

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA**

***ANÁLISIS DE LOS PROGRAMAS PREVENTIVOS DE
ADICCIONES INSTRUMENTADOS EN LOS CENTROS DE
INTEGRACIÓN JUVENIL***

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

ALUMNA: SANTANDER ROSAS MARÍA DE JESÚS

NÚM. DE CUENTA: 097160298

**TELÉFONO: 56 91 02 10 ó 56 90 49 31
marychuysr@yahoo.com.mx**

DIRECTORA: ELSA GUEVARA RUISEÑOR

TELEFONO: 56 18 35 17 ruisenor@servidor.unam.mx

INFORME DE SERVICIO SOCIAL

**DE AGOSTO DEL 2005 A MAYO DEL 2006 EN CENTROS DE
INTEGRACIÓN JUVENIL A. C.**



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

A mis hermanos Pepe, Lucio y Rosario Santander Rosas

A mi amado y apreciado hijo Lucio Yohualli

A mis sobrinos Thalía, Joshua y Linda Mary

Al lector

Agradecimientos

A Dios, a la Vida,
por permitirme estos momentos.

A mis padres María Rosas y Gonzalo Santander,
por su apoyo incondicional.

A mi esposo Tlalok,
por su motivación y apoyo.

A mis tíos Ángeles y Carlos,
por su apoyo.

A mi terapeuta Patricia Reyes,
por su gran ayuda en mi proceso personal.

A mi asesora Elsa Guevara Ruiseñor,
porque su guía y conocimientos abrieron mi mente en la realización del
presente trabajo.

A cada uno de los sinodales, Alma Cedillo, Silvia Mercado, Ana
María Rosado y Edgar Pérez,
porque con sus observaciones ayudaron a enriquecer éste
trabajo.

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I. CONSUMO DE DROGAS	
1.1 Antecedentes históricos del uso de drogas	8
1.2 definición de la palabra droga	13
1.3 Tipos de drogas más usadas y sus efectos	14
1.4 Uso, abuso y dependencias	21
1.5 Formas de consumo	23
1.6 Factores de riesgo del consumo de drogas	24
1.7 La cara femenina del fenómeno de la farmacodependencia	30
1.8 Factores de protección	39
CAPITULO II. PREVENCIÓN	
2.1 Delimitación conceptual de prevención	47
2.2 Tipos de prevención	47
2.3 Teorías de prevención	52
2.4 Educación para la salud	57
2.5 El papel del psicólogo en la prevención	60
La farmacodependencia en cifras	62
CAPITULO III. ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO DE SERVICIO SOCIAL, EN LOS CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL.	
3.1 Tipos de proyectos preventivos	76
3.2 Proyectos de Información	77
3.3 Proyectos de Orientación	80
3.4 Actividades Inespecíficas de Prevención	83
ANÁLISIS	91
CONCLUSIONES Y ALGUNAS PROPUESTAS	104
ALGUNAS REFLEXIONES FINALES	113
BIBLIOGRAFÍA	120

INTRODUCCIÓN

El consumo de sustancias que hoy llamamos drogas, es una práctica que ha acompañado a la humanidad desde sus inicios; pero es bajo condiciones actuales cuando esta práctica se torna un problema social y de salud pública, adquiriendo el nombre de farmacodependencia. Las condiciones en las que consumían algunas de estas sustancias nuestros antecesores (y aún algunos pueblos) eran muy diferentes a las actuales, entre otras cosas, su uso era muy cuidado, situándose dentro de rituales específicos, quedando restringido a rituales ceremoniales y a personas que tenían una función dentro de la comunidad.

Aunque estas formas no son motivo del presente trabajo; sí son antecedentes importantes a considerar, porque abren nuestra visión del uso de drogas y nos sitúa en cómo se diferencia y construye actualmente la farmacodependencia, así como las acciones tomadas por los gobiernos para enfrentar los problemas sociales y de salud que se derivan de su uso. Sin embargo y como más adelante precisaremos, el terminar con el problema de la adicción a sustancias, tiene que ver con mucho más que la buena fe y las acciones tomadas por los gobiernos, sus políticas y asociaciones independientes; ya que la drogodependencia esta sostenida por múltiples factores, entre los que podemos mencionar la situación política y económica de un país, la cual impacta en las opciones de vida de los sujetos, de sus familias y de sus comunidades.

Así por ejemplo, muchas de las políticas económicas llevadas a cabo en los últimos años tanto por gobiernos federales como estatales, han dado lugar a una constante inestabilidad económica, que limita las posibilidades de encontrar empleos estables que ofrezcan pagos justos y equitativos al trabajo realizado, y que generan en la población estilos de vida demasiado estresantes con dobles o triples jornadas de trabajo, donde la concentración de riqueza en manos de unos

pocos, se traduce en mayor pobreza, miseria y marginación para la mayoría, lo que beneficia al narcotráfico y su narcoeconomía.

Asimismo existe cada vez menor movilidad social entre la población en especial entre los egresados de las universidades públicas y una creciente falta de apoyo económico al desarrollo social, deportivo y recreativo de los/as jóvenes, que cierra los horizontes de futuro a las nuevas generaciones.

Al mismo tiempo, la sobre explotación de los recursos naturales, la contaminación ambiental con el consecuente deterioro de la salud y la calidad de vida. Todo ello genera en los sujetos y población en general (además de hambre y desnutrición, carencias materiales) miedos, tristeza, enojo, angustia, desesperanza, depresión, molestia, inconformidad, vacíos, estrés, etc. que se expresa en diversas y variadas alteraciones emocionales que en la mayoría de las veces, no son reconocidas y mucho menos atendidas dentro de los esquemas “objetivos y científicos” de las ciencias de la salud que tienden a medicalizar y biologizar los problemas sociales o psicológicos.

Esta tendencia a medicalizar los malestares físicos o psíquicos, centrándose en los individuos, órganos, tejidos, células, y restando importancia a los contextos y situaciones en los que se generan las alteraciones sociales o psicológicas, como son las condiciones económicas, estilos de vida, tiempo y condiciones de trabajo, relaciones en la familia y la comunidad, resta importancia también a cuestiones geográficas, ecológicas, culturales, emocionales, existenciales, factores de género que están en la base de muchas afecciones psicológicas. Además la sociedad en que vivimos genera pautas de comportamiento social obsesivo-compulsivo, consumista, y promueve formas de relación basadas en los estereotipos marcados por los medios de comunicación, que funcionan muy bien como medio de control social.

El modelo médico ha sido hasta ahora el paradigma que ha sustentado las acciones institucionales y las políticas de organismos y asociaciones

“independientes”, como es el caso de Centros de Integración Juvenil AC (CIJ) dedicados a la atención de la adicción a sustancias adictivas, que consideran las adicciones como una enfermedad social, (diagnóstico muy general y al mismo tiempo muy parcial del actual uso de drogas) y un problema de salud pública, olvidándose de las particularidades de las poblaciones que consumen droga, como son el género, la cultura, la edad, el grupo de referencia, el estatus social, entre otras cosas. Es decir es bajo la línea del modelo médico-psiquiátrico que se enmarca la farmacodependencia como problema, jugando una postura asistencialista.

De esta manera tratando de contextualizar no sólo el actual uso de drogas; sino el papel de las instituciones públicas y privadas que dan atención al problema de la farmacodependencia, se presenta en este informe de servicio social, las actividades realizadas del 29 de agosto del 2005 al 28 de mayo del 2006, en uno de los lugares más reconocidos en la “lucha” antidrogas, los Centros de Integración Juvenil, asimismo se presenta el análisis sistemático de los contenidos de la propuesta de los CIJ, y del sustento teórico que respalda sus actividades.

Por otra parte, es importante mencionar que en las actividades realizadas durante la prestación del servicio social, en los Centros de Integración Juvenil,(CIJ) tuve experiencias muy enriquecedoras en el trato con la población, pero también pude percibir ciertas limitantes; sobretodo en lo que respecta a la conciencia y manifestación de la esfera (problemática) emocional de la población. Aspecto que no es considerado dentro del esquema de los CIJ, ni tampoco diferencias de género, de cultura, estatus social, etc. Sin embargo continuaba repitiendo el discurso propagado por los CIJ.

Fue hasta la investigación documental en la realización del presente trabajo, que se encontraron fundamentos que llevaron a percibir que existen limitantes de fondo y no sólo en las actividades de los CIJ, sino en el marco teórico que

sustenta tales actividades, y en general en la concepción del fenómeno de la adicción a sustancias, y de la postura que adoptan las instituciones.

Por otra parte y para corroborar que el problema no está alejado de nuestra realidad y de nuestras comunidades; los resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) (2002), nos dice que en el país 215,634 adolescentes entre 12 y 17 años (167,585 varones y 48,049 mujeres) han usado drogas alguna vez, el índice entre los adultos jóvenes entre 18 y 34 años alcanza al 1'795,577 (1'351,138 varones y 449,439 mujeres) y entre 35 y 65 años, 1'495,391 (1'177,683 hombres y 317,708 mujeres).

Siendo la Región Norte con un 7.45%, la más afectada del país en el consumo de drogas, le siguen las regiones del Centro con 4.87% y Sur 3.08%. (ENA, 2002)

En lo concerniente a las principales sustancias de inicio, éstas son tabaco (41.4%) y alcohol (33.3%), marihuana (11.6%) e inhalables(7.4%), seguidas por cocaína (2.9%), crack (0.8%), tranquilizantes menores (0.6%), metanfetaminas (0.5%). (Cfr. Gutiérrez, Castillo, Guerrero, 2005).

Con respecto a la distribución del uso de drogas entre hombres y mujeres aun cuando predomina la afluencia de hombres 4.5 varones (equivalente a 81.9%) por 1 mujer (ó 18.1%); se observa respecto a 2003, un aumento de 1.3 puntos porcentuales de mujeres. (Cfr. Gutiérrez, Castillo, Guerrero, 2005).

Así respecto al género, uno de los temas abordados en el presente trabajo, podemos decir además de las cifras anteriores, que si bien es tomado en cuenta, por los Centros de Integración Juvenil se hace de manera poco profunda en la práctica; no así en el terreno de la investigación de otros lugares en la cual aunque no existe grandes tratados, si existen investigaciones serias y profundas del tema en las cuales documentarse. Así pues se llevó a cabo un intento por interrelacionar y analizar los materiales revisados

Por otra parte y como vimos en la cifras anteriores, el problema relacionado con el uso de drogas es una realidad presente en comunidades donde interaccionamos de manera cotidiana. Y como veremos el problema de la farmacodependencia y de sus respectivos usuarios y usuarias, va más allá de las personas que acuden a solicitar ayuda, así como de los espacios frecuentemente mencionados en el uso de sustancias.

A su vez, la participación del psicólogo en la prevención y por supuesto el tratamiento de las farmacodependencias, es crucial e inevitable, ya que es éste profesional quien abarca en sus conocimientos académicos varias de las esferas del ser humano involucradas en la adicción a las drogas que van desde aspectos culturales y sociológicos, hasta las particularidades de las esferas psíquica y emocional que soportan y mantienen acciones tan destructivas como la drogodependencia.

Así pues, el contenido del presente documento está conformado por tres capítulos; el primero hace una revisión importante de los antecedentes históricos del uso de drogas, de la importancia de éstas en el desarrollo de la personalidad del individuo, así como de su sana incorporación a su comunidad, mediante la comprensión del rito de iniciación y de los factores psicológicos alrededor de éste. También analiza el papel de las instituciones en la nueva construcción de las drogodependencias, para luego continuar con la conceptualización del término “droga” en la actualidad.

Luego se hace mención, un tanto al estilo de Centros de Integración Juvenil (CIJ) de los tipos de drogas, sus efectos a corto y largo plazo, la diferencia entre el uso, abuso y dependencias y de las formas de consumo. Por otra parte se hace un recopilado de los factores de riesgo o bien de los factores que sostienen el fenómeno de las drogodependencias.

También se abre un apartado a las particularidades de género alrededor del consumo de sustancias; mediante una breve revisión que permita entender el papel de las mujeres como codependientes y su situación como consumidoras; siendo esto último tema del que poco se ha hablado y reconocido, pero que no por ello deja de ser significativo para entender la problemática de las adicciones como más adelante se documenta y por otro lado ya hemos mencionado el aumento de 1.3 por ciento de mujeres consumidoras de sustancias con respecto al 2003, Cfr. Gutiérrez, Castillo, Guerrero,(2005). Se termina con una revisión a los factores de protección propuestos por los CIJ.

El segundo capítulo da paso al desarrollo de los temas concernientes a la prevención; área de trabajo en la que tuvieron lugar las actividades de servicio social. Este capítulo abre con la delimitación conceptual del término, así como los tipos de prevención manejados en el esquema utilizado por los CIJ; posteriormente se hace mención a las teorías que trazan la línea y en las cuales se sustentan teóricamente los programas y actividades ofrecidos y aplicados por los Centros de Integración Juvenil. Asimismo se habla de la educación para la salud. Y por supuesto se menciona el papel de la psicología en la prevención, así como de la presencia del egresado en ésta misma área.

En el último capítulo se concentra todo lo referente a las actividades realizadas, las funciones profesionales que se pusieron en práctica dentro de las actividades de prevención, en las que pueden desempeñarse los prestadores de servicio social. También se hace la referencia de los tipos de programas instrumentados en los CIJ y de la manera en la que fueron llevadas a cabo las actividades. Se describe el tipo de población, su cobertura, los escenarios, etc. así como los materiales de apoyo que fueron utilizados, sin dejar de lado las carencias y las bondades de tales actividades.

Posteriormente en el análisis se retoman ideas, situaciones, que aunque ya se han expresado a lo largo del trabajo requieren su puntualización, pues son

claves en la reformulación final, la cual también incluye las observaciones a las actividades implementadas por los Centros de Integración Juvenil.

Finalmente se concluye, dando paso a las propuestas, tanto para los programas preventivos de los Centros de Integración Juvenil, como al plan de estudios de la Facultad. También se sugiere incorporar la terapia Gestalt y sus principios para intervenir en las drogodependencias; ya que ésta incluye al hombre de forma hólística, tomando en cuenta tanto sus emociones, pensamientos, como el contexto social-cultural-económico en el que se encuentra, así como los recursos con los que cuenta y los que se pueden generar. Tratando de esta manera incluir áreas que se dejan de lado, en el modelo teórico de intervención utilizado por los CIJ y que limitan las herramientas teóricas y metodológicas de la práctica. Se propone así intervenir de forma integral en la formulación de las farmacodependencias desde la prevención.

Capítulo I. Consumo de drogas

1.1 Antecedentes históricos del uso de drogas.

El consumo de drogas es tan antiguo como la historia de la propia humanidad. El hombre conoce y consume drogas desde los tiempos más remotos, bien por la búsqueda de las propiedades medicinales o terapéuticas y, en otras ocasiones, unido a determinados ritos, cultos o ceremonias. Sin embargo en todos los casos, el consumo no era generalizado y, por el contrario, estaba reglamentado y limitado a un número reducido de escogidos. (Eseverri, et al., 1996).¹

Para ahondar en el uso de drogas con fines rituales Zoja, (2003)² nos introduce al concepto de *iniciación*, el cual nos lleva a una explicación profunda a nivel psicológico, sociológico e incluso antropológico del uso de drogas.

La necesidad de involucrar visiones sociológicas, antropológicas y otras al uso de drogas, también queda claro para Lorenzo, Ladero, Leza, Lizasoain (2003)³, quienes nos refieren que el fenómeno del consumo de estas sustancias es muy complejo, en él convergen dimensiones médicas, somáticas y psíquicas, junto con otras de tipo sociológico, cultural, antropológico, ideológico, de política mundial, etc. Resulta difícil estudiar una de ellas sin tener en cuenta las implicaciones derivadas de las demás. (p. 3)

Retomando el concepto de iniciación, podemos decir en términos generales que ésta se ocupaba de la exigencia de sentirse diferente en sentido positivo, perteneciendo a un grupo elegido poseedor de una verdad ulterior, lo cual puede verse como un paso de lo profano a lo sagrado. Esto es, la iniciación presupone

¹ Eseverri, C.; Diego, J.A.; Terán, A.; Tovar, C.; Galán, J. A.; Arredondo, A. I.; Couceiro, C. (1996, 2ª. ed.). Educar para la salud. Drogodependencias.

² Zoja, L. (2003). Drogas: adicción e iniciación.

³ Lorenzo, P., Ladero, J. M., Leza, J. C., Lizasoain, L. (2003, 2ª. ed.). drogodependencias. Farmalogía,

el acceso a una condición superior, la cual se obtiene a través de una muerte y una regeneración simbólicas y rituales. (Zoja, 2003)

La iniciación, consiste en sacralizar los elementos profanos de la vida. La orientación hacia la droga surge de la necesidad de trascender la propia condición rutinaria, dando muerte a la personalidad anterior, que lleve a un renacimiento psíquico. Sintiendo así proyectado hacia una fase de vida consagrada como nueva. (Zoja, 2003)

Nos plantea Zoja, (2003) que el consumo de droga menos destructivo, parece ser aquel que practican ciertas sociedades primitivas, donde el recurso a la droga se enmarca dentro de un fenómeno complejo, procedido de purificaciones, adiestramientos, renunciaciones; está delimitado, acompañado y protegido por rituales que garantizan la pertenencia a un contexto. Lo cual puede dar lugar no a una regresión sino a un desarrollo de la personalidad.

Así entonces esta práctica tiene muy poco en común con el consumo ansioso e impaciente que observamos en nuestra sociedad. De esta manera en nuestra sociedad el consumo muestra sus efectos más degenerativos y destructivos, debido a que el consumo de la droga prolifera de forma descontrolada por no disponer de rituales que marquen el paso y actúen de diques de contención.

Además de que, desde el punto de vista psicológico, la toma de la droga, en la actualidad no representa una experiencia religiosa, puesto que el interesado no renuncia a cuanto ha sido su vida hasta entonces, sino que se expresa con pulsiones predominantemente regresivas: no con un avance, sino con un retorno a los estados irresponsables de la primera infancia. También porque las relaciones con los objetos aparecen empapados por un pseudoritual: el consumismo, que en realidad no busca la satisfacción de la necesidad, sino su metástasis (reaparición). (Zoja 2003)

Así pues, remarca Zoja (2003) que en nuestra sociedad el modelo iniciático no es suficiente para comprender el consumo de la droga. Hay que completarlo con el modelo consumista, nacido en un espacio donde lo sagrado retrocede ante lo profano, el ritual ante la obsesión y el arquetipo ante el estereotipo. En donde el hombre, se ha decidido por la opción maniaca, produciendo y consumiendo más de lo que necesita.

A la par de la idea anterior, Eserverri, et al. (1996), nos dice que el fenómeno actual de consumo de drogas está unido a la transformación experimentada por la sociedad en la era industrial, con el desarrollo de nuevos modos de vida, especialmente de las estructuras sociales consumistas. Donde el desarrollo de las comunicaciones favoreció el contacto entre culturas y generalizó el problema.

Asimismo sugiere Zoja (2003) que la falta de iniciaciones reconocidas a priori y públicamente podría ser una de las causas inconscientes que explica las difusas sensaciones de no pertenencia social y de ausencia de significado en la vida actual. Por ejemplo hoy, es frecuente que los jóvenes que ahora cumplen dieciocho años no experimentan ningún cambio decisivo. Pues saben que todavía van a depender económicamente de sus padres, en calidad de subempleados o estudiantes, durante cinco o diez años más.

Sin embargo Zoja, (2003) remarca que en algunos casos, donde lo que se consume es la llamada droga <dura>, no basta ver el ingreso en el mundo de la droga como una regresión ligada a la falta de identidad personal y rol en la sociedad. Sino como una elección activa con la cual, más o menos conscientemente el sujeto trata de superar su carencia adquiriendo una identidad y un rol muy precisos, la de no ser simplemente improductivo, sino contraproducente. Estamos hablando de jóvenes que experimentan dificultades para encontrar un puesto preciso en la sociedad.

De esta manera nos explica Zoja, (2003) la necesidad arquetípica de trascender el propio estado a cualquier precio, incluso al de recurrir a medios perjudiciales para la salud física, es sentida con especial fuerza por quienes tienen que soportar una condición insignificante, carente de identidad y de roles precisos. De esta manera la opción por la droga, no es una huida de la sociedad, como se piensa en todos los casos, sino un intento desesperado de echar raíces, ocupando un puesto en dicha sociedad.

Así en general no aprovechamos la responsabilidad de la elección libre que la vida moderna nos da, no sólo porque no estemos preparados para ellas, sino porque lo que hacemos es difícilmente percibido como sagrado, o incluso simplemente como significativo. (Zoja, 2003)

De lo expuesto anteriormente podemos reconocer que la drogodependencia, o toxicodependencia o adicción a sustancia no es el problema en sí, el problema viene desde este contexto que nos envuelve en el consumo, en pautas de comportamiento obsesivo-compulsivo, en vacíos existenciales no resueltos, en necesidades afectivas no cubiertas, en una falta de identidad y pertenencia que no ofrece el contexto actual, ya que como nos sugiere Pierce, (2003)⁴ “la condición adictiva de una persona ya existe desde antes de que ingieran cualquier sustancia y el consumo no la crea, sino que la confirma”.

Por otra parte no debemos olvidar el papel que han tenido las instituciones en la nueva construcción del uso de drogas, el análisis sociológico realizado por Nateras (2000)⁵ así lo confirma. El autor refiere que los usos sociales de las drogas han sido y serán una práctica y fenómeno universal que ha acompañado y acompañará la existencia del hombre, con significados particulares dependiendo de la época, la cultura, el género, grupo de referencia y estrato social, entre otros.

⁴ Pierce, V. (2003). *Adicción. Prevención. Rehabilitación. Crecimiento personal.*

⁵ Nateras, A. (2000). De instituciones, drogas y jóvenes. En G. Medina (Comp.), *Aproximaciones a la diversidad juvenil.* (pp. 119-142). México: Colegio de México.

Por su parte la farmacodependencia como problemática es una construcción de la modernidad, que se convierte básicamente en un fenómeno social característico de las sociedades urbano-industriales. De tal suerte que en su mayoría prevalecen los productos químicos-sintéticos que tienen como objetivo generar placer y se ubican en el marco de la trasgresión social, es decir, no conllevan una connotación mágico-ritual, su práctica se convierte en un asunto meramente individual y son descalificados socialmente.

Por lo que respecta al discurso de prohibición médico-psicológico, éste se ha construido en relación con el orden social que se gestó en la época del pensamiento positivo (positivista) y el desarrollo industrial. El cual se instauro en la primacía de la idea del progreso, de tal suerte que los usuarios de drogas se contraponían a la civilización, la vida pacífica, por lo que eran considerados peligrosos, delincuentes y “anormales”. De ésta manera son el Estado, sus instituciones y los grupos sociales privilegiados quienes van delineando políticas y posturas con respecto a las drogas. Por lo que el discurso de las instituciones (jurídicas, penales, asistenciales) se arma en función de un sistema de control a partir del cual se van construyendo imaginarios sociales acerca de las drogas. Por ejemplo, se transita al concepto de drogadicto, delincuente, enfermo, desviado, anormal. (Nateras, 2000)

Así en la sociedad moderna la medicina se está convirtiendo en una forma cada vez más poderosa de control social, especialmente en términos de psicoterapia, fármacos y cirugía, predominando el uso de la medicalización, en la búsqueda de soluciones a problemas de comportamiento, enfermedad y “anormalidad” social. Se trata de un proceso de medicalización, fomentada por una industria farmacéutica poderosa, rentable y expansionista, y por una creciente interconexión entre la medicina y el gobierno que permiten estigmatizar a quienes recurren al consumo de la droga. (Conrad, 1982)

Con la anterior contextualización del uso de drogas y la farmacodependencia, iremos analizando más adelante la “pertinencia” de los programas y actividades preventivas promovidas por los Centros de Integración Juvenil (CIJ), pero por el momento conceptualicemos el término “droga”.

1.2 Definición de la palabra “droga”.

Retomando la definición de la Organización Mundial de la Salud, sustraída de Garza, Vega (2001)⁶; “la droga es toda sustancia que, introducida voluntariamente en el organismo de un sujeto, posee la propiedad de modificar las condiciones físicas y/o químicas de éste”. (p.11)

Con respecto al concepto anterior, me parece que podríamos hacerlo menos general, tratando de contextualizarlo, por lo que citaremos lo propuesto por los Centros de Integración Juvenil (CIJ) (2003)⁷ que nos dicen que una forma de conceptualizar lo que es una droga, es más que la definición en sí misma, es comprender que existe una relación de un sujeto (ser biológico y psicológico) y una sustancia que tiene la capacidad de alterarlo orgánica y psicológicamente, y que dicha relación se basa en una acción voluntaria y autoadministrada. También se debe considerar que el significado que se construye de dicha alteración está en función del contexto en el que se consume, con especial relevancia de las expectativas subjetivas de ese consumo y de la trascendencia que social e históricamente se le atribuya al mismo. (p. 3 de 83).

Por otra parte me parece necesario recalcar que existen diferencias con respecto a la cualidad adictiva y a los efectos producidos por las distintas drogas, lo cual nos ayudaría a entender las relaciones que se dan entre los sujetos y las sustancias, sin perder de vista el contexto en el que se dan. Por lo cual, pasaremos al siguiente punto.

⁶ Garza, F., Vega, A. (2001). La juventud y las drogas.

⁷ Centros de Integración Juvenil A.C. (2003). *Guía técnica. Proyecto: Información preventiva*

1.3 Tipos de drogas más utilizadas y sus efectos.

Tabaco. El consumo de tabaco impacta tanto a los consumidores como a otras personas, debido a que el humo del cigarrillo contiene una gran cantidad de elementos nocivos, entre ellos se encuentran la nicotina (componente altamente adictivo), el monóxido de carbono, el alquitrán y otras diversas sustancias irritantes.

