



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
ZARAGOZA

“ FARMACODEPENDENCIA ”

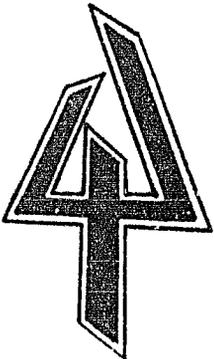
T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

María del Socorro Aguilar Villa



1984



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.

I N D I C E

PROLOGO.	6
INTRODUCCION.	7
I. MARCO CONCEPTUAL.	
1. La farmacodependencia como Problema Social y de Salud.	10
2. Que es la Farmacodependencia.	21
2.1. Definición.	23
2.2. Clasificación de las drogas.	25
2.3. Grados de farmacodependencia.	30
2.4. Causas de farmacodependencia.	31
3. La Prevención de la Farmacodependencia.	32
4. Grupos Vulnerables.	37
5. Explicación de la Farmacodependencia desde un punto de vista psicoanalítico.	44
II. OBJETIVOS.	
1. Objetivos del Programa de Servicio Social de la carrera de Psicología de la E.N.E.P. Zaragoza.	51
2. Objetivos del Programa de los Centros de Integración Juvenil, A.C.	52
3. Objetivos Particulares del Pasante.	53

III. CARACTERISTICAS GENERALES DE LA
POBLACION E INSTITUCION DONDE
SE REALIZO EL SERVICIO SOCIAL.

A.	Delegación Política.	54
1.	Características Geográficas.	54
2.	División Política.	54
3.	Aaspecto Demográfico.	55
4.	Vivienda.	57
5.	Medios de Comunicación.	58
6.	Alimentación.	60
7.	Servicios.	60
8.	Educación.	63
9.	Migración.	64
10.	Actividades Recreativas.	64
11.	Religión.	65
B.	Características de la Institución.	
1.	Antecedentes Históricos de los Centros de Integración Juvenil, A.C.	66
2.	Política General de los C.I.J.	68
3.	Organización y Funcionamiento de los C.I.J.	69
4.	Centro de Integración Juvenil Aragón.	70
4.1.	Antecedentes Históricos.	70
4.2.	Tipo y Caracter de la Institución.	71
4.3.	Tipo de Servicios que presta la Institución.	72
4.4.	Organización Interna.	75
4.5.	Recursos.	76

IV.	ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL SERVICIO SOCIAL.	
1.	Funciones Desarrolladas.	78
a)	Proyecto Escuelas.	79
b)	Proyecto Capacitación a Comunidad.	80
c)	Proyecto Información Pública Periódica.	81
d)	Proyecto Orientación Familiar Preventiva.	82
e)	Proyecto Curso de Capacitación y Supervisión.	83
V.	RESULTADOS.	
1.	Funciones Desarrolladas.	86
a)	Proyecto Escuelas.	86
b)	Proyecto Capacitación a Comunidad.	89
c)	Proyecto Información Pública Periódica.	90
d)	Proyecto Orientación Familiar Preventiva.	90
e)	Proyecto Curso de Capacitación y Supervisión.	92
VI.	ANALISIS.	
1.	Funciones Desarrolladas.	94
2.	Objetivos.	96
3.	Limitaciones.	103
VII.	CONCLUSIONES.	108
	PROPUESTAS Y/O RECOMENDACIONES.	110
	ANEXOS.	112
	BIBLIOGRAFIA.	136

PROLOGO.

Este trabajo es el informe escrito de seis meses de prestación de Servicio Social (del 1^o de Agosto de 1983 al 31 de Enero de 1984), que se presenta como parte del éxamen profesional. Proporcionando la información necesaria para percibir el panorama - en el cual se realizó tal servicio.

La elección de uno de los Centros de Integración Juvenil, A. C., significó el deseo de conocer y entablar contacto con una Institución dentro de la sociedad que vé muy de cerca la problemática de la farmacodependencia, así como de las consecuencias que acarrea la misma. Por consiguiente, la mejor forma de presentar - el Servicio Social es la de colaborar para la prevención y tratamiento de un problema tan grave que se presenta en toda la nación. Además, de poner en práctica los conocimientos y habilidades adquiridos durante el transcurso de la carrera de Psicología, que fueron útiles tanto para la proyección de estos elementos como para su evaluación práctica.

