evite relacionarse con otras personas para consumir drogas.

### 3. EL SISTEMA DE DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

*El Sistema Nacional de Asistencia Social* es el conjunto de instituciones públicas, sociales y privadas encargadas del desarrollo de la familia, de la protección de la infancia y de las prestaciones de servicios de asistencia social, de éste forma parte el *Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF)* que coordina, promueve y complementa muchas de las acciones encaminadas a proteger el capital social y el capital humano de nuestra nación. Se fundó en enero de 1977, a partir de la fusión del *Instituto Mexicano para la Infancia y la Familia (INPI)* creado en 1961 para suministrar desayunos escolares y prestar otros servicios asistenciales, con el *Instituto Mexicano de Asistencia a la Niñez (IMAN)* fundado en 1968 para contribuir a resolver los problemas originados por el abandono y la explotación de menores.

Este sistema, por ley debe apoyar el desarrollo de la familia y de la comunidad, especialmente de aquellas que presentan mayor riesgo de desintegración, violencia o de alguna situación adversa y no tienen capacidad para enfrentarla.

Está integrado por un organismo central: *El DIF Nacional*, que es público, descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propios, creado por Decreto y como lo define el artículo 4º de la ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social de 1968, es el responsable de la atención de menores en situación de abandono, desamparo, desnutrición o sujetos de maltrato, de menores infractores, de alcohólicos, de los farmacodependientes y de los individuos en condición de vagancia, de mujeres en periodo de gestación o lactancia, de ancianos en desamparo, de los discapacitados con problemas de diferentes órganos o sistemas, los indigentes, de personas que por su ignorancia requieran servicios asistenciales, de las víctimas de comisión de delitos en estado de abandono, de los familiares que dependen económicamente de aquellos que se encuentran detenidos por causas penales, de los habitantes del medio rural o urbano que estén marginados y de las personas afectadas por desastres.

Lo conforman 32 sistemas estatales y los sistemas municipales que actualmente son al rededor de 1,500 de los 2, 400 municipios mexicanos.

Los órganos superiores que rigen dicho organismo son:

1.- *El Patronato*, que tiene las facultades para opinar y recomendar acerca de los planes de trabajo, apoyar sus actividades, formular sugerencias y contribuir a la obtención de recursos para incrementar su patrimonio; está formado por 11 miembros designados y removidos libremente por el Presidente de la República.

2.- *La H. Junta de Gobierno*, conformada por funcionarios públicos del más alto nivel, es la instancia que lo representa legalmente, autoriza los planes de trabajo, sus presupuestos, los informes de labores y los estados financieros, aprueba los reglamentos internos, designa a los subdirectores, directores generales y al Oficial Mayor, aprueba la aceptación de herencias, legados, donaciones, los proyectos de inversión, los convenios de coordinación, la integración de comités y grupos de trabajo internos y los programas de mediano plazo.

3.- *La Dirección General*, que celebra contratos, convenios y actos jurídicos donde representa, planea, dirige y controla el funcionamiento del organismo.

La visión del *DIF Nacional* es la de un sistema que regula y garantiza a través del marco jurídico-normativo la profesionalización de los servicios desde una perspectiva que incluya a los tres ordenes de gobierno, que privilegia el enfoque preventivo, la coordinación de los sectores público, privado y social y que pretende generar un cambio cultural centrado en los valores de solidaridad, equidad y corresponsabilidad; su misión es promover la integración y el desarrollo humano individual, familiar y comunitario a través de políticas, estrategias y modelos de atención que privilegian la prevención de los factores de riesgo y de vulnerabilidad social.

En el año 2000 se crea la *Dirección de Modelos de Atención* como un área estratégica de la institución, su propósito es impulsar el desarrollo de modelos de intervención social, a través de asesoría, capacitación, evaluación y normalización. Los fundamentos teóricos en los que se sustenta el desarrollo, la sistematización y el ajuste de estos modelos son: el enfoque de sistemas y el de desarrollo humano; las líneas de trabajo son: el desarrollo de modelos, la normalización y evaluación, y la información e investigación (tomado de la página [www.dif.gob.mx](http://www.dif.gob.mx)).

### 3.1 El DIF Naucalpan

El organigrama del *Sistema DIF Municipal en Naucalpan* está integrado por: la Presidenta, la Directora General, la Subdirectora de Asistencia Educativa, la Subdirectora de Desarrollo Social, la Subdirectora de Atención a la Discapacidad, la Subdirectora de Servicio Médico y Dental, la Subdirectora de Asuntos Jurídicos, el Tesorero, El encargado del Despacho de la Subdirección de Administración y la Vocal Ejecutiva de la UPAS; los respectivos jefes de departamento y los técnicos y profesionales de las diferentes áreas.

En la publicación del segundo informe de actividades 2000 - 2003 de la C. Rosario González de Contreras, presidenta del DIF Naucalpan, se establece que este sistema está estructurado por 6 Subdirecciones:

A) La Subdirección de Desarrollo Social. Es el eje rector del Sistema, por su gran impacto en las comunidades más vulnerables. Se divide en dos apartados:

1.- Los programas para la asistencia a población y sectores vulnerables, tales como:

- *El Programa de Menores en Situación Extraordinaria –MESE-* cuyo objetivo es proporcionar asistencia formativa, educativa y nutricional a menores en situación de calle o en riesgo de serlo, se da atención a menores en zonas receptoras y expulsoras principalmente a aquellos que son obligados a trabajar.
- *Programa de Atención al Adolescente, a la Mujer y a la Madre Adolescente* en donde se pretende incorporarlos a la educación, recreación y actividades laborales, como una forma de potencializar sus actitudes, se abren grupos a los que se les brindan pláticas, talleres, actividades recreativas y deportivas para los jóvenes; cursos, talleres y sesiones terapéuticas para las mujeres y capacitación para las madres o que están en vísperas de serlo; también se tiene un convenio con un hospital aledaño para que puedan acceder al servicio hospitalario.

- *El Programa de Atención a las Personas Adultas Mayores* brinda atención médica, talleres, capacitación y actividades recreativas, culturales y deportivas a las personas mayores de 60 años.
- *Las Jornadas Medico-asistenciales* llevan diversos servicios gratuitos a las colonias del municipio con mayores necesidades, por ejemplo, consultas médicas y dentales, pláticas de fomento a la salud, toma de presión, corte de cabello, registro civil, actividades psicopedagógicas, degustación de soya, administración de suero oral y distribución de shampoo y desparasitantes.
- En *el Programa de Atención Ciudadana -PAC-* se apoya al H. Ayuntamiento brindando los mismos servicios que en las jornadas.
- *El Programa de Atención Psicológica Integral -API-* proporciona atención terapéutica (terapias psicológicas, de lenguaje, aprendizaje y estimulación temprana) a la población en general (individual, grupal, de pareja y familiares).
- *El Programa de Prevención al Alcoholismo y la Farmacodependencia -PREALFA-* focaliza su atención en las medidas preventivas contra el uso y abuso de drogas lícitas e ilícitas.
- *El Programa de Integración Familiar -INFAM-* informa a los padres de familia sobre temas útiles en el fortalecimiento de los lazos afectivos con sus hijos a través de lo que comúnmente se conoce como “escuela para padres”.

2.- En apoyo a la economía familiar se contemplan los siguientes programas:

- *El Programa de Abasto Popular* que tiene como finalidad llevar despensas a bajo costo a las comunidades.
- *El Programa de Asistencia Alimentaria* obsequia despensas a las familias de muy escasos recursos y distribuye desayunos en diferentes escuelas o acceso a los desayunadores comunitarios, además se da orientación nutricional y se han

implementado algunas huertas familiares para que se puedan consumir verduras a bajo costo.

B) La Subdirección de Asistencia Educativa tiene el propósito de ofrecer servicios educativos de reconocido nivel. Tiene bajo su responsabilidad:

- *Estancias Infantiles* en donde se asisten y educan integralmente a menores desde los 4 meses de nacidos hasta los 5 años once meses, en apoyo a las madres que trabajan.
- *Centros de Desarrollo Infantil* que operan con los programas de la SEP (Secretaría de Educación Pública.
- *Centros de Educación Abierta* para adultos en los niveles de primaria, secundaria y preparatoria.
- *Centros de Capacitación* en los que se imparten diferentes cursos como corte y confección, danza regional, aeróbicos, cultura de belleza, globoflexia, filigrana, Karate Do, Tae Kwan Do, manualidades, entre otros.
- *Bibliotecas Interactivas y ludotecas* que intentan fomentar la lectura y el aprendizaje.

C) Las actividades de la Subdirección de Servicio Médico y Dental contemplan:

- *Semanas de salud*, en las que la institución participa en los programas estatales y municipales para la prevención de enfermedades.
- *Servicios médicos y odontológicos* a través de las unidades móviles y de los consultorios periféricos así como de la unidad central.
- *Laboratorio clínico integral*, en el que se realizan estudios de alta calidad al más bajo costo.

- *Farmacia de genéricos*, que ofrece medicamentos a precios accesibles.

D) La Subdirección de Asuntos Jurídicos cuenta con:

- *Un albergue* temporal infantil que da servicio médico, psicológico y educativo a los pequeños extraviados, abandonados o maltratados física, psicológica y/o sexualmente.
- *La Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia* busca la reintegración de los menores a su núcleo familiar, así como la canalización de personas con capacidades diferentes a las instituciones apropiadas para cada caso. Existe también la opción de la adopción de niños.
- *La Clínica del Maltrato* realiza actividades de tratamiento y prevención.
- *Los servicios jurídico-asistenciales* pretenden la conciliación familiar, la tramitación de juicios en situaciones que así lo exijan, en casos como la protección al derecho de pensiones alimenticias, divorcios voluntarios, regímenes de convivencia, reincorporación de menores, etcétera.

E) La Subdirección de Atención a la Discapacidad, trabaja en coordinación con el Instituto Municipal de Atención a la Discapacidad -IMAD- en el que se atienden a personas de cualquier edad que presenten problemas neuromotores, retraso psicomotor, discapacidad intelectual, deficiencia auditiva y de lenguaje, parálisis cerebral, síndrome de Dawn, autismo e hiperactividad, etcétera, operando a través de:

- *Talleres de capacitación laboral.*
- *El Programa de Prevención a la Discapacidad* que implementa pláticas a la comunidad sobre las medidas prácticas para prevenir las causas que originan alguna discapacidad.

F) La Subdirección de Administración es la encargada de administrar los recursos humanos, materiales y económicos de cada una de las áreas que conforman el DIF Naucalpan, se divide en cuatro departamentos principales que son:

- *Personal*, en donde se capacita a los trabajadores en sus diferentes áreas de acción.
- *Servicios generales*, que tiene la responsabilidad en el manejo de los recursos públicos.
- *Adquisiciones*.
- *Fondo III Ramo 33 Recursos Federales*, que lleva a cabo las gestiones necesarias para que se aprueben las acciones de equipamiento.
- *Velatorio*, que da apoyo funerario para las familias menos favorecidas.
- Y se ha implementado recientemente *el sistema de calidad ISO9001: 2000* con la finalidad de obtener la certificación de la Institución.

La Unidad de Promoción para Asistencia Social (Voluntariado) es la encargada de recaudar fondos en beneficio a las comunidades por medio de ventas de bodega, máquinas de refrescos Vending y eventos especiales como rifas, campañas, etc.

El Departamento de Comunicación Social organiza eventos magros para proporcionar esparcimiento en colonias de la zona popular; elabora y distribuye elementos informativos y promocionales como trípticos, volantes, posters, lonas espectaculares, carteles, calcomanías y separadores de libros; se encarga de mantener actualizada la página en Internet y la red interna del sistema. Y por último, el Departamento de Servicio Social recluta estudiantes para realizar prácticas profesionales en los diferentes programas.