La nicotina es un estimulante del corazón y del sistema nervioso, de tal manera que el efecto inmediato al fumar es un aumento en los latidos del corazón y una elevación de la presión sanguínea.

El monóxido de carbono reduce la habilidad sanguínea para acarrear oxígeno a los tejidos del cuerpo, desarrollando un endurecimiento de las arterias o arteriosclerosis. (Garza, Vega, 2001).

El tabaquismo afecta a la mayor parte de los sistemas en el cuerpo y es una de las principales causas de muerte a nivel mundial. Moreno (1999)⁸, nos detalla los **Efectos a corto plazo** incluyen:

- ✓ Alteraciones en la conciencia y en la capacidad para percibir.
- ✓ Enojo, hostilidad y agresión.
- ✓ Insomnio.
- ✓ Sueños extraños.
- ✓ Inestabilidad en el humor y cambios en el estado de ánimo.
- ✓ Mareo y vértigo.
- ✓ Vómito.
- ✓ Complicaciones circulatorias.
- ✓ Elevación del pulso.
- ✓ Aumento de la presión arterial.
- ✓ Taquicardia y arritmias cardíacas.

⁸ Moreno, K. (coord.). (1999). Cómo proteger a tus hijos contra las drogas.

- ✓ Disminución de temperatura en los dedos de las manos y los pies.

Los **efectos a largo plazo** incluyen:

- ✓ Cambios en el estado de ánimo: muy alegre o depresivo.
- ✓ Irritabilidad, ira.
- ✓ Insomnio.
- ✓ Ansiedad.
- ✓ Dificultades en la concentración.
- ✓ Aumento o disminución en la frecuencia cardiaca.
- ✓ Aumento de la eliminación urinaria.
- ✓ Dolores de cabeza.
- ✓ Enfermedades y complicaciones cardiovasculares.
- ✓ Aumento de la tensión arterial.
- ✓ Enfermedades pulmonares.
- ✓ Úlceras y problemas digestivos.
- ✓ Aparición de diversos tipos de cáncer: de pulmón, boca, esófago, estómago u otros.
- ✓ En los hombres, reduce la fertilidad.

Alcohol. Nos dice Garza, Vega, (2001), que el alcohol, es un depresivo del sistema nervioso central. Su efecto varía según la dosis, la persona y el contexto social: con pequeñas cantidades produce efectos tranquilizantes en la mayoría de las personas, mientras en otra resulta estimulante. El alcohol actúa directamente sobre diferentes zonas del cerebro, provocando disminución del autocontrol.

Por su parte Moreno (1999) nos recuerda que el alcohol es una sustancia que acompaña a múltiples actos de orden social. El consumo de éste, suele ser ocasional, social o habitual, provocando lo que conocemos como alcoholismo. El alcoholismo es una enfermedad crónica, caracterizada por una conducta anormal de búsqueda de alcohol y que siempre lleva a la pérdida de control en

la forma de beber. Tiene severos efectos en la salud, así como a nivel familiar y social.

Los **Efectos a corto plazo** incluyen:

- ✓ Sensación de mayor libertad y confianza.
- ✓ Menor coordinación motora y lentitud de reflejos.
- ✓ Lenguaje farfullante, poco claro, errores de pronunciación.
- ✓ Menor capacidad para concentrarse en un tema.
- ✓ Cambios intensos en el estado de ánimo.
- ✓ Alteraciones en la percepción.
- ✓ Alteraciones de la capacidad de juicio.

Los **efectos a largo plazo** incluyen:

- ✓ Gastritis.
- ✓ Pérdida del apetito.
- ✓ Deficiencias vitamínicas.
- ✓ Malestares gastrointestinales.
- ✓ Problemas cutáneos.
- ✓ Impotencia sexual.
- ✓ Daño hepático (cirrosis).
- ✓ Daños cerebrales.
- ✓ Alteraciones en la memoria.
- ✓ Alteraciones en el corazón, pulmones, músculos, sangre, páncreas, etc.
- ✓ Problemas en el trabajo, la escuela y en las relaciones sociales.

Marihuana. Nombre científico: *cannabis sativa*. Ingrediente psicoactivo: delta-9-hydrocannabinol, Garza, Vega, (2001). Por su parte Moreno (1999), nos menciona los **efectos a corto plazo** que incluyen:

- ✓ Sensación de relajamiento, y tranquilidad.
- ✓ Sensación de mayor libertad y confianza.

- ✓ Aumento en la percepción de los colores, sonidos y otras sensaciones; puede alterar la visión y percepción del tiempo y espacio.
- ✓ Aumento de la frecuencia cardiaca.
- ✓ Alucinaciones y psicosis paranoide.
- ✓ Alteraciones en el juicio (dificultad para evaluar situaciones y tomar decisiones.
- ✓ Disminución de la habilidad para realizar tareas que implican concentración y coordinación.

Los efectos a largo plazo incluyen:

- ✓ Enfermedades respiratorias y pulmonares: cáncer y bronquitis crónica.
- ✓ Aumento de los niveles de testosterona y mayor riesgo de esterilidad en las mujeres.
- ✓ Alteraciones en la memoria a corto plazo.
- ✓ Dependencia psicológica.
- ✓ Psicosis paranoide, cuadro de “locura” con sintomatología semejante a la esquizofrenia.
- ✓ Síndrome amotivacional, sin deseos para actuar o llevar a cabo alguna actividad.

Cocaína y crack. Erythxylon coca es el nombre científico de la planta de la que se extrae la cocaína. Las hojas de esta planta se maceran hasta formar una pasta que al refinarse da como resultado un polvo blanco y cristalino: la cocaína.

El crack se obtiene a partir de la cocaína, utilizando solventes volátiles que hacen que la droga se pueda fumar; de esta manera se obtienen efectos más intensos, ya que es la forma más directa en que la sustancia llega al cerebro.

Los efectos a corto plazo incluyen:

- ✓ Hipertensión arterial.

- ✓ Aumento en la temperatura corporal y de la frecuencia cardiaca.
- ✓ Euforia, sensación de bienestar, sentimiento de felicidad.
- ✓ Ansiedad.
- ✓ Estados de pánico, miedo intenso.
- ✓ Indiferencia al dolor y la fatiga.
- ✓ Pupilas dilatadas y conducta impredecible que puede incluir un comportamiento violento.
- ✓ Alteraciones en el sueño.

Los efectos a largo plazo incluyen:

- ✓ Inquietud.
- ✓ Náuseas.
- ✓ Insomnio.
- ✓ Psicosis y alucinaciones de tipo paranoide, “locura” con sensaciones de ser perseguido y visiones.
- ✓ Anhedonia (incapacidad para experimentar placer) y depresión.
- ✓ Infartos cardiacos, accidentes vasculares cerebrales y enfermedades infecciosas.
- ✓ Hepatitis e infección por VIH cuando la droga se usa inyectada con jeringas contaminadas.
- ✓ Convulsiones e impotencia sexual.
- ✓ Deseo de consumir la droga.
- ✓ Necesita disponer de mayor cantidad de dinero, ya que no le alcanza para cubrir sus gastos habituales.
- ✓ Conductas violentas, erráticas o paranoides.
- ✓ No se interesa en actividades cotidianas: trabajo, escuela, familia y amistades.

Inhalantes. Los inhalantes son sustancias químicas tóxicas volátiles, utilizadas a través de inhalación por la nariz o aspiración por la boca, con el fin de producir depresión del sistema nervioso central. Los jóvenes suelen abusar de los inhalables por la fácil obtención de estas sustancias, ya que muchos de

estos artículos se usan rutinariamente en el hogar, escuela o trabajo. (Moreno, 1999).

Los **efectos a corto plazo** incluyen.

- ✓ Sensación de mayor libertad y confianza.
- ✓ Excitación y risas inmotivadas.
- ✓ Euforia.
- ✓ Mareos, náuseas, diarreas.
- ✓ Al hablar “arrastra” las palabras.
- ✓ Desorientación e incoordinación motora, incapacidad para dirigirse a voluntad y en forma armónica.
- ✓ Ojos vidriosos y rojizos, tos, flujo y sangrado nasal.
- ✓ Conductas de riesgo, “no mide el peligro”, posibilidad de accidentes.
- ✓ Palpitaciones, dolor de cabeza, dificultades para respirar.

Los **efectos a largo plazo** incluyen:

- ✓ Dolores de cabeza, debilidad muscular y dolores abdominales.
- ✓ Disminución paulatina del olfato.
- ✓ Náuseas y sangrados nasales.
- ✓ Conductas violentas.
- ✓ Dificultad para el control de esfínteres (se orina y defeca involuntariamente).
- ✓ Hepatitis, daño pulmonar y renal.
- ✓ Daño cerebral irreversible.

Alucinógenos. Los alucinógenos son una serie de sustancias naturales y sintéticas que afectan primordialmente la percepción de la realidad. Éstos incluyen la dietilamida del ácido lisérgico (LSD), y los alucinógenos mexicanos, como la mezcalina (Peyote) y la psilocibina (hongos alucinógenos), banisterina (Ayahuasca), entre otros. (Garza, Vega, 2001). Pueden generar depresión o estimulación del sistema nervioso central.

Los **efectos a corto plazo** que nos proporciona Moreno (1999) son:

- ✓ Alteraciones en la percepción auditiva, tacto, olfato y gusto, así como en la percepción del tiempo.
- ✓ Alteraciones cardíacas y vasculares: taquicardia, arritmias y disminución de la presión arterial.
- ✓ Inestabilidad emocional: ansiedad, euforia, agresividad e ideas suicidas.
- ✓ Alucinaciones visuales o auditivas de tipo paranoide.
- ✓ Náuseas, vómitos, mareos.
- ✓ Temperatura corporal elevada, pérdida del apetito, insomnio.

Los **efectos a largo plazo** incluyen:

- ✓ Flashbacks (repetición): se pueden volver a presentarse los efectos días, semanas o años después de haber utilizado la droga.
- ✓ No crea dependencia, ni produce síndrome de abstinencia.

Tranquilizantes e hipnóticos. la mayoría de los tranquilizantes pertenecen al grupo de drogas llamadas “benzodiazepinas”. Estos medicamentos se prescriben en nuestro país con relativa facilidad por médicos no especialistas para combatir el estrés, la ansiedad y como auxiliares para conciliar el sueño. Muchos de ellos también se utilizan de manera secundaria para el tratamiento de la epilepsia, como relajantes musculares, así como para el manejo de la abstinencia al alcohol y a otras drogas adictivas.

Los **efectos a corto plazo** incluyen:

- ✓ Somnolencia, cansancio y pereza.
- ✓ Aislamiento.
- ✓ Escasa coordinación motora, confusión, alteraciones del juicio.
- ✓ Cambios en el estado de ánimo caracterizados por agresividad.

Los **efectos a largo plazo** incluyen:

- ✓ Necesidad física y psicológica de usar la droga.
- ✓ Disminución de la motivación, pereza para realizar actividades.
- ✓ Alteraciones en la memoria.

- ✓ Ansiedad.
- ✓ Cambios en las respuestas emocionales, pasa de la alegría a la tristeza, o a la irritabilidad y violencia sin que tengan relación con una causa concreta.
- ✓ Dificultad para conciliar el sueño o sueños desagradables.
- ✓ Dolores de cabeza.
- ✓ Aumento del apetito y de peso.

De los ejemplos anteriores, y resumiendo a grandes rasgos podemos decir que existe una diferencia significativa con respecto al usuario (a), tipo de droga que se use, el fin con el que sea usada la droga, además del contexto en el que se consuma, ya que varias de ellas son altamente adictivas y dañinas a todos niveles (especialmente las sintéticas o industrializadas), mientras que otras son menos adictivas o no producen adicción; sin embargo los daños pueden observarse, especialmente a nivel psíquico, debido a que las nuevas prácticas no son protegidas, ni guiadas.

Pasemos ahora a la definición de términos muy recurridos en el discurso de los programas preventivos de los CIJ, los cuales son: uso, abuso y dependencia, formas de consumo, factores de riesgo y de protección.

1.4 *Uso, abuso y dependencia.*

El *uso* de una sustancia significa consumo, utilización, gasto de una sustancia sin que se produzcan efectos médicos, sociales, familiares, etc. Debe entenderse un consumo aislado, ocasional, episódico, sin tolerancia o dependencia. (Lorenzo et al. 2003, p.5).

El *abuso* es definido por el Real Colegio de Psiquiatras Británico citado en Lorenzo et al. (2003) como “cualquier consumo de droga que dañe o amenace con dañar la salud física o mental o el bienestar social de un individuo, de

diversos individuos o de la sociedad en general". En definitiva, se trata de un uso inadecuado por su cuantía, frecuencia o finalidad. (p. 5)

El CIJ, (2003) nos dice que la dependencia, propiamente dicha, podrá establecerse cuando el sujeto necesita cada vez una dosis mayor de la sustancia para alcanzar los mismos efectos (*tolerancia*), y cuando como consecuencia de la suspensión abrupta de una continua administración, se genera un *síndrome de abstinencia*, cuando tal consumo está determinado por una necesidad compulsiva ("craving") y no ya por la búsqueda circunstancial de los efectos de la droga, ni siquiera por un hábito, sino por la sensación subjetiva de no poder prescindir de la sustancia para realizar cualquier otra actividad, además de producir una alteración constante en el contexto familiar y social. (p. 4 de 83).

En la opinión de Zoja (2003) el establecimiento de una dependencia se puede ver no sólo como habituación a una sustancia, sino también como búsqueda de una experiencia trascendente que es, constantemente rozada pero jamás alcanzada, lo que impone una persecución cada vez más frenética y fomenta una modalidad maniaca, en donde el consumo se convierte en un fin en sí mismo.

Para Lorenzo et al. (2003), la dependencia da lugar a una pérdida total de libertad pues la persona se encuentra controlada, esclavizada por la droga. Clásicamente se han descrito dos tipos de dependencia: la física y la psicológica. En la actualidad se añade un tercer tipo: la social. (p. 8).

La *dependencia física*, que hoy recibe la denominación de neuroadaptación, es un estado caracterizado por la necesidad de mantener unos niveles determinados de una droga en el organismo, desarrollándose un vínculo droga-organismos. Sus dos componentes principales son: la tolerancia y el síndrome de abstinencia agudo. (Lorenzo et al., p. 11)

La *dependencia psicológica* viene determinada por el deseo irresistible (estado de anhelo o “craving”) de repetir la administración de una droga para: **a)** obtener la vivencia de sus efectos agradables, placenteros y/o evasivos (sedación, euforia, alucinaciones) y/o **b)** evitar el malestar que se siente con su ausencia. Por tanto son las actividades de búsqueda de la droga por parte de la persona y la asociación de patrones de consumo patológico las que condicionan la dependencia. (Lorenzo et al., p. 13)

Dependencia social. Este tercer tipo de dependencia viene determinada por la necesidad de consumir la droga como signo de pertenencia a un grupo social que proporciona una clara señal de identidad personal. (Lorenzo et al., p.13)

1.5 Formas de consumo.

Se distinguen las siguientes formas de consumo de drogas.

Experimental: es un consumo fortuito o durante un periodo de tiempo muy limitado o en cantidad muy reducida. La droga se puede probar una vez o incluso varias veces, pero ya no se vuelve a consumir. Es un patrón inicial y común a todas las drogodependencias. Los motivos de este consumo es variado, entre ellos tenemos: la curiosidad (conducta adolescente), el sentirse adulto, el sentirse parte de un grupo (conducta de integración), etc. (Lorenzo et al., 2003, p.18)

Ocasional. Es un consumo intermitente de cantidades, a veces importantes, cuya principal motivación es la integración grupal, a través de mayores niveles de desinhibición personal. Este consumo se caracteriza porque la persona discrimina cual es el tipo de droga que prefiere y donde quiere usarla. (Lorenzo et al. p. 18).

Habitual. Es un consumo que tiene lugar a diario y presenta un doble propósito por un lado, aliviar el malestar psicoorgánico que la persona padece (dependencia física y /o psicológica) y por otro, mantener un rendimiento. Existen alteraciones menores del comportamiento. No obstante, la persona dedica gran parte de su tiempo a pensar en la droga, buscarla y autoadministrársela. (Lorenzo et al. p.18).

Compulsivo. Es un consumo muy intenso, varias veces al día. Existe un trastorno muy importante del comportamiento que da lugar a un sin número de consecuencias sociales (pérdida de trabajo, rupturas afectivas, vagabundeo, actos delictivos, etc.). el consumidor tiene una incapacidad de enfrentarse a los problemas básicos de la vida diaria. (Lorenzo et al. p. 18).

1.6 Factores de riesgo del consumo de drogas.

Existen cada vez más pruebas de que la drogodependencia está originada y mantenida por muchos factores que a su vez son de naturaleza multidimensional. Esta naturaleza de multicausalidad y dimensionalidad de los factores que intervienen en la drogodependencia debe ser recordada cuando se diseña un programa preventivo o se planifica su tratamiento. (Lorenzo et al., 2003).

También Salazar, Rodríguez, (1995) nos dice, que dado que el abuso de sustancias es un problema multidimensional, resulta imposible idear una sola estrategia de prevención aplicable en todos los casos. Haciéndose imprescindible establecer estrategias de prevención muy diversas.

Los factores de consumo varían enormemente, en función del individuo, el tipo de droga y del contexto social. Estos mismos factores intervienen en el mantenimiento de la problemática. (Lorenzo et al. 2003).

La droga.

Las drogas que tienen mayor consumo, son aquellas que producen sensaciones gratificantes más agudas. Por otra parte, tenemos la disponibilidad y accesibilidad a la droga, lo que es una premisa básica para que se dé su consumo. En la actualidad el progreso en las vías de comunicación hace que el acceso a las drogas resulte fácil. Por otra parte tenemos en la sociedad occidental, una actitud dirigida a la medicalización de los problemas. (Lorenzo et al. 2003).

El individuo.

La vulnerabilidad de los individuos para desarrollar dependencia a determinadas drogas está relacionada con una serie de factores biológicos y psicológicos. Entre los primeros tenemos el sexo y la carga genética y entre los segundos están sus rasgos de personalidad, su grado de estabilidad emocional y la presencia de psicopatologías. (Lorenzo et al. 2003, p.29).

El sexo parece ser un factor de vulnerabilidad a ciertas sustancias debido a características constitucionales inherentes a uno u otro. Las mujeres, por ejemplo, presentan una menor capacidad metabólica de etanol, lo cual significa que dosis pequeñas tengan en ellas efectos importantes. (Lorenzo et al. 2003).

Aunque más adelante dedicaremos más espacio al factor de género, por el momento mencionaremos que en general, los hombres ocupan el primer lugar en el consumo de algunos tipos de drogas legales (alcohol y tabaco) e ilegales (marihuana, inhalantes, cocaína, etc.) sin embargo hasta 1993 las mujeres ocupaban los primeros lugares en el consumo de medicamentos que producen adicción fuera de prescripción. Utilizando más los narcóticos y los estimulantes como son los tranquilizantes e hipnóticos, este hecho parece haberse debido más a factores culturales que biológicos. (Romero, Medina, 1998)

La *carga genética* de la persona puede mediar en las características farmacocinéticas de la droga dado que existe un polimorfismo de los genes codificadores de las enzimas que participan en la absorción, el metabolismo, la eliminación de las drogas y también en las reacciones mediadas por la interacción droga-receptor. No obstante, la existencia de factores hereditarios no implica que una dependencia sea un trastorno hereditario en sí mismo, sino que existe un riesgo mayor de desarrollar esa dependencia. (Lorenzo et al.).

La *adolescencia (edad)* es una edad de riesgo para muchas dependencias, debido a las características del proceso madurativo psicológico de esta etapa de la vida, en la que se manifiestan las necesidades psicológicas de identidad, pertenencia social, etc. Lorenzo et al. (2003).

Sin embargo es posible mencionar que en general es en las etapas de crisis del sujeto (de desarrollo, emocionales u otra), donde éste se encuentra más susceptible al uso de sustancias, entre otras cosas por sus falta de alternativas al cambio y las emociones o sentimientos encontrados que éste suscita.

La *personalidad*. Aunque hoy en día, no está acreditada una personalidad drogodependiente previa, se puede decir que el drogodependiente presenta una personalidad caracterizada por un perfil de rasgos que señalan una inmadurez afectivo-emocional, es decir, presenta dependencia afectiva, habilidad afectiva, baja autoestima, incapacidad de futurizar (no hay un proyecto vital), agresividad y egocentrismo, permanente temor al abandono, habilidades sociales deficientes (retraimiento social), escasa tolerancia a la frustración, dificultad en las relaciones sociales (fobias sociales) y a veces, en la identificación de su rol sexual, etc. (Lorenzo et al.).

Los *trastornos psiquiátricos*. La drogodependencia es frecuente en personas con problemas psíquicos e igualmente las patologías mentales son frecuentes en individuos drogodependientes. Muchas veces se acude a las drogas para

aliviar determinados síntomas de la esfera psíquica como la ansiedad, la tristeza, el insomnio, etc., o para cambiar determinados estados de personalidad, como una baja autoestima o una presencia de impulsos agresivos o un estado de abulia. Los efectos “beneficiosos” son aparentes y transitorios. Además, con frecuencia los síntomas psíquicos observados en drogodependientes aparecen después de un período de consumo, por tanto más que aliviar una patología psiquiátrica, la ocasiona o la recrudece. (Lorenzo et al.).

El ambiente.

Es de gran importancia el entorno familiar, cuando éste es disfuncional las probabilidades de inicio en el consumo de drogas se dispara. Entre otros aspectos familiares propicios tenemos: la poca comunicación entre los miembros de la familia, el autoritarismo paterno, la falta de límites en la dinámica familiar, la escasa participación de los hijos en las decisiones, muerte y/o abandono de los padres, falta de atención paterna, violencia intrafamiliar y abuso sexual.

También son factores ambientales de riesgo: la propia legislación en materia de consumo, la publicidad y propaganda manipuladora e inductora al consumo, la información incompleta sobre el consumo de drogas, la situación sociopolítica -que entre otras cosas ha generado desempleo, desigualdad, pobreza para la mayoría y riqueza en manos de unos pocos, entre otras cosas-, la inadecuada orientación del tiempo de ocio (falta de alternativas recreativas), influencias de compañeros y amigos. (Lorenzo et al. 2003).

Por otra parte Souza y Machorro, (2000) dividen los *factores de riesgo* en: individuales, familiares y socioculturales. En los primeros se encuentran la deserción escolar temprana, rebeldía o conductas “inapropiada” en el aula, dificultades en el aprendizaje. En el inicio de consumo a edades tempranas, el niño o adolescente empieza “jugando” en la modalidad de imitación por querer

proyectar una imagen de adulto, por obtener aprobación del grupo, por rebeldía ante las reglas, y/o debido a la curiosidad. Pero progresivamente el sujeto concluye de alguna manera que para disminuir su ansiedad, baja energía, sentimientos de minusvalía, tristeza, culpa, etc. Requiere de sustancias ya que se considera incapaz de resolverlos o enfrentarlos por sí mismo.

Con relación a los jóvenes, la Organización Mundial de la Salud, (1999), nos dice que determinados problemas de salud abundan más en adolescentes, entre ellos figuran:

- Resultado de la actividad sexual precoz y sin protección. Encontramos los embarazos no deseados. El que, más de 10% de todos los nacimientos corresponden a mujeres de 15 a 19 años de edad, así también más de la mitad de las nuevas infecciones por el VIH corresponden a personas de 15 a 24 años.

- El uso y abuso de sustancias. El alcohol es el elemento más común en la muerte de jóvenes. El uso de drogas ilícitas se extiende cada vez más.

- Traumatismos por accidentes y violencia. Los accidentes en automóvil son la principal causa de defunción entre jóvenes varones. El suicidio entre los jóvenes varones es una causa destacada de fallecimiento.

A lo anterior, también podemos aunar otros factores como lo son la pobreza, la marginación, y las narcopolíticas.

Por otra parte es importante recordar que ninguna droga es buena o mala por sí misma, y que estos adjetivos hemos de reservarlos para las actitudes con que los consumidores se acercan a ella, de esta manera es necesario abordar el

problema del consumo de drogas sin prejuicios, y sin perder de vista las diferencias existentes entre las distintas drogas. (Zoja, 2003).

Así, Rodríguez (2000, octubre-diciembre) menciona que en la constelación social donde ocurren las adicciones, la droga significa la pócima, la magia, el juego de ordenar la vida, la posibilidad de experimentar una vivencia gratificante que responda a ilusiones, fantasías o nuevas búsquedas. Los poderes atribuidos a las drogas poseen connotaciones simbólicas que las transforman en objetos de deseo con sentido y significado para los consumidores.

Rodríguez, (2000) también nos dice que el adicto casi siempre experimenta culpa y por lo tanto las adicciones no siempre se acompañan de placer. Por otra parte las adicciones no sólo son las que se derivan del consumo de sustancias, las adicciones también ocurren al televisor, al trabajo, etc. Es decir, la adicción es fundamentalmente alienación, pero no sólo eso, pertenecer al mundo de las drogas es también posibilidad de pertenecer a un grupo social, que en el caso de los adolescentes y jóvenes, constituyen un punto de partida en la construcción de su identidad. (p 19).

De ahí se entiende que el consumo de drogas inicia casi siempre en la población joven, considerando la adolescencia y la juventud como factor de riesgo. Situación que se refleja en las cifras proporcionadas por Gutiérrez, Castillo, Guerrero, (2005) que marcan los 14.7 años como el promedio de edad en la cual se inicia el uso de sustancias incluyendo alcohol y tabaco. Y los 17.1 años como la edad promedio de inicio al consumo de drogas ilícitas.