Es de importancia hacer notar que, se ha insistido en que la farmacodependencia se considera como un fenómeno individual "psicológico", en el que las personas con supuestos afanes se "destruyen". Esto olvida y oculta los determinantes sociales del gravísimo problema que es ya de por sí la farmacodependencia.

Entre las muchas labores del Psicólogo como profesional de la conducta, recto, serio y con el afán de lograr mejores recursos humanos, se encuentra la de difundir conocimiento y ayudar en la prevención de éste fenómeno.

Se agradece a todas las personas que de una u otra manera colaboraron en la creación de este trabajo; y respeto y admiración a todos los seres humanos que se dedican al arduo campo de la prevención en pro del hombre y la humanidad.

INTRODUCCION

La farmacodependencia es un problema de salud pública básicamente urbano. Cuando el uso de drogas se presenta en el campo, está asociado a actividades mágicas o religiosas y se limita a algunas personas; las ocasiones en que su utilización se da de manera grupal, se circunscribe a fechas o períodos específicos.

En México se considera de manera especial el aspecto socioeconómico y demográfico para pretender explicar el que la farmacodependencia sea un fenómeno urbano. El auge industrial del país que vive durante los años 70's., dá origen a la emigración de una gran población de la provincia del país, la cual pretende satisfacer sus necesidades ubicándose en las principales ciudades de la República Mexicana.

Así la mayoría de los emigrados engrosan las filas de los desempleados o subempleados, que terminan por ubicarse a los alrededores de la ciudad, perdiendo así la protección de las costumbres compartidas y el grupo de referencia al que pertenecían en sus anteriores poblaciones. Esta creciente dificultad para satisfacer las aspiraciones socioeconómicas, así como los cambios en los patrones culturales, conforman un medio de desconcierto que favorece la aparición de problemas como la farmacodependencia.

Los mecanismos de compra-venta de mercancías en las ciudades son más frecuentes, intensos y convincentes, y de esto no se puede desligar el mercado de las drogas. Los medios masivos de comunicación están repletos de mensajes que inducen a utilizar alguna sustancia adictiva, que permita satisfacer necesidades que van desde sensaciones subjetivas como la tranquilidad y bienestar, hasta estados menos individuales como son el poder, atractivo o posición social.

Existen instituciones que prestan servicios de orden social, como son: los hospitales, las clínicas y los centros de salud, que de alguna u otra manera promueven la utilización de fármacos. Si

a esto se le agrega la facilidad de conseguir las drogas a pesar - de las medidas de control que se han establecido, la automedica--- ción aparece como otro elemento que contribuye al aumento del índice de abuso de las drogas.

Aunado a lo anterior, se detecta que la determinación que tie ne la familia en el destino de cada uno de sus miembros, es de su ma importancia, ya que influye directamente en el grado de inmadu réz en la que aquellos se encuentren. La infancia y la adolescencia son etapas del desarrollo en las cuáles los vínculos, necesida des y satisfacciones que se dan dentro del grupo familiar ván más alla de una mera respuesta temporal, son elementos fundamentales y estructurales del individuo y es justamente en la adolescencia don de se inicia con mayor frecuencia el uso y abuso de las drogas.

Finalmente, es importante enfatizar que a pesar de los proce sos de sujeción social y familiar, a los que se ve sometido el individuo, existen también factores privativos de éste que permiti en ofrecer conductas fuera del patrón que podría esperarse ante - un ambiente particular o familiar. La conducta humana no sigue pa rámetros lineales ante idénticos estímulos, por tanto, no es de - sorprender que ante una misma situación un sujeto responda de mane ra tal que le enriquezca a él mismo o a su grupo, mientras que -- otro no alcance sino una respuesta fallida como es el uso y abuso de las drogas.