### 3.2 El Centro PREALFA I Chamizal

El Programa de Prevención del Alcoholismo y la Farmacodependencia, implementado por el Sistema de Desarrollo Integral de la Familia en el Estado de México a través del área de Desarrollo Social, surge en 1998-99, de la creciente demanda de apoyo psicológico que requiere la población de los municipios de esta entidad con relación tanto al abuso de sustancias tóxicas como a la serie de efectos nocivos en diferentes áreas del desarrollo individual y social derivados de esta problemática.

Este programa se basa en la creación y aplicación de estrategias de intervención en el campo de la prevención y de la rehabilitación, su objetivo reside en evitar la propagación del consumo de drogas, en brindar orientación y tratamiento a las personas que se encuentran en la etapa experimental o social, es decir, que se desenvuelven de manera funcional en sus interacciones con los distintos núcleos (trabajo, familia, estudios, etc.), que no tienen conductas agresivas o síndrome de abstinencia severo, en términos generales, que no han desarrollado alguna patología, pues no se puede poner en riesgo a terceros.

En Naucalpan existen dos centros PREALFA; en el que laboré se denomina I Chamizal y está conformado por un psicólogo que funge como coordinador, una psicóloga, una secretaria que presta sus servicios una vez por semana, una chica de servicio social y la persona de intendencia. Las principales actividades que se llevan a cabo para su funcionamiento son: pláticas, talleres, conferencias, jornadas, eventos promocionales y terapia clínica.

Está ubicado en la calle Lázaro Cárdenas No. 34, Colonia el Chamizal, el horario de atención es de lunes a viernes de 8:00 am a 5:00 pm, su estructura física está constituida por dos cubículos en los que se lleva a cabo la psicoterapia, una recepción con teléfono en donde se da información y se programan citas, un salón de usos múltiples con equipo de audio y video, un consultorio médico independiente del programa, dos sanitarios y un espacio libre.

## 4. ACTIVIDADES REALIZADAS POR EL PSICÓLOGO EN PREALFA

### 4.1 Acciones Preventivas

La actividad básica que realicé como psicóloga con la finalidad de cubrir la meta de brindar atención a los individuos que se encontraban en riesgo de consumir drogas y a las familias que tenían un integrante adicto, se resume en el diseño y la aplicación de programas preventivos, de los que se derivan:

#### 1.- Talleres.

Su estructura es fija ya que contempla la secuencia de los temas, la interrelación entre uno y otro y la duración de las sesiones. En ellos se plantean objetivos específicos para desarrollar *habilidades de tipo social* (comunicación, manejo de conflictos, desempeño académico, convivencia familiar, límites, comportamiento socialmente aceptable, solución de problemas, amistad, noviazgo, sexualidad, entre otras), *de autoconocimiento* (autoconcepto, autoimagen, autoestima, autocuidado, asertividad, hábitos saludables, valores universales, manejo de emociones, toma de conciencia) e *informativas* (conceptos relacionados con la Farmacodependencia, consecuencias de tipo legal, social, físicas y psicológicas del consumo de drogas).

Hay talleres permanentes (una vez por semana) pues gracias a un acuerdo con la secundaria No. 48 José Vasconcelos, los alumnos de cada uno de los grupos y los grados académicos debe asistir a PREALFA. También se trabaja con los alumnos de sexto de primaria en la escuela José Luis Gutiérrez.

Los talleres extraordinarios se llevaban a cabo en el periodo vacacional debido al cierre del ciclo escolar y la convocatoria es abierta, éstos se realizan dos veces por semana.

La población a la cual estuvieron dirigidos principalmente, fue:

\* *Niños (de 6 a 10 años)*

En la primer sesión se promueve un ambiente de *empatía* entre los participantes y la facilitadora, se les da la bienvenida, se sondean expectativas, se establecen las reglas y se aplican dinámicas de integración.

A la siguiente sesión, se aborda el tema de *autoconcepto* con el que se pretende que los niños valoren sus capacidades y limitaciones a través de la percepción que tienen de sí mismos, y que originen alternativas para asumirlas. Se trabaja con un ejercicio de imaginación guiada, dibujos y exposiciones de sus trabajos.

En la tercer sesión se habla de la *autoestima*, se refuerza su importancia sobre todo en la toma de decisiones, las relaciones interpersonales y el desarrollo en general. Los ejercicios (collage, rompecabezas, etc.) que se implementan abarcan el área corporal, psicológica y emocional.

La *asertividad* juega un papel preponderante en la elección y la solución de problemas. Aquí los participantes deben reconocer las habilidades que les permiten expresar sus sentimientos y pensamientos de forma clara tomando en cuenta los diferentes contextos en los que se desenvuelven. Se concientiza acerca de los derechos y obligaciones de los niños.

La quinta sesión se dedica a la *comunicación* y sobre todo a la reflexión de incrementar la de tipo positivo.

En la sexta, se habla de la *familia*, de los tipos y dinámicas que se dan a lo interno, así como de los roles que cada uno de los integrantes desempeña.

La séptima sesión se orienta a la *prevención*, primero se les proyecta la película “Estrellas al rescate” y se les pide que se centren en cómo es que un individuo se inicia en el consumo de drogas, se retoman algunas experiencias de gente que ellos conocen o con la que conviven directamente, después se les proporciona información de las drogas

más comunes, los nombres más usuales, sus efectos y las consecuencias sociales y psicológicas, por último se generan estrategias para “crecer sin drogas”.

Se dedica una sesión a la *creatividad* como vía de difusión, se les pide elaborar un mensaje para prevenir el uso y abuso de sustancias tóxicas.

El taller se cierra con una pequeña celebración en la que se comparten experiencias.

\* *Adolescentes (de 11 a 16 años)*

La primer sesión es destinada para la *presentación y la integración* del grupo, con lo que se pretende crear un ambiente de confianza, respeto y empatía entre los participantes y la facilitadora, esto se hace por medio de dinámicas de bienvenida, encuadre y detección de expectativas.

En la segunda sesión se aborda el tema de *Identidad* para que los participantes analicen los aspectos físicos, afectivos, culturales e intelectuales que les permiten concebirse como personas e identificarse con otras. Se expone el tema y se organiza una discusión de aspectos relevantes, después se elabora alguna actividad manual que permita integrar el concepto, por ejemplo un collage o una dinámica acorde.

La tercer ocasión se dedica a las *relaciones interpersonales* con el objetivo de que ubiquen los elementos que les permitan relacionarse de manera efectiva con los demás (familia, amigos y figuras de autoridad). En equipos se les pide elaborar una lista sobre dichos elementos, se presenta un psicodrama, se discute y retroalimenta hasta llegar a conclusiones individuales y generales.

Para la siguiente sesión se abordan los temas de la *amistad*, el *enamoramiento* y el *amor*, primordialmente para que reconozcan y diferencien las etapas de estos procesos así como la valoración de los recursos psicológicos con los que cuentan para vivenciarlos. Se aclaran las diferencias entre los conceptos y se exponen casos externando su experiencia, pero sobre todo sus emociones al respecto.

La sesión cinco se enfoca en la detección de las conductas que llevan a establecer un *noviazgo* y un *matrimonio*. Se les proyecta la cinta “Cilantro y Perejil” y se promueve la toma de conciencia.

En la sesión seis tratamos el tema de la *sexualidad* con el fin de despejar dudas y reconocerla como inherente al ser humano. Se exponen las etapas de la respuesta sexual humana, los riesgos, los mitos, etcétera. Se ven los cortometrajes “la paloma azul” y “música para dos” y se realiza un debate.

La séptima sesión es dedicada a la *autoestima* y la *asertividad*, en la que se habla de su importancia en la expresión y el mejoramiento de la imagen, el concepto, la valoración y la percepción del mundo. Se explica la pirámide de Maslow, se adjuntan dinámicas de reconocimiento de las características positivas de los participantes, de las habilidades sociales e individuales.

En la siguiente sesión se sensibiliza a los muchachos a cerca de los *problemas actuales* en nuestra sociedad (drogadicción, violencia, apatía, etc.).

En la sesión nueve se les brinda información sobre el *consumo de drogas*, tipos, efectos, causas y consecuencias tanto sociales como psicológicas.

La décima sesión se orienta a la reflexión de la *prevención*, resaltando el fomento de la salud como pilar en la calidad de vida.

Anterior al cierre del taller se trabaja el tema de *proyecto de vida* como alternativa para un sano desarrollo mental.

Se clausura con una evaluación e integración de lo aprendido enfocadas al no consumo, se organiza un convivio llamado “Me divierto sin hacerme daño, no uso drogas” en el que los jóvenes participan con juegos, chistes, comida, refrescos, etc.

\* *Padres*

El programa realizado por el DIF en conjunto con los CIJ (Centros de Integración Juvenil): “Cómo proteger a tus hijos contra las drogas”, se adaptó a las necesidades de nuestra población.

Después de la sesión de *presentación e integración se sensibiliza* a los padres respecto a la problemática por medio de la proyección de la cinta “Como cuates”, en donde se retratan los factores que influyen para que un individuo consuma drogas, se elabora una semblanza de las características (propiedades físicas, psicológicas y sociales) de las drogas más usadas en México.

En la tercer ocasión se orilla a los participantes a reconocer que la *dinámica familiar* es un aspecto sumamente importante en el inicio y el mantenimiento del consumo de drogas. Se exponen el ciclo vital de la familia, las funciones, los roles de los integrantes, su carácter de sistema, etc.

La cuarta sesión está destinada al conocimiento de los hijos, se ubican *etapas del desarrollo* y percepciones que tienen de los padres y de sí mismos.

La quinta sesión se dedica a la *solución de problemas* retomando los conceptos de la comunicación, asertividad, toma de decisiones y valores.

Al final del taller se proponen *alternativas de prevención y cambio*. Se concluye con dinámicas en las que los participantes puedan evaluar e integrar lo aprendido.

## 2.- Pláticas.

Después de que el coordinador del Centro realiza el enlace institucional, el psicólogo se presenta con el Director de la escuela para conocer el espacio físico y el personal docente.

Estas pláticas están dirigidas a niños que cursan el tercer, cuarto, quinto y sexto año de primaria en escuelas aledañas, en total se trabajó en seis escuelas en el turno matutino y en el turno vespertino durante todo el ciclo escolar; también se organizaron para los

padres de familia y maestros, con quienes se contextualiza la magnitud de la problemática y se brindan estrategias sobre todo de comunicación positiva.

Al final de cada plática se les pide a los participantes que elaboren una lista de asistencia y se le solicita al director que firme y selle los comprobantes de que realmente se realizó (Anexo 1).

La primera vez que se aborda un grupo se establecen los lineamientos generales, se promueven los servicios del centro, se explica el objetivo del programa, se sensibiliza ante la problemática y se pone en marcha alguna actividad que permita crear una atmósfera de confianza, atención y respeto; también, se da una breve introducción acerca de los principales conceptos relacionados con la Farmacodependencia tales como droga, tipos de droga, alcoholismo, tabaquismo, dependencia física y psicológica, síndrome de abstinencia, tolerancia y repercusiones generales.

Los temas de las pláticas subsecuentes son:

- *Autoestima* – Se pretende que los niños la reconozcan como un proceso que les permite crecer sanos, exitosos y felices, valorando su persona en tres dimensiones: corporal, mental y social.
- *Asertividad* – Para que los niños comiencen a externar sus pensamientos y sus emociones de una manera asertiva.
- *Triángulo de la salud* – Los escuchas tienen que ubicar las áreas y actividades físicas y mentales específicas que les permiten desarrollar un estilo de vida sano.
- *Comunicación familiar* – Se sensibiliza a los niños en cuanto al rol que desempeñan dentro de sus familias (orientado hacia la integración, vinculación afectiva y funcionalidad de la misma). Se exalta la comunicación positiva dentro del grupo y en el hogar.
- *Factores de riesgo vs. factores de protección* – En esta plática se promueve la concientización a cerca de los principales factores (ambientales, sociales,

familiares, individuales, etc.) que constituyen un peligro de consumo de sustancias tóxicas y los que lo previenen.