Así pues las drogas y las adicciones se relacionan con condiciones y espacios para su reproducción en la medida en que se pierde el sentido de seguridad personal y colectiva, y en la medida en que se cancela la importancia moral de las relaciones humanas. (Rodríguez, 2000, p.20). Lo que nos recuerda que ya Zoja (2003) sugiere que la falta de iniciaciones reconocidas a priori y

públicamente podría ser una de las causas inconscientes que explica las difusas sensaciones de no pertenencia social y de ausencia de significado en la vida actual.

En la actualidad el estado de intoxicación por la droga oculta el malestar físico o emocional, puesto que somos una cultura donde se cancelan las explicaciones del origen de los malestares. Pareciendo contradictorias la realidad fisiológica y la realidad existencial, pensando en resolver rápidamente los problemas de los órganos y sus funciones, postergando u olvidando los asuntos de mayor relevancia, los que atañen a la conciencia y las emociones. (Rodríguez, 2000).

De similar manera, Pierce (2003) plantea que la realidad actual del hombre, dista mucho de emprender un proceso constructivo. Ya que el sistema de creencias que rige el comportamiento de todo individuo, ignora por completo el océano espiritual y la nave moral, así como el sentido existencial.

Como vemos, el fenómeno de las drogodependencias esta sostenido por una estructura de gran dimensión; donde están incluidos tanto factores económicos, políticos, sociales, culturales, familiares como factores individuales, de índole emocional, y psicológico y dentro de todo esto no podemos dejar de lado el factor de género, y aunque éste último esta involucrado en todo el fenómeno, vamos a desarrollarlo por separado, para detallar la información.

1.7 La cara femenina del fenómeno de la farmacodependencia.

Dentro de las investigaciones y reflexiones de Rosas, (1998) colaboradora del Hogar Integral de Juventud nos dice que la cara femenina del fenómeno de la farmacodependencia, no es tan sólo la que se refiere a las usuarias de sustancias psicoativas, sino a todas las mujeres que de alguna u otra forma están implicadas en el fenómeno, (como es el caso de las familiares: esposas, madres, hermanas de usuarios, etc.), o lo que podríamos diferenciar entre

usuarias y codependientes, que más adelante revisaremos. De similar manera, tampoco son escenarios privilegiados al uso de psicofármacos la calle, los “antros” o espacios nocturnos, sino también lo es la casa.

Con respecto a la última idea del párrafo anterior, la segunda Encuesta Nacional de Adicciones de 1993, realizada en hogares del ámbito nacional en Romero, Medina-Mora, (1998) investigó el consumo de medicamentos que producen adicción y de drogas ilegales. Hallando que del total de la población entrevistada el 15.4% de la población utilizó “alguna vez en la vida” algún medicamento que produce adicción, lo cual equivale a estimar que más de seis y medio millones de personas los han utilizado.

Lo que es muy relevante señalar aquí es que, respecto a su distribución por sexo, hubo una mayor proporción de consumidores entre las mujeres: dos tercios de la población (63%).

De acuerdo con la distribución por edad, los hallazgos indicaron que son los grupos de mujeres que rebasan los 26 años, quienes consumían dos veces más medicamentos que producen adicción que los hombres.

Respecto a la ocupación y sexo del uso de depresores son las mujeres que se encuentran en su hogar (38.8%) las que más los utilizan.

Por otra parte datos actualizados de la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) (2002) nos revelan que las proporciones de consumo de drogas médicas fuera de prescripción son similares entre hombres y mujeres. Y que en general el mayor índice de consumo de drogas se observa entre los varones y mujeres de 18 a 34 años.

Así mismo la ENA (2002), nos dice que de los cinco millones de mujeres que viven en el Distrito Federal, alrededor de 34 mil consumen alguna droga ilegal

como cocaína, heroína, inhalantes, marihuana, opioides y estimulantes, mientras que 200 mil consumen antidepresivos y 400 mil alcohol.

En tanto los datos de la encuesta de estudiantes de nivel medio y medio superior de la Ciudad de México (2003) revelan que para la población adolescente y joven han habido cambios en la respectiva contribución de hombres y mujeres en el consumo de alcohol y tabaco, de manera que las prevalencias de consumo presentan valores similares.

La misma encuesta nos revela también, que la prevalencia total del consumo de cualquier droga, afecta más a hombres (5.7%) que a mujeres (3.6%).

En cuanto a las preferencias del uso de drogas, las mujeres optan por los tranquilizantes (5.3%), seguidos por la marihuana (4.8%) y los inhalantes (3.8%) y las anfetaminas (3.5%).

Para los hombres el orden es marihuana (9.6%), inhalantes (5.4%), cocaína (5.3%) anfetaminas y tranquilizantes (3.8% para ambos).

De esta manera observamos que con la participación de la mujer en espacios antes exclusivos del hombre, se va modificando también el tipo de drogas que éstas consumen, permitiendo que ahora los porcentajes de consumo de drogas como el alcohol y el tabaco sean muy similares entre mujeres y hombres. Aunque por otra parte figure la preferencia del uso de los tranquilizantes cuando no se consideran el uso de alcohol y tabaco.

Ahora bien, los datos actuales no son antagónicos del análisis que a continuación hacen Romero y Medina-Mora y que aún conserva vigencia, en cuanto a los estereotipos a los que las mujeres consumidoras de drogas se hacen acreedoras, así como a la preferencia del uso de tranquilizantes por mujeres.

De esta manera nos sugieren Romero y Medina-Mora, (1998) que después de haber revisado los datos epidemiológicos, se puede afirmar que el abuso de sustancias no es como siempre se ha pensado un problema de hombres. En nuestra sociedad el consumo de algunas sustancias como las drogas médicas, una vez que son utilizadas por la mujer, tienden a persistir y de acuerdo con la información, podría decirse que aumenta conforme avanza la edad. (p. 12)

De entre los factores que influyen para que una mujer utilice drogas, mencionados por las autoras se encuentran: provenir de un ambiente familiar caracterizado por la falta de atención paterna, de cuidado, seguridad y confianza; la imagen corporal y el control de peso son otro factor. Algunas mujeres aprenden a poner mayor valor en su apariencia física que en su salud. Utilizando medicamentos como los anorexigénicos, los diuréticos, tabaco y cocaína.

Experiencias de abuso sexual, violencia física o violaciones en algún momento de sus vidas, provocando mayor probabilidad de tomar medicamentos (para la ansiedad o para dormir) y al mismo tiempo pueden ser adictas al alcohol y otras drogas. También las dificultades sexuales tales como la falta de interés erótico, la falta de estimulación sexual o placer, las relaciones dolorosas, la falta de orgasmo, -que bien pudieran ser consecuencias de violencia o abuso sexual, o algún problema de salud o de algún tipo de depresión- son factores personales que pueden llevar a una mujer a consumir sustancias.

En esta situación influyen la falta de poder y control de las mujeres en algunos aspectos de su vida y las barreras sociales y/o económicas que limitan sus elecciones. La depresión que es más común en las mujeres que en los hombres y en la que es frecuente y socialmente aceptada la prescripción de medicamentos como benzodiazepinas) por parte de los médicos, sin considerar que este tipo de medicamentos pueden desarrollar adicción, y dejando de lado

las causas que originan este malestar, asimismo no se discuten con los pacientes otros hábitos cotidianos que pueden servir en lugar de los medicamentos como son el ejercicio o hábitos alimenticios. (Romero, Medina-Mora, 1998)

Además las mujeres en México –y también hombres-, tienden a autorrecetarse medicamentos, ampliar las dosis y/o el tiempo indicado tratando de obtener mejores resultados, y en ocasiones, comparten las recetas con otras mujeres. Finalmente existe un desequilibrio entre la mujer y su médico pues no se le enseña a ser asertiva, sino a seguir jugando un papel dependiente. (Romero, Medina-Mora, 1998)

Así antes de seguir, es importante conceptualizar, la palabra *género*, la cual podemos entender como los rasgos y funciones psicológicas y socioculturales que se le atribuyen a cada sexo, dentro de un contexto histórico-geográfico, determinando lo masculino y lo femenino, siendo esto modificable. (Zepeda, 1998, p.142)

Completando la idea anterior, mencionaremos a continuación algunas de estas funciones y rasgos atribuidos a la mujer. Zepeda, (1998) nos menciona el procrear, proteger, dar educación a los hijos, crear un ambiente cálido para ello, y un hogar placentero, actuando preferentemente en lo que llamamos el ámbito privado. Estando así el pensamiento femenino acompañado de varias premisas centrales, entre las que están: el cuidado de los otros, la autovaloración por el dar y la tendencia a evitar el conflicto. Por su parte Álvarez y Colimoro, (1998) nos reafirman: el servir a los otros, así como tener existencia a través del otro.

Lo anterior, es de gran importancia, para entender entre otras cosas, los estigmas a los que las mujeres adictas se hacen acreedoras, los cuales son promovidos sobre todo por las expectativas sociales en torno al consumo de sustancias adictivas, ya que de acuerdo con nuestra cultura, se espera que la

mujer se abstenga en el consumo, así las mujeres que transgreden el mandato social se hacen acreedoras a estigmas, viéndose como promiscuas, poco respetables y confiables. En consecuencia las mujeres que usan y abusan de sustancias psicoactivas, esconden, niegan y disfrazan su adicción, o en su defecto eligen sustancias que pueden consumirse en espacios privados y que controlen sus emociones. (Romero, Medina-Mora, 1998)

Continuando con la idea anterior, Bishop, referida por Moreno, (1998, p. 55), nos dice que en la medida que la mujer dependa del hombre y del consumo en general no hay ningún cuestionamiento, es aceptado socialmente; el problema viene cuando la dependencia de la mujer interfiere con los roles que aseguran la reproducción y/o producción sociales, es decir, los roles de ama de casa, madre y mujer trabajadora.

Por su parte Moreno, (1998) nos recuerda que el consumo de drogas, tiene vínculo tanto en sus causas como en sus efectos con la situación económica, política, social y cultural específica mexicana, con los cuerpos, la identidad y los roles de género. Esos roles y funciones en los cuales, el ser hombre, tiene mucho que ver con tener y ejercer el poder, y el ser mujer, con asumir y recibir ese ejercicio de poder; con las frustraciones personales y sociales consecuentes de la negación de la propia capacidad de creación y reflexión. (p. 52)

Así mismo, el género, abre paso a sentimientos, como la culpa, que en el caso de las mujeres se experimenta con características particulares (recordemos que la culpa, es un sentimiento presente en varios consumidores de sustancias antes mencionado por Rodríguez, 2000). La culpa va dirigida en el pensamiento femenino hacia dentro y hacia fuera de sí misma. Hacia fuera está culpándose de lo que no hizo para que los otros se sintieran o estuvieran bien con ella; por todo lo no hecho para los demás. Hacia sí misma, en lo mala que pudo ser por no estar en el momento preciso en que los demás la necesitan y sobre todo por la vergüenza causada a la familia.

Teniendo la idea de que el mandato para el que han sido educadas no lo ha hecho bien, bajo la imagen de una feminidad mal lograda, estas mujeres experimentan el sentirse malas. Quedándose instauradas en la autoconmiseración, (pobre de mí, soy tan poca cosa, no sirvo para eso, nada hago bien, no sé qué voy a hacer). Sin embargo, no alcanzan a ver la gran tristeza; el dolor, generalmente cubierto de enojo; las necesidades de darse cosas, de autocuidado, y el que los demás también les den. (Zepeda, 1998).

De tal manera la mujer adicta necesita restaurar y aumentar su autoestima fracturada por medio del proceso de autoconocimiento que requiere en su recuperación. Necesita dejar la conmiseración que por excelencia utiliza, para iniciar con amarse a sí misma y complementar con su premisa femenina de amar a los demás. (Zepeda, 1998, pp. 146).

Hasta aquí podemos notar que aunque existen muchas similitudes entre las causas de consumo, mantenimiento y tal vez efectos de sustancias, para hombres y mujeres; la realidad de las mujeres es diferente, ya que en éstas el género, que permite determinada postura hacia la vida influye fuertemente en los estilos de vida de las mismas. Dando lugar a que sentimientos como el dolor, malestar, inconformidad y vacíos, precedan el fenómeno de la drogodependencias manifiesto en el ámbito de lo privado con sustancias legales.

Así mismo es el género el que da paso a estigmas sociales, y a sentimientos muy particulares de culpa. Pudiendo así decir que el fenómeno afecta tanto a hombres como a mujeres y lo hace con sus particularidades de género. Por supuesto, esto no incluye otro tipo de usuarias ni otro tipo de ambiente; como podría ser el caso de las niñas de la calle o bien adolescentes dentro de otros ambientes en los cuales el rito de iniciación y la evasión, tiene un lugar preponderante.

Por otra parte es también importante mencionar que algunos aspectos como el autoconcepto, la autovaloración, el autoconocimiento y la autoestima, entre otros, se encuentran dañados tanto en usuarias como en usuarios de drogas y aunque esto se origine por diferentes situaciones, son aspectos que deben trabajarse tomando en cuenta al género y yendo más allá de él, precisamente para replantear los roles y las posturas de vida que se han vivido.

Pero dejemos aquí la relación entre drogas y usuarias y contemplemos ahora la situación de otra de las caras femeninas de la drogodependencia. Las madres o esposas o hermanas ó codependientes. Para ello citaremos los estudios y análisis de Rosas (1998), colaboradora de Hogar Integral de Juventud, (HIJ) seguido de algunos comentarios personales.

Nos dice Rosas, (1998) que de acuerdo con las estadísticas de área de recepción, 90% de las llamadas o presencia física en las instancias del atención; en demanda de ayuda es realizada las mujeres, fundamentalmente madres, el otro 10% se reparte entre algún otro familiar.

Este dato estadístico, sugiere varias hipótesis, como es el hecho de que las madres y mujeres de la familia han asumido o concentrado para sí la resolución de los problemas de los miembros de sus unidades familiares o de su unidad doméstica, considerado, por excelencia, el territorio o dominio de la mujer-madre; -premisa de género anteriormente citada- siendo las madres las principales promotoras y activas participantes de los procesos de rehabilitación de sus hijos e hijas, y paradójicamente, en las fases intermedias del tratamiento, son las principales saboteadoras del mismo, reforzando la patología familiar que generó la farmacodependencia.

Lo anterior, también nos da cuenta de la estrecha vinculación o sobreinvolucración que existe entre las madres y los hijos varones consumidores de sustancias psicoactivas, lo que se define como relaciones simbióticas, -ó

edípicas- y que nos acercan a las características de las patologías individuales y familiares que producen, entre otras cosas, problemas de farmacodependencia.

Aspecto estrechamente vinculado con la ubicación y actitud regularmente periférica de los padres dentro de la dinámica familiar, actitud sintomática de esta situación, reflejada en su ausencia en las primeras entrevistas y participación durante el proceso terapéutico, ya sea por autoexclusión, justificada en aras de sus responsabilidades laborales, o por exclusión, regularmente de las mismas mujeres que se quejan de la indiferencia de sus maridos, quienes contradictoriamente obstruyen su participación, ya sea avalando su ausencia y ubicándolos casi exclusivamente en su papel de proveedores.

Las mujeres se definen y son definidas por los demás como las protagonistas y a veces como las heroínas en la resolución de los problemas de los hijos. El vivir para los otros y pocas veces para ellas mismas está en el trasfondo de esta problemática. La pregunta que surge es ¿qué ventajas y desventajas tiene este lugar que ocupan las mujeres, qué formas de desigualdad se reproducen, pero también que tipos de poder otorga? (p. 127)

Como podemos observar, el género involucra todos aquellos rasgos, funciones, roles, percepciones, sentimientos, modos de vida, posturas de vida que definen lo masculino y lo femenino, por su puesto esta involucrado en la manera en que las mujeres viven este fenómeno de drogodependencias, tanto en el caso de las usuarias, como de las codependientes.

Parece pertinente puntualizar que es en especial esta atribución femenina de vivir por los otros y para los otros un “arma de doble filo”, un acto poco saludable. Porque por una parte crea todos esos mitos, estigmas, culpas y conmiseración en la mujer consumidora de sustancias y por otra parte nos encontramos a las codependientes, o sea mujeres, madres que no están

estructuradas como dueñas, cuidadoras, cocreadoras de sí mismas y en vez de esto dependen de la vida del otro, o peor aun de la minusvalía del otro para cumplir con su papel, ganando con ello algún tipo de posición en la vida, la de mártires y/o heroínas cuidadoras de los otros, pero olvidándose de ellas mismas, existiendo mujeres que aunque enfrentan solas situaciones que superan sus recursos, no reconocen en ellas su propia fortaleza.

En consecuencia, sus hijos (as) resultan emocionalmente dependientes de alguien o algo que les soluciones la vida. Pues en el proceso de la crianza de los hijos (as), cuando estas mujeres llenas de carencias, dependencias, faltas de estima, con miedos y culpas; transmiten a sus hijos (as) lo que ellas tienen.

Por supuesto no podríamos juzgar a estas mujeres ni sus estilos de vida, ya que en más de las veces no son concientes de su propia situación, debido a que estos estilos y posturas de vida son impuestos sociales, es decir es la sociedad mediante un orden de género, sutilmente impuesto, imperceptible por lo cotidiano, vivido como natural, lo que da lugar a estos estilos de vida de codependencia y farmacodependencia.

Por ello creo necesario empoderar a las mujeres, no hacia fuera (como en general los hombres han ejercido el poder, incluso aquellos que consumen drogas) es decir no se trata de dominar o manifestar el poder hacia los demás, sino hacia dentro, desde dentro de sí mismas, (poder que no es practicado tampoco por los hombres) reconociendo recursos, habilidades, cualidades, progresos, limitaciones, defectos, tomando conciencia de su condición de ser humano, y además teniendo conciencia de su condición femenina, cocreadora de vida, postulante de estilos de vida, no olvidemos que es en la crianza de los hijos donde se producen o reproducen estilos de vida.

Así mismo si se desea un cambio, este no sólo es requisito del sujeto, es de las instituciones, de la comunidad y de la sociedad en su conjunto. Recordando

que los cambios sociales no son “comida rápida”, requieren tiempo y por demás esfuerzo.

1.8 Factores de protección ante el consumo de drogas.

Recientes investigaciones acerca de los factores de riesgo continúan afirmando que la penetración, el número y la severidad de los factores de riesgo tienen un efecto acumulativo. Por tanto, la posibilidad del uso de alcohol, tabaco y otras drogas de abuso está probablemente relacionada con la “dosis” de factores de riesgo que uno recibe. Están comenzando a emerger ciertas investigaciones que sugieren la importancia de una dosis-efecto similar, con respecto a los factores de protección para ayudar a reducir el riesgo. (Stein, 1999, en CIJ, 2003).

Nos dice Clayton, 1992 en CIJ, (2003), que “un factor de protección es un atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiente que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación con las mismas” .(p. 7)

Los factores de protección que Medina-Mora, 1994 en CIJ, (2003), identifican con población mexicana están relacionados con alta percepción de riesgo, con baja tolerancia social, con no tener amigos usuarios, no antecedentes familiares de uso o dependencia, el asistir a la escuela, el percibir como cercana a la familia, entre otros. (p. 9)

Por otro lado uno de los factores de protección para el uso de drogas en niños y niñas y adolescentes trabajadores, es que los menores vivan con su familia. Los que estén en esta situación trabajan en sitios donde la droga es menos disponible y tienden a rechazar más su uso; así, mientras un 4.5% de los que viven con su familia afirmaron haber usado drogas, entre los que ya no viven con ella las ha usado un 28%. (CIJ, 2003).

Por su parte Moreno (1999); nos presenta una serie de factores protectores dentro del núcleo familiar que favorecen y refuerzan a los miembros de la misma para evitar que recurran a las drogas.

Estos son:

- ✓ Enseñar valores. En las familias se establecen principios y normas de acción a través de valores. Los valores familiares proporcionan razones para que los hijos digan que no al uso de sustancias y ayudan a mantener esta decisión. Reconocer que las acciones de los padres afectan el desarrollo de los valores de los hijos es importante, debido a que los hijos imitan el comportamiento de los padres, por ello es importante que los actos coincidan con las palabras. Ya que los hijos se dan cuenta cuando un comportamiento de los padres indica que pueden mentir y hacer lo contrario, por lo que es recomendable que se sea congruente entre lo que se dice y lo que se hace.

- ✓ Establecer y aplicar normas contra el uso de drogas. Los padres tienen la responsabilidad de señalar normas que los hijos deben seguir. En el caso de uso de drogas éstas deben ser claras. Es importante explicar las razones en las que se basan las normas. Acordar sobre las consecuencias que habrá si no se cumplen y cuál es el propósito de la sanción, así como de los beneficios si se cumplen. Es importante no cambiar las sanciones para hacerlas más duras o más leves; ni tampoco usar las reglas a conveniencia propia.

- ✓ Fortalecer la autoestima. Ayudar a los hijos a desarrollar una fuerte autoestima es una tarea importante de la paternidad. Los niños con una alta autoestima tienen grandes posibilidades de ser adultos sanos, exitosos y felices. Desarrollar la autoestima del hijo no significa aprobar

todo lo que hace, sino mostrar cariño y aceptación de su persona tanto cuando lo elogia como cuando lo corrige.

✓ Es importante la expresión de sentimientos. Así como hacer notar a los hijos que los padres se interesan por lo que les pasa; elogiar, regalar a los hijos frases de aprobación y aprecio; corregir expresando el porque del disgusto sin herir al otro, pero con firmeza, evitando juzgar, comparar, negar sentimientos, ridiculizar, elogiar al mismo tiempo que se recuerdan fracasos, hacer generalizaciones, atacar insultar, etc. Complementando lo anterior, Centros de Integración Juvenil (CIJ) (2000) nos dice que es mejor expresar que guardar. Si se guardan las emociones negativas, estas surgirán con más fuerza y tal vez de manera más difícil de controlar. Por ello hay momentos y maneras de decir las cosas. Una cosa dicha en un mal momento puede resultar contraproducente. Por ejemplo, al hablar de algo que produce enojo, es mejor esperar a estar más tranquilo. Pero si al pasar el enojo se decide no hablar de la situación, de todas formas las situaciones no se resuelven. Por ello es recomendable no utilizar la fuerza del enojo, pero tampoco dejar pasar las cosas.

✓ Intercambio afectivo. Toda persona, sea niño, joven o adulto, tiene derecho a expresar el cariño que siente por su familia así como a recibirlo. Demuestre su cariño a través de besos, caricias, abrazos, o apretones. Intente evaluar qué tanto demuestra su amor a través del contacto físico. Utilice frases cariñosas. Identifique la manera en la que es más fácil para usted expresar cariño. Puede ser hablada o escrita.

✓ Reconocer los sentimientos de los hijos. Ellos desarrollan ciertas emociones al enfrentarse al mundo, algunas son muy claras, otras son difíciles de describir. Por lo que debemos entender y respetar los sentimientos.

✓ Es importante reconocer los esfuerzos que hacen los hijos, tanto si tiene éxito como si no consigue lo deseado. Registrar el progreso de los hijos, también ayuda, recordarles que son más hábiles, capaces o comprensivos, que meses o años pasados. Brindar elogios. Destacar las cosas que los hijos hacen bien en vez de estar pendientes de las que hacen mal.

✓ Formular claramente lo que se desea de ellos. Al solicitar algo se debe expresar de manera sencilla y directa, sin rodeos y con cortesía. “quiero que laves tus trastes” “la próxima vez avísame”.

✓ Fomentar la autonomía. Enseñar a los hijos los conocimientos y habilidades que necesitan para “dejar el nido”, es una tarea básica de los padres y requiere fomentar la confianza, fortalecer el sentido del éxito y reforzar las capacidades sociales. Fomentar la confianza significa darles la oportunidad de ser ellos mismos, creer en sus habilidades, reforzar una imagen positiva de sí mismos. Para fomentar la autonomía también es necesario permitir que los hijos tengan responsabilidades en el hogar de acuerdo con su edad (tirar la basura en su lugar, lavar trastes, tender la cama, etc.)

✓ Fortalecer las habilidades para relacionarse con otros, poder entablar conversaciones, expresar lo que se siente y quiere sin experimentar ansiedad, temor, etc.

✓ Ser paciente es indispensable, no presione a los hijos para que hagan algo bien la primera vez que lo intentan, ni presione en cuanto a lo que deben lograr, y respete su proceso de desarrollo.

✓ Hable con su hijo y escúchelo. Un buen nivel de comunicación es una herramienta que fortalece a la familia contra el consumo de drogas.

Acerca de este tema la CIJ (2000) nos dice que la comunicación es como la circulación sanguínea que si se deteriora, puede conseguir que se pierda o un miembro o que muera todo el cuerpo. Comunicar es conversar sobre las cosas que pasan durante el día. Dar a conocer lo que uno quiere, como se siente, si se esta triste, alegre, ansioso, esperanzado. Así como tratar de saber como se siente el otro. “póngase en sus zapatos”. También es importante tomar en cuenta que no sólo lo que se dice o expresa verbalmente es todo, también lo es lo que se dice con el cuerpo, las expresiones del rostro, los ojos, y el tono de voz. Se requiere dar de si, es estar dispuesto a dar, tiempo, atención, comprensión, poder compartir la risa, los motivos de tristeza o preocupación sin burlarse de ellos.

- ✓ Fomente el apego a la escuela y el desarrollo de hábitos de estudio. El hábito de estudiar posibilita e desarrollo de las aptitudes intelectuales; permite desarrollar los intereses, y desarrolla motivaciones y aspiraciones vocacionales. Además protege en general a la población del consumo de drogas. Asistir a eventos culturales acompañado(a) de los hijos ayuda; así como hacer excursiones y visitas de esparcimiento, o reservar algunos fines de semana para dedicarlos a actividades culturales.

- ✓ Fomente la participación de los hijos en asociaciones o grupos del barrio. Señale la importancia de realizar actividades en grupo que alimenten el espíritu o den un servicio a la comunidad. Por ejemplo grupos de desarrollo artístico o servicio a la sociedad. Los clubes, asociaciones religiosas, scouts, etc., pueden ser una buena opción.