Como se vé, la farmacodependencia es un fenómeno que no puede aprehenderse con un enfoque reduccionista. Ahora bien, no se pre tende haber planteado todos los factores que en las ciudades influ yen para el mismo, el objetivo de esta introducción es el enfocar la atención sobre el elemento económico como punto fundamental, ya que de este se desprende la pertenencia a un grupo social y fami-- liar específico, pero sin restarles su debido valor e importancia.

La forma de tratamiento que se ha venido utilizando en los -- Centros de Integración Juvenil A.C., institución única en México - que enfrenta el fenómeno de la farmacodependencia, es el de la te-

rapia psicoanalítica breve. Por lo que se dá un bosquejo de la explicación que esta orientación ofrece sobre el fenómeno.

Dentro del presente trabajo, se encuentran una serie de puntos los cuales tratan de dar un panorama de la farmacodependencia, sus causas y su forma de abordarla dentro de la Institución dedicada a este fenómeno, los Centros de Integración Juvenil A. C., en donde se realizó el Servicio Social.

I. MARCO CONCEPTUAL.

1. La Farmacodependencia como Problema Social y de Salud.

La intensión de este punto es el de establecer nexos entre - los problemas fundamentales de salud en nuestro país y el proceso de formación y crecimiento de las ciudades. La presencia de farmacodependientes y las enfermedades que conforman el cuadro patológico nacional, derivan en gran medida, de las condiciones de vida de un alto porcentaje de población del país, las que a su vez son el producto del modelo de desarrollo capitalista en los últimos 40 - años.

Así pues, en un primer momento, se centrará la conceptualización de la ciudad, enmarcada en el proceso de industrialización - que caracterizó la política económica del Estado a partir de los - años 40's. Para posteriormente hacer un planteamiento más amplio en relación a los problemas de salud y en particular de las toxicomanías.

La ciudad es espacio caracterizado del modo de producción capitalista. Su constitución sólo es posible a partir de la forma--ción del capital mercantil, de la aparición del dinero como medida universal para el intercambio de mercancías y, del surgimiento de la producción manufacturada.

En efecto, durante el feudalismo, la economía se basaba escencialmente en la explotación de la tierra, cuyos productos eran intercambiados por otro tipo de mercancías, o por dinero. Dicho intercambio lo realizaban los campesinos dentro de los dominios del Señor Feudal, a quien tenían que pagarle, además, con un tributo - que consistía en parte de su producción. Esta forma de producción no exigía prácticamente ningún otro tipo de cooperación en los procesos de trabajo y, permitía que los campesinos fabricaran individualmente sus instrumentos de trabajo y algunos productos no directamente agrícolas, por ejemplo los textiles.

El desarrollo del comercio dió nacimiento a una nueva clase -

que empezó a desarrollarse, a crecer y a adquirir poder político al margen de los dominios de la aristocracia, en aglomeraciones de población llamadas burgos, que más tarde darían nacimiento a las ciudades y a las cuales la burguesía debe su nombre.

Las ciudades se fueron convirtiendo, poco a poco, en el espacio privilegiado de la reproducción del capital. En ellas se fueron instalando el comercio, los talleres artesanales, los servicios y posteriormente la industria encontró en ellas un mercado para su producto y se instaló en su interior o en sus alrededores. Así mismo, el poder político se centralizó en las ciudades creando así su propio espacio por oposición al castillo feudal y al palacio real.

Con el desarrollo de la industria, que en sus principios fué básicamente textil y extractiva, las tierras destinadas a los cultivos fueron siendo acaparadas para convertirlas en pastizales y también para cultivar algodón. Al mismo tiempo, la población rural despojada u desplazada tuvo que emigrar a las ciudades para emplearse como asalariados en las industrias urbanas.

El proceso de despojo y proletarización del campesino y la pérdida del poder político como parte de la aristocracia, conducen a la consolidación de la burguesía como clase dominante, tanto como desde el punto de vista económico, en tanto dueña de la industria, como desde el punto de vista político.