### 3.- Conferencias

Éstas tienen un carácter informativo y están dirigidas a los jóvenes que cursan el nivel medio superior (secundarias, CONALEP y preparatorias que asignara la institución).

Los temas que regularmente se exponen, son:

- *Prevención de la Farmacodependencia* – Se plantea el consumo de drogas como un grave problema de salud pública, se enfatiza la manera en que afecta a la familia y se proporciona, a nivel estadístico, el número de personas, la edad de inicio y el tipo de sustancias que se consumen, lo que sucede a nivel nacional respecto a las drogas legales e ilegales, la tolerancia, la dependencia física y psicológica, los adictos funcionales, los disfuncionales, el por qué el sector juvenil es el más vulnerable, entre otros puntos relacionados.

- *Alcoholismo* – Se proporciona información a los escuchas sobre los factores sustanciales y circunstanciales que propician el consumo de alcohol así como la serie de problemáticas que se derivan. Se les da la definición de alcohol, sus características, sus efectos, las etapas de consumo, los signos y síntomas del alcoholismo, la connotación social, la influencia del grupo de amigos, las consecuencias nocivas por el abuso.

- *Tabaquismo* – Se les habla del proceso de dependencia al tabaco, del papel de la presión social para consumirlo, de las enfermedades que se derivan y de los principios ecológicos a considerar para los no fumadores. Se dan cifras y costos de los daños que ocasiona el fumar.

### 4.- Clubes.

Cada semana se trabaja con niños de 8 a 10 años de edad abordando diferentes temáticas y relacionándolas con actividades creativas, deportivas y culturales con el fin



de reforzar valores familiares, tradiciones y costumbres y sobre todo fomentar el trabajo en equipo y la cohesión de grupo.

## 5.- Organización y despliegue de eventos magnos.

Se contemplan todas las fechas importantes señaladas en nuestro calendario (día de reyes, día del niño, 10 de mayo, mes patrio, día de muertos, día internacional de no fumar, día internacional de la lucha contra el tráfico y el uso ilícito de drogas, etc.) acompañándolas de múltiples actividades para conmemorarlas por ejemplo: concursos de carteles en contra de las drogas, ferias, presentación de obras teatrales, bailes, pinta de mantas, concurso de piñatas, oratoria, cine debate, etc.

## 4.2 Acciones de rehabilitación

En cuanto al tratamiento para la rehabilitación de las personas que consumen drogas las principales actividades que realicé, fueron:

### 1.- Psicoterapia.

Después de que el coordinador le transmitió la información básica obtenida durante la entrevista de primera vez, el psicólogo prepara los formatos para armar el expediente de su futuro paciente (Anexos 2 y 3). De primera instancia se lleva a cabo el rapport y el encuadre terapéutico, las sesiones se realizan una vez por semana con una duración de 60 minutos en un horario fijo y los pagos se cubren al inicio de cada mes, posteriormente se recopilan datos relevantes para integrar historia clínica (Anexo 4), se evalúa a través de la aplicación de tests proyectivos, se interpretan resultados, se plasma el diagnóstico y las probabilidades de evolución en el expediente y se esboza un plan de trabajo (Anexo 5) dependiendo de las particularidades del paciente, se registran las generalidades de cada sesión en los formatos de hojas de evolución (Anexo 6), de ser necesario se pide la colaboración de familiares y personas cercanas, se diseñan sesiones en donde se integran a estos sujetos, al término del tratamiento se elabora un documento de baja en el caso de que el paciente haya desertado o de alta si es que se cubrieron

satisfactoriamente los objetivos (Anexo 7) y finalmente se programa una fase de seguimiento.

A continuación expondré uno de los casos que atendí, como representativo del manejo psicoterapéutico que efectué con la finalidad de que el paciente pudiera controlar el consumo de drogas y reinsertarse en sus núcleos significativos (escuela, familia, trabajo, amigos, pareja, etc.) de manera óptima y funcional.

## Caso Clínico.

José fue canalizado por el CETE Tepetzintlan (Centro de Estudios y Terapias Especiales) debido a su inmoderado consumo de alcohol. Se presenta a entrevista en PREALFA el día 3 de julio de 2002, manifestando que comienza a beber cerveza, vino y mezcal un día y continúa toda la semana. Comenzó a los 15 años y se altera mucho cada vez que lo hace, además comúnmente tiene carácter explosivo, a raíz de su consumo ha tenido accidentes e intoxicaciones, golpea objetos, se torna muy agresivo y se ha lastimado el brazo derecho en dos ocasiones no pudiendo recuperarse aún de la lesión. Su familia lo reprende y amenaza con echarlo de la casa. Tiene 21 años, bachillerato trunco, dos hermanos, es católico y ha trabajado esporádicamente como ayudante de mecánico en el taller de su papá. Quiere que se le proporcione ayuda, se le oriente, se apoye a los padres y sobre todo se le enseñe a controlar su manera de beber.

El 10 de julio ingresa al Centro, se le dan a conocer los lineamientos para iniciar el trabajo terapéutico (estilo de terapia, horarios, pagos, documentación, número de expediente). Se recopila información general acerca de su persona y su estilo de vida, se sondea la problemática y se le motiva a ser constante en cuanto a la asistencia. El muchacho se observa con disposición y enfatiza que aunque algo presionado por su familia, pensándolo bien, necesita cambiar. Expresa con fluidez sus pensamientos pero se le dificultan las emociones, tiende a negar la magnitud de la situación.

En su segunda visita se especifican datos para conformar la historia clínica, se le hace firmar un contrato terapéutico (Anexo 8), se recibe la documentación y se le introduce en la fase de evaluación además de que se profundizan las situaciones y conductas

específicas que no son favorables para su recuperación, por ejemplo, su relación con el padre, la autoagresión, la desvalorización de su persona, entre otras. Se le entrega un carnet para registrar los pagos y las asistencias.

El 31 de julio se le pide que ejecute el test proyectivo de K. Machover, la figura humana. Se elabora el estudio socioeconómico (Anexo 9) y se le asigna la cuota mensual que debe cubrir (Anexo10). Menciona que bebió el fin de semana.

Debido al daño en su mano y brazo, se concluye la aplicación de pruebas en esta sesión (HTP y frases incompletas –Sacks-). Se analizaron factores que lo llevan a beber desmesuradamente, se le explicó el término adicción, la noria adictiva y la función y repercusión a nivel orgánico.

Según la interpretación de las pruebas y la consulta del DSMIV, se elabora el diagnóstico, en el cual se resume que se trata de un individuo inseguro y dependiente, con sentimientos de inferioridad muy marcados respecto a la imagen corporal, se observan rasgos de patología psiquiátrica tales como la organicidad y la paranoia, tiene un escaso control de impulsos, poca tolerancia a la frustración y tiende a la depresión, por lo que la posibilidad de adaptación se dificulta. El contacto con la realidad es pobre y superfluo, pero existen señales de confrontación y episodios de actitud reflexiva que hacen considerar la recuperación, para lo que es conveniente la expansión de redes de apoyo, la intervención del grupo familiar y la valoración y el seguimiento médico por ser evidente dependencia tanto física como psicológica.

En la quinta sesión se plantean los aspectos generales del diagnóstico y el plan de tratamiento en el que es preciso trabajar la comunicación, la autoestima, el proyecto de vida, informar todo lo relacionado con el alcoholismo, enfatizar los factores de protección y reestructurar la dinámica familiar. Se pretende evolucionar en un periodo de 4 a 6 meses. Se retroalimentan acciones derivadas del consumo y se aborda el tema de la comunicación, se le pide que mencione estrategias para establecer vínculos fuertes en su familia y se cita a los padres para la próxima sesión.

La sesión inicia con el comentario de que el paciente bebió y discutió fuertemente con sus padres (que por cierto no se presentaron a la cita), lo esencial es rescatar el

comportamiento *a posteriori* de Carlos ya que al siguiente día convoco a su familia para disculpar sus actos, comprometiéndose a mejorar con su ayuda, al parecer se tendió un puente de comunicación distinto al que venia operando en la familia. Se dedicó un espacio para la reflexión sobre la importancia del autoconocimiento y de la dignidad como requisito básico para amarse y respetarse a sí mismo.

Esta vez se presenta la madre y se le explica el proceso y la situación emocional de su hijo, se introduce en el establecimiento de límites y en la revaloración de las creencias y estilos de educación. Se propone terapia familiar.

La novena sesión se retoma el programa de autoestima. Se habla acerca de la dependencia emocional y de la codependencia, se refuerza la importancia del autoconocimiento y la valoración, pero sobre todo la responsabilidad de la propia vida

Se continúa con autoestima, en esta ocasión enfocando los factores de protección, la toma de conciencia del cuerpo, de la mente, de las emociones, las acciones, de la realidad y de los otros. José está contento porque ha decidido retomar sus estudios, ha disminuido considerablemente el consumo de alcohol, y se relaciona de otro modo con su familia y sus amigos, a diferencia de anteriores sesiones en que contenía la expresión de sentimientos, esta vez lo hace con libertad.

En esta sesión se recapitulan aspectos importantes para definir factores de riesgo, se refuerza autoestima y se ve el primero de cinco programas sobre alcohol y alcoholismo del Colegio de México y el Instituto Mexicano de Psiquiatría en el que se retoman los aspectos culturales del consumo. Al final de la sesión se le entrego material para lectura, el primer capítulo del texto “No temas el mal” de Eva Pierrakos y Donovan Tesenga.

En la doceava sesión se retroalimentó la película y la lectura anteriores. Expresó que le agrado el material y resalto la importancia de la valía y la madurez espiritual.

La sesión número trece estuvo destinada a observar el segundo programa que versa sobre los daños fisiológicos del consumo de alcohol. Cabe mencionar que es la segunda semana en que el paciente se ha abstenido de ingerirlo, no ha presentado malestar físico,

pero si una ansiedad casi incontrolable aun cuando trata de canalizarla en otras actividades (académicas, sociales, deportivas, etc.). Se le hace la observación de no evadir esa emoción y se le refuerza positivamente su actitud, se le entrega material para lectura (capítulo 2 y 3 del libro de Pierrakos).

José se mostró muy sorprendido por el contenido de los capítulos, dice que pudo darse cuenta de las cuestiones de su personalidad que siempre ha evadido. Expone los aspectos relevantes de la cinta. Le doy las copias del Capítulo 4 y le pido que elabore los ejercicios que ahí le sugieren

Se revisan los ejercicios realizados (de autoconocimiento, percepción de los demás, etc.) y se ve el tercer programa que trata de las psicosis alcohólicas.

El paciente ha realizado un excelente trabajo reflexivo e individual, se notan cambios importantes en su persona, en sus actitudes, en sus expresiones y en sus relaciones. Le proporciono las copias del siguiente capítulo.

En la decimosexta sesión se concluye la observación y la retroalimentación del cuarto y quinto programa sobre alcoholismo que refuerza las distintas opciones de rehabilitación. Le explico que vamos a hacer una pausa en las lecturas, pero que posteriormente las retomaremos por lo que es importante que mantenga actualizadas las conclusiones a las que ha llegado; está menos ansioso por el periodo de abstinencia.

En esta sesión sólo se observó el film “Réquiem por un Sueño”, se retomaran aspectos relevantes la próxima sesión.

José pudo asociar elementos que se proyectaron en la película aplicables a su realidad, se impacto por los costos sociales, económicos, físicos, etc. que conlleva una adicción, menciona que el fin de semana se tomo una cerveza y que le sorprendió que pudo parar aun cuando sus amigos se burlaron de él y le presionaron para que siguiera consumiendo.