Por su parte Moreno (2005), nos dice que debido al número de factores de riesgo para el consumo de drogas a los que se enfrenta la población de niños y adolescentes, es importante establecer medidas preventivas a edades cada vez

más tempranas, de tal forma que nos anticipemos a la aparición del problema, en ámbitos como lo son la escuela y la familia.

Debido a que la escuela es un ámbito fundamental para el desarrollo emocional, social y académico de los niños y los adolescentes, además de ser un factor protector ante el consumo de drogas, ya que cuando los niños se encuentran en la escuela las oportunidades de aprendizaje y desarrollo de habilidades interpersonales de socialización y de utilización del tiempo libre son mayores que cuando no se cursa con un proceso de escolarización.

En la escuela todas las áreas de conocimiento, desarrollo y mantenimiento de los diferentes grados académicos deben incluir contenidos de educación para la salud, de un estilo de vida saludable y de prevención de las adicciones. Para ello la escuela deberá considerar el aprendizaje de forma simultánea con los contenidos académicos de las llamadas “habilidades para la vida”.

El anterior es un concepto creado por especialistas de la Organización Mundial de la Salud para denominar aquellas experiencias o conjunto de destrezas que los niños y los adultos requieren para enfrentar de forma exitosa situaciones que la vida les plantea de forma cotidiana.

Habilidades para la vida.

1. *Conocerse y amarse a sí mismo.* Consiste en una experiencia personal en la que el niño descubre su carácter, debilidades, fortalezas y gustos. El desarrollo de un mayor conocimiento de uno mismo ayudará a reconocer los momentos en los cuales se está preocupado o tenso. A menudo, el conocimiento de sí mismo es un requisito de la comunicación asertiva, de las relaciones interpersonales, de la capacidad para desarrollar empatía hacia los demás, así como de la posibilidad de plantearse metas realistas y consecuentes con la forma de ser.

2. Expresar apropiadamente las emociones y los sentimientos: permite reconocer aquello que tanto la persona como los otros sienten, así como percatarse de cómo las emociones intervienen en nuestro proceder; también permite responder a ellas adecuadamente. Las emociones fuertes como el enojo, la ira o la tristeza pueden ser negativas para nuestra salud física y mental si no se responde a ellas apropiadamente.

3. Tener capacidad de empatía: es la habilidad para ponerse en el lugar del otro, comprender, considerar y respetar los sentimientos de los demás. Es imaginarse como es la vida de otra persona, aunque ésta no sea la circunstancia en la que la persona está y por tanto no le sea familiar. La capacidad de ser empático permite aceptar las diferencias en lo que otras personas son y piensan. La persona empática no evalúa, juzga o descalifica, simplemente intenta comprender al otro poniéndose en su lugar.

4. Manejar tensiones y estrés: facilita la identificación de las causas del estrés y sus efectos en la vida, así como llevar a cabo acciones para atenuarlo, mediante cambios en el entorno o en el estilo de vida. Dado que la forma en que se maneja el estrés es básicamente aprendida, es posible manejarlo desde edades muy tempranas de múltiples formas.

5. Manejo de la información sobre drogas: cuando se tiene acceso a información de forma adecuada y oportuna, se contribuye a prevenir riesgos y daños en la salud.

De lo anterior podemos decir, que si bien las medidas o factores de protección propuestos por instituciones o en este caso asociaciones, como los Centros de Integración Juvenil, son idealmente acertadas; no son aplicables a la gama tan

diversa de situaciones, usuarios y ambientes. Recordando que es importante incorporar a cualquier programa preventivo tanto las diferencias de género, como las particularidades de cada población con la que se trabaje.

Con lo anterior terminamos este primer capítulo. A continuación pasamos a nuestro segundo capítulo en el cual hablamos de la línea que sigue Centros de Integración Juvenil con respecto a la prevención, sin dejar de lado el análisis de tal perspectiva.

Capítulo II. Prevención.

2.1 *Delimitación conceptual de prevención.*

Uno de los ejes en la atención al problema de la farmacodependencia de los Centros de Integración Juvenil, se encuentra en las estrategias de prevención.

Los Centros de Integración Juvenil (CIJ) (2003) nos dicen que la prevención es anticiparse, actuar para evitar que algo ocurra; en el caso del consumo de drogas, la prevención no se limita a formular que no tenga lugar un consumo sino actuar aún en los casos en los que ya se haya iniciado. Por otra parte la prevención también implica una actuación enfocada a evitar que algunos riesgos o daños existentes y aun controlables, tomen dimensiones mayores y que se vuelvan incontrolables, incluso cuando ya existiera algún consumo no problemático de alguna droga. (p. 5 de 83)

La Norma Oficial Mexicana (NOM) citada en CIJ, (2003) define la prevención como “...el conjunto de acciones dirigidas a evitar o reducir el consumo de sustancias psicoactivas, a disminuir situaciones de riesgo y limitar los daños asociados al consumo de dichas sustancias” lo que implica que la prevención constituye una de las bases fundamentales e imprescindibles de la intervención científica para modificar o alterar el estado actual de la prevalencia del consumo de drogas en un contexto específico. (CIJ, 2003, p. 5 de 83).

2.2 *Tipos de prevención*

Dentro de las estrategias preventivas de los Centros de Integración Juvenil, se contemplan tres tipos o categorías de prevención: la prevención universal, la prevención selectiva y la prevención indicada, las cuales reemplazan los términos de prevención primaria, secundaria y terciaria tomados del vocabulario médico, que no siempre convienen cuando se trata de la prevención de

problemas relacionados con el uso de drogas, ya que éstos son muchos más socioculturales que médicos. (CIJ, 2003)

Prevención universal.

En este tipo de intervención las actividades que se desarrollan se diseñan para abarcar a todos los individuos de la población en general, sin considerar si algunos de ellos presentan mayor número de riesgos individuales que los conlleven al inicio y abuso de drogas; en otras palabras, se considera que los miembros de la población pueden compartir los mismos factores de riesgo relacionados con las drogas, pero el riesgo puede ser variable para cada individuo.

El objetivo principal de la intervención preventiva universal es posponer o prevenir el abuso de drogas a partir de la presentación de información específica y actualizada, así como promover el desarrollo de habilidades necesarias en las personas que contrarresten el problema de las adicciones.

Se considera que los factores de riesgo y protección que se integran a los programas de prevención universal, reflejan principalmente las influencias del medio, más que las características individuales o de ciertos subgrupos.

Algunas de las principales características que definen la intervención preventiva universal pueden resumirse de la siguiente forma:

- contempla en la realización de sus actividades a toda la población en general.
- pretende retardar o prevenir el consumo de drogas.
- los individuos no se seleccionan por requisitos establecidos para participar en las actividades.

- el riesgo individual relacionado con el uso de drogas regularmente no es valorado.
- no se enfoca a la solución de problemas personales que se relacionan con el abuso de drogas.
- el desarrollo de los programas puede requerir de menos tiempo y esfuerzo por parte de los participantes.
- los efectos o resultados derivados de la intervención presentan limitaciones en lo que respecta a su medición.

Prevención selectiva.

Las estrategias de trabajo en este tipo de intervención, se dirigen a ciertos subgrupos de la población que han sido identificados como sujetos en alto riesgo para el abuso de sustancias tóxicas; los grupos en riesgo pueden identificarse a partir de factores biológicos, (por ejemplo predisposición genética), psicosociales (disfunción familiar, falta de compromiso escolar) o ambientales (comunidades desorganizadas, normas que toleran el consumo) que se conoce están asociados con el abuso de sustancias y, particularmente, los subgrupos de interés pueden definirse por la edad, género, historia familiar, etc.

De acuerdo con lo anterior, la vulnerabilidad individual o riesgo personal de los integrantes del subgrupo de interés, por lo general no es valorado, más bien, lo es el subgrupo considerado como un “todo”.

El objetivo principal de los programas basados en la prevención selectiva es evitar el inicio del abuso de drogas, a partir del fortalecimiento de los factores de protección de los integrantes del subgrupo en alto riesgo (por ejemplo; autoestima, solución de problemas, etc.) de forma que éstos sean empleados como recursos efectivos contra los factores de riesgo.

Cabe señalar, que el conocimiento de los factores de riesgo específicos en estos grupos favorece el diseño de programas preventivos que enfocan sus objetivos a la reducción de riesgos particulares vinculados con las drogas.

Los programas desarrollados con base en la prevención selectiva si bien difieren en el contenido y la forma de acuerdo al subgrupo al que se enfoquen, comparten ciertos elementos característicos:

- se dirigen a subgrupos particulares que se encuentran en mayor riesgo para el abuso de drogas.
- pretenden posponer o prevenir el uso / abuso de sustancias tóxicas.
- seleccionan o reclutan a los individuos que deben participar en las acciones preventivas.
- consideran que la vulnerabilidad para el consumo de drogas se ubica con base a la pertenencia del grupo en riesgo.
- a partir del conocimiento de los factores de riesgo específico del grupo de interés, diseñan las actividades que enfatizan objetivos particulares de reducción de riesgos.
- Generalmente, operan por periodos de tiempo más largo, requieren de mayor tiempo y esfuerzo por parte de los participantes en comparación con las acciones de la prevención universal
- Favorecen que las actividades se involucren en la vida cotidiana de los participantes, tratando de modificar su comportamiento al desarrollo de conductas específicas.

Prevención indicada.

Los programas de prevención indicada dirigen sus actividades hacia aquellos individuos que han experimentado con drogas y que exhiben conductas problemáticas, que están asociada con el abuso de sustancias, la atención a

estos individuos requiere de la elaboración de programas de prevención especiales.

El objetivo central de los programas de prevención indicada no solo es reducir el primer evento del abuso de drogas, sino también disminuir a lo largo del tiempo la continuación de señales, retardar el inicio del abuso y/o reducir la severidad del consumo excesivo de drogas.

Frecuentemente los programas de prevención indicada se emplean para las personas que usan y/o abusan de las drogas, sobre todo, porque presentan algunos factores de riesgo que aumentan las probabilidades de que desarrollen problemas asociados al consumo de sustancias, por ejemplo; fracaso escolar, problemas sociales interpersonales, delincuencia, otras conductas antisociales, depresión, ideación suicida, etc.

De esta forma las actividades o programas preventivos se enfocan a los factores de riesgo asociados con el individuo (baja autoestima, problemas de conducta, alejamiento con los padres, la escuela o el grupo de amigos “positivos”), otorgando un menor énfasis a la consideración y modificación de las influencias ambientales como las normas comunitarias.

En este tipo de intervenciones, es de gran importancia realizar una evaluación precisa sobre el riesgo personal en el que se encuentran los individuos, así como del nivel de conductas problemáticas relacionadas, en lugar de centrar la atención en la pertenencia de un individuo en cierto grupo de alto riesgo.

La operación de los programas preventivos implica periodos de tiempo más largos (meses), una frecuencia de contacto mayor entre el especialista y la persona de interés (horas, días), así como un gran esfuerzo por parte del participante, en comparación con las estrategias de trabajo universales y selectivas.

2.3 Teorías de prevención.

El marco referencial que respalda las actividades de prevención de los Centros de Integración Juvenil, se integra por las siguientes teorías:

1. De Aprendizaje social.
2. La teoría cognitiva conductual.
3. Teoría de la autoeficacia.
4. La teoría para la conducta de riesgo de los adolescentes.

1. La teoría del **aprendizaje social** se basa en los principios de aprendizaje, la persona y su cognición junto a los aspectos del ambiente en que lleva a cabo la conducta. (CIJ, 2003). Fue propuesta por Bandura, (1982) haciendo la aportación de incluir el aprendizaje social, vicario o de modelos, que como elemento práctico permite explicar y cambiar cierto tipo de conductas. Partiendo de los principios del aprendizaje vicario, Bandura (1982), propuso las técnicas de modelamiento para adquirir y eliminar conductas, mediante el aprendizaje de modelos; este tipo de aprendizaje puede realizarse mediante modelos reales o simbólicos. El entrenamiento en habilidades sociales, elemento hoy básico de casi todos los programas preventivos, se fundamenta de modo casi exclusivo en las técnicas de modelado.

2. La **teoría cognitiva conductual**. Bandura (1983) propone el modelo de determinismo recíproco entre la conducta, los factores cognitivos y otros personales, y las influencias ambientales, señala que éstos operan de manera interactiva como determinantes de cada una de las otras. A causa de la

multiplicidad de influencias interactuantes, el mismo factor puede ser parte de diferentes combinaciones de condiciones que tienen efectos diferentes.

La relativa influencia ejercida por los tres tipos de factores interactuantes variará para diferentes actividades, diferentes individuos y diferentes circunstancias. Los tres factores no interaccionan de modo totalmente simultáneo, sino secuencialmente en el transcurso del tiempo. Los determinantes dentro de este modelo son los significados funcionales unidos a la conducta de consumo en combinación con la eficacia esperada de conductas alternativas. Es decir, las cogniciones funcionan como detonadores de la decisión de consumo/no consumo, ya que, debido a los altos niveles de estrés y, no tener la percepción de conductas alternativas, se inician los episodios de consumo para pasar a los hábitos.

3. Teoría de la Autoeficacia. Esta teoría se centra en los pensamientos que los individuos tienen acerca de su capacidad de actuar. La autoeficacia puede entenderse como las creencias en la propia capacidad para organizar y ejecutar las acciones requeridas para manejar situaciones futuras. Bandura (1983) esbozó cuatro tipos de experiencias que influyen en la autoeficacia:

1. La primera es la experiencia directa, el encuentro personal con el ambiente.
2. La influencia vicaria, en parte la gente basa las evaluaciones de sus propias capacidades en la ejecución de otros que son similares a ellos.
3. La persuasión verbal, los sujetos con frecuencia intentan inculcar creencias de eficacia percibida persuadiendo a otros de su eficacia.
4. Finalmente, los estados afectivos y psicológicos pueden proporcionar información acerca de la propia eficacia.

4. Teoría para la conducta de riesgo de los adolescentes de Jessor, (1991), en CIJ (2003). Esta teoría se caracteriza por la complejidad con que

hace interaccionar distintos elementos para explicar las conductas adictivas. Considera factores de riesgo y protección, conductas de riesgo y resultados de riesgo. En el modelo que Jessor, (1991) presenta, lo que interesa es conocer cuáles son los factores que derivan conductas de riesgo, sobretodo previos a la fase de experimentación, que es donde influyen estos para consumir determinada droga.

Este autor, considera cinco grupos de factores de riesgo o protección que sirven de marco conceptual general para la conducta de riesgo de los adolescentes, estas categorías son: biológico/genéricos, medio social, medio percibido, personalidad y conducta. Junto a los factores de riesgo y protección que considera la teoría de Jessor a lo largo de sus cinco dimensiones están las conductas de riesgo y los resultados del riesgo.

Dentro de las conductas de riesgo considera tres grupos: las conductas problema, las conductas relacionadas con la salud y la conducta escolar. Y finalmente los resultados del riesgo son conceptualizados como los resultados del compromiso salud/vida, donde considera la salud, los roles sociales, el desarrollo personal y la preparación para la vida adulta.

Consideraciones acerca de la prevención en el uso de drogas.

Es importante mencionar que existen planteamientos con respecto a la prevención de la drogadicción que llevan a la necesidad de la existencia de políticas socio-educativas que hagan énfasis en vivir con las drogas más que en buscar un mundo libre de ellas. (Salazar, Rodríguez, 1995).

Se menciona lo anterior porque el uso de drogas, como anteriormente revisamos; es una práctica que ha existido y probablemente existirá a la par de la humanidad, tornándose casi iluso el objetivo de evitar el consumo de drogas, o bien de vivir en una sociedad libre de ellas.

Así también se puede observar en la prevención, como en cualquier otra actividad de investigación-acción los sesgos al diseñar, implementar y evaluar un programa de prevención desde una determinada teoría que conlleva una valoración positiva superior de una perspectiva en comparación con otra y la utilización de un determinado discurso lingüístico y no otro. (Salazar, Rodríguez, 1995).

De esta manera Nateras (2000) plantea que una de las limitaciones de los Centros de Integración Juvenil, es el vacío al no tener distintos o diversos marcos referenciales que den sentido a las intervenciones con los grupos juveniles. Requiriendo incorporar las disciplinas sociales y humanistas a través de sus discursos, métodos y estrategias de incidir en la realidad social.

Hecho que podemos constatar con la anterior revisión teórica, del marco referencial que sustenta las actividades de los CIJ, en el cual observamos que no se incorpora variedad de modelos o posturas que permitan abarcar la complejidad del problema, como es el caso de modelos humanistas, etnopsicológicos, etc.; lo que entre otras cosas limita el trabajo en prevención.

Por otra parte no se trata de satanizar ningún modelo psicológico, en este caso el modelo cognitivo conductual, ya que éste tiene sus aportaciones y aplicaciones dentro de las esferas psíquica y social de los sujetos.

Se trata de incorporar modelos psicológicos, para enriquecer el trabajo con la gente; ya que cualquier postura tiene sus limitaciones ante la diversidad de usuarios, de contextos, de situaciones, de ideologías, etc. que se entrelazan en el fenómeno de la drogodependencia, lo que hace necesario más que sustituir modelos, complementarlos para que no se vea reducido el impacto de la intervención desde el nivel de prevención de adicciones hasta su tratamiento y reinserción.

Por otra parte Nateras (2000) nos marca, que la forma en que instituciones públicas y privadas y organismos civiles que existen en nuestro país, dedicadas a la atención de la farmacodependencia, construyen el fenómeno teóricamente es a partir de considerarlo un problema de salud pública que impacta a la población en general sin importar el mundo subjetivo o los procesos simbólicos a partir de los cuales algunos jóvenes usan drogas, se olvidan del género, de lo urbano-rural, el estrato social y cultural, la adscripción religiosa o política, la edad, entre otras variables. Constituyendo así el discurso oficialista e internacional en términos de las políticas de drogas. Discurso que a su vez representa el poder médico psiquiátrico a partir del cual se tiene un razonamiento científico y una postura asistencialista en el ámbito de la farmacodependencia.

Así parece que los mensajes supuestamente preventivos están montados en el miedo ya que colocan a los diferentes usuarios como incapacitados mentales para decidir por sí mismos, o bien los sitúan en el lugar de víctimas. (Bejos, 1994, en [Nateras, 2000])

Retomando la idea anterior, otro de los aspectos negativos de la prevención, es la estigmatización irreversible que condena a los utilizadores de productos tóxicos. Por otra parte, la actual legislación sobre drogas, sitúa a los usuarios de ellas, <fuera de la ley>, potenciando con ello los aspectos de rechazo de las norma y de los valores sociales, a la vez que se dificulta el proceso de recuperación y de intervención. (Salazar, Rodríguez, 1995).

Por otra parte, el mismo autor, nos recuerda que la acción preventiva se ha ligado y amparado a la política de “guerra a las drogas”, cuya única acción consiste en aumentar las acciones represivas para reducir la oferta, negando la realidad de que, la expresión más clara del fracaso de esta alternativa es que la

droga abunda en ámbitos que, por definición, constituyen la expresión más clara de la represión a nivel social (cárceles, cuarteles, etc.) (p. 174).

A continuación uno de los conceptos retomados por los Centros de Integración Juvenil. La educación para la salud.

2.4 Educación para la salud.

No sería equivocado considerar que el enfoque preventivo seleccionado, para realizar una intervención, está estrechamente relacionado a los estilos de vida de la población a la que se dirige. Un estilo de vida es la manera de estar, de entenderla, la forma en que cada persona organiza la vida cotidiana, la forma en que se interactúa con otros, las costumbres, los valores, la postura que se asume entre todo lo que nos rodea.

En ocasiones resulta muy complejo, poder distinguir entre estilos de vida adecuados o correctos y estilos de vida que pueden ser inadecuados o incorrectos, por ello es necesario de un marco referencial que proporcione indicadores de cómo y cuándo actuar en la prevención del consumo de drogas. Tal marco referencial en Centros de Integración Juvenil (CIJ) es la Educación para la salud. (CIJ, 2003, p. 6 de 83)

Rey y Calvo, (1998) nos dicen que gran parte del tiempo de los profesionales sanitarios lo deberían dedicar a inculcar hábitos saludables en la población, pues gran parte de la patología se debe a “estilos de vida” no adecuados. Así conseguir estilos de vida saludables con conductas positivas, en cuanto a dieta equilibrada, actividad física, control del estrés, etc., es una orientación imprescindible.

La **Educación para la salud** es un proceso permanente, organizado y sistemático mediante el cual se trata de influir para que personas desarrollen conductas saludables a nivel individual, familiar y colectivo, en relación con su ambiente. Para ello se sustenta en la aplicación de acciones de enseñanza y de comunicación-aprendizaje, tendientes a transmitir conocimientos, formular conceptos y valores, estimular la adopción de actitudes y prácticas sociales que impliquen la promoción de la salud. (CIJ, 2003, p. 6)

Una de las premisas que sustentan este proceso es que la salud (la cual no debe entenderse sólo como la ausencia de enfermedad, sino que engloba el bienestar físico, psíquico y mental) implica un proceso social y que por lo tanto requiere de la intervención de la comunidad en su conjunto (en términos de una red social/ estructural) para actuar consciente, intencionada y constructivamente en beneficio tanto de las personas, como de su(s) grupo(s) de referencia y pertenencia, y el medio que compartan. Dicho de otra forma, la prevención de los problemas asociados con el consumo de drogas, en términos de la Educación para la Salud, tiene como estrategia procesal a la **Movilización Social**. (CIJ, 2003, p.7).

Rey, y Calvo, (1998) nos dicen que la educación para la salud consiste en la participación de la población en conocimientos que impulsen a la acción y la responsabilidad, que permitan razonar por qué unos comportamientos pueden afectar a la salud o fomentarla. En la educación para la salud están involucrados conocimientos médicos, pedagógicos, psicológicos, antropológicos, filosóficos, sociológicos, teoría de la comunicación, etc., que se enfrentan a una situación de la realidad, con objetivos a lograr en mediano y corto plazo. Por medio de una intervención participativa en planes, programas, utilización de recursos y evaluación de los resultados.

Es importante resaltar que la salud toma en cuenta los recursos sociales y personales, por lo tanto, promoverla no es sólo responsabilidad del sector sanitario, se constituye como una estrategia que relaciona a las personas con sus entornos para crear un futuro más saludable. El sector sanitario no puede garantizar los recursos necesarios, ni dar respuesta a todas las intervenciones para mejorar la salud. Por lo que para una adecuada promoción de la salud es necesaria la acción de todas las personas, gobernantes, sector de la salud, organizaciones voluntarias, no gubernamentales, sector privado, etc.

Al permitir a cada persona un mayor control sobre su propia salud e implementar los cuidados necesarios para mejorarla, se permitirá el desarrollo individual y social. Esto debe realizarse en el domicilio, el colegio, el trabajo, en la comunidad y en general en cualquier sitio en el que tengan interacción las personas. (Rey y Calvo, 1998).

Los autores mencionan que se han establecido tres tipos de modelos de la educación para la salud:

1. Una educación sanitaria, basada en una relación de normas de salud. En un modelo médico educativo con una visión paternalista. En la cual el médico sabe todo lo relacionado a la salud y hay que obedecerlo ciegamente.
2. Una segunda educación basada en los determinantes de la salud, considerando los estilos de vida en los procesos mórbidos. Considerando la interacción del medio ambiente y las conductas de las personas.
3. Una educación relacionada a la información a través de procesos cognoscitivos y de persuasión, en la que es fundamental la participación responsable de la comunidad.

Sin embargo la educación para la salud, debe basarse en la prevención como método más eficaz en la lucha contra las distintas enfermedades. Al ser mucho más económicos adelantarse a la aparición de un padecimiento que el curarlo.

En este sentido la elección de “conductas saludables” se considera un nuevo modelo de salud global, que hace referencia a la persona dotada de un cuerpo y un espíritu que siente (emociones), que piensa y se comunica y se orienta (en una cultura y religión) de acuerdo con un contexto social. Por ello todo mensaje educativo debe pretender que el hombre sea el protagonista de su propio destino, dándole las bases intelectuales necesarias para que pueda elegir bien, en nuestro caso la salud. Para ello hace falta “saber” (conocimientos), “ser” (formación de la personalidad”); lo que lo llevará a “poder” elegir bien (voluntad), y a renunciar a lo que le puede dañar. (Rey y Calvo, 1998).

Lo anterior es de vital importancia, ya que nos sugiere que al prevenir, no sólo se necesitan conocimientos, pues el ser humano es un ser completo, que siente, piensa, hace, vive en un contexto y no sólo es un almacén de conocimientos.

2.5 El papel del psicólogo en la prevención.

En los últimos años se ha observado un interés creciente por vincular la psicología con los problemas de salud humana. Si entendemos la salud como un estado de completo bienestar físico, psíquico y social, y no meramente como ausencia de enfermedad, estaremos de acuerdo con la necesidad de incorporar, dentro de las ciencias de la salud, el componente social y el psicológico, ya que el biológico ha sido, y es todavía, el imperante dentro de éstas. (Latorre, 1994).

Retomando lo anterior, podemos decir que conforme las ciencias van avanzando, va quedando claro que los componentes biológicos, psicológicos, emocionales, sociales, ambientales y espirituales del ser humano están estrechamente conectados e influidos unos por otros, así como también lo están

las ideologías de las que se desprenden los estilos de vida que se practican en la vida cotidiana, y ya que en el caso de la drogodependencia no se pueden dejar de lado los componentes psicológicos, que se encuentran involucrados en el fenómeno, se entiende por ello la importancia de la participación del psicólogo, en la prevención, y tratamiento de comportamientos, pensamientos, sentimientos que están presentes en los usuarios (as) de sustancias, y codependientes.