A partir de la consolidación del poder burgués, las ciudades continuaron creciendo como centros industriales y, en los países europeos, así como en los Estados Unidos (sobre todo a raíz de la guerra de secesión), su proceso de industrialización se extendió al campo, de tal forma que en la actualidad los procesos de producción rurales incorporan elementos del avance tecnológico.

El proceso ha sido distinto en las naciones antiguamente colonizadas (Africa, Asia, América Latina), en donde las ciudades actualmente crecen a expensas del campo, mientras en este se sigue produciendo por medio de técnicas muy atrasadas.

Así pues en México, que pertenece al grupo de antiguas colonias y países tradicionalmente dominados, el proceso de urbanización es relativamente creciente, pues no puede hablarse propiamente de ciudades industriales antes del porfiriato; y aún durante ésta época, buena parte del poder económico era centralizado por las haciendas, y la aristocracia jugaba un papel muy importante políticamente hablando. A raíz de la revolución de 1910, se empezó a producir un desarrollo industrial que fundamentalmente provenía de el exterior, en virtud del cual las ciudades mexicanas se convirtieron en ciudades industriales y centros de comercio. Pero fué con la II Guerra Mundial y con el proceso de sustitución de importaciones que ella originó, no sólo en México sino en toda América Latina, el esquema de desarrollo económico pasó a ser predominantemente industrial. Ello significaba la ruptura definitiva de la estructura productiva agraria basada en la hacienda y, posteriormente en el ejido. Así pues, desde el gobierno de Manuel Avila Camacho la política del estado mexicano ha sido de apoyo a la industria nacional y a la importación de tecnología y de capitales externos, mientras tanto la producción en el campo ha quedado a la zaga y ha sido supeditada a las necesidades del crecimiento industrial.

De esta manera, la población rural, obligada a abandonar el campo, en virtud de las escasas posibilidades de supervivencia que este ofrece en la actualidad, ha venido incrementando, sobre todo a partir de los años 40's., la extensión de la población en las urbes. Este proceso, aunado al ya de por sí elevado índice de crecimiento natural de la población, ha conducido a las principales ciudades latinoamericanas, como la Ciudad de México, a un crecimiento desmesurado que algunos estudiosos han denominado gigantismo.

Este crecimiento en las urbes no se ha producido sin graves consecuencias sociales, que afectan a la población que las habita. Esta se vé inmersa en una dinámica caracterizada por el hacinamiento, la insuficiencia o falta de servicios públicos, desempleo, delincuencia, prostitución, farmacodependencia, etc.

Y así se reactualizan las consideraciones de Federico Engels formuladas en 1845, en torno a las causas sociales de la drogadicción y las enfermedades que padecían los trabajadores ingleses en los albores del capitalismo; "el trabajador regresa a su casa fatigado por su labor; halla una vivienda sin la menor comodidad, - húmeda, inhospitalaria y sucia, tiene necesidad urgente de distracción, necesita alguna cosa que haga que su trabajo valga la pena, que le haga soportable la perspectiva del amargo mañana... ¿Cómo podría soportar la tentación de las drogas?... muy al contrario una necesidad física y moral hace que una parte muy grande de los trabajadores debe sucumbir necesariamente a las drogas... la certidumbre de olvidar en la embriaguez al menos por algunas - horas la miseria y la carga de la vida y cien factores más, tienen un efecto tan poderoso ... es que no podría verdaderamente reprochar a los trabajadores su predilección por la droga ... en ese caso, la drogadicción deja de ser un vicio del cual puede hacerse responsable a quien se entrega a él, se convierte en un -- fenómeno natural, la consecuencia necesaria de condiciones dadas que obran sobre un objeto que, al menos en cuanto a dichas condiciones, no tiene voluntad. Hay que endosar la responsabilidad de ello a los que han hecho del trabajador un simple objeto. (Federico, Engels, 1975).