Esta vez se pretende abordar las emociones emergentes de los conflictos que se le han dificultado resolver con personas específicas (su padre y su expareja). Se precisa en la

responsabilidad que el paciente tiene de su propio proceso, se logró concientizar el “enganche” que se origina en estas relaciones lo que le permitió aclarar los roles de cada quien y dejar de culparlos y así mismo disminuir su culpa que de alguna manera venía obstaculizando el crecimiento personal. Con carácter de urgente se cita a la familia, quien no se ha presentado para apoyar el trabajo realizado.

Asisten la madre y la hermana del paciente, se promueve la dinámica familiar centrada en la empatía, la escucha y la reciprocidad necesarias para el proceso de comunicación positiva, se les habla del alcoholismo y de las recaídas y cómo apoyar estas situaciones. Se retoma la lectura de los capítulos del libro de Pierrakos.

Retroalimentación de la lectura y monitoreo del consumo de alcohol. El paciente está muy motivado con la lectura, la que ha concluido por su cuenta adquiriendo el libro, reitera que no ha consumido alcohol, que continua con sus estudios poniendo mayor atención en su desempeño, su relación familiar ha mejorado y está a punto de iniciarse en un empleo.

Evaluación de logros y estructuración de su proyecto de vida. Sus metas parecen claras y realizables. A diferencia de las primeras sesiones tiene motivación para emprender proyectos.

En esta sesión se le dan algunas sugerencias para el periodo vacacional y se refuerzan factores de protección.

Un mes después del último encuentro y a seis meses de haber iniciado la terapia se le pide al paciente que sintetice su evolución. Se le propone el alta del servicio.

Se cierra el trabajo terapéutico, está satisfecho con la realización de objetivos de acuerdo a sus expectativas iniciales, se le pide que firme su documento de alta y se le cita en un mes a manera de seguimiento.

## 2.- Sesión preventiva.

Se estableció como una modalidad de la psicoterapia, de hecho tiene la misma estructura, la diferencia es que se brinda a personas que no tienen problemas de adicción pero conviven con las que si los tienen o son codependientes, generalmente son los hijos o las parejas. De cualquier forma, se abría un expediente y se llevaba a cabo el seguimiento.

## 3.- Orientación o Asesoría Psicológica.

Suele ocurrir que llega gente que de plano no quiere ingresar a un tratamiento o que no es quien está involucrada directamente con el uso de drogas y sólo necesita una orientación al respecto. Esta consiste en una sola sesión en donde por lo regular se aplican principios de terapia breve, pero no hay una continuidad.

## 4.- Canalización.

Cuando el problema amerita terapia formal y nada tiene que ver con el alcoholismo o la farmacodependencia se canaliza a las personas a los llamados Centros de Estudios y Terapias Especiales o en algunos de los casos a otras instituciones especializadas, sobre todo en servicios psiquiátricos.

### 4.3 Acciones promocionales

En este apartado englobaré la serie de actividades encaminadas a promocionar y difundir tanto las funciones del centro como la información referente al consumo de drogas, implementadas con la finalidad de que hubiera mayor afluencia en el lugar y se incrementara la cantidad de gente atendida.

## 1.- Elaboración de material.

Ante cada actividad que lo requiera el psicólogo debe preparar el material de apoyo correspondiente: cuestionarios, láminas, acetatos, trípticos, modelos didácticos, periódicos murales, folletos, etc.

## 2.- Módulo informativo.

El psicólogo es encargado también de dar a conocer los servicios del centro proporcionando información a la comunidad en un módulo de atención, repartiendo trípticos y material promocional y brindando orientaciones.

## 3.- Jornadas asistenciales.

Cuando lo solicita la subdirección, el psicólogo participaba en las jornadas, en donde se llevan diversos servicios a las colonias desfavorecidas del municipio y se motiva a las personas a inscribirse a los talleres, escuchar pláticas, tomar terapia o formar parte de algún grupo de autoayuda.

## 4.4 Acciones administrativas

Son el conjunto de actividades que el psicólogo actualiza e informa a la coordinación respecto a las acciones que desempeña para que el Centro funcione, las cuales corresponden a:

### 1.- Elaboración de documentos.

Es necesario avalar la instancia, la situación del paciente y el funcionamiento del centro, para los fines que a éste convengan y sobre todo que le hayan requerido en otra dependencia, por ello se tienen al corriente expedientes, constancias, cartas, memorandums, tarjetas informativas, convocatorias, etc.



## 2.- Reportes.

Se elabora semanalmente la descripción del producto de las acciones, se dirige a la coordinación para facilitar a su vez el reporte general a la subdirección (Anexo 11 y 12).

## 3.- Juntas informativas.

El psicólogo se reúne con el coordinador por lo menos una vez cada quince días para programar actividades, enterarlo de acontecimientos relevantes y evaluar resultados.

## 5. ANÁLISIS DE LAS ACTIVIDADES Y LOS RESULTADOS OBTENIDOS

### 5.1 Evaluación de la práctica profesional

En mi trayecto profesional de 2 años 6 meses en el campo de las adicciones, pude constatar que la escuela y la familia son ámbitos en donde las personas aprenden a desenvolverse, que determinan la estructuración de su personalidad y las elecciones que guían el curso de su vida, debido a los valores y conocimientos que ahí se transmiten. Qué importante es entonces brindarles los elementos para afianzar una cultura de la prevención, en la que se promueva la responsabilidad, el compromiso individual y colectivo, y el fortalecimiento de los factores que brindan protección e impiden el uso y el abuso de sustancias adictivas.

Sabemos que prevenir es tomar acciones que impidan que algo suceda, en este sentido, las actividades del programa PREALFA se pueden ubicar en los 3 niveles de este proceso (descritos al inicio del reporte):

- a) Prevención primaria. Aquí se proporcionó información, control y educación para la salud, sobre todo en los talleres, las pláticas, las conferencias y los clubes.
- b) Prevención secundaria. Sus elementos sobresalientes fueron la detección temprana y la disminución de riesgo y daño que pudieron concretarse gracias a los acuerdos derivados de los enlaces con otras instituciones, principalmente las escuelas, las actividades que se desprendieron fueron las entrevistas, las orientaciones, las asesorías psicológicas, los módulos y el trabajo con los familiares.
- c) Prevención Terciaria. Se refiere al tratamiento y la rehabilitación en sí. Considero que las acciones correspondientes debieron estar respaldadas por un equipo multidisciplinario, el cual fue imposible conformar debido a las

limitaciones de la institución, no obstante, se realizaron en la psicoterapia y en el grupo de apoyo a familiares.

Las acciones tanto preventivas como promocionales actuaron de dos maneras complementarias; por un lado, mediante el fortalecimiento de los factores de protección y por otro mediante el debilitamiento de los factores de riesgo; se puso mucha atención en la planeación, o sea que se cuidó que los objetivos fueran tangibles y los resultados viables, pues el impacto que se pretendía originar debía de ser gradual, adecuado, significativo y por ende beneficioso para los sectores a los que se dirigió el programa. Para conseguirlo fue prioritario detectar mediante la observación y los entrevistas, los elementos con los que contaba la comunidad, las normas y valores operantes, los mensajes que se difundían y las formas usuales de comportamiento, para conocer los niveles de consumo y las drogas que circulaban en el medio o si es que la drogadicción se percibía como un problema grave o no, y en el que todos deben intervenir para evitarlo o controlarlo, se tomó en cuenta la situación de género, lo que está permitido a los niños y los jóvenes de ambos sexos así como los antecedentes de acciones preventivas en la escuela; en fin, todos los componentes necesarios para conocer el contexto sobre el cual se estaba incidiendo.

Para definir las actividades que se desarrollaron se precisó en su vinculación con el factor de protección al que se dirigía, al comportamiento específico en el que se pretendía incidir y al modo en que esto se lograría, por ejemplo la canalización positiva de la creatividad, el incremento de la participación, la intervención en actividades artísticas, manuales o culturales, la resolución de problemas en las que los jóvenes tenían que dar respuestas de tipo personal, entre otras; todas las acciones se facilitaron debido al uso de material de apoyo como lecturas, videos, música, etc, y al entendido de que no deben limitarse a suministrar información, y si sumárseles una variedad de ejercicios que facilitaran la reflexión del tema, pero sobre todo su funcionalidad en la vida cotidiana, independientemente de la situación a la cual se enfrentarían los jóvenes. Es por eso que los talleres y las pláticas tenían una secuencia en los distintos grupos y una coherencia en las temáticas.

Por medio de un pequeño formato de evaluación y preguntas libres que se les aplicaba al término de cada evento se comparaba la situación inicial vislumbrándose cierta

retención sobre todo de los conceptos y la modificación de algunas actitudes respecto a la percepción del consumo. De hecho algunos niños y adolescentes comentaron que ya no veían tan normal que su padre o cualquier otro familiar fuera alcohólico o drogadicto, incluso les habían comentado que en su escuela había alguien que podía ayudarlos.

En general, extender el programa PREALFA a las escuelas fue muy acertado ya que la interrelación personal, el respeto, la respuesta a las inquietudes, las orientaciones adecuadas según las necesidades particulares de los niños y los jóvenes, el fortalecimiento de la autoestima, la confianza y la expansión de los conocimientos sobre las drogas favoreció indudablemente a la interiorización del desarrollo de habilidades sociales, la concientización del estilo de vida encaminado a la salud y sobre todo la idea de la posibilidad de un futuro menos hostil tendiente a la superación. A esto podemos añadirle que las dinámicas y los ejercicios que se incorporaron propiciaron, en cierta medida, la discusión acerca de la toma de decisiones en el consumo de drogas, así como el manejo de tensión, agresión y conflictos que se derivan de esta problemática, la interrelación con los amigos, el uso del tiempo libre y el pleno desarrollo de las capacidades como herramientas clave para su control y para la abstinencia de quien aun no se ha iniciado, es decir, se favoreció la reflexión conciente en toda la amplitud del término.

Al principio, en el caso de la impartición de las pláticas, fue pesado trabajar con grupos tan grandes y adaptarlas dependiendo de la edad de los escuchas, porque aunque los temas eran los mismos no se asimilaban igual. Otro elemento difícil de concretar fue extender la información al hogar, debido a que cuando se convocaba a los padres mostraban mucha resistencia para asistir argumentando las múltiples actividades que tenían que realizar, hecho que amerita ser analizado a profundidad con la finalidad de proponer otras alternativas de trabajo con ellos. Debido a la ubicación del Centro, a los usuarios les resultaba complicado llegar, de ahí la importancia de redoblar esfuerzos en cuanto a la labor de la promoción y difusión de los servicios.

En el área clínica atendí aproximadamente a 70 personas, la mayoría compartía una particularidad: ninguno solicitaba el servicio voluntariamente y como es de suponerse no manifestaba disposición y mucho menos compromiso para iniciar un trabajo

terapéutico, era una verdadera lucha pues estaban obligados a intentar una de las tantas opciones, tal vez la ultima, que les brindaban sus padres, parejas, jefes de trabajo o maestros, para rehabilitarse antes de ser reclusos de forma permanente en alguna institución.

Esta fue una situación especialmente complicada para mí, pues partía de la convicción de que para que un individuo refiriera cambios respecto a su problemática, es decir, para que realmente hubiera una evolución en un proceso interno, era primordial que la persona tuviera el “deseo” de cambiar, que quisiera y pudiera externarlo independientemente de que no tuviera claridad de qué es lo que quería o cómo lo iba a conseguir. Afortunadamente tuve muy presente que en la carrera estudiamos los modelos de intervención, enfatizándonos mucho la importancia de las técnicas de recopilación de información, siendo fundamental realizar una buena entrevista inicial (y lógicamente subsecuentes), entendida ésta como un instrumento que nos arroja datos relevantes que al ser complementados con otras herramientas como los tests, cuestionarios y demás valoraciones, nos permiten perfilar un diagnóstico certero y proponer un tratamiento favorable.