Pues es el psicólogo, quien no sólo se ha sensibilizado, por medio de su formación académica, sino también cuenta con herramientas para generar soluciones y llevar a cabo un tratamiento de las necesidades afectivas, sociales, psíquicas, que lleven a las personas a desarrollar estilos de vida sanos, es decir con dirección a un bienestar total. Así mismo es necesario que dentro de esta formación el psicólogo cuente con una perspectiva de género, ya que sí existen diferencias de género que merecen ser reconocidas y tomadas en cuenta.

Así pues empapados de su acervo cultural y científico, habiendo desarrollado un criterio que engrana los fenómenos sociales con los procesos individuales, los egresados de psicología pueden incidir de manera importante en la prevención de los estilos de vida que originan en primera instancia la dependencia y luego la dependencia a sustancias psicotrópicas. Estilos de vida que tienen que ver con desigualdades de género, con violencia, con ignorancia.

De esta manera el psicólogo puede promover primeramente desde la prevención el “saber” , los conocimientos no sólo de los daños del uso de distintas drogas sino los conocimientos de estilos de vida impregnados de equidad, de la importancia del valor y cuidado personal tanto en hombres como en mujeres. Además de la conciencia y análisis de las situaciones que engranan, originan, y mantienen el fenómeno de la drogodependencia.

Por otra parte recordemos que el conocimiento no lo es todo, es importante en la formación de los sujetos tomar en cuenta sentimientos, emociones, pensamientos, deseos, anhelos, recursos, etc., es decir el “ser” o formación de la personalidad, lo cual es campo de acción para el psicólogo (a); permitiendo así en las personas usar su “poder”, voluntad y recursos para su bienestar, a la par que se promueven prácticas sociales de cambio.

Sin embargo cabe mencionar que algunas veces los egresados traen consigo los conocimientos, pero no la experiencia, ni la práctica de ser humanos integrados. Debido entre otras cosas a los tipos de planes de estudio llevados durante la carrera. Los cuales se ocupan de los conocimientos, pero pocas veces del área afectiva de los estudiantes y trabajadores.

La farmácodependencia en cifras.

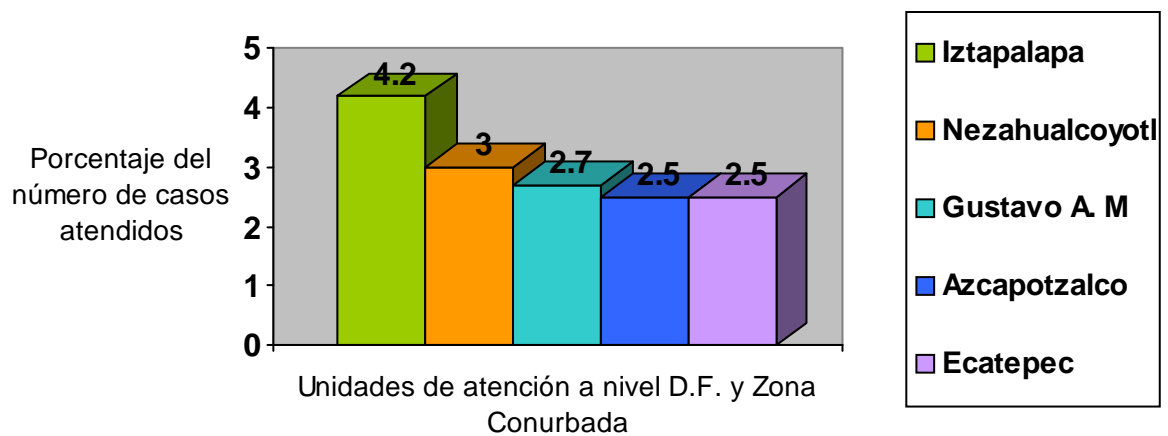
Con el propósito de exponer la situación que guarda el problema de consumo de drogas en nuestro país, se expondrán datos sociodemográficos y del consumo de drogas, extraídos del informe de Consumo de drogas en pacientes que ingresaron a tratamiento a Centros de Integración Juvenil, el cual retoma información del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA) y de la Dirección General de Epidemiología de la Secretaria de Salud. (Cfr. Gutiérrez, Castillo, Guerrero, 2005).

Así mismo se integran a ésta información, los resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones (2002), la Encuesta de Estudiantes de Nivel Medio y Medio Superior de la Ciudad de México (2003) y el estudio elaborado por Guevara (2007) realizado en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, con una muestra representativa del casi 10% de la población total inscrita en la carrera de psicología en el semestre lectivo 2005-1.

Los primeros datos nos permiten conocer que:

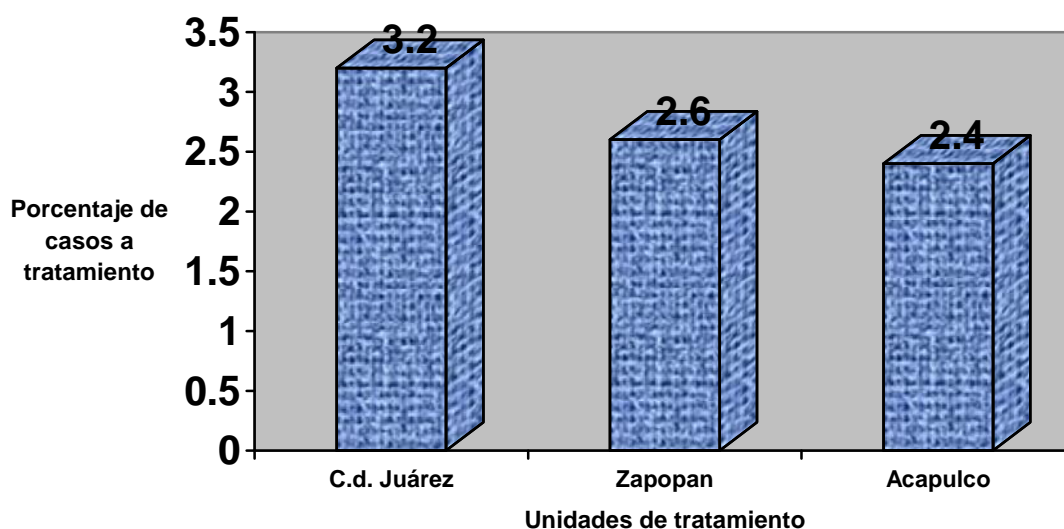
La distribución de casos de primer ingreso a tratamiento por unidad de atención. Dicen que a nivel distrito federal, Iztapalapa oriente se encuentra como el de mayor número de casos atendidos semestralmente con un 4.2 % equivalente a 448 personas, seguido de Nezahualcóyotl con un 3.0% (322 casos); delegación Gustavo A. Madero 2.7% (293 casos) y Azcapotzalco y Ecatepec con 2.5% ó (273 casos).

Fig. 1.1 Distribución de casos a tratamiento nivel D.F.



A nivel nacional sin considerar el D.F., la distribución de casos y las cifras más altas de primer ingreso a tratamiento por unidad de atención, pertenecen a C.d. Juárez con 3.2% (345 casos), municipio de Zapopan, Jalisco con 2.6% (280 casos); y Acapulco Gro. con 2.4% (253 casos). (Cfr. Gutiérrez, Castillo, Guerrero, 2005).

Fig. 1.2 Distribución de casos a tratamiento nivel nacional



Por su parte los resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA), (2002) nos revelan que **la región más afectada del país en el consumo de drogas** es la Región Norte con un 7.45%, le siguen las regiones del Centro con 4.87% y Sur 3.08%.

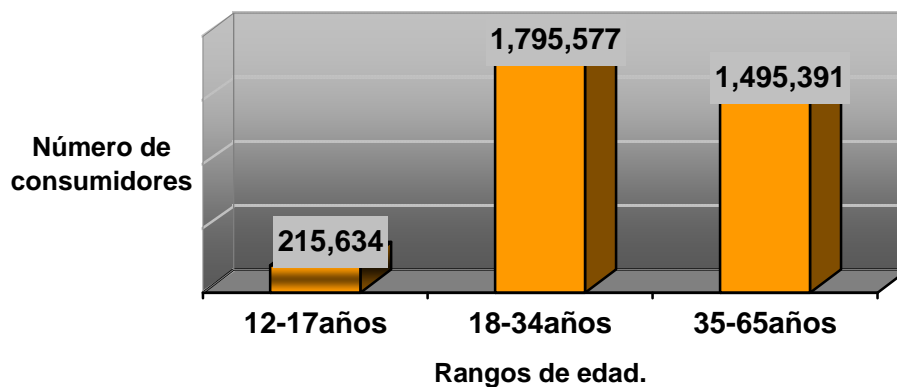
De esta manera, aunque la atención a tratamiento por las unidades de los CIJ, sea mayor en la zona centro, en la unidad Iztapalapa, con 4.2%; le sigan zona norte, Ciudad Juárez con 3.2%; el municipio de Zapopan, Jalisco con 2.6%, etc. La cobertura de atención, no corresponde con los datos sobre el porcentaje de consumo de drogas en el país, arrojados por la ENA, (2002).

Asimismo el porcentaje de consumo, rebasa el porcentaje de atención ofrecido por los CIJ, y seguramente por otros organismos públicos o privados dedicados a la atención de la farmacodependencia.

De esta manera se da atención a un gran porcentaje de usuarios de drogas, pero no toda la población, hecho que por otra parte tiene que ver con que muchos usuarios no piden ayuda para detener su adicción, en parte porque tardan en considerar éste un problema. Situación que se aprecia más adelante en el lapso transcurrido entre el inicio del consumo de sustancias y el ingreso a tratamiento.

Distribución del consumo por edad. En el país 215,634 adolescentes entre 12 y 17 años (167,585 varones y 48,049 mujeres) han usado drogas alguna vez, el índice entre los adultos jóvenes entre 18 y 34 años alcanza al 1'795,577 (1'351,138 varones y 449,439 mujeres) y entre 35 y 65 años, 1'495,391 (1'177,683 hombres y 317,708 mujeres). El mayor índice de consumo se observa entre los varones y mujeres de 18 a 34 años. (ENA, 2002)

FIG.1.6 Distribución del consumo por edad.

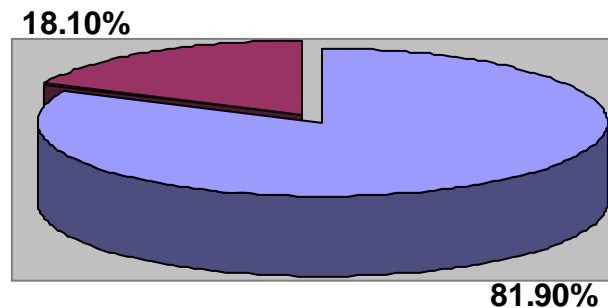


Ésta cifra, da mucho que pensar, ya que amplía los parámetros de la principal población en riesgo, pues si usualmente es en la adolescencia cuando se inician al consumo, ahora vemos que son los jóvenes y adultos los principales consumidores.

Distribución en el consumo por sexo. Aun cuando predomina la afluencia de hombres 4.5 varones (equivalente a 81.9%) por 1 mujer (ó 18.1%); se observa respecto a 2003, un aumento de 1.3 puntos porcentuales de mujeres. (Cfr. Gutiérrez, Castillo, Guerrero, 2005).

Por su parte la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA), (2002) nos corrobora que el consumo de drogas es más frecuente entre los varones con una proporción de 4 varones por cada mujer. Y nos detalla que en ambos grupos el consumo es mayor en la zona norte, en segundo lugar aparece la Región Centro y finalmente la Sur. La menor diferencia en los índices de consumo entre hombres y mujeres se observa en la Región Centro con una proporción de 3.3 hombres por cada mujer, en la Región Sur se observa la mayor diferencia con una proporción de 5.2 hombres usuarios por cada mujer, y en la Región Norte la proporción es de 4.5 a 1.

Fig.1.3 Porcentaje del consumo de sustancias en relación al sexo.
(Cfrs de Gutiérrez, Castillo, Guerrero, 2005).



Asimismo la Encuesta de Estudiantes de Nivel Medio y Medio Superior de la Ciudad de México (2003) nos revela que la prevalencia total del consumo de cualquier droga, afecta más a hombres (5.7%) que a mujeres (3.6%). Aunque

para la población adolescente y joven ha habido cambios en la respectiva contribución de hombres y mujeres en el consumo de alcohol y tabaco, de manera que las prevalencias de consumo presentan valores similares. Por ejemplo se encontró que el consumo de alcohol por sexo afecta a la población masculina en un 65.6% y en la femenina en un 66.1%. Siendo la delegación Azcapotzalco la principal afectada con un consumo de 30.4%.

Escolaridad. 44.0% afirma cursar o haber cursado algún grado de educación secundaria, 22.1% preparatoria, 19.3% primaria y 9.0% estudios profesionales. En relación con 2003 se aprecia un incremento de 1.2 puntos porcentuales entre quienes reportaron estudios de nivel profesional. (Cfr. Gutiérrez, Castillo, Guerrero, 2005).

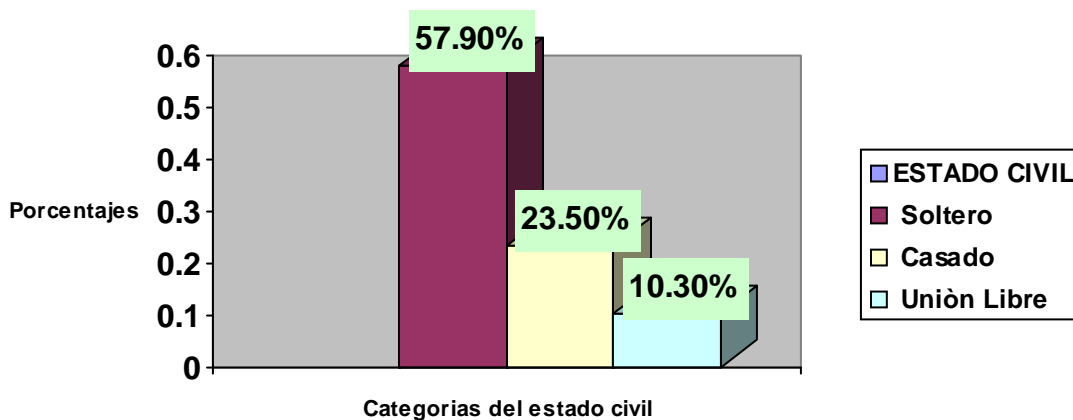
Por su parte el estudio de Guevara (2007) realizado en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza nos muestra el consumo de sustancias adictivas en los estudiantes, de la siguiente manera:

¿Ingieres alguna sustancias como:	Mujeres	Varones
Tabaco	20%	13%
Alcohol	17%	21%
Coca o marihuana	0	5%
No ingiere	68%	64%

Situación que refleja que efectivamente el consumo de sustancias es menor en la población con estudios profesionales; pero que sin embargo si existe una proporción considerable de la población que consume drogas y que en este caso se refieren principalmente al alcohol y tabaco.

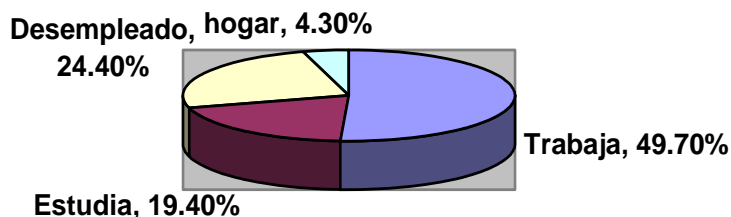
Estado civil. 57.9% Soltero, 23.5% Casado y 10. 3% Unión libre. (Cfr. Gutiérrez, Castillo, Guerrero, 2005).

Fig. 1.4 Estado civil de los ingresados a tratamiento



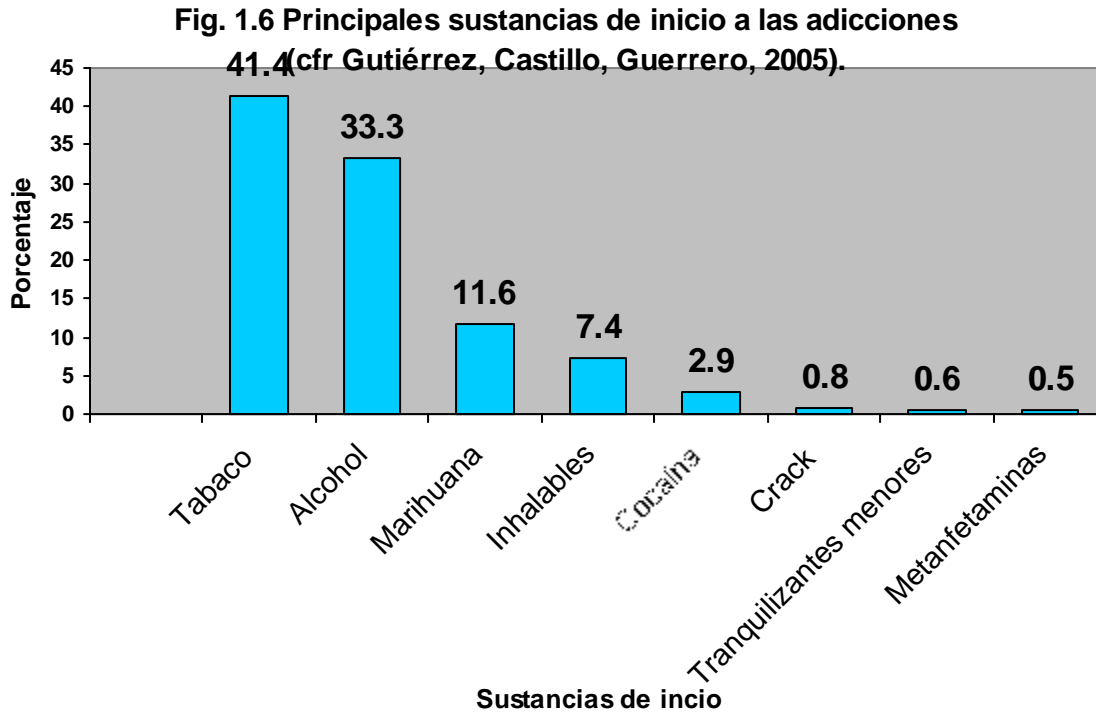
Ocupación. 50.3% refiere trabajar; 24.4% carece de ocupación activa, 19.4% estudia, 4.3% se dedica al hogar. Y en comparación con 2003, se registra una disminución de 1.3 puntos porcentuales entre quienes trabajan y un incremento de 1.4 y 0.7 puntos entre los que estudian o manifiestan dedicarse al hogar, respectivamente. (Cfr. Gutiérrez, Castillo, Guerrero, 2005).

Fig.1.5 Ocupación de los ingresados a tratamiento



CONSUMO DE DROGAS.

Sustancias de inicio. Las principales sustancias reportadas como drogas de inicio son tabaco (41.4%), alcohol (33.3%), marihuana (11.6%) e inhalantes(7.4%), seguidas por cocaína (2.9%), crack (0.8%), tranquilizantes menores (0.6%), metanfetaminas (0.5%). (Cfr. Gutiérrez, Castillo, Guerrero, 2005).



Variaciones por tipo de droga ilegal. Los resultados de la ENA (2002) muestran que sin considerar al tabaco o al alcohol, la droga de mayor consumo es la marihuana, 2.4 millones de personas la han probado alguna vez en una proporción de 7.7 hombres por cada mujer. Poco más de 2 millones (3.87%) viven en población urbana y el resto en la población rural (385,214 personas) que representan el 3.48% de la población entre 12 y 65 años. Cuando únicamente se considera a los hombres urbanos la proporción de uso aumenta a 7.58%, y en el grupo entre 18 y 34 años que es el más expuesto, la proporción aumenta a 10.01%.

La cocaína ocupa el segundo lugar en las preferencias de la población, el 1.44% de la población urbana la ha usado y por cada 4 hombres que la consumen hay una mujer. De la población total, el 1.23% del uso se da en forma de polvo, 0.04% en forma de pasta y 0.10% en forma de *crack*. La mayor proporción de usuarios tienen entre 18 y 34 años.

Después de la marihuana y la cocaína, siguen en orden de preferencia, los inhalantes y los estimulantes de tipo anfetamínico (ESTA) y en último lugar la heroína y los alucinógenos. Sin embargo, en el grupo de 12 a 17 años, el índice de consumo de inhalantes es ligeramente superior al de cocaína

Así mismo la ENA (2002), nos dice que de los cinco millones de mujeres que viven en el Distrito Federal, alrededor de 34 mil consumen alguna droga ilegal como cocaína, heroína, inhalantes, marihuana, opioides y estimulantes, mientras que 200 mil consumen antidepresivos y 400 mil alcohol.

En cuanto a las preferencias del uso de drogas, la Encuesta de Estudiantes de Nivel Medio y Medio Superior de la Ciudad de México (2003) revelan que las mujeres optan por los tranquilizantes (5.3%), seguidos por la marihuana (4.8%) y los inhalantes (3.8%) y las anfetaminas (3.5%).

Para los hombres el orden es marihuana (9.6%), inhalantes (5.4%), cocaína (5.3%) anfetaminas y tranquilizantes (3.8% para ambos).

Las delegaciones más afectadas, para el consumo de marihuana son, Azcapotzalco (7.4%), Coyoacán y Miguel Hidalgo (5.7% ambas); cocaína, Azcapotzalco (4.5%), Venustiano Carranza (2.9%); inhalables, Venustiano Carranza (4.7%), Azcapotzalco (3.2%), Iztacalco, Iztapalapa, y Tlahuác con un 2.7%; tranquilizantes, Cuauhtémoc (4.2%), Venustiano Carranza (3.1%), Azcapotzalco (2.9%).

Edad de inicio del uso de sustancias. Incluyendo alcohol y tabaco, la edad promedio se sitúa en 14.7 años, la mediana en 14 años y la moda en 15 años. Un 47% inició el consumo de drogas entre los 10 y 14 años, y un 40% entre los 15 y 19 años. Para el caso del inicio del consumo de drogas ilícitas la edad promedio se sitúa en 17.1 años. (Cfr. Gutiérrez, Castillo, Guerrero, 2005).

Asimismo, el **tipo de consumo**, muestra que un 81.9% de los casos fue diagnosticado como dependiente de sustancias (incluye consumo “funcional” y “disfuncional”), mientras que sólo 17.1% fue identificado como usuario (incluye consumo “social u ocasional” y “experimental”). (Cfr. Gutiérrez, Castillo, Guerrero, 2005).

Por otra parte la siguiente tabla nos refiere la edad registrada en el primer ingreso a tratamiento de los consumidores.

Tabla 2.1 Edad de los consumidores registrada en su primer ingreso a tratamiento. (Cfr. Gutiérrez, Castillo, Guerrero, 2005).

	Frecuencia	Porcentaje %
Menos de 10 años	7	0.1
10 a 14 años	928	8.6
15 a 19 años	2,873	26.7
20 a 24 años	1,995	18.5
25 a 29 años	1,623	15.1
30 a 34 años	1,189	11.1
35 a 39 años	825	7.7
40 a 44 años	514	4.8
45 años y más	800	7.4

Lapso transcurrido entre el inicio del consumo de sustancias y el ingreso a tratamiento. El promedio es de 11.4 años. El 42.3% acude a tratamiento después de diez años de haber iniciado el consumo; el 24.1% entre dos y cinco años y el 20.5% entre seis y diez años.

Por su parte la ENA, (2002) nos dice que una proporción muy baja de los usuarios de drogas han solicitado ayuda. Destacando que generalmente tanto aquellos que han usado una o más drogas, como quienes ya presentan problemas físicos han acudido principalmente a un grupo de atención médica o con algún médico privado. Asimismo acudir con un sacerdote es una práctica común entre estos grupos que ya presentan problemas con su consumo de drogas.

Por otra parte los resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones (2002), nos revelan que el uso de drogas ilegales (mariguana, cocaína y otros derivados de la hoja de coca, alucinógenos, metanfetaminas, heroína, inhalables usados con fines de intoxicación) es mayor que el consumo fuera de prescripción de drogas con utilidad médica, (opiáceos, sedantes, tranquilizantes, anfetaminas y otros estimulantes). 2.8 millones han usado drogas ilegales y más de 840 mil personas han usado drogas con utilidad médica; ya sea consumiéndolas sin indicaciones médicas o en mayor cantidad o tiempo del indicado por el médico.

Usuarios de drogas médicas. En el consumo de drogas médicas fuera de prescripción, destacan los tranquilizantes (0.68%), en segundo lugar están las anfetaminas y otros estimulantes (0.34%), en tercer lugar los sedantes (0.24%) y por último los opiáceos (0.09%). Estas sustancias se consumen principalmente en zonas urbanas y la proporción es similar por sexo.

Tabla 2.2. Proporción de usuarios

	% que ha usado*	que son urbanos**	que son hombres**
Tranquilizantes	0.68	87.20	50.53
Sedantes	0.24	95.61	50.56
Anfetaminas y otros estimulantes	0.34	91.21	41.24

FUENTE: ENA 2002 • SSA, CONADIC, INPRFM, DGE, INEGI * Porcentaje del total de la población. ** Porcentajes del total de consumidores .

Por otra parte es interesante notar que a diferencia de los resultados obtenidos en la segunda Encuesta Nacional de Adicciones de 1993, realizada en hogares del ámbito nacional, citada en Romero, Medina-Mora, (1998) se observa un incremento bastante significativo, en la Encuesta Nacional de Adicciones 2002 del consumo de drogas médicas, en hombres. De tal manera que en 1993 la distribución por sexo del consumo de drogas médicas, se inclinaba a una mayor proporción de consumidores entre las mujeres: dos tercios de la población (63%), mientras que en el 2002, la proporción de consumo es similar entre hombres y mujeres.