Actualmente existen en México un alto porcentaje de la población urbana que vive en condiciones similares a las de la clase obrera de Inglaterra del siglo XIX. Ella es el producto de la acumulación del capital que ha tenido como fundamento su concentración como fuerza de trabajo liberada por la descomposición de la sociedad rural. El desplazamiento del ejido como pilar de la producción rural, así como el gran impulso al sector industrial, han arrojado masas campesinas a los medios urbanos, a los cuales se - han integrado en condiciones muy desventajosas sobre todo en los últimos 30 años.

A raíz de la Segunda Guerra Mundial, la Ciudad de México, em

pieza a transformarse en una gran urbe. En 1940, ya se trataba de una ciudad de grandes dimensiones, contando con un millón 750 mil habitantes, de los cuales 174 mil eran obreros de la industria. Pero en las décadas siguientes, el crecimiento de la ciudad es realmente acelerado, alcanzando 8 millones 712 mil habitantes, (Claude B., 1972), dejando de ser considerada en ese momento únicamente como "La Ciudad de México", pues ya había absorbido los pueblos del Distrito Federal y algunos del Estado de México. Según el censo de 1980, la aglomeración metropolitana (D.F., y Estado de México), ya había sobrepasado los 16 millones de habitantes lo que representaba el 25 % de la población total del país.

Este crecimiento no se debe únicamente al aumento natural de la población, sino sobre todo a las corrientes migratorias atraídas por la industrialización creciente, iniciada en la coyuntura de la guerra.

Al principio la población emigrante era fundamentalmente población femenina que se empleaba en el trabajo doméstico; la escasa población masculina inmigrante desempeñaba empleos descalificados, la mayoría de veces de servicios. Con el crecimiento de la industria, la fuerza de trabajo masculina tendió a la proletarianización, con lo que las relaciones de familiaridad entre los trabajadores inmigrantes y familias ricas, dejaron paso a las simples relaciones entre trabajadores asalariados y empresarios capitalistas.

La ciudad construida sobre la base de los antiguos pueblos mexicanos fué concentrando a los distintos sectores de la sociedad a áreas específicas. La aristocracia porfiriana dejó el viejo centro de la ciudad y se instaló en las nuevas zonas residenciales de las Lomas y el Pedregal; pueblos de Tlalpan y Coyoacán, también se convirtieron en zonas de lujo. La clase media formada por los inmigrantes que como profesionales y cuadros técnicos, todavía lograron integrarse con ventaja en la vida urbana, se instaló en la parte central de la ciudad, exceptuando el primer cuadro, así como la zona de Lindavista. Un sector de la población de clase me-

dia con menos recursos ocupó la zona de Atzacapotzalco, Tacubaya, - el norte y sureste de la ciudad, donde cohabitaba con los pobladores de ciudades perdidas y vecindades.

El último sector, el de los habitantes de las ciudades perdidas y las vecindades, es el que ha crecido más, de 1970 a la fecha. Sus asentamientos se mezclan con los habitantes de las capas medias de la burguesía, con los de la pequeña burguesía e inclusive se les puede localizar en barrios residenciales. Pero en los últimos años, las masas de inmigrantes se han instalado en una extensa zona del oriente de la ciudad perteneciente al Estado de México; el Municipio de Netzahualcoyotl, así como en Naucalpan y - las Barrancas de las Minas de Arena de la Delegación Alvaro Obregón, al poniente de la ciudad.

Coincidentemente, es en esas zonas de concentración de fuerza de trabajo asalariado y desempleado donde se localizan los problemas más graves y masivos del consumo de las drogas, y fundamentalmente de inhalación. Y es en ellas también donde se han concentrado los problemas más graves de vivienda, educación, empleo, - servicios públicos y asistenciales, estas condiciones de vida se traducen en un panorama de salud, caracterizado por el predominio de enfermedades infecciosas, como causas más importantes de muerte (40 % del total, debidas a neumonía y enfermedades gastrointestinales), y por la permanencia de la cirrosis entre las 10 principales causas de muerte. En general, la enfermedad se concentra entre los pobladores de estos medios urbanos llamados marginados, y en especial la enfermedad mental.