Constaté que el rapport y el encuadre son esenciales para establecer un óptimo vínculo terapéutico y sobre todo para concientizar al paciente de las ventajas de emprender un trabajo individual en el que se pone en juego su salud mental como una posibilidad de vivir en armonía consigo y con quienes le rodean. Por ello dediqué más de una sesión para fomentar la empatía manteniéndola hasta la última sesión, y en cierto modo a disuadirlo de su negativa a cooperar a través de cuestionamientos que dispararan la concientización de la drogadicción como una alteración de su calidad de vida.

Las personas dependientes a las sustancias están demasiado estigmatizadas, presionadas y carentes, tienen fricciones con sus núcleos sociales más significativos, ellas no necesitan escuchar “las drogas son malas, te destruyen”, eso lo saben porque todos se lo dicen, más bien necesitan escuchar “las drogas pueden ser una opción para ti, pero existen muchas más y resulta emocionante conocerlas....tú decides”. Después de dos o tres sesiones en que los confrontaba a la pregunta ¿continuamos o paramos el proceso que ya iniciaste?, todos decidían continuar.

Las vías diagnósticas que en particular me resultaron funcionales fueron recuperar la historia del paciente hasta llegar a la causa del origen de la adicción, partiendo del presente y remontándonos al pasado. Sin embargo, a parte de plantearle preguntas que dejaran ver desde cuándo se inicio la adicción, si es debida a algún factor en específico, si lo tiene detectado, con que frecuencia reincide, si ha recurrido o intentado otros tratamientos con anterioridad, etcétera, fue preciso dejarle bien claro que la raíz de la adicción no se genera por estímulos externos sino que es parte de una búsqueda agotadora de la felicidad en cosas que están afuera de nosotros y que es nuestra responsabilidad asumirlo o no. También se deben tomar en cuenta la estructura de su personalidad y todo lo que tiene que ver con sus vínculos y la manera en que los establece, con su estilo de vida, con sus percepciones de los otros, de sí mismo y del mundo en general, de sus actitudes y creencias, de cómo confronta los problemas, qué come, cómo duerme, qué le gusta, qué no, y la lección particular que tiene que aprender en esta vida y la general que se refiere a entender que nuestra sociedad de consumo plantea un doble juego en el cual nos sentimos insatisfechos mientras no logramos “tenerlo todo” que sin embargo “nunca será suficiente”.

Sitarlo en “el aquí y el ahora” le permitió sensibilizarse ante el presente, restaurar el contacto con la realidad, responsabilizarle de sus actos, desarrollar sus propios límites e incitarlo a separarse de aquello que le hace daño. Esta concepción fue útil para que el paciente se desenganchara de las circunstancias que lo estaban afectando.

Algunos cambios en el entorno en el que la persona se desenvuelve son necesarios para la rehabilitación, por eso se trabaja con la familia y se le explica que todos tendrán que modificar ciertos aspectos que están influyendo para que se continúe con la adicción, por ejemplo, la comunicación negativa, los reproches constantes, la indiferencia y el maltrato en general tendrán que cambiarse por sus opuestos.

Es común que algún miembro de la familia sea codependiente, esto quiere decir que esté obsesionado con ayudar a la otra persona con tal de no hacerse responsable de su propia vida, lo cual causa un gran daño emocional para ambos porque se gasta energía infructuosamente, pues se basan únicamente en el sentido común y no cuentan con los conocimientos para resolver el problema de forma eficaz, estas personas se tienen que incorporar a un grupo de apoyo o a las sesiones preventivas, la intervención en estos

casos resulta interesante porque ahí se les enseña que no hay que encubrir o disculpar la conducta del otro, que no se debe ser demasiado permisivo o autoritario con él, que no hay que discutir mientras se encuentre bajo el influjo de la droga, que no lo regañe, manipule, ridiculice, critique, subestime o ataque, que tome medidas firmes si es que se niega a obtener ayuda, que no amenace con hacer algo que sabe que no va a cumplir y sobre todo hay que hacerle ver que no puede cambiar a la otra persona y que es más factible que si ella cambia podrá generar un cambio en él.

El tema de las recaídas es obligatorio y merece dedicarle mucho esfuerzo para motivar al paciente a que continúe y lo viva como una especie de crisis para llegar a la cura, tiene que aceptar que los malos momentos no son eternos, que todo se complica si se desespera, que tiene la capacidad de controlar la situación, que esta prueba podría ser la más importante en su vida porque se trata de una decisión de amarse y perdonarse, de anteponerse a todo, de sentirse digno. Esta postura disminuye la angustia que se crea por haber retornado a conductas destructivas cuando ya se había avanzado, se deben resaltar aun más los beneficios de renunciar a una adicción, que la persona se sienta acompañada para que logre rebasar la frontera del miedo y haga más conciente la urgencia de satisfacer sus necesidades básicas.

Estoy convencida de que el tratamiento no sólo debe centrarse en corregir la adicción sino en elaborar un plan integral en el que el individuo logre vivenciar la totalidad de los procesos psicológicos y emocionales que conforman su existencia, es necesario que el terapeuta deje a un lado la idea de la abstinencia como parámetro de salud, pues vivimos en una cultura en la que hay drogas socialmente aceptadas y difíciles de erradicar, como el alcohol y el tabaco, que forman parte de la cotidianeidad. Entonces, lo que se puede hacer es proponer al paciente otras posibilidades de vivir que abarquen cada uno de los componentes que nos hacen humanos, por ejemplo, el individuo tendría que modificar desde sus hábitos alimenticios, escuchar los mensajes de su cuerpo, hacer caso a su intuición y aprender a relajarse, hasta manejar sus emociones y ampliar su percepción del mundo e interrelación con los demás.

Por lo tanto una actitud que ayuda mucho a la recuperación es la identificación y la expresión de sentimientos de forma honesta, directa y oportuna; actitud que se desarrolla por medio de la autoaceptación y por ende de la aceptación de la adicción.

## 6. RELACIÓN ENTRE LA FORMACIÓN UNIVERSITARIA Y LAS ACTIVIDADES PROFESIONALES DESEMPEÑADAS EN LA PREVENCIÓN Y EL TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES

### 6.1 Integración de la teoría y la práctica de la Psicología aplicada al campo de las adicciones.

En 1994, año en que inicié mi formación profesional en la UNAM, se encontraba vigente en Iztacala el plan de estudios propuesto tiempo atrás por Ribes et al (1980), al parecer, sustentado en la necesidad de cambios curriculares no sólo por la modernización educativa sino más bien por cubrir la meta de que el estudiante adquiriera el 100% de los conocimientos y las habilidades especificadas en la totalidad de objetivos instruccionales y que no se limitara sólo a aprobar materias.

El desarrollo académico transcurre durante 8 semestres a través de un programa modular que está constituido por 3 módulos definidos en forma integral y coordinada con base en los objetivos terminales de la carrera: 1) El módulo teórico proporciona al estudiante toda la información requerida como apoyo a los módulos experimental y aplicado, incluye clases, lecturas independientes, tutorías y seminarios; los objetivos son dotar al estudiante de información apropiada y de una concepción paramétrica acerca de la conducta humana que le permitan relacionar los hallazgos del laboratorio con los problemas técnicos que le plantea la practica profesional, ubicarlo en el contexto histórico de los distintos problemas de la Psicología moderna y adiestrarlo en la investigación bibliográfica de modo que sea capaz de integrar y criticar determinada área de conocimientos, así como plantear posibilidades de desarrollo y solución de problemas. 2) El módulo experimental es el conjunto de actividades de laboratorio que van desde la observación de la conducta animal hasta el análisis cuantitativo de los episodios sociales y verbales humanos, este módulo contempla una secuencia de áreas eslabonadas, con hincapié en las continuidades teóricas y metodológicas y parte de los fenómenos más simples a los más complejos, se proporcionan aquí las herramientas



para el diseño, representación e interpretación de situaciones experimentales; sus terminales son el capacitar al estudiante en la identificación de variables y parámetros, reforzar el dominio de las matemáticas, la estadística y la lógica, adiestrarlo en el uso de técnicas que le permitan el diseño y la evaluación posterior de tecnologías aplicadas y enseñarle a analizar los fenómenos del comportamiento en términos paramétricos. 3) El módulo aplicado pretende extender los principios teóricos y las técnicas y procedimientos de laboratorio a las condiciones naturales de trabajo, los objetivos son exponer al estudiante a las situaciones concretas que definen su práctica profesional, analizar las variables empíricas, adiestrarlo en la definición de problemas y objetivos profesionales, en la selección de las técnicas adecuadas para dar soluciones, en la evaluación de los efectos de sus procedimientos y a llevar a cabo seguimientos, trabajo comunitario y profundización en los aspectos jurídicos y sociales de la práctica profesional.

Cabe mencionar que el módulo aplicado condensa los objetivos terminales de la carrera, y el módulo teórico y experimental constituyen su fundamento. Abarca 5 áreas cuyos problemas más representativos son:

- a) Área clínica.- alcoholismo, adicción, consejo matrimonial, patología conductual, perturbaciones infantiles, prótesis geriátrica, rehabilitación física y neurológica, trastornos del lenguaje, obesidad, problemas psicosomáticos y sexuales.
- b) Área social.- mantenimiento de conjuntos habitacionales y transportes, contaminación, prevención de accidentes, programas de nutrición, planeación de población, diseño de tráfico y medios urbanos, delincuencia, organización de grupos, programas de recreación, métodos de crianza infantil, educación pública y analfabetismo, orientación y capacitación ocupacional, educación del consumidor.
- c) Área de educación especial y rehabilitación.- déficits del lenguaje, conductas de autocuidado, impedimentos físicos, perturbaciones emocionales, conducta académica, destrezas motoras, rehabilitación sensorial, adiestramiento vocacional, educación sexual.

- d) Área de educación y desarrollo.- desarrollo de conductas de autocuidado, lenguaje, destrezas motoras y sensoriales, relaciones sociales, actividades recreativas, conductas académicas, solución de problemas, orientación prevocacional.

Estos problemas se presentan en hospitales, escuelas, reclusorios, centros laborales, escenarios urbanos, el hogar, asilos, etc. Y plantean la posibilidad de una actividad interdisciplinaria y una acción preventiva.

El sistema de formación profesional promueve la participación activa del estudiante, la definición de los objetivos en términos conductuales, precisos, jerarquizados y secuenciales, el aprendizaje a nivel individual y grupal, la evaluación en base al cumplimiento total de los objetivos, el profesor participa como un orientador, moderador, supervisor, tutor académico y diseñador de estrategias y no como simple conferencista. Se debe cubrir un total de 313 créditos y cumplir con el requisito de la realización de una tesis y el examen profesional correspondiente.

Concretamente en Iztacala, en cada uno de los semestres que conforman la carrera, se enfatizó la lectura, dicho de otra manera, la búsqueda y revisión bibliográfica de los tópicos básicos de cada materia o área específica de la psicología, por ejemplo: psicología experimental, psicología aplicada, psicología teórica, psicología clínica, etcétera; el contenido de dichas lecturas se comentaba, analizaba y discutía en clase con la finalidad de definir, identificar, seleccionar, criticar y aportar los aspectos relevantes que originan los conocimientos básicos de la psicología y su asimilación, disposición y aplicación a la realidad.

Se trabajó en seminarios introductorios por parte de los profesores y en exposiciones por parte de los alumnos, cuya estructura a parte de los conceptos y significados fundamentales, debía contemplar dinámicas grupales y estrategias didácticas que generaran la participación oral de los escuchas y dieran pie a la retroalimentación. Comúnmente se trabajaba en equipo, lo que permite desarrollar habilidades para confrontar y desenvolverse frente a otras personas, delegar tareas, tomar responsabilidades, respetar opiniones y movilizar la toma de conciencia de aspectos que no se habían tomado en cuenta, enriqueciendo así las ideas y la información. Los

criterios de evaluación giraban en torno a la asistencia, a veces un examen, y el reporte, ensayo o glosa que enmarcara lo abordado durante el semestre.