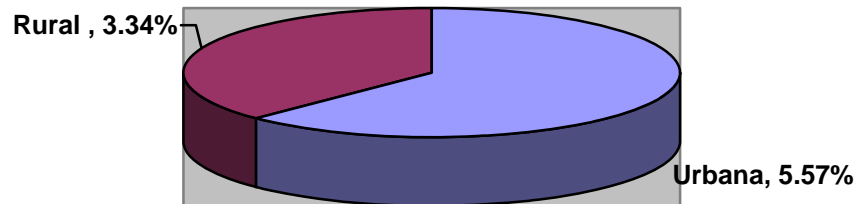
Observándose el mayor índice de consumo entre los varones y mujeres de 18 a 34 años. Situación que aún guarda relación con los hallazgos de 1993 los cuales indicaban que los grupos de mujeres que rebasaban los 26 años, eran quienes consumían dos veces más medicamentos que producen adicción que los hombres.

Respecto a la ocupación y sexo de los/as usuarios/as de depresores, en 1993 eran las mujeres amas de casa (38.8%) las que más los utilizaban. Tal cambio de situación no desmerita ni la información, ni el análisis proporcionado por Medina-Mora, (1998), y si abre la posibilidad de investigar cuál es la situación actual que da paso a los hombres a que también prevalezcan en el consumo de

drogas médicas. Así mismo es importante notar que es en general la población de entre 18 a 34 años quienes más consumen cualquier tipo de drogas.

Variaciones de consumo en la población urbana y rural. El 5.57% de la población urbana, que representa 2.9 millones ha usado drogas; en el caso de la población rural el porcentaje es de 3.34%, con un total de 563,242 personas.

Fig. 1.7 Variaciones de consumo en la población urbana y rural.



Estos datos muestran los alcances de esta problemática, haciendo urgente atenderla, analizarla y promover estrategias que favorezcan identificar los mecanismos institucionales que hagan frente a este problema, el cual tiene implicaciones a todos los niveles de la vida social y personal.

Capítulo III. Actividades realizadas durante el periodo de servicio social, en los Centros de Integración Juvenil.

Antes de hablar de las actividades y los proyectos realizados en Centros de Integración Juvenil, daremos una reseña breve de esta Asociación Civil. En 1969, el creciente consumo de drogas entre los jóvenes motivó a un grupo de comunicadoras, encabezadas por Kena Moreno, a fundar un centro de atención para jóvenes drogadictos. Y fue en 1973 que se constituyeron los Centros de Integración Juvenil, A.C. bajo el gobierno de una asamblea general de asociados y el primer Patronato Nacional.

Entre los años de 1976-1979, se celebraron reuniones con instituciones y representaciones del gobierno de Estados Unidos para intercambiar información científica y teórico-práctica. En 1982 mediante decreto Presidencial, CIJ fue incluido dentro de los organismos sectorizados de la Secretaría de Salud, con el carácter de institución de participación estatal mayoritaria. En 1998 se firmó un convenio con el Programa de Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de drogas (PNUFID), para apoyar un proyecto de capacitación en 6 países de Centroamérica.

Así desde ese entonces a la fecha la institución cuenta con 83 Unidades Operativas: de las cuales 77 son Centros Regionales, 3 Unidades de Tratamiento Residencial (Internamiento), 4 Unidades de Tratamiento en Consulta Externa y 1 Clínica de Metadona. Además de 5 edificios de oficinas normativas y administrativas. Las 85 Unidades operativas, se encuentran distribuidas en 29 Estados de la República Mexicana y el Distrito Federal. (Centros de Integración Juvenil, 2002).

3.1 Tipos de proyectos preventivos.

La estrategia preventiva de Centros de Integración Juvenil, involucra tres diferentes proyectos: de información, orientación y capacitación. Por otra parte cabe mencionar que los programas preventivos de Centros de Integración Juvenil, A. C. “para vivir sin drogas”, tienen como objetivo el disminuir significativamente en la población infantil y adolescentes los índices de consumo de drogas evitando y/o retardando la edad de inicio, así como reducir los daños y riesgos asociados con el mismo para evitar la transición en el nivel de consumo. Aunque el rango de atención se extiende desde los 12 hasta los 65 años, la población adolescente y joven es su principal objetivo.

De esta manera la participación del psicólogo, se observa en el manejo de grupos, en la sensibilización de temas tales como; autoestima, comunicación asertiva, manejo de estrés, entre otros. Destacando la función profesional del psicólogo en el área de prevención, donde se lleva a cabo la realización de actividades previamente estructuradas por los centros de Integración juvenil.

La detección de usuarios de drogas es algo que realizan principalmente familiares, profesores o instituciones; siendo ellos quienes remiten a los usuarios (as) a las unidades de atención de los CIJ. Por su parte los prestadores de servicio social se ocupan a nivel de prevención y en proyectos de Orientación, a realizar un diagnóstico general, e intervención a nivel de prevención y evaluación.

La manera en que lo anterior sucede es debido a que los proyectos de Orientación, cuentan con cuestionarios diagnósticos que se aplican para que en base a él, se elijan cuales serán los temas a abordar en cada grupo, ya que el número de sesiones no permite revisar todos los temas contenidos en los manuales, así mismo existen cuestionarios de pre y post-test de cada uno de los temas a revisar.

Tales cuestionarios ayudan en un principio a hacer un diagnóstico de la información o conocimiento con la que cuentan los participantes acerca de los temas a desarrollar, y en determinado momento ayudan a hacer una evaluación de la percepción de riesgo del uso de sustancias, así como del cambio de actitudes que se generaron entre los jóvenes o los padres a los que se les impartió el taller.

Cabe mencionar que cuando los grupos se forman dentro de escuelas, éstos suelen ser más estables, y esta evaluación se puede llevar a cabo de forma confiable, sin embargo cuando los grupos se forman dentro de la unidad de atención o en fábricas o en otros lugares y condiciones, suelen ser grupos inestables, es decir, que las personas no acuden regularmente o dejan de ir y se incorporan otros nuevos a mitad del taller, lo que dificulta la confiabilidad de una evaluación.

A continuación la descripción de cada uno de sus proyectos de prevención, omitiendo el proyecto de capacitación, debido a que no se trabajó en él.

3.2 Proyectos de Información.

Proyecto Información Pública Periódica.

Las actividades que se realizan en este proyecto van encaminadas a la sensibilización breve sobre la prevención de las adicciones a la población en general. A través de la información sobre el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas como problema social de salud pública, y en específico de salud mental, visto como una enfermedad social y reproduciendo así el discurso médico.

También se menciona a la población las alternativas de Centros de Integración para evitarlo, motivándola a que participe en las acciones de prevención de la institución; como los “talleres” preventivos dirigidos a padres y

alumnos. Las actividades realizadas bajo este proyecto se refieren básicamente a la exposición de stands informativos, colocados en ferias de la salud, o eventos de difusión.

Este proyecto esta dirigido a la población que solicita información particular o general relacionada con el consumo de drogas, la cual puede ser solicitada de manera directa o a través de un tercero. Dentro de esta población están considerados los diferentes grupos de la comunidad, que no provienen directamente del sector educativo, tales como: asociaciones vecinales, grupos de colonos, líderes formales e informales, grupos religiosos, etc., institucionales de sector gobierno salud, jurídico, empleados de gobiernos federales, estatales y municipales, que solicitan el servicio preventivo, aunque ello no quiere decir que no puedan ser escolarizados.(Centros de Integración Juvenil, [CIJ] 2002, p. 59).

Se maneja el uso de folletería, la cual da publicidad a las actividades realizadas dentro de los centros de Integración Juvenil, así como información básica en torno a las drogas. Cabe señalar que generalmente no solicitan información los usuarios de sustancias, sino sus familiares.

Proyecto Escuelas (ESA).

El objetivo central de este proyecto, es proporcionar información científica (o más bien biológica y médica) para sensibilizar a la población en general respecto al consumo de drogas y aumentar la percepción de riesgo (mediante la estrategia del miedo).

Para ello se da a conocer por medio de pláticas informativas datos generales sobre la situación epidemiológica del consumo, los daños causados por las drogas a corto y largo plazo, aclarando también algunos “mitos” más comunes sobre el consumo de drogas; por ejemplo, “el tabaco te da personalidad”, “con la cocaína se te baja la borrachera”, “sólo los débiles se vuelven adictos”, etc. Sin embargo los temas tratados son los mismos ante los distintos niveles

educativos; situación epidemiológica, daños a largo y corto plazo, factores de riesgo y protección. Olvidándose factores de género, de estatus social, edad, culturales, etc.

El proyecto se aplica a alumnos de 4to. 5to y 6to. Grado de educación primaria.

En educación media básica (secundaria) a alumnos de 1er, 2do y 3er grado, también se trabaja con padres y madres de familia y con maestros orientadores y personal administrativo.

En educación media superior con alumnos de todos los semestres y/o los grados, maestros, orientadores y administrativos.

En educación superior con: alumnos, maestros y personal de servicios médicos. Tales pláticas son de una sola sesión. Con un tiempo aproximado de 60 minutos.

El lugar donde se imparten las pláticas es dentro de las aulas de las escuelas a las que se acude, o en auditorios de las mismas escuelas.

La información proporcionada, esta enmarcada dentro del modelo médico-psiquiátrico, que considera las drogodependencias como una enfermedad social, donde no se toman en cuenta las diferencias culturales, étnicas, de género, de edad, etc. Así mismo la estrategia que se ocupa, es infundir temor a la población ante los daños provocados por las drogas a corto y largo plazo.

Proyecto Información a Concurrentes.

Este proyecto esta estructurado para atender a población abierta (estudiantes, padres de familia, presidentes o líderes de colonias, profesionistas de la salud, etc), que acudan a la Unidad Operativa a solicitar información, la cual por lo

general, esta relacionada con información sobre drogas para realizar actividades extraescolares, trabajos académicos u otro tipo de actividades que guardan una relación directa con la organización familiar, grupal u comunitaria.

Así mismo, la respuesta oportuna a esta demanda, es motivo para incidir en el ámbito cognitivo y afectivo de los individuos con base en la sensibilización del entorno familiar y comunitario a través de un proceso comunicativo que permita realizar tareas conjuntas. (CIJ, 2002, p. 60).

3.3. Proyectos de Orientación.

Orientación preventiva Infantil. OPI

El objetivo de este proyecto es promover y fortalecer en los participantes actitudes y habilidades específicas que ayuden a contrarrestar en su contexto inmediato situaciones de riesgo relacionadas con el inicio en el consumo de drogas. Además de señalar y mantener actitudes y conductas que refuercen el autoconocimiento y la autovaloración positiva; fomentar el reconocimiento y desarrollo de habilidades sociales que contrarresten los factores de riesgo asociados al uso de drogas, y generar vínculos y estrategias personales y grupales que aumenten el interés y la participación por las actividades escolares y extraescolares.

Los temas que se trabajan en este proyecto son; alcohol y tabaco, autoestima, habilidades sociales y la importancia de la escuela. Se cuenta con un manual de actividades, que contiene las cartas descriptivas de los tiempos en las sesiones y los temas a trabajar., además de cuestionarios de pre y post-test para el taller.

Este programa se imparte a niños que tiene un rango de edad de entre los 10 y los 12 años. Por ello se trabaja con grupos escolares de primaria de 4°, 5° y 6° grados. En este caso, la población con la que se trabajó fueron niños y niñas de

5° y 6° grado de una escuela primaria pública, ubicada en el pueblo de Santa Cruz Meyehualco, delegación Iztapalapa.

Tiempo aproximado: de entre 60 y 90 minutos por cada sesión, el “taller” constó de 8 sesiones, que se impartieron dentro del aula escolar.

Durante la implementación del “taller”, pude observar la importancia de temas vistos como autoestima, autoconocimiento, asertividad, además de los obligatorios temas dedicados a las “drogas”. Ya que por ejemplo hubo muchos niños que en temas como autoconocimiento y autoestima les costaban mucho trabajo o les daba pena tanto describirse físicamente, es decir si eran altos o bajos de estatura, fornidos o delgados, morenos, lacios, etc. así como el reconocer habilidades en ellos. Por otra parte, los talleres no cuentan con algún tipo de seguimiento

Orientación Familiar Preventiva. OFP

El objetivo de éste programa es habilitar a los padres de familia en estrategias para prevenir el consumo de drogas en la familia.

Así como permitir a los participantes que cuenten con elementos básicos para distinguir situaciones de riesgo ante el consumo de drogas que puedan afectar la salud de la familia. También se pretende que los padres y madres de familia ensayen situaciones de comunicación adecuada en los hijos, y aumenten la habilidad para manejar los problemas de conducta de sus hijos.

Así mismo se pretende que los participantes desarrollen rutinas de disminución de estrés cotidiano en la familia, y refuercen las habilidades de rechazo y autocontrol que los hijos deben tener para evitar el consumo de sustancias. Para ello los temas que se impartieron fueron; “el cuidado de la salud en la familia, habilidades de comunicación, habilidades sociales y las drogas y la familia”. Contenidos en el manual de apoyo de OFP, en el cual

también se encuentran los cuestionarios diagnósticos de cada tema y el cuestionario de pre y post-test de taller.

Para la selección de los sujetos se tomaron en cuenta, los padres de familia de jóvenes adolescentes remitidos al CIJ-Iztapalapa-oriente, por la escuela secundaria, debido a mala conducta, o conductas de experimentación de alguna sustancia. Cabe mencionar que la mayor incidencia de padres participantes, se concentra en el sexo femenino.

Por otra parte el sitio donde tuvieron lugar los talleres, fue dentro de las instalaciones del Centro de Integración Iztapalapa Oriente.

Cada curso-taller consto de 8 sesiones, cubiertas una vez por semana durante dos meses. Cada sesión tuvo una duración de 60 minutos.

Dentro de este taller se pudo observar que aunque los temas son muy adecuados y variados a la dinámica familiar, había situaciones que por las estructura del “taller” no podían ser atendidas, como la de que varios padres no sabían como expresar a sus hijos afecto, reconocimiento, tener contacto físico con ellos, es decir dar abrazos, caricias.

O bien, había padres que mientras manifestaban atención y cuidado a los hijos “con problemas”, descuidaban a los hijos “sin problema” a los que no se les reconocía de similar manera, creando conflicto entre hermanos, y entre padres e hijos, entre otras cosas. También se observó la falta de recursos “emocionales” en los padres para poner límites, o conceder responsabilidades a sus hijos.

Asimismo se observó que la concurrencia a dichos talleres era más por las madres de los adolescentes que por los padres de los mismos, por otra parte la información no conllevaba ningún aspecto de género.

Orientación Preventiva con Adolescentes. OPA

El objetivo general del proyecto es desarrollar habilidades que permitan al adolescente enfrentar situaciones de riesgo para prevenir el consumo de drogas. Así como brindar estrategias específicas que permitan fortalecer la autoestima, y brindar estrategias que permitan favorecer la comunicación en la familia, la escuela y con el grupo de pares, favoreciendo la negociación y la resolución de conflictos. Para ello se trabajan los temas de “drogas y adolescencia, autoestima, familia, habilidades de comunicación y estrategias de afrontamiento”

Se trabaja con el apoyo del manual de OPA, que contiene instrumentos de evaluación, esto son cuestionarios diagnóstico para antes del inicio del taller, cuestionarios de pre y post-tests de los temas mencionados y los contenidos temáticos, así como actividades que realizar; como ya se había mencionado antes.

El “taller” constó de 8 sesiones, las cuales se imparten una vez por semana teniendo una duración aproximada de 60 minutos.

Es importante aclarar que aunque el proyecto fue registrado como OPA, en realidad, participaron en el taller, jóvenes de entre 23 a 30 años, los cuales eran trabajadores de las fábricas de vestuario y equipo de la Secretaria de la Defensa Nacional, Campus Sedena. Debo comentar que este grupo fue muy dinámico, siempre con comentarios y/o preguntas acerca de los temas revisados. Así mismo se permitió dentro de taller que los participantes hicieran comentarios de su vida cotidiana en los que se reflejaran los temas vistos, dando lugar a la expresión de sentimientos y emociones.

En los temas relacionados con la autoestima, hubo dificultades, en varios de los participantes (predominantemente mujeres) al reconocer habilidades y fortalezas. Cuando revisamos el tema de crítica constructiva, ocurrió la solución de conflictos suscitados antes del taller entre compañeros.

3. 4. Actividades Inespecíficas de Prevención

Estas actividades son relacionadas con la promoción de la salud, y se concretan con la colaboración de voluntarios o prestadores de servicio social en la organización, conducción y desarrollo de talleres y actividades culturales, recreativas y deportivas; promoviendo eventos y campañas de promoción de la salud. Para una mejor identificación de las actividades inespecíficas, se han clasificado en diferentes rubros, a saber:

Culturales y recreativas	Talleres sobre oficios
Talleres de manualidades	Eventos comunitarios
Salud	Cursos de verano
Artísticas	Canalización a servicios institucionales
Educacionales	Captación de fondos
Deportivas	Actividades de promoción y difusión

Actividades de apoyo

Estas actividades se consideran de apoyo a los proyectos institucionales, en donde los voluntarios o prestadores de servicio social participan en el diseño y elaboración de material didáctico; en la difusión de los servicios institucionales; en investigaciones documentales o de campo; y en el llenado de formatos estadísticos, todo ello en apoyo a las actividades de orientación e información que se llevan a cabo.

Para una mejor identificación de las actividades de apoyo, se han clasificado en diferentes rubros, a saber: (CIJ, 2003b, p. 64)

- Actividades administrativas, contables, secretariales y de cómputo.

- Llenado y/o captura de formatos estadísticos.
- Diseño y elaboración de material didáctico y de difusión.
- Preparación de actividades inespecíficas.
- Contactos.
- Colaboración en actividades organizadas por los equipos técnicos.
- Colaboración en investigaciones.
- Actividades de servicio.
- Actividades con otros voluntarios.

Cabe mencionar que el rubro de “contactos” incluye hablar por teléfono, enviar faxes, asistir a ferias o eventos comunitarios para promover y/u ofrecer a las escuelas o diferentes lugares, las pláticas informativas o los talleres de orientación, es decir hacer contacto con los lugares a los que se pretende llevar la información. En este sentido la información o ayuda que se da, dentro de los proyectos de prevención, no se queda con la población que ingresa a las unidades de atención de los CIJ.

Por otra parte, la población a la que generalmente se le da la información y con la que se arman los grupos de orientación es la población en general así la categoría de prevención a la que generalmente se llega es a la prevención universal.

Estas actividades se realizaron bajo el siguiente calendario:

Del 29 de agosto al 18 de noviembre del 2005.

Primer trimestre

El primer trimestre estuvo dedicado a las siguientes actividades:

Capacitación. Se proporcionaron lecturas como lo son el libro de cómo proteger a tus hijos contra las drogas, manual de voluntarios, que le falta a tu

casa; entre otros, también se vieron videos y pláticas referentes a la prevención de adicciones. Otra actividad dentro de la capacitación, fue asistir a actividades con otros voluntarios como un primer acercamiento a la población.

Proyectos. Los proyectos de prevención en los que participamos, fueron:

Proyecto escuelas (ESA). Pláticas dirigidas a alumnos.

Orientación preventiva Infantil, (OPI).

Orientación Familiar Preventiva; (OFP)

.

También participamos en *stands* informativos, instalados, en las jornadas de salud realizadas en el deportivo de Santa Cruz Meyehualco y la Secretaria de Defensa Nacional, Campus Sedena. En tales actividades se brinda información a toda persona que acude módulo acerca de los daños del alcohol y el tabaco, se explican los modos de tratamiento de adicciones, y de manera general los servicios que ofrecen los centros de Integración en el área de prevención y tratamiento.

Del 21 de noviembre del 2005 al 10 de febrero del 2006.

Segundo trimestre.

:

Proyecto Orientación Familiar Preventiva, (OFP). Debido al tiempo de duración del proyecto, que consta de 8 sesiones acomodadas una hora, una vez por semana; se llevaron a cabo las dos últimas sesiones del proyecto iniciado con anterioridad, y se abrió un nuevo grupo

.

Proyecto Escuelas, (ESA). Se continuaron con las pláticas preventivas a escuelas dirigidas a alumnos y padres de familia dando cobertura a las zonas de Iztapalapa y Azcapotzalco.

Proyecto Orientación Preventiva a Adolescentes. Llevado a cabo en las fábricas de vestuario y equipo de la Secretaria de la Defensa Nacional, Campus Sedena. Desarrollando los temas de drogas, autoestima y habilidades sociales.

.
Stands informativos. Se acomodaron módulos de información en el Centro Femenil de Rehabilitación Social, apoyando las jornadas de salud llevadas a cabo dentro de tal instancia.

.
Eventos Comunitarios. En la parroquia de Cristo Salvador, se llevó a cabo la donación de mochilas y desayunos por parte de niños de una escuela privada a los niños de la zona aledaña a la parroquia con el fin de generar la convivencia armónica entre ambos. La presencia de los prestadores de servicio social, en tal evento favoreció la integración de los niños por medio de juegos, y cantos

.
Otras actividades. Se realizaron contactos con escuelas, promoviendo pláticas informativas, talleres, círculos de lectura

.
Se realizaron también, actividades administrativas dentro de las instalaciones del Centro de Integración, como son recepción y atención a las personas que acuden a solicitar algún servicio

.
Dentro de este segundo trimestre, se nos concedió tiempo de vacaciones debido al fin de año.

Del 13 de febrero del 2006 al 28 de mayo del 2006.

Tercer trimestre.

Círculo de lectura. Se llevó a cabo dentro de las instalaciones del CIJ, con padres de jóvenes adolescentes, remitidos al centro por conductas de riesgo de

consumo dentro de la escuela secundaria, (como encontrarlos fumando, o bebiendo).

OFP. Se dio fin a las sesiones del segundo OFP, y se dió inicio al tercero. Los integrantes fueron los mismos padres que integraban el círculo de lectura.

Proyecto Escuelas dirigido a Padres, (ESP). Se dieron pláticas preventivas de adicciones a padres de familia de niños de preescolar en la delegación Tláhuac, se utilizó la técnica, “qué le falta a tu casa”. Proporcionada por los CIJ.

ESA. Se continuaron con las pláticas preventivas de una sesión en esta ocasión fueron dirigidas a alumnos de nivel bachillerato y “Cetis”.

Stants Informativos. Se llevaron módulos de información a ferias de la salud, organizadas por la delegación Iztapalapa.

Se realizaron también actividades de administrativas, y de apoyo; como lo fué la elaboración de carteles y material didáctico, entre otros. Asimismo se asistió a la reunión anual de patronatos, en donde se nos informó de los avances que ha tenido la institución a lo largo del último año, en materia de infraestructura, cobertura, y acuerdos con otras instituciones, entre otras cosas.

Síntesis de actividades realizadas en los Proyectos de información

PROYECTO	# DE PLATICAS	SECTOR ATENDIDO	COBERTURA HOMBRES	COBERTURA MUJERES	COBERTURA TOTAL
ESA	1	Nivel primaria	20	25	45
ESA	22	Nivel secundaria	520	345	865
ESA	18	Nivel medio superior	412	326	738
ESP	9	Jardín de niños y secundaria.	48	255	303

ESTANTS INFORMATIVOS (IPP, Act. de prom. y Difusión)	13	Empleados Reclusos. Hab. de col. populares. Clínicas del IMSS. Escuelas de medio sup.			12
TOTAL	63		1'000	951	1'963

ESA. Significa Proyecto Escuelas dirigido a Alumnos.

ESP. Significa Proyecto Escuelas dirigido a Padres.

Proyectos de Orientación.

PROYEC TO	# DE PRO Y.	SEC. ATEN DID O	COBERTU RA HOMBRES	COBERTU RA MUJERES	COBERTU RA TOTAL.
OPI	2	NIVEL PRIMARI A	27	18	45
OPA	1	MAND OS MEDIOS	4	4	8
OFP	3	PADRE S DE	5	18	23

		HIJOS DE SEC.			
CIRCUL OS DE LECT.	1	PADRE S DE HIJOS DE SEC.	3	2	5
TOTAL	7		39	42	81

ANÁLISIS.

Dentro del análisis de las actividades realizadas podemos puntualizar las siguientes observaciones:

En los proyectos de Información, se pretende generar en la población rechazo por las drogas, utilizando el miedo y molestia como estrategia, matizando en otras palabras que las drogas son malas por medio de escuchar los efectos a corto y largo plazo de alguna de ellas, tanto en el organismo como socialmente; ubicando a la drogodependencia como una enfermedad social, y al adicto como un enfermo.

Sin embargo y (además de que sólo se emite el discurso médico-psiquiátrico) en el caso de los adolescentes ésta no es la mejor táctica, ya que en ésta etapa del desarrollo, lo peligroso, prohibido, misterioso, cobra singular importancia, debido a lo ya mencionado anteriormente por Zoja, (2003), Rodríguez (2000), Lorenzo et al. (2003); las necesidades psicológicas de identidad, de pertenencia a un grupo social, del rito de iniciación, de trascendencia a adultos o a algo superior.

Por otra parte vemos que si bien los principales consumidores no son los adolescentes, sino los adultos jóvenes de entre 18 y 34 años; es en la adolescencia entre los 14 a 17 años donde estos empiezan algún tipo de consumo, lo cual resulta interesante, ya que es la adolescencia y podríamos decir cualquier crisis en el desarrollo de la persona, (donde éste se encuentre más vulnerable) un momento importante en la intervención y prevención de consumo de sustancias. Y más que utilizando la estrategia del miedo, promoviendo a la reflexión sobre la situación o situaciones, las emociones y sentimientos que de ellas surgen, y en general las necesidades (psicológicas, afectivas, materiales) que necesitan ser atendidas.

Y por otra parte se repite el discurso oficial de que las drogas son malas, sesgando la información y olvidándose de aquellas sociedades o comunidades en las que el consumo de drogas no es una problemática, se olvidan también las diferencias entre los tipos de drogas, ya que si bien algunas son extremadamente dañinas, existen otras que inclusive son utilizadas por la comunidad médica y otras que bajo ciertas condiciones promueven el desarrollo personal y de igual manera se olvidan las diferencias en las formas de consumo.