En gran medida, el programa teórico de cada asignatura estuvo completo, puesto que se abarcó desde el panorama histórico o los antecedentes del tema a desarrollar hasta los fundamentos, transición e integración teórica actual. En cuanto al programa práctico, considero que era necesario rescatar la parte "vivencial" de la formación profesional, es decir, lo que implica ser pasante de psicología y el trabajo individual que tiene que emprender un psicólogo para que los servicios que brinda sean óptimos; respecto a la vinculación de los aspectos teóricos con los prácticos o aplicados de la psicología, puedo destacar que en Psicología Aplicada al Laboratorio aprendí a investigar, por ende a seleccionar, diseñar y aplicar distintas estrategias que me permitieron comprobar y comparar distintas variantes metodológicas. Esencialmente, pude delimitar y fundamentar distintos problemas, plantear objetivos e hipótesis, precisar términos, identificar los factores o variables implicadas, proponer y ejecutar distintos procedimientos, utilizar diversos instrumentos para recopilar datos, para evaluar e interpretar resultados y llegar a conclusiones que dieran pie a nuevas aportaciones.

En mi desempeño como psicóloga en PREALFA, este conocimiento fue básico para elaborar programas de intervención y de prevención con los adolescentes, además de que pude entender que el manejo de metodologías sistemáticas hace fluida la ejecución de cualquier técnica de intervención (la impartición de talleres por ejemplo) ya que hay un sustento teórico que permite contextualizar a los sujetos a los que se dirige y estar muy claros en los objetivos que se pretenden alcanzar; lo que quiero decir es que el apearse a un método siempre nos refiere a la descripción detallada de los procedimientos seguidos y hace que estén disponibles para que puedan ser consultados, replicados o ampliados, en la misma línea, un diseño es importante para contar con cierto control y optimizar la solución de los problemas que pudieran surgir en la aplicación.

Citaré el área de Educación Especial y Rehabilitación Teórica porque en ella se abordó ampliamente la importancia de la intervención multi e interdisciplinaria, la prevención, la desprofesionalización y el trabajo con los padres de familia, todos ellos aspectos fundamentales que se pueden extrapolar en el trabajo con farmacodependientes.

Gracias a la Psicología Social Teórica y Aplicada pude entender el contexto político, social, intelectual y cultural de tiempos pasados y sobre todo de la época contemporánea en donde se ha dado el advenimiento de múltiples teorías, conocimientos, métodos y técnicas que nos permiten comprender el comportamiento humano e ir evolucionando como ciencia junto con sus cambios. De tal forma que, el análisis de eventos pasados junto con el contacto cotidiano con las personas con problemas de adicción me permitieron identificar los procesos psíquicos y los fenómenos culturales que se interrelacionan, forzándome al mismo tiempo a ser más propositiva y conciente de que es necesario estar actualizada respecto a los nuevos patrones o estereotipos que van surgiendo en nuestra sociedad. Es un hecho que las drogas que se consumen hoy no son las mismas que hace algunos años y los usuarios tienen también connotaciones diferentes, lo que obliga a los profesionistas a implementar estrategias de intervención que se adapten a la realidad sociocultural del individuo.

En la asignatura de Desarrollo y Educación Teórica se abordó ampliamente el desarrollo psicológico del ser humano, pieza clave para el análisis de líneas generales acerca de la evolución del individuo, su maduración y la influencia del ambiente. Ciertamente, nadie nace adicto, esto es algo que se aprende, que se va incorporando y que se determina a través de un tipo específico de dominio social, afectivo, cognoscitivo, etc.

La adolescencia es una etapa del ciclo vital del individuo, diversas investigaciones apuntan que es una etapa iniciática en el consumo de drogas por las características críticas que conlleva, razón suficiente para conocerla ampliamente junto con las diferentes aproximaciones teóricas que la sustentan. Cabe mencionar que en esta materia se llevaron a cabo observaciones de casos, encuestas y entrevistas, conceptos que se retomaron y reforzaron en Psicología Clínica como herramientas para la estructuración de un tratamiento coherente y eficaz a la problemática del individuo.

Al identificar y manejar las bases teóricas y metodológicas de algunas aproximaciones psicológicas (sistémica, gestáltica, cognitivo-conductual, psicodinámica, entre otras) tenemos la ventaja de evaluar el problema desde una perspectiva práctica, pero independientemente de la inclinación que se tenga, el psicólogo tiene que dominar elementos básicos del área clínica, por ejemplo: saber entrevistar, optimizar tiempo, organizar recursos, ser objetivo y dinámico, saber guiar con el estilo apropiado a la

persona que está frente a él, proporcionarle un espacio confiable y seguro, hacer que el paciente se centre en su proceso y lo entienda como tal, fomentar cambios y hacerle sentir la necesidad de reeducarse, de aprender cosas nuevas y desvincularse de las estructuras que ya no le son funcionales, concientizarlo de que debe invertir tiempo y esfuerzo para alcanzar una meta, pero sobre todo debe hacerle vivir la posibilidad de tener un lugar y una razón de ser y estar, ayudarle a apropiarse y responsabilizarse de su existencia, proporcionarle la seguridad de que puede, de que esta capacitado para transformar pensamientos, sentimientos, acciones y actitudes.

Lo expuesto hasta aquí es realmente una síntesis de la formación de un psicólogo, quiero destacar que está a la par de las diferentes prácticas y el servicio social que se deben cubrir, valoro en demasía el haber tenido que preparar y dirigir talleres en algunas escuelas primarias y secundarias porque esto me permitió aprender algunos de los tramites burocráticos, diplomáticos y administrativos que se deben seguir al solicitar la impartición de nuestros servicios en otras instituciones; el haber tenido un paciente en la CUSI y orientado a los padres de familia fue de singular importancia para el trato posterior hacia mis pacientes y definir mi propio estilo y línea de trabajo; algo que de la misma forma fue fundamental en mi formación es el plan tutorial de algunas asignaturas, pues me proporcionó la herramientas para desarrollar una actitud autodidacta, congruente y crítica hacia lo ya establecido. Y todo en conjunto me ha dado la seguridad de que mi profesión tiene como esencia ofrecer alternativas orientadas al desarrollo integral del individuo.

## 6.2 El trabajo profesional en una institución.

La modernidad, las crisis económicas y políticas que vive nuestro país y el furor de la certificación *per se* de las empresas e instituciones, exigen un *plus* en el desempeño de los profesionistas, lo que da origen a minuciosos requisitos por cubrir y aumenta el rechazo de aquellas personas que no avalen su experiencia con documentos, que no llenen el perfil ya no de conocimientos sino de cierta apariencia, edad y sobre todo de tiempo laboral ilimitado; lo que impera es la productividad y la resistencia al estrés que crea la competitividad y la necesidad de conservar un puesto con un salario fijo aun cuando éste sea insuficiente para llevar una vida decorosa; cada vez es más complicado conseguir una plaza estable pues los cambios vertiginosos no contemplan la condición humana con sus procesos, sus fallas, sus motivaciones y sus ritmos naturales.

Si el profesionista no tiene un equilibrio integral (físico, emocional, social, mental), al pertenecer a una institución corre el riesgo de institucionalizarse, de cubrir mecánicamente sus actividades, de suprimir sus prioridades, de centrarse más en la cantidad que en la calidad, de no rendir, de perder de vista los procesos y tomar como verdades los resultados. Aquí juegan un papel preponderante las autoridades o quienes están a cargo de la dirección y del manejo de la institución, quienes regularmente no están involucradas en la labor del personal a su cargo pues sólo se interesan por las cifras que justifiquen sus gastos y sus acciones, ya que es una buena estrategia política el hecho de que la mayoría de los ciudadanos los ubiquen como un "equipo que sí cumple", aunque en la realidad existan muchos huecos o vacíos, porque el institucionalizado "hace" que trabaja para no trabajar y esto resta credibilidad y satisfacción personal.

El trabajo multi e interdisciplinario que se supone debería operar no tiene una dinámica clara pues cada quien está enrolado en demostrar que su profesión es mejor que cualquier otra, que tienen la verdad absoluta a costa de demeritar las acciones de los demás, se preocupan más porque las autoridades pongan sus ojos en ellos que en simplemente servir, pero eso sí, en cuestión de responsabilidades o a la hora de asumir algún error se "tiran la bolita" unos a otros y así muestran su falta de ética y profesionalismo.

Un recurso recurrente para conseguir el *plus* de los trabajadores es hacerles sentir que podrían haber hecho las cosas mejor, que les falta algo para alcanzar la *excelencia* y que deben estar eternamente agradecido y fieles a la institución por haberles proporcionado un empleo en estos tiempos, además la manera en que se resuelven los conflictos es anulándolos o castigándolos con movimientos de personal inesperados y sin fundamentos.

La capacitación es casi una utopía, no se invierte en ella porque hay que reducir costos, ningún proyecto es digno de designación de recursos, y si acaso se llegan a aceptar es al final de la administración en turno para justificar gastos.

La lista de carencias institucionales es grande y tal vez no sea funcional rebelarse (aunque sea por escrito) a ciertos parámetros, pero una parte de mí así lo vivió, no obstante, otra parte de mí pudo registrar en la memoria corporal, la experiencia y la plenitud que deja el trabajo cuando simplemente se hace, porque sí, por gusto, por vocación, por compartir los conocimientos adquiridos durante los estudios, por recibir otro tipo de conocimientos que no te da la escuela, te lo dan las gentes, la vida en general; todo lo que mencione al iniciar este apartado quedaba en segundo plano cuando mis pacientes mostraban cambios importantes y se mostraban dispuestos a crecer como personas, más concientes de sí y más responsables de sí mismas, y no es hedonismo ni ego absurdo, o tal vez sí, pero cuando uno realiza las cosas de corazón y con el compromiso para uno mismo y para los otros, uno sabe que está en el camino correcto.

## PROPUESTA

Mi experiencia como estudiante me ha convencido de que hay ciertas particularidades o carencias en el proceso de enseñanza-aprendizaje que se deben contemplar en una propuesta curricular a fin de contribuir a que las personas que egresan de la facultad tengan menos baches teóricos y metodológicos, me refiero específicamente a poner énfasis en la parte “vivencial” de los procesos particulares y generales que se van dando en el trayecto educativo. Creo que se debe motivar aun más a los alumnos a arriesgarse a proponer alternativas nuevas, acordes con la Psicología particular de los mexicanos, y no sólo a adiestrarlos a reproducir los modelos del extranjero; los profesores deberían hacer uso adecuado de los materiales psicopedagógicos de los que se valen para transmitir los conocimientos, por ejemplo, implementar el análisis de medios audiovisuales rescatando no sólo el contenido o la forma de los mismos sino también el contexto, los pequeños detalles o el fondo; también podrían insertar textos literarios de distintos géneros (novela, drama, ficción, etc.) y no sólo textos científicos; no está por demás despertar la sensibilidad hacia el arte, porque constituye una expresión sublime pero real de los procesos psicológicos del ser humano; al promover el análisis de los múltiples eventos universales, los personajes sobresalientes de la historia y sobre todo la dinámica del mundo actual, se puede contribuir a que los estudiantes sean más críticos y propositivos y a centrarlos en el aquí y en el ahora cuando trabajan con las personas; se debe exigir el manejo del lenguaje específico y los términos de mayor trascendencia de cada teoría o corriente psicológica; profundizar en psicopatología, en el funcionamiento general del cuerpo humano y su influencia en la conducta, y sobre todo en la anatomía y fisiología del cerebro; los seminarios de titulación no deberían limitarse a ser opcionales, sino integrarlos en los últimos semestres; incentivar a los estudiantes para que tengan un espacio para su trabajo interior o que se sometan a psicoterapia; formar talleres permanentes para los propios psicólogos y que tengan la oportunidad de observar cómo se desenvuelven sus maestros en la práctica; contemplar la capacitación en el ámbito legal y administrativo y los requerimientos tanto para el trabajo profesional independiente como para el institucional.