También se pasan por alto las características y situaciones que diferencian a los tan diversos tipos de usuarios, como ya hemos mencionado el género, el estatus social, el grupo cultural, la religión, la edad, etc. Así como lo que se espera de la droga, los motivos subyacentes al consumo.

De esta manera se olvida que la droga en sí misma no es el problema (sin olvidar los efectos devastadores de algunas de ellas) sino las necesidades afectivas, psicológicas, sociales, en las relaciones familiares; etc., es decir los motivos de fondo, aspectos que poco se mencionan y atienden, situaciones que ya hemos revisado en nuestro documento.

Así entonces, en el discurso de los CIJ no hay análisis, no existe la reflexión sobre el problema de fondo en las drogodependencias, no se habla de la carencia de los recursos emocionales, lingüísticos, en las relaciones interpersonales, sociales, culturales, de género, de los vacíos, de las carencias materiales, y la poca capacidad adquisitiva en la población, de los estilos de vida, de las condiciones de trabajo, de los recursos ambientales, etc.

No se reflexiona, ni se analiza que es lo que encubren la drogodependencias, y con ello no se habla de aquello que realmente habría que atender. De esta manera éste discurso médico-psiquiátrico, de orientación psicológica cognitivo-conductual se vuelve intrascendente y no porque no continúe repitiéndose, ni

sea importante, sino porque no promueve analizar, cuestionar, resolver el problema de fondo de las drogodependencias.

Por otra parte cabe mencionar que el tipo de investigaciones que generan los CIJ, son generalmente estadísticas, omitiendo la parte reflexiva, analítica o crítica. De esta manera se da seria importancia a las cifras, al número de escuelas visitadas, al número de población impactada, al número de grupos abiertos, de proyectos realizados, de tiempo invertido, etc. Pero no así a lo realmente impactado en la gente, ni a la calidad de contenido o conocimiento emitido, ni generado. Se entiende que este tipo de acciones realizadas por los CIJ, se deben en parte por su alienación con los discursos institucionales, oficiales, médico-psiquiátrico, los cuales entre otras cosas se encuentran impregnados por los conceptos de eficacia y productividad.

Así mismo es importante mencionar que dentro de las bondades de los CIJ, además de los temas abordados en prevención, se encuentra el hecho de que el tratamiento de las adicciones se realiza de forma confiable, ya que tanto las dos clínicas de internamiento, como las unidades de atención son lugares “seguros” para los usuarios; es decir a diferencia de las granjas o algún otro lugar de internamiento para adictos, los CIJ tienen una línea de trabajo “legal”, en la cual los que acuden a los servicios de Centros van a sus citas, reciben atención médica o psicológica, individual o grupal, etc. y se regresan a sus casas, con la seguridad de que quien los atienden son profesionales de la salud.

Por otra parte podríamos mencionar que el hecho de que los Centros de Integración Juvenil trate de ser una asociación seria dentro del marco Científico, tiene también su contra, y es que con ello sólo se ha ocupado de transmitir el discurso oficialista de aquello que lo abala, haciendo la labor del “eco” hueco; sin hacer una reflexión seria y profunda del problema de la drogodependencia, el cual podríamos comparar con un dolor de cabeza magnificado éste por quien lo padece olvidándose de aquello que lo causa.

Otro aspecto que vale la pena mencionar, es que existen deficiencias a superar en la capacitación de los prestadores de servicio social, ya que generalmente ésta se refería a la lectura de los manuales, o en algunas ocasiones a cortas pláticas sobre el discurso oficial de Centros, o bien en observar las pláticas de compañeros con mayor antigüedad. De esta manera en repetidas ocasiones, prestadores de servicio social con tan solo un día de estancia en los Centros, ya eran enviados solos a dar pláticas de información con el apoyo de la guía impresa. Situación que sugería buscar información por nuestra propia cuenta, ser autosuficientes y creativos.

Ahora bien una de las bondades de los proyecto de información, es que los CIJ, no se quedan con la población que acude a la unidades de atención, para dar información; sino que tienen la bondad (o requerimiento)) de salir de sus centros e ir a las escuelas y demás lugares a llevar información. Así la población externa recibe información de tipo biológica o médica y social del consumo de drogas mencionando los factores de protección que tocan los conceptos de autoestima, asertividad, buena relación con los padres, la relevancia de asistir a la escuela, etc.

Sin embargo, valdría la pena que los CIJ, consideraran que el llevar información a la población no es suficiente si ésta no tiene espacios donde reflexionar y reconocer que tras su adicción o su dependencia existen emociones y sentimientos que atender, que existen tanto condiciones culturales, sociales, económicas, como formas de relación y estilos de vida que sustentan o que originan tales sentimientos.

De la misma manera sería importante reflexionar sobre las estructuras sociales, políticas, económicas, de género, familiares, de relaciones interpersonales, y personales, que sostienen, mantienen, conforman y dan paso al fenómeno de la drogodependencia. Por lo que si sólo se da atención

cognitiva, pero no atención emocional y si la información que se da no es ni analítica, ni reflexiva, ni crítica y sigue sólo una línea de acción y en ésta no se incorporan modelos humanistas, es poco significativa en la vida de los sujetos.

Y por otra parte están los proyectos de Orientación, los cuales cuentan con varias ventajas entre ellas; el que éste tipo de proyectos abren espacios que permiten un contacto prolongado con los participantes. También existe la posibilidad de realizar un diagnóstico y evaluación de los temas a revisar y en general se aprecia mejor el conocimiento y actitudes generados y de cambio.

También se tiene la oportunidad de revisar con la población los temas (o por lo menos los conceptos) de autoconcepto, autoestima, asertividad, toma de decisiones, etc., temas que tiene mucho que ver con nuestro bienestar psíquico, pero que generalmente pasan desapercibidos por los sujetos y tampoco son tomados en cuenta en los planes de estudio de los distintos niveles educativos, evitando en los estudiantes y personal el contacto directo consigo mismos.

Lo que hace valioso y privilegiado el tiempo y espacio que brindan las instituciones a los “talleres” impartidos por los CIJ. Sin embargo la información que se brinda es un tanto superficial y no se lleva a cabo ningún tipo de seguimiento, mereciendo este espacio y tiempo la auténtica reflexión y expresión de que es lo que impacta en nuestro autoconcepto, autoestima y toma de decisiones, etc., evitando tanto la réplica de discursos oficialistas y parciales, como almacenar conocimiento; tratando de generar aprendizaje significativo y acciones de cambio.

Asimismo se observa con mayor claridad que existen carencias tanto de tipo económico, como afectivas y en la percepción de los recursos personales y de las redes sociales en la población.

Por otra parte aunque en proyectos como el OFP (Orientación Familiar Preventiva) la concurrencia de mujeres es de casi el 99% no existe información que ayude a reconocer cual es la importancia del factor de género en el mantenimiento de la adicción a sustancias, ni brinda ayuda a la conciencia de revalorar los roles femeninos, ni masculinos.

Ahora bien, conforme a la revisión teórica presente en éste documento, a continuación puntualizó lo siguiente:

- El uso y consumo de drogas es una práctica universal tan vieja como la humanidad, con significados diferentes y particulares dependiendo de la época, la cultura, el género, religión, grupo de referencia y estrato social, entre otros. Aspectos que se dejan de lado en el marco teórico de Centros de Integración Juvenil, basándose preferentemente en el discurso oficial- institucional que ofrece el modelo médico-psiquiátrico.

- La farmacodependencia, es un problema de las modernas sociedades industriales; ya que el uso de drogas en otras sociedades, zonas rurales y diversos grupos étnicos, -de épocas pasadas y aún de épocas actuales- no es una problemática; ni por sus consecuencias ni por su uso y lejos de serlo, estimula algún tipo de crecimiento personal y colectivo.

Así, no podemos limitar nuestra visión con juicios o prejuicios acerca del uso de drogas. Como sucede en el discurso de los Centros de Integración Juvenil (CIJ); en el cual se asume el consumo de drogas, como una enfermedad social que afecta a toda la sociedad, con lo que no sólo damos un panorama muy general y al mismo tiempo muy limitado del problema de las drogodependencias; sino que además generamos juicios discriminatorios hacia quienes las consumen.

Con respecto al uso actual de drogas, éste se hace un problema por varias razones entre las que se encuentran:

- A) La naturaleza sintética de muchas de las drogas. Es decir no tiene el mismo impacto el consumo de hojas de cocaína en Bolivia o Colombia, que el consumo de drogas de diseño como la “piedra, crack, cristal, polvo de ángel, etc.” en la ciudad de México o en cualquier otra ciudad.

- B) El estilo general de vida, que nos mantiene dentro del consumismo, el cual busca cubrir necesidades sin satisfacerlas y estimula la dependencia psicológica a personas, medicamentos u objetos.

- C)) La falta de un significado cultural que oriente y ponga límites al consumo, ya que en estas sociedades no se busca el sentido de comunión con algún ser supremo, ni el desarrollo psíquico o espiritual que estas sustancias pueden ofrecer, sino se utilizan de manera personal para:
 - a) evadir alguna realidad o situación molesta, que puede ser de origen económico, afectivo como duelos no resueltos, inseguridades, miedos, enojo, abuso sexual, violaciones, abandono, etc., o
 - b) para tratar de cubrir el vacío que la vida les ha dejado, tratándose en muchos casos de la búsqueda de un sentido de vida que las sociedades modernas, individualistas y consumistas han perdido en la inmensidad de un mundo globalizado, o
 - c) para sobrellevar el ritmo de vida actual, etc.

- D)) Asimismo la falta de vínculos profundos consigo mismo, con los demás y con la vida, que permita disfrutar de lo cotidiano, de lo

cercano, de la experiencia, de la realidad contribuye a que el consumo de sustancias sea un problema. Relación que en gran parte se torna casi imposible porque:

- a) Las condiciones políticas y económicas de los países no ofrecen calidad en la vida de sus pobladores y si dejan rezagos en la salud, en la educación, en las artes, en la ciencia y en general en la existencia de los sujetos. O bien la exagerada riqueza de unos pocos que los deja satisfechos en áreas materiales, pero no así en otras como las psicológicas y afectivas.

- Lo anterior nos abre paso a mencionar que las drogas “ cubren” o mejor dicho, enmascaran necesidades psicológicas de pertenencia a un grupo, de identidad, de “madurez”, de iniciación; es decir de trascendencia, de dejar algo atrás para “posicionarse” en un nuevo lugar. Enmascara también carencias emocionales, vacíos existenciales, soledad, tristeza, ansiedad, inseguridad, miedos, dolor, culpa, enojo, duelos no resueltos, autoconfianza y autoestima nula o bien desestructurada, tanto en mujeres, como en hombres.

- Y si bien reconocemos que la drogodependencia no es el problema en si y más bien, vendría siendo el síntoma; sería importante tomar en cuenta desde la prevención las características de los usuarios(recordando que existen más de un tipo de éstos), las condiciones que los mantienen en el estado de dependencia a sustancias, el tipo de sustancias que consumen y sobre todo sería importante permitir a la población expresarse.

- Acciones que no son considerada por los CIJ, y seguramente por otros organismos dedicados a la atención del problema de la farmacodependencia. Limitándose a emitir el mismo discurso a toda la

población, sin tomarla en cuenta, sin conocer realmente cuáles son sus necesidades y sin ayudarla a generar sus propios recursos.

➤ De esta manera sería importante conocer a la población no sólo desde nuestro punto de vista, sino desde el punto de vista de ésta, para ayudarla a reconocer su situación problemática y a generar recursos y sobre todo recordarles el derecho al que todo ser vivo debería tener acceso, al bienestar.

➤ Así pues, el problema de las drogodependencias esta sostenido por múltiples causas. En el ámbito político y socio-cultural encontramos las narcopolíticas, la narcoeconomía, la industria farmacéutica rentable, la pobreza y marginación, el consumismo, un orden globalizado, posturas y políticas oficial-institucionales; orden de género, estilos de vida y todo lo que ello genera. Todo aquello que nos lleva al individuo, a su psique a sus posturas de vida, sus roles, acciones, percepciones, necesidades, sentimientos, emociones, etc.

➤ El problema no sólo es el tipo y naturaleza de la droga, sino la relación que se tiene con ella, lo que se espera de ella, los fines que se desean de ella.

➤ Es decir, el problema no es la droga; sino para que se ocupa y quien la ocupa. Y cabe aquí preguntarnos que si se eliminan las drogas, pero no la raíz del problema, cómo se manifestaría este problema de fondo, tal vez aún más agresivamente. Por otra parte desmantelar lo que sustenta acciones tan destructivas, no es cosa fácil, ya que como vimos se ven involucrados en este asunto sociedad, gobierno, política, economía, poder, familia, entre otros factores.

➤ Continuando la idea anterior, podemos pensar que dentro de toda esta maraña o tejido sustentador de las drogodependencias, el individuo parece quedar aplastado, indefenso y débil. Y sin embargo es éste hombre o mujer común, un personaje activo y postulante de la historia, generador de estilos de vida, no culpable de las condiciones que conforman su vida, pero si corresponsable de mantenerlas o cambiarlas. Es este ser humano el contenedor de un sin fin de recursos aún desconocidos por él o ella mismos. Y es la acción de este hombre o mujer como la gota de agua que cae y se transporta de un lugar a otro del estanque por medio de sus vibraciones observadas como suaves ondas.

➤ Es posible generar cambios tanto a nivel energético, como personal, psicológico, cultural, social, etc. y para ello es necesario despertar en la población una conciencia crítica, analítica y reflexiva de su situación entera, de sus limitantes y también y parte muy importante, de sus recursos, es necesario quitar culpas para poder pedir o exigir nuestro derecho de vida al bienestar.

➤ De la misma manera es de importancia mencionar, la relevancia de las redes sociales y los grupos de apoyo, ya que si de alguna forma el sujeto se da cuenta de la situación, no es en solitario como se van a dar los cambios. Sean mujeres o varones, requieren de apoyo que les permita fortalecerse y enfrentar la realidad que los abrumba, primero para mantenerse en el cambio, segundo para reconocer con ayuda de los otros, recursos que él o ella no habían identificado, así como también tomar de los otros recursos que en ellos o ellas no hubiesen pensado. Y tercero, (tiene que ver con lo anterior) el grupo de apoyo, las redes sociales o el contacto con la gente, es fuente de alternativas y opciones con respecto a nuevos estilos de vida, ideología, etc.

Y sin embargo sería importante señalar que grupos de ayuda como los Narcóticos Anónimos, Alcohólicos Anónimos, Neuróticos Anónimos, etc. si ayudan, pero pareciera que en ocasiones centran todo el cambio en el sujeto, y es aquí donde habría que tener cuidado ya que hay que recordar que el sujeto además de ser él mismo, es un filtro de su dinámica familiar, de su contexto histórico, geográfico, político, ideológico, etc., es decir lo importante es no culpar al sujeto de su estado actual, ni tampoco culpar a las circunstancias, -ya que todo engrana desde un micro hasta un macrosistema- lo importante es el verbalizar la problemática, las emociones y sentimientos, analizarlos, soltarlos y encontrar o generar recursos y alternativas para redireccionar la situación.

Y por otra parte el que la gente pueda salir adelante por sí misma con su grupo de ayuda y sus redes sociales no le quita el trabajo al Estado, al Gobierno y a las Instituciones de procurar por el bienestar de la población. Y para la exigencia de esto es importante que en la gente se forme por medio de la educación una conciencia crítica, analítica, reflexiva y creativa, de su situación y de la situación que le llevó a conductas autodestructivas.

➤ Así, si consideramos que el fenómeno de la drogodependencia disfraza emociones y sentimientos y que éstos están presentes tanto en hombres como en mujeres, aunque vividos de distintas formas. Podemos decir que la adicción a sustancias cuando es un problema, es un problema tanto de hombres como de mujeres. Y que cada género lo vive y manifiesta de diferente manera.

➤ Así mismo es necesario, mencionar que si bien la palabra género, se encuentra en la bibliografía de los Centros de Integración Juvenil, en la práctica la palabra o el tema no se menciona o sí se menciona es sólo

para describir las diferencias entre los efectos de algún tipo de droga entre hombres y mujeres.

Tornándose un concepto vago, ya que no se enfatiza de manera profunda ni en los proyectos de Información, ni en los proyectos de Orientación; es decir no se enfatizar en la práctica la relevancia de cómo el factor de género da mantenimiento a las farmacodependencias, con sus relativas codependencias, ni se entiende el porqué de los estereotipos a los que las usuarias de fármacos se hacen acreedoras y tampoco se recuerda que existe un escenario usualmente olvidado al hablar de farmacodependencias; pero en donde también cobran importancia estas, que es al ámbito privado de la casa.

Siendo el factor de género un pilar indispensable si realmente se desea desmantelar las drogodependencias, no debe o no debería pasarse por alto en las medidas preventivas, ni en el tratamiento de las adicciones.

➤ Así pues es necesario abordar el problema de la drogadicción desde la prevención con la visión de género, procurando promover estilos de vida individuales y colectivos impregnados de equidad, donde las mujeres recuperen su autonomía y su valía. Y donde mujeres y hombres aprendan a empoderarse hacia dentro o desde adentro, reconociendo recursos, habilidades; limitaciones y defectos; y no como por siglos se ha ejercido el poder, hacia fuera y sobre los demás.

➤ Por otra parte en la prevención o aún en el tratamiento de adicciones, la razón no es suficiente, debe tomarse en cuenta la “carga emocional” y la situación particular que precede al adicto, su dependencia y su dependiente lo cual varía en cada caso y en cada género.

- Por ello y en la unificación de la experiencia humana; es necesario que los adictos y adictas perciban, sientan, vivan sus recursos, con todos sus sentidos. Es necesario que reconozcan su derecho a la libertad y al bienestar. Y también es importante que reconozcan sus defectos y limitaciones para poder trabajar en ello, superarlos y fortalecerse; como también las estructuras sociales que los mantienen.
 - Así pues a diferencia de lo que “enseñan” los CIJ, referente a que el consumo excesivo de alguna droga es dañino, esto no evita que el consumidor suspenda el consumo. La información puede funcionar para quien no deseaba consumir o dejar de hacerlo. Pero para quienes el problema no reside en sus cogniciones, sino en sus emociones y condiciones, la información puede generar culpa, porque aunque saben los daños, no dejan de hacerlo.

Y si recordamos que la culpa es un sentimiento presente en las usuarias y usuarios de sustancias y que la culpa invariablemente conlleva al castigo o autocastigo continuando con emociones que remarcan los sentimientos de minusvalía quedando instaurados en la conmisericordia, haciendo a un lado su derecho al bienestar.

Nos damos cuenta de la importancia que toma el generar en la población conciencia de tipo crítica, analítica, reflexiva y creativa de su condición y de las situaciones que engranan en ésta, el reconocimiento de las emociones y sentimientos que conllevan las situaciones de fondo, así como de la expresión y manejo de ellos, desde la prevención y en el tratamiento de las adicciones.

Factor ignorado por CIJ, en prevención; debido a que se piensa que si se toca el tema van a abrirse círculos que los pasantes no podrían manejar (argumento válido) sin embargo no se trata de dar terapias en prevención; pero si se trata de identificar y reconocer la existencia de emociones que necesitan ser atendidas.

Así mismo se requiere que los egresados de psicología mantengan un criterio amplio, analítico, crítico, reflexivo y creativo así como la información y las técnicas, para abordar éstos temas y así poder realmente ayudar a generar alternativas.

CONCLUSIONES Y ALGUNAS PROPUESTAS.

Gracias a la experiencia vivida durante la prestación del Servicio Social, en los Centros de Integración Juvenil (CIJ), en el área de prevención, pude apreciar las bondades de un programa de esta naturaleza y la importancia de la formación profesional del psicólogo para atender estos problemas y contribuir a su solución, sin embargo también pude identificar -y ahora corroborar- ciertas limitaciones, alrededor del modelo teórico que se utiliza. Durante el contacto con la población pude notar que el enfoque del aprendizaje social resulta insuficiente para tratar un fenómeno tan complejo, ya que deja de lado muchas necesidades psicológicas encubiertas con el uso de drogas, sobre todo de índole emocional, cultural y de género.

Por otra parte aunque el modelo de aprendizaje social da atención a las cogniciones y conductas de los sujetos, esto, puede no ser significativo si no se atiende el área afectiva de los mismos. Por lo que dentro de las propuestas al programa preventivo de CIJ, me parece necesario dar cabida al trabajo de las emociones, con la idea de unificar las distintas esferas del sujeto. En esta primera instancia de prevención, el trabajo con emociones nos daría pie únicamente al reconocimiento de la existencia de algún malestar emocional; no así al trabajo terapéutico, ya que para ello se necesita de la formación especializada del psicólogo clínico.

Sin embargo, en las tareas que se realizan en los CIJ se puede trabajar con las emociones, pues como vimos en el marco teórico, un factor importante a considerar en el problema de las adicciones es la inmadurez emocional, así como las condiciones de vida que les generan ciertos malestares emocionales que pretender eliminar o “aliviar” mediante la ingesta de sustancias adictivas. Sin olvidar que la presencia de un adicto (sea niño o adolescente, joven o adulto) en el seno de una familia o de una comunidad es el resultado de una serie de eventos sucesivos que han comenzado mucho tiempo atrás. Tomando en

cuenta por supuesto las condiciones sociales y culturales, en las que las toxicodependencias se desarrollan.

Partiendo de lo anterior, considero recomendable tomar en cuenta otros modelos de intervención psicológica, aún desde la prevención. No para sustituir algún modelo por otro, porque de esta manera el trabajo resultaría limitado de alguna otra manera, sino más bien para incorporar un espectro más amplio de modelos que le den mayor sustento teórico y mejores herramientas a la práctica profesional.

Modelos que abarquen la esfera psíquica más allá de lo cuantificable. Así también considero importante no adherirse ciegamente a un determinado enfoque, ya que esto limita las posibilidades de enfrentar la complejidad de un hecho con múltiples aristas.

Así mismo debemos tomar en cuenta que la organización social del género es otro factor determinante en esta situación además de las condiciones culturales en las que se manifiesta. Y si bien cada profesional puede utilizar la perspectiva teórica que más le convenga, propongo tomar en cuenta además del factor de género, el modelo fenomenológico, concretamente el enfoque gestalt, como herramienta de análisis.

Aún cuando la terapia gestalt también podría tener sus limitantes si se toma como único referente para hacer frente a la drogodependencia, en ella se considera, –como más adelante veremos- el trabajo con las percepciones, sensaciones, emociones, la experiencia, además de la toma de conciencia y responsabilidad.

Para entender por qué el **enfoque fenomenológico** y por qué la **gestalt**, partamos de que la fenomenología es una disciplina que ayuda a las personas a distanciarse de su forma usual de pensar, para que puedan apreciar la diferencia

entre lo que se está percibiendo y sintiendo realmente en el momento, y lo que es residuo del pasado. Una exploración gestáltica respeta, usa y clarifica la percepción inmediata, “ingenua”, “no corrompida por el aprendizaje”. (Wertheimer, 1945 en Yontef, 2002)

La palabra gestalt, de origen alemán, tiene varios significados, como configuración, estructura, modelo, figura, forma, totalidad. Salama (2001).

El enfoque gestalt hace énfasis en la visión de que el individuo es un ser creativo en constante crecimiento y capaz de guiar conscientemente su comportamiento, desarrollando su máximo potencial en direcciones que logren finalmente su límite máximo como individuos únicos e irrepetibles y, encontrando por sí mismos las soluciones a sus problemas existenciales asumiendo la responsabilidad de manejar su propia vida. Este enfoque se ocupa de la existencia total del individuo y sus relaciones. Esta comprensión holística incluye el funcionamiento de su cuerpo físico, emociones, pensamientos, cultura y sus expresiones sociales en un marco unificado (Salama, 2001).

Utilizar una perspectiva así adquiere mayor relevancia en el caso de la farmacodependencia si consideramos que los seres humanos estamos en constante crecimiento y tenemos mucho potencial que permite hacernos conscientes y responsables de nuestros actos, tomando en cuenta que el farmacodependiente se ha quedado estancado en su crecimiento y sujeto a condiciones o “pócimas” externas para su mantenimiento.

Por otra parte no debemos olvidar que en general todos nos encontramos en algún momento de nuestras vidas ante condiciones (que introyectamos, o aprendimos) que dieron lugar a formas de relación, estilos de vida que nos marcaron el camino, que nos sirvieron de guía, y que podemos utilizar para situaciones actuales, dando lugar a que ante determinados eventos presentes,

no contemos con las herramientas biológicas o intelectuales para actuar acorde con nuestras capacidades.

Es decir, pudieron existir situaciones, que bloquearon, crearon “heridas emocionales”, o crearon “gestalts” que no se cerraron, situaciones que entorpecen el crecimiento actual. Esto lo menciono porque, podríamos pretender enfocarnos únicamente al presente, a cambiar constructos disfuncionales, pero toda situación actual tiene un precedente, lejano o cercano, y si no damos cuenta de la raíz, y la clausuramos, podríamos seguir encontrando fallas o retrocesos o poco avance en el crecimiento del sujeto.

Remontarnos al pasado de las personas, para descubrir la raíz del conflicto, podría parecerme acertado; quedarnos en ese pasado como forma de vivir el presente, me parece injustificado. Por ello me permito rescatar de la gestalt la idea de experimentar, de estar en contacto con el presente, como forma de progreso.

Así mismo no debemos perder de vista que tales pautas de acción están enmarcadas dentro de un contexto histórico-cultural, político-económico, familiar y que esto también es parte de nuestra realidad.

Por otra parte pasemos a continuación a revisar los conceptos básicos de la gestalt.

Conceptos básicos.

El ahora

Un aspecto central en la terapia Gestalt es el concepto de las personas como un todo organizado, no como un conjunto desarticulado de emociones, cogniciones y conductas. Por ello los individuos deben desarrollar una conciencia no sólo de sí mismos, sino también acerca de las formas en que se

derrotan así mismos. Se llega a esta conciencia a través de la expresión de lo que se siente ahora, con una base momento a momento.

Supuestamente, el potencial interno de la persona es capaz de superar los problemas de adaptación. Pero primero debe existir una conciencia tanto de los obstáculos para una mejor adaptación como del potencial interno en sí. (Phares, 1999)

Para Perls, (1994) la realidad es ahora, la conducta es ahora y la experiencia es ahora. Buscar respuestas en el pasado, es tratar con aquello que ya no existe. La capacidad de crecimiento del individuo sólo puede lograrse a través de atacar cualquier cosa que amenace con alejar la conciencia del ahora. Ahora = experiencia = conciencia = realidad.

Por lo tanto un enfoque ya sea en el pasado o en futuro conduce a una inmovilización del individuo en el presente. (Phares, 1999)

El compromiso de trabajar con el flujo de los fenómenos existentes se basa en dos suposiciones básicas de la terapia Gestalt:

- ✓ Solo existe el momento presente y lo que el paciente hace ahora lo hace también en su existencia ajena a la situación terapéutica.
- ✓ Estar con alguien ahora significa atender a cualquier percepción que ese alguien traiga, y asimismo atender a la percepción del proceso de nosotros mismos. (Perls, 1994)

El darse cuenta de qué y cómo.

En terapia gestáltica hay un énfasis constante y cuidadoso en qué hace el paciente y cómo lo hace. ¿Qué enfrenta el paciente? ¿Cómo elige? ¿Se auto-apoya o se resiste? La experiencia directa es la herramienta, y se expande más

allá de la primera experiencia, al seguir enfocando con más profundidad y amplitud. (Yontef, 2002)

El contacto (o experiencia).

Contacto significa estar unido, por medio de la percepción a alguien o a algo fuera de uno mismo. Y contrariamente Retraimiento significa estar aislado del mundo, pero en contacto con los sentimientos internos o bien ocupado con el funcionamiento del la ZIM (o Zona Intermedia ó Intelecto). (Perls, 1994).

La evasión hacia el pasado y el futuro es la obstrucción del contacto, por medio de la recordación y el ensayo, y de nuevo la ZIM gana la partida. Cuando el sujeto recurre al pasado y al futuro para evadirse, por otra parte, no experimenta, en el sentido de llegar a ser. Ejercita su intelecto al recordar y al pensar y al hablar de algo. Se ha ido. (Perls,1994).

Por su parte Salama (2001), nos dice que las resistencias son originalmente aspectos muy valiosos que se desarrollan para enfrentar necesidades experimentadas como peligrosas al yo. Sin embargo al ponernos en contacto con ellas redescubrimos parte del funcionamiento de nuestro propio funcionamiento (o del paciente), y así encontramos una parte de nosotros mismos.

De ello se desprende la misión del terapeuta; responder al paciente con el armamentarium profesional para que, cuando finalice sus sesiones, salga al mundo con un Yo más fuerte que le permita afrontar los retos diarios que la vida le presente. El terapeuta es el agente catalizador que facilita la conciencia del cliente acerca de la forma en que se ha obstaculizado la expresión del potencial interno y quien le muestra a los clientes que la responsabilidad de las experiencias más efectivas reside en ellos mismos. El énfasis se coloca en la

conciencia momentánea y no en la recuperación de recuerdos o de impulsos reprimidos. (Phares, 1999).

Por otra parte Salama (2001), dice el terapeuta Gestal no es un consejero ni un juez, lo que puede hacer es acompañar y facilitar procesos de auto descubrimiento.

El objetivo de la exploración fenomenológica gestáltica es el darse cuenta o insight. En terapia gestáltica, insight es la clara comprensión de la estructura de la situación estudiada. La terapia gestáltica una el darse cuenta enfocado y la experimentación para lograr insights. (Yontef, 2002).

LA INTERVENCIÓN DESDE LA GESTALT.

Nos dice Perls (1994), que el método de intervención de la terapia gestalt, es la conciencia continua. Por su parte Salama (2001) nos dice que el favorecer la adecuada experiencia presente tiene un poder curativo intrínseco. Vivir el presente nos enseña que nuestros temores son infundados y nos enseña a diferenciar lo que realmente somos y lo que verdaderamente existe fuera de nosotros. Así con la utilización de la conciencia empezamos a ver las alternativas que se nos ofrecen porque hemos iniciado el proceso del Yo a través de la vivencia que se facilitará de acuerdo a la creatividad del terapeuta. Conforme vamos integrando las funciones vitales en nuestro funcionamiento aumentamos el apoyo para el contacto siguiente. A continuación se explica el concepto de conciencia continua.

Conciencia.

Perls trabajó con la conciencia básica: del ser experimentado física y emocionalmente, y del mundo, experimentado a través de los sentidos de la vista, del oído del tacto del gusto y del olfato. Descubrimos lo que ocurre y cómo ocurre, ya sea afuera en el mundo o dentro de nosotros mismos, no en nuestra

cabeza, donde no ocurre sino que nos enteramos gracias a los datos y no gracias a nuestra propia invención o a nuestras hipótesis. Esto equivale a minimizar el funcionamiento intelectual, pero únicamente cuando se le emplea para despojarnos de nuestra otras facultades de saber.

Dice Fritz, que ensayamos el futuro con el fin de evitar vivirlo. Oscurecemos a la otra persona, colocando entre nosotros y ella las creaciones de nuestra imaginación. Mientras más nos mezclamos en estas producciones, menos podremos ver y oír a otras personas, ni darnos cuenta de los acontecimientos como realmente son. El proceso intelectual imposibilita que nos experimentemos nosotros mismos y evita que veamos y oigamos al mundo.

Por ello en terapia queremos comenzar facilitando la forma de que el paciente sepa cuándo experimenta y cuándo está dentro de sí mismo. El método básico es por medio de la conciencia continua.

Al principio, antes que el paciente haya distinguido entre sus ojos y oídos de su cabeza, presenta como un hecho lo que imagina, sin que le perturbe la menor idea de que esta en contacto únicamente con su propio pensamiento y que sigue en gran parte ignorante de lo que ocurre fuera de el mismo.

Es necesario trabajar pacientemente. La gente necesita tiempo para aprender a involucrarse y a distinguir entre la experiencia y la intelectualización, entre lo que es uno mismo y lo que es la otra persona. Cuando domina el medio de la conciencia continua, sabe ya cómo trabajar. Ha llegado a una base para ser responsable de sí mismo y para permitir el descubrimiento continuo y la comunicación.

Ansiedad, resentimiento, culpa. Perls (1994).

La ansiedad indica que hemos dejado el presente para emprender un viaje imaginario hacia el futuro. Por definición, estar ansioso significa estar envuelto

en fantasía y en el futuro. Al volver al momento presente, al comenzar a oír y a ver, la ansiedad disminuye y desaparece. La ansiedad es una emoción sustituta, que ocurre cuando deseamos expresar o representar y no nos permitimos revelar lo que ocurre dentro. Debe permitirse que la potente excitación interna fluya en alguna forma de conducta expresiva, pues de otra suerte el resultado inevitable es la ansiedad.

El resentimiento presenta el caso de que no estamos dispuestos a decirlo o a olvidarlo. Resentir es quedar detenido, detenido con la demanda que ocultamos, con el objeto de sostener nuestra posición. Preferimos alimentar nuestro enojo y evadir toda posible resolución. Preferimos conservar una situación inconclusa y hacer que la otra persona pague. El resentimiento sugiere: “él me debe”.

Y la culpabilidad invierte el balance, pues denota “yo le debo”. Para salir del estancamiento y permitir que desaparezca un esfuerzo perjudicial, pídase al paciente que exprese primero sus resentimientos, después sus demandas y, por último, que asuma la responsabilidad por sus propias demandas.

Responsabilidad.

En terapia Gestalt es de gran importancia hacer que los clientes acepten la responsabilidad por sus propias acciones y sentimientos. Éstos les pertenecen al cliente y no puede negarlos, escapar de ellos o culpar a alguien o algo de su ocurrencia. Por lo tanto se convierte en una de las metas principales de la terapia, entre la conciencia, experiencia, el ahora y la responsabilidad. (Phares, 1999).

Esta parte me parece una práctica que debería realizarse en la medida de lo posible, ya que al hacernos responsables de nosotros mismos, nos permite empoderarnos de nuestra vida, evitando así dependencias. Hacernos

responsables de nuestro cuidado personal desde el cuidar de nuestra dieta, de la actividad física que hagamos, de los actos y consecuencias que elijamos.

ALGUNAS REFLEXIONES FINALES

Incorporar enfoques humanistas y en este caso la terapia Gestalt a la práctica de quienes atienden en los CIJ, daría mejores herramientas y enriquecería el trabajo con la población. Además, sería importante que se utilizara una perspectiva de género para abordar esta problemática, no sólo por la importancia de las mujeres en la cocreación y/o reproducción de estilos de vida, así como del papel que actualmente juegan en el mantenimiento de las adicciones, sino también porque la ingesta de sustancias adictivas ha crecido en esta población, entre otros factores por las condiciones de desigualdad social que enfrentan en su vida cotidiana, que no es tomada en cuenta en los programas oficiales sobre las adicciones, así como la presencia de mujeres en ámbitos laborales o escolares donde antes no figuraban.

Asimismo considero apropiado formar talleres exclusivos para madres de familia en donde estas puedan revalorar su participación en la sociedad, reconocer recursos y limitaciones y sobretodo saberse cocreadoras y no únicas creadoras de estilos de vida, así como el eliminar la culpabilidad social que les genera el que ellas o algún pariente sea farmacodependiente. De igual manera es necesario replantear el papel de los hombres en la actual sociedad, su correlación cuando las mujeres son consumidoras o respecto a su papel con los hijos o hijas que consumen drogas, tal vez en un taller exclusivo para padres de familia.

También es importante reconocer y mencionar dentro del marco teórico de las actividades de prevención y en la práctica; que el problema de las adicciones no sólo es una problemática del sujeto, contrario a la afirmación de los CIJ, que

expresa que el consumo de drogas es un acto voluntario de quien lo ejerce. Ya que es en este acto aparentemente voluntario, donde se ve la repercusión y manifestación de las condiciones económicas, políticas, sociales, ideológicas, etc. que entre otras cosas han dado paso a la falta de empleos justamente remunerados, a la cada vez más estancada movilidad social; realidad también vivida por profesionales universitarios, clases sociales cada vez más distantes, a la poca posibilidad de esparcimiento y recreación, violencia vivida dentro y fuera de casa, inequidad y racismo vividos tanto por mujeres, como por discapacitados, adultos mayores, indígenas, etc., condiciones que han depositado el poder de decisión y riqueza económica en unos cuantos, los cuales a pesar de no tener carencias materiales, si las tienen a nivel afectivo, moral y espiritual. Situación que por otra parte genera una inmensa cantidad de humanos sumergidos en la pobreza, en la miseria, en la violencia, en el abuso, en la desesperanza, con un incontable número de carencias no solo económicas, sino afectivas e intelectuales.

Como vimos, esto y más forma parte del tema de las drogodependencias y se puede constatar en las historias clínicas de los sujetos ingresados en los CIJ, información que por cierto es inaccesible a los egresados, prestadores de servicio social, (quienes generalmente son subestimados y tomados como profesionales de tercera, dentro de éste y otros lugares) y a la que se llega por los escasos comentarios del personal de base, de lo cual se sabe que las situaciones de pobreza y marginación, de maltrato físico y psicológico, abuso sexual, ausencia de figura paterna, entre otros estuvieron -ó están- presentes en las vidas de los ahora farmacodependientes.

Asimismo, varios de los pacientes no terminan el tratamiento y no logran una reinserción social, pudiendo pensar consecuencia de que no existen condiciones sociales ni económicas, que sustenten un cambio positivo de las personas, ya que no hay empleos o si los hay son mal remunerados y el personal es explotado, la existencia de las narcopolíticas y las narcoeconomías locales, la

presión social que exige el consumo como parte de las reglas del grupo, los prototipos de vida exhibidos en medios masivos de comunicación, los anuncios publicitarios que nos venden la nueva píldora mágica que evita una vida en depresión, así como los mejores tratamientos para bajar de peso y tener la figura “perfecta”, sin olvidar el consumismo que es una práctica común en nuestras sociedades, tanto como lo puede ser el comportamiento obsesivo-compulsivo; y como éstos muchos ejemplos más del contexto social, político, económico, cultural e ideológico alrededor de la realidad cotidiana de los adictos a sustancias y los aparentemente sanos.

Por otra parte no debemos olvidar que las personas aún inmersas en estas condiciones son capaces de generar recursos, no sin antes haber analizado criticado, reflexionado, entendido e intervenido en su situación, o cambiado de situación. Impulsados a realmente resolver sus conflictos emocionales, afectivos, psicológicos, biológicos, espirituales, materiales y contando con el apoyo de un grupo de ayuda o de sus redes sociales que les ayuden a generar alternativas y mantenerse en el cambio.

Así pues remarco que el problema de las adicciones no esta sostenido sólo por los individuos, (tal vez éstos sólo las han mantenido) ni tampoco es una prioridad genuina de los Estados el desmantelarlo, ya que para ello se tendría primero que reorganizar las estructuras económicas y políticas, abriendo paso a mayores y mejores empleos, a una activa movilidad social y mayores oportunidades en la calidad de vida de la población en general, permitiendo el acceso al poder a los hombres y mujeres de su salud, educación, recreación, así como climas de respeto, seguridad y armonía.

Tomando en cuenta los factores anteriores, la persecución del uso de drogas parece ser algo actuado, ya que es dudoso que el Estado pretenda hacer un cambio sustancial en las estructuras políticas, sociales y económicas además de que esta práctica esta instaurada en la humanidad desde sus orígenes.

Por lo que más que su persecución y satanización, sería una acción más fructífera el generar en la población esta conciencia crítica y analítica de la que se ha hablado antes que incluye el reconocer recursos o generarlos.

De la misma manera ayudaría invitar a los consumidores y especialmente a los jóvenes a tener contacto y acercarse a las formas de aquellas sociedades o comunidades donde el uso de drogas no está penado y es considerado un problema de salud que requiere atención, o bien en comunidades tradicionales donde el consumo de sustancias es una práctica guiada que promueve algún tipo de crecimiento psicológico y colectivo.

Lo que en el caso de México no es una realidad lejana; ya que México es un mosaico cultural de poblaciones indígenas que aún mantienen la práctica del uso de algunas drogas; lo cual daría paso a acercarse a nuevas opciones de pensamiento y de ver la vida, así como a lo que forma parte de nuestra identidad.

Por otra parte, vale la pena mencionar que la UNAM, tiene entre tantas bondades, la de generar en su libertad de cátedra un pensamiento crítico, analítico, reflexivo y creativo a sus estudiantes. Sin embargo las problemáticas son demasiadas para profundizar en cada una de ellas, lo que en el caso de las drogodependencias, se reflejó en la conciencia poco crítica, analítica y reflexiva que predominó durante la prestación del servicio social, con la consecuente réplica del discurso oficial. Siendo hasta la realización del presente trabajo que tuve la oportunidad de enriquecer la visión acerca del fenómeno de las drogodependencias.

Por lo que ayudaría incorporar en el plan de estudios algún módulo que permita entender este fenómeno no sólo a nivel médico, sino psicológico, social, político, cultural, emocional, afectivo y desde una perspectiva de género.

Recordando hacer a un lado prejuicios y siendo lo más reflexivos y críticos en el análisis.

Ya que como vimos esta situación de consumo de sustancias no sólo se encuentra en las comunidades cercanas, fuera de los lugares de estudio; sino que existen usuarios (as), estudiantes y aunque el acudir a la escuela es un factor de protección ante las drogodependencias, no por ello el porcentaje de consumo se mantiene en ceros a nivel profesional, recordemos que el porcentaje de usuarios (as) con niveles de estudio profesionales se encuentra en 9.0%, según las cifras de Gutiérrez, Castillo, Guerrero, (2005).

Situación que se reafirma con el estudio realizado por Guevara (2007), el cual trata entre otras cosas, de los indicadores relacionados con el malestar emocional y la ingesta de sustancias adictivas en la población estudiantil de la carrera de psicología del semestre 2005-1, siendo su muestra representativa de casi el 10% de la población total inscrita en la carrera de psicología de ese año.

El cual encontró que un alto porcentaje de jóvenes afirman no consumir ninguna sustancia adictiva, mientras que una proporción relativamente pequeña afirma que consume siempre o casi siempre tabaco y alcohol; y sólo algunos varones aceptan que ingieren cocaína o marihuana. Así aunque el consumo de sustancias entre los estudiantes de la FES Zaragoza es bajo, no por ello deja de ser intrascendente; además de que se observa también un aumento en el consumo de drogas como el alcohol y tabaco y en este caso un aumento de consumo de tabaco entre las mujeres.

Por otra parte vale la pena referir de tal estudio que en cuanto a la presencia de malestares emocionales en los estudiantes, se encontró que los/as jóvenes manifestaron una frecuencia relativamente pequeña de ciertos sentimientos como miedo o frustración, mientras que referían niveles más elevados de stress o mal humor. Así, poco más de la mitad de las mujeres y casi la mitad de los

varones manifestó una presencia frecuente de stress, en segundo lugar mencionaron la ansiedad, y en tercer lugar los sentimientos de soledad.

También es de notar que son las mujeres quienes presentaron las mayores proporciones de malestar emocional, especialmente respecto a los sentimientos de depresión y de angustia donde prácticamente duplicaron a los hombres.

Asimismo ellos y ellas atribuyen esta situación en mayor medida a la escuela, en una proporción decreciente a los problemas económicos, las dificultades en la familia y a los conflictos con la pareja.

Por otra parte entre las redes de apoyo a las que acuden ante estas situaciones se encuentran los miembros de su familia, padres y especialmente las madres, hermanos, primos, amigos/as y la pareja, llamando la atención dos cosas; una que un porcentaje importante de varones menciona que no recurren a nadie y otro pequeño porcentaje se señala a sí mismos/as como su fuente de apoyo. Y por otro lado que un porcentaje muy pequeño de ellos y ellas recurren al psicólogo/a o al maestro/a, lo que resulta curioso dentro de una población de estudiantes de psicología que se encuentra rodeada de profesionales en esta área.

Lo anterior es de gran apoyo para sugerir por una parte asignar un espacio, un modulo dentro del plan de estudios para la comprensión y atención primaria de la fármacodependencia; dentro de la Facultad y sobretodo con el característico análisis que ofrece la UNAM.

Y por otra parte para incluir alguna asignatura o bien algún espacio dentro de las actividades que ofrece la FES-Z, que a lo largo de la carrera permitan la expresión, manifestación y manejo de las emociones que afectan negativamente tanto a estudiantes, como a profesores y académicos. Ya que en más de las veces, es la poca o mala atención a estas emociones negativas lo que da origen

a enfermedades tanto psíquicas como físicas, así como el inicio a la dependencia de ciertos fármacos, como ya se ha revisado a lo largo del documento.

Ya que si bien dentro del plan de estudios de psicología, se toma el tiempo para hablar de las emociones, de manera científica. También es cierto que muchas veces estudiantes, profesores o académicos, viven situaciones de su vida cotidiana y personal que les generan emociones muy diversas y que no expresan.

En este sentido podría ser de gran ayuda tanto para el rendimiento académico o laboral, como para el bienestar de los mismos sujetos, el contar con un espacio de apoyo psicológico dentro de las asignaturas del plan de estudios, o bien dentro de las actividades de la facultad, que permita dar mantenimiento psicológico, emocional y afectivo a la población estudiantil y académica de la facultad.

BIBLIOGRAFÍA

Álvarez, C. P.; Colimoro, S. C. (1998). Mujeres, violencia y drogadicción. En C. De Agostini (Comp.) Con Ganas de Vivir.... una vida sin violencia es un derecho humano. Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de las Drogas, Oficina Regional para México y Centroamérica. (pp. 101-109). México: PNUFID

Bandura, A. J. (1982). Teoría del aprendizaje social. España: Calpe.

Bandura, A. J. (1983). Principios de modificación de la conducta. Salamanca: Sigume.

Centro de Integración Juvenil A. C. (2000). ¿Qué le falta a tu casa? (Folleto). México: Autor.

Centros de Integración Juvenil A. C. (2002). Cuaderno de apoyo para voluntarios, técnicos, estudiantes en servicio social, prácticas y promotores preventivo. Capacitación Introdutoria a Centros de Integración Juvenil. México: Autor.

Centros de Integración Juvenil A. C. (2003). Guía Técnica. Proyecto: Información Preventiva. México: Autor.

Eseverri, C.; Diego, J.A.; Terán, A.; Tovar, C.; Galán, J. A.; Arredondo, A. I.; Couceiro, C. (1996, 2ª. ed.). Educar para la salud. Drogodependencias. Madrid: Edit. CS

Garza, F., Vega, A. (2000, 3ª. ed.). La juventud y las drogas. Guía para jóvenes, padres y maestros. México: trillas.

Guevara, R. E. S. (2007). “Vida sexual y malestar emocional en estudiantes de psicología de la FES-Zaragoza. ¿Crisis de la modernidad?”, ponencia a ser

presentada en el II Congreso Latinoamericano de Psicología ULAPSI. A celebrarse en La Habana, Cuba del 12 al 14 de septiembre.

Gutiérrez, A.D., Castillo, P.I., Guerrero, A. (2005). Cfr. Consumo de drogas entre pacientes que ingresaron a tratamiento en Centros de Integración Juvenil en 2003. México: Centros de Integración Juvenil.

Latorre, J. M.; Beneit, P. J. (1994). Psicología de la salud. Aportaciones para los profesionistas de la salud. Colección Psicología.

Lorenzo, P., Ladero, J. M., Leza, J. C., Lizasoain, L. (2003, 2ª. Ed.). drogodependencias. Farmalogía. Patología. Psicología. Legislación. Madrid: médica Panamericana.

Moreno, K. (coord.) (1999). Cómo proteger a tus hijos contra las drogas. Guía práctica para padres de familia. México: Centros de Integración Juvenil. A.C.

Moreno, K. (coord.) (2005). Niños, adolescentes y adicciones. Una mirada desde la prevención. México: Centros de Integración Juvenil. A.C.

Moreno, M. G. (1998). "La ordenación del mundo" o de jóvenes, género y adicciones o de "lo que menos has de querer, en tu casa lo has de tener". En C. De Agostini (Comp.) Con Ganas de Vivir.... una vida sin violencia es un derecho humano. Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de las Drogas, Oficina Regional para México y Centroamérica. (pp. 51-62). México: PNUFID.

Nateras, A. (2000). De instituciones, drogas y jóvenes. En G. Medina (Comp.), Aproximaciones a la diversidad juvenil. (pp. 119-142). México: Colegio de México.

- Organización Mundial de la Salud. (1999). Serie de Informes Técnicos 886. Programa para la Salud y el Desarrollo de los Adolescentes. Ginebra: Autor.
- Perls, F.; Baumgardner, P. (1994). Terapia Gestalt. México: Árbol.
- Phares, E .J. (1999, 2da edición). Psicología Clínica. Conceptos, métodos y práctica. Manual Moderno: México.
- Pierce, V. (2003). Adicción. Prevención. Rehabilitación. Crecimiento personal. México: Trillas.
- Rey, J., Calvo, J.R. (1998). Cómo cuidar la salud. Su educación y promoción. México: Harcourt Brace.
- Rodríguez, I. A. (2000, octubre/diciembre). Salud mental, adicciones y generación X. FES. ZARAGOZA. UNAM, 1, pp. 15-23
- Romero, M. M. P.; Medina-Mora, I. M. E. (1998). Las adicciones en mujeres: problema genéricamente construido. En C. De Agostini (Comp.) Con Ganas de Vivir.... una vida sin violencia es un derecho humano. Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de las Drogas, Oficina Regional para México y Centroamérica. (pp. 7-22). México: PNUFID
- Rosas, T. E. (1998). La cara femenina de la farmacodependencia. Un acercamiento. Reflexiones sobre las experiencias de investigación en la acción. En C. De Agostini (Comp.) Con Ganas de Vivir.... una vida sin violencia es un derecho humano. Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de las Drogas, Oficina Regional para México y Centroamérica. (pp. 123-131). México: PNUFID
- Salama, P. H. (2001, 2da ed.). Psicoterapia Gestalt. Proceso y Metodología. México: Alfaomega.

Souza, M. y Machorro, (2000). Diagnóstico y tratamiento de los síndromes adictivos. México: JGH Editores.

Vega Fuente, A. (1993). La acción social ante las drogas. Propuesta de intervención socioeducativa. Ediciones Nancea: Madrid.

Yontef, G. (2002, 3° ed.). Proceso y Diálogo en psicoterapia Gestalt. Chile: Cuatro Vientos.

Zepeda, M.I. (1998). Enfoque de género sistémico en la autoestima de la mujer adicta. En C. De Agostini (Comp.) Con Ganas de Vivir.... una vida sin violencia es un derecho humano. Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de las Drogas, Oficina Regional para México y Centroamérica. (pp. 141-152). México: PNUFID

Zoja, L. (2003). Drogas: adicción e iniciación. La búsqueda moderna del ritual. México: Piados.

Encuesta Nacional de Adicciones. (2002). Recuperado el 16 de abril del 2007 en http://www.consulta.com.mx/interiores/99_pdfs/15_otros_pdf/ENA.pdf

Encuesta de Estudiantes de Nivel Medio y Medio Superior de la Ciudad de México. (noviembre 2003). Recuperado el 13 de junio de 2007 en:

http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=32078&id_seccion=1169&id_ejemplar=3301&id_revista=1