En cuanto a las instituciones es imperativo que sean congruentes con las políticas, misiones y visiones que profesan.

Para optimizar el trabajo en adicciones propongo la capacitación inicial y periódica del psicólogo en la que se contemple: el funcionamiento del sistema nervioso con y sin drogas, el amplio conocimiento de las drogas naturales y sintéticas y su acción en el cerebro, la mínima noción de la jerga juvenil y las actividades de su interés y principales inquietudes, análisis minucioso de los filmes “Réquiem por un sueño”, “Transputting”, y otros que contengan temática en adicciones, semblanza de los tratamientos terapéuticos alternativos, manejo de terapia familiar, visitas a los diferentes centros de rehabilitación en adicciones que operan en la periferia del lugar de trabajo.

Es necesario extender redes de apoyo, ampliar y actualizar el directorio de los lugares que brindan apoyo y tratamiento para los adictos y sus familias, darle la importancia debida al tema de las recaídas, la codependencia y las psicopatologías que se derivan del abuso de las sustancias, tener conocimiento de los programas preventivos nacionales e internacionales, realizar investigación para conformar el perfil de los adictos mexicanos, manejar cifras concernientes a la problemática y extender el manejo de las dinámicas grupales.

## CONCLUSIONES

Antiguamente, el consumir drogas tenía otro significado: el de la elevación o la trascendencia espiritual, los fines eran claros y el ritual que los envolvían marcaban un ciclo en la vida del hombre. Actualmente las drogas se utilizan para llenar un vacío, sobre todo existencial, para evadir una realidad inaceptable, además se consumen sin control ni discriminación, lo que acelera el deterioro del organismo y la psique del individuo quien se encuentra atrapado en una fuerte dinámica comportamental de evasión y de mucho sufrimiento.

La sociedad está cambiando, los significados también, los jóvenes que se drogan hoy son diferentes de los de antaño, empecemos por entender y aceptar esto para poder actuar sobre las causas e incidir en la problemática, y no está por demás detenernos aquí para responder la interrogante: ¿qué significado tiene consumir droga para los jóvenes? Es simple, para ellos es más de afiliación, de convención y de que “todo el mundo lo hace”.

Particularmente, creo que una cultura de la abstinencia se torna difícil en nuestro tiempo debido al bombardeo de información y a la sobreestimulación de los sentidos; más bien estoy a favor de generar conciencia y reforzar las posibilidades que tiene el individuo para desarrollar otra manera de vivir, un estilo de vida sano que contemple cada una de las dimensiones de la condición humana sin dejar de lado la vinculación estrecha de lo social y lo individual.

En la intervención con jóvenes es necesario partir de las creencias y actitudes que imperan en la vida moderna, en contraste con las que dominaron hace al menos dos décadas, debemos aceptar y adaptar los cambios conceptuales y las marcadas diferencias psicológicas que la sociedad occidental no puede contrarrestar ya que no existen ritos de iniciación o consagración, lo que dificulta el tránsito por esta etapa de vida y dramatiza la serie de cambios físicos en la transformación emocional, social, sexual e intelectual de los muchachos.

La juventud es un ciclo, un periodo, una forma de estar en la vida y de conocerla, tiempo de curiosidad, capacidad de aprender, innovar, revelarse y transformar; los jóvenes son actores sociales concretos con necesidades específicas, experiencias subjetivas y una determinada manera de ver y actuar en el mundo. La juventud obedece en sus movimientos y acciones, a la presión social: es una juventud llevada al límite y obligada a su autodefensa, por ello, como psicólogos tenemos que ser más creativos en la ayuda que ofrecemos para que las personas puedan vivir un presente y un futuro sin tantos conflictos.

Los profesionales de la Psicología debemos centrarnos en la reducción de la gravedad de los problemas individuales y sociales ligados al uso indebido de drogas, y en la prevención para fomentar el desarrollo integral, pues cuanto mayor sea la armonía psicológica de un hombre, mayor será su íntima satisfacción y su disposición para producir satisfactores a los demás, y más firme será su resistencia contra las agresiones ambientales, los sobrecargos emocionales o las influencias dañinas.

Puede ser que la falla de algunos de los programas de prevención e intervención tenga que ver con la visión limitada de la Farmacodependencia, con la ignorancia de las verdaderas raíces o con el perder de vista todas las dimensiones del problema, por consiguiente la formación y las oportunidades de inserción del psicólogo podrían incluir más aspectos que permitan unificar realmente la teoría y la práctica, no minimizar la capacitación constante y equilibrar la importancia de lo cualitativo y lo cuantitativo.

## REFERENCIAS

- Barragán, T. N., Heredia, A. C., y Gómez, L. E. (1989). Perfil del Psicólogo Clínico. En; J. Urbina **El psicólogo, ejercicio profesional. Prospectiva.** (285-293). México.: UNAM.
- Centros de Integración Juvenil (1999). **Cómo proteger a tus hijos contra las drogas.** México.: Autor
- Centros de Integración Juvenil. (2000). **Estudio epidemiológico del consumo de drogas.** México.: Autor
- Cruz, F. ( 2001). “Supera los 240 mil estudiantes que consumen algún tipo de droga en el DF: Pedro Peñaloza”. El Sol de México (México), 6.
- De la Garza, M. (1997). **La juventud y las drogas.** México.: Trillas.
- Desarrollo Integral de la Familia. (2002). **Informe de actividades.** Estado de México.: Autor
- Domingo, I. G., Fernández, D. J., Javiedes, R. M. et al (1989). Hacia el perfil profesional del psicólogo social. En; J. Urbina **El psicólogo, ejercicio profesional. Prospectiva.** (296-297). México.: UNAM.
- Dusek, D. E. y Giordano, D. A. (1990). **Drogas: un estudio basado en hechos.** México. Sitsa
- Encuesta Nacional de Juventud. (2000). **Jóvenes mexicanos del siglo XXI,** México.: Autor
- Fernández, F. (1989). **Psicología Médica y Social.** (Cap. 47). España.: Salvat.
- Hopenhayn, M. (1999). “La droga más allá de la droga”. Jóvenes: Revista de estudios sobre juventud, 3,(8), 168-175.

Inglis, B. (1975). **El juego prohibido**. España.: Tikal

Instituto Mexicano de la Juventud. (2000). **Jóvenes e Instituciones en México 1994-2000: actores, políticas y programas**. (25,37-39), México.: Autor

Instituto Mexicano de la Juventud. (2000). **Jóvenes: una evaluación del conocimiento, investigación sobre juventud en México 1986-1999**. Tomo II, México.: Autor

Madden, J. **Alcoholismo y Farmacodependencia**. México.: Manual Moderno.

**Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales**. (2001). España.: Masson

Masson, E. (1986). **Prevención del uso indebido de drogas**. México.: Trillas.

Programa “Vive sin drogas”

Ramos, L. L., Pérez, C. E. y Romero, M. M.(1999). “La criminalización de la violencia juvenil”. Jóvenes: Revista de estudios sobre juventud, 3,(8), 108-121.

Ribes, E., Fernández, G., Rueda, M., Talento, M y López, F. (1980). **Enseñanza, ejercicio e investigación en psicología: un modelo integral**. México.: Trillas.

UNAM. **Perfil de los alumnos egresados del nivel licenciatura de la UNAM**. 8vo. Reporte, oct. 1994-1995. México.: Autor

Urbina, J, compilador. (1989). **El psicólogo, formación, ejercicio profesional y prospectiva**. México.: UNAM.

Whittaker, J. (1977). **Psicología**. México.: Interamericana.

[www.dif.gob.mx](http://www.dif.gob.mx)

[www.tni.org/drogas/proyecto/drogas/htt](http://www.tni.org/drogas/proyecto/drogas/htt)

## ANEXOS

## Anexo 1: Comprobante de impartición de pláticas conferencias y talleres



SISTEMA  
MUNICIPAL  
NAUCALPAN

## DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN PSICOLOGICA INTEGRAL

PREVENCIÓN AL ALCOHOLISMO Y LA FARMACODEPENDENCIA  
COMPROBANTE DE ACTIVIDADES

FECHA \_\_\_\_\_

HORA: \_\_\_\_\_

- PLATICA  
 CONFERENCIA  
 TALLER INFORMATIVO  
 CURSO

INSTITUCION: \_\_\_\_\_

- ESCUELA  PUBLICA  
 PRIVADA  
 CASA DE LA CULTURA  
 COMUNIDAD  
 GRUPO ORGANIZADO

NOMBRE DE LA

INSTITUCION \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA

ACTIVIDAD \_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_

OBJETIVO \_\_\_\_\_

DESARROLLO \_\_\_\_\_

COMENTARIOS

PSICOLOGO \_\_\_\_\_

No. DE PARTICIPANTES: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

INSTITUCION





## Anexo 3: Primer hoja para conformar expediente

TRABAJAMOS POR EL BIEN COMÚN  
1997-2000



SISTEMA  
MUNICIPAL EN  
NAUCALPAN DE JUÁREZ

### HOJA FRONTAL

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_  
 FECHA DE INGRESO \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_  
 DOMICILIO \_\_\_\_\_  
 NOMBRE DE LA MADRE \_\_\_\_\_  
 NOMBRE DEL PADRE \_\_\_\_\_  
 NOMBRE DEL CONYUGE \_\_\_\_\_  
 LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_  
 CLASIFICACION SOCIO-ECONOMICA \_\_\_\_\_  
 PSICOLOGO RESPONSABLE \_\_\_\_\_  
 CANALIZACION \_\_\_\_\_

| FECHA DE INASISTENCIA | FECHA DE SOLICITUD<br>(VISITA DOMICILIARIA) | FECHA DE LA VISITA<br>TRABAJO SOCIAL |
|-----------------------|---|--------------------------------------|
|                       |   |                                      |
|                       |   |                                      |
|                       |   |                                      |
|                       |   |                                      |

FECHA Y MOTIVO DE BAJA \_\_\_\_\_

| IMPRESION DIAGNOSTICA<br>FECHA | PROBLEMA | TRATAMIENTO |
|--------------------------------|----------|-------------|
|                                |          |             |
|                                |          |             |
|                                |          |             |
|                                |          |             |

| DIAGNOSTICO DEFINITIVO |        | DIAGNOSTICO | TRATAMIENTO |
|------------------------|--------|-------------|-------------|
| FECHA                  | CODIGO |             |             |
|                        |        |             |             |
|                        |        |             |             |
|                        |        |             |             |
|                        |        |             |             |

FECHA Y MOTIVO DE ALTA \_\_\_\_\_

## Anexo 4: Instrumento para recopilar datos y conformar historia clínica



TRABAJAMOS POR EL BIEN COMUN  
1997-2000



SISTEMA  
MUNICIPAL EN  
ESTADO DE MEXICO NAUCALPAN DE JUAREZ

### HISTORIA CLINICA

MOTIVOS DE LA CONSULTA:

HISTORIA DEL PROBLEMA:

1.- QUE SUSTANCIA (S) HAS CONSUMIDO:

A QUE EDAD INICIO EL CONSUMO:

POR QUE CONSIDERAS, QUE TU INGESTA CONSTITUYE UN PROBLEMA:

QUE MOTIVO A CONSUMIR LA PRIMERA VEZ:

COMO TE SENTISTE ANTES DE CONSUMIR:

COMO TE SENTISTE DESPUES DE HABER CONSUMIDO:

COMO TE SENTISTE AL COMBINAR LAS SUSTANCIAS:

DESPUES DEL PRIMER CONSUMO QUE TE MOTIVO PARA SEGUIR CONSUMIENDO:

CUANDO FUE LA PRIMERA VEZ QUE CONSUMISTES:

CADA CUANDO CONSUMES DROGAS Y EN QUE CANTIDAD:

DURANTE TUS PERIODOS DE CONSUMO, HAS COMBINADO CON OTRAS SUSTANCIAS:

CUANDO HAS DEJADO DE CONSUMIR QUE MOLESTIAS SE HAN PRESENTADO:

QUE HAS HECHO O A QUIEN HAS RECURRIDO PARA SOLUCIONAR ESTE PROBLEMA:

HISTORIA DEL SUJETO:

### Anexo 5: Registro de diagnóstico y metas terapéuticas



SISTEMA  
MUNICIPAL  
NAUCAIPAN

#### SUBDIRECCIÓN DE DESARROLLO SOCIAL DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA INTEGRAL *CENTRO DE PREVENCIÓN AL ALCOHOLISMO Y LA FARMACODEPENDENCIA*

#### PLAN DE TRABAJO TERAPÉUTICO

Paciente: \_\_\_\_\_

No. Exp \_\_\_\_\_ Fecha de Ingreso \_\_\_\_\_

Dx \_\_\_\_\_

Tx (áreas de intervención)

\_\_\_\_\_ % de logro \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ % de logro \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ % de logro \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ % de logro \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ % de logro \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ % de logro \_\_\_\_\_

Tiempo estimado de tx \_\_\_\_\_

Observaciones \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## Anexo 7: Registro de alta en el trabajo terapéutico



SISTEMA  
MUNICIPAL  
NAUCALPAN

SUBDIRECCIÓN DE DESARROLLO SOCIAL  
DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA INTEGRAL

*CENTRO DE PREVENCIÓN AL ALCOHOLISMO Y LA  
FARMACODEPENDENCIA*

REGISTRO DE ALTA

Por medio de la presente se informa que el paciente \_\_\_\_\_ con número de expediente \_\_\_\_\_ es dado de alta a partir del día \_\_\_\_\_ por haber concluido satisfactoriamente los objetivos planteados en el proceso terapéutico en el servicio de \_\_\_\_\_ del Centro de Prevención al Alcoholismo y la Farmacodependencia \_\_\_\_\_.

Quedando a consideración del Coordinador del centro su reingreso.

ATENTAMENTE

“Trabajamos para ser mejores”

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma  
Psicólogo responsable

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma  
Coordinador de Centro

## Anexo 8: Formato de contrato terapéutico

### *CENTRO DE PREVENCIÓN AL ALCOHOLISMO Y A LA FARMACODEPENDENCIA*

#### PREALFA

#### CONTRATO TERAPÉUTICO

- Asistir con puntualidad a la terapia, respetando el horario asignado con 10 minutos de anticipación
- Presentar el **CARNET**, momentos antes de iniciar la terapia en trabajo social (obligatorio)
- En caso de pérdida y/o maltrato del Carnet, se pagará la reposición .
- Los pagos deberán realizarse los 5 primeros días de cada mes. En caso de no cubrir la mensualidad correspondiente, no se permitirá el acceso a la terapia.
- Avisar con 24 hrs de anticipación , cuando no este en condiciones de asistir a la terapias. En caso de que el paciente sufra de alguna enfermedad contagiosa deberá notificar a trabajo social de inmediato y en cuanto se restablezca presentara su justificante medico para reincorporarlo al servicio.
- Serán motivo de baja cualquiera de las siguientes circunstancias:

1. Falta de pago
2. Acumular 2 faltas consecutivas y
3. Acumular en un mes 3 faltas sin justificación .

- El interesado se presentara en condiciones de higiene adecuados
- No se proporcionara el servicio si el interesado se encuentra bajo los efectos del alcohol y / o drogas
- La persona que acompaña al paciente, deberá permanecer en el Centro durante y hasta que concluya la terapia .(niños menores de 13 años)
- En caso de ser requerida la presencia de algún familiar , este deberá acudir, de lo contrario se suspenderá la terapia
- En caso de no cumplir cualquiera de los puntos anteriores , se deberá firmar una *carta compromiso*.
- Asistir a junta mensual en fecha y hora convenidas.

ME COMPROMETO A CUMPLIR CON LOS PUNTOS ESTABLECIDOS EN ESTE CONTRATO ,  
ACEPTANDO QUE DE INCURRIR EN ALGUNO DE ELLOS PODRÉ SUFRIR BAJA DEFINITIVA

-----  
INTERESADO

## Anexo 9: Estudio socioeconómico para designar cuota mensual

C E N T R O D E A S E S O R I A

ESTUDIO SOCIOECONOMICO

FECHA \_\_\_\_\_

1.- DATOS DE IDENTIFICACION:

NOMBRE: \_\_\_\_\_ N° EXP: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_ LUGAR DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_

NOMBRE Y PARENTESCO DE LA PERSONA ENTREVISTADA:

2.- MOTIVO DE ESTUDIO: \_\_\_\_\_

2.1 ESPECTATIVAS DE LA TERAPIA: \_\_\_\_\_

2.2 FAMILIARES CON PADECIMIENTOS SIMILARES:

3.- ORGANIZACION E INTEGRACION FAMILIAR:

3.1 DINAMICA FAMILIAR:

4.- SITUACION ECONOMICA FAMILIAR.

4.1 INGRSO MENSUAL \$ \_\_\_\_\_

4.2 QUIEN (ES) APORTAN: \_\_\_\_\_

4.3 ENGRESO MENSUAL \$ \_\_\_\_\_

ALIMENTACION \$ \_\_\_\_\_

ESCUELA \_\_\_\_\_

AGUA \_\_\_\_\_

LUZ \_\_\_\_\_

TELEFONO \_\_\_\_\_

TRANSPORTA \_\_\_\_\_

RENTA \_\_\_\_\_

VESTIDO \_\_\_\_\_

GAS \_\_\_\_\_

OTROS \_\_\_\_\_

ESPECIFIQUE:



4.4 OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

5.- ALIMENTACION FAMILIAR POR SEMANA.

ALIMENTOS:

SOYA \_\_\_\_\_ CARNE \_\_\_\_\_ HUEVO \_\_\_\_\_ LECHE \_\_\_\_\_

VERDURAS \_\_\_\_\_ LEGUMINOSAS \_\_\_\_\_ FRUTA \_\_\_\_\_ AGUA \_\_\_\_\_

5.1 NUMERO DE COMIDA AL DIA:

5.2 HORARIO DE INGESTA DE ALIMENTOS

DESAYUNO \_\_\_\_\_ COMIDA \_\_\_\_\_ CENA \_\_\_\_\_

6.- VIVIENDA:

6.1 LOCALIZACION:

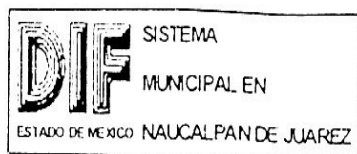
7.- DIAGNOSTICO SOCIAL.

8.- EVALUACION DE LA SITUACION ECONOMICA FAMILIAR

8.1 CUOTA A PAGAR: \$ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
TRABAJADORA SOCIAL.

## Anexo 10: Cuotas para usuarios, vigentes hasta el 2002



Tesorería

Departamento de Ingresos y Egresos

Cuotas para Centros de Terapias Especiales 2001

| Concepto           | Importe         |
|--------------------|-----------------|
| Primera Entrevista | \$ 22.00        |
| Inscripción        | \$ 27.50        |
| Mensualidad        | según tabulador |

Tabulador Cuotas 2001

| Rango  | Salario Mínimo | Salario Mensual | Porcentaje | Cuota Mensual 4 sesiones | Cuota Mensual 8 sesiones | Costo unitario Sesión |
|--------|----------------|-----------------|------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------|
| exento | 37.9           | 1,137           |            |                          |                          |                       |
| J      | 37.9           | 1,137           | 2%         | 25.00                    | 50.00                    | 6.30                  |
| I      | 75.8           | 2,274           | 2%         | 50.00                    | 100.10                   | 12.50                 |
| H      | 113.7          | 3,411           | 2%         | 75.00                    | 150.10                   | 18.80                 |
| G      | 151.6          | 4,548           | 2%         | 100.10                   | 200.10                   | 25.00                 |
| F      | 189.5          | 5,685           | 2%         | 125.10                   | 250.10                   | 31.30                 |
| E      | 227.4          | 6,822           | 2%         | 150.10                   | 300.20                   | 37.50                 |
| D      | 265.3          | 7,959           | 2%         | 175.10                   | 350.20                   | 43.80                 |
| C      | 303.2          | 9,096           | 2%         | 200.10                   | 400.20                   | 50.00                 |
| B      | 341.1          | 10,233          | 2%         | 225.10                   | 450.30                   | 56.30                 |
| A      | 379.0          | 11,370          | 2%         | 250.10                   | 500.30                   | 62.50                 |

## Anexo 11: Formato para la Coordinación en el que se cuantifican las actividades realizadas por el psicólogo



DIF NAUCALPAN  
SUBDIRECCION DE DESARROLLO SOCIAL  
DEPARTAMENTO DE ATENCION PSICOLOGICA INTEGRAL

CENTROS DE PREVENCION AL ALCOHOLISMO Y LA FARMACODEPENDENCIA

### CONTROL DE HORAS DE ACTIVIDADES

SEMANA \_\_\_\_\_

| DIA HORA  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|-----------|---|---|---|---|---|---|---|
| LUNES     |   |   |   |   |   |   |   |
| MARTES    |   |   |   |   |   |   |   |
| MIERCOLES |   |   |   |   |   |   |   |
| JUEVES    |   |   |   |   |   |   |   |
| VIERNES   |   |   |   |   |   |   |   |

SEMANA \_\_\_\_\_

| DIA HORA  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|-----------|---|---|---|---|---|---|---|
| LUNES     |   |   |   |   |   |   |   |
| MARTES    |   |   |   |   |   |   |   |
| MIERCOLES |   |   |   |   |   |   |   |
| JUEVES    |   |   |   |   |   |   |   |
| VIERNES   |   |   |   |   |   |   |   |

SEMANA \_\_\_\_\_

| DIA HORA  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|-----------|---|---|---|---|---|---|---|
| LUNES     |   |   |   |   |   |   |   |
| MARTES    |   |   |   |   |   |   |   |
| MIERCOLES |   |   |   |   |   |   |   |
| JUEVES    |   |   |   |   |   |   |   |
| VIERNES   |   |   |   |   |   |   |   |

SEMANA \_\_\_\_\_

| DIA HORA  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|-----------|---|---|---|---|---|---|---|
| LUNES     |   |   |   |   |   |   |   |
| MARTES    |   |   |   |   |   |   |   |
| MIERCOLES |   |   |   |   |   |   |   |
| JUEVES    |   |   |   |   |   |   |   |
| VIERNES   |   |   |   |   |   |   |   |

| TOTAL              | ACCIONES | BENEFICIADOS |
|--------------------|----------|--------------|
| PLATICAS           |          |              |
| TALLERES           |          |              |
| CLUB               |          |              |
| HISTORIA CLINICA   |          |              |
| VALORACION         |          |              |
| TERAPIA INDIVIDUAL |          |              |
| TERAPIA DE PAREJA  |          |              |
| TERAPIA FAMILIAR   |          |              |

**SIMBOLOGIA**  
 P=PLATICA  
 T= TALLER  
 C= CLUB  
 HC= HISTORIA CLINICA  
 V=VALORACION  
 TI=TERAPIA INDIVIDUAL  
 TP= TERAPIA DE PAREJA  
 TF= TERAPIA DE FAMILIA  
 F= FALTA  
 FJ=FALTA JUSTIFICADA.

A=CAPACITACION Y ANALISI  
 J=JUNTA  
 D=ACTUALIZACION EXP.  
 R= REVISIÓN DE EXPEDIENTES