Por lo menos desde 1950 hasta 1976 las cifras relativas a la mortalidad general del país indican que el porcentaje más elevado de muerte (44 % en promedio a lo largo de 26 años), se ha producido en la población menor de 4 años. Si consideramos que las tasas más elevadas de natalidad se concentran en las clases con menores recursos, se puede inferir que los índices más elevados de mortalidad también se concentran en estas clases.

Según el estudio realizado por la Coordinación General del Plan nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR), la mayor parte de las muertes ocurren en la población marginada : " más del 96 % por tuberculosis, bronquitis, desnutrición, diabetes y enteritis y, el 94 % por infecciones respiratorias agudas, cuando la población objetivo representa el 73 % de la población total ". (COPLAMAR, 1982).

Tal es, a parecer del autor del presente reporte, el carácter social del proceso salud-enfermedad entendido como un proceso dialéctico de distribución de la salud y de la enfermedad entre las clases sociales, pues en la medida en que éstas tienen acceso a condiciones materiales de vida y bienestar, lo tienen también a la salud o a la enfermedad. Esto significa que es el modo de producir o de distribuir la riqueza lo que determina la distribución de la salud, de la enfermedad y de la mortalidad en la población de un país. De la gran contradicción de nuestra sociedad, que consiste en la creciente masificación de la producción de mercancías (o de riqueza social), al lado del desempleo igualmente creciente de la fuerza de trabajo, derivando la desigualdad de la distribución de la salud.

Las respuestas de las Instituciones Sociales al panorama de la enfermedad en México, ha consistido en la instrumentación de un sistema de asistencia médica incapáz de resolver los problemas más apremiantes de salud: la medicina popular, reminiscencia de la medicina indígena precolombina, sigue ocupando un lugar importante en las áreas rurales, donde muy difícilmente llegan los servicios médico-asistenciales del Estado. En lo que se refiere al servicio médico profesional, éste se deriva en tres grandes grupos :

- a) La medicina privada; constituida por centros que van desde los grandes hospitales como: el Hospital Inglés, el Español, el de México y el Mocel, hasta pequeñas clínicas atendidas por un sólo médico. Este sector atiende a

la burguesía que puede pagar los servicios , así como - algunos pequeños miembros del proletariado y ejército de subempleados que asisten a pequeñas clínicas de los barrios populares.

- b) El segundo grupo; es el conjunto de instituciones encargadas de asegurar la atención de la fuerza de trabajo de las empresas estatales y paraestatales o privadas y, que atienden únicamente a los trabajadores con contratación vigente, éstas son: el ISSSTE, el IMSS, el Servicio Médico de PEMEX, el de los Ferrocarrileros, el de la Comisión Federal de Electricidad , el de la Secretaría de la Defensa Nacional y el de la Marina.
- c) Por último, se encuentra " el que se ajusta relativamente al postulado de la salud, derecho de todos los mexicanos, que obliga al gobierno a proporcionar servicios para fomentarla, conservarla y recuperarla " (López A., 1979). En este sector se atienden los subempleados y los desempleados. Y está formado por las instituciones como: la SSA, Servicios Médicos del DIF y el SINADIF.

La distribución del servicios es la siguiente: " la medicina privada agrupa a casi la mitad de los médicos, atiende al 18 % de la población" (Laurell C., 1979). En 1976 sólo el 35 % de los 62 millones de habitantes del país, se beneficiaban de los servicios de algún regimen de seguridad social, es decir, 22 millones de -- personas, entre las que se encontraba el 20 % de la población, casi las dos terceras partes de los habitantes (más de 40 millones de personas), debía ser atendida en teoría por la SSA, cuya capacidad de hospitales, centros asistenciales y demás servicios sólo alcanzaba a cubrir entre 15 y 19 millones de personas. Vale decir que entre 20 y 25 millones de mexicanos acercían en forma permanente del servicio de salud. (López A., 1979).

Con lo anterior, se puede apreciar cual ha sido la tendencia en los ultimos años de la política de la salud auspiciada por el

Estado, y que tiene que ver claramente con un favorecimiento de la medicina curativa a través de la construcción de grandes complejos hospitalarios; ello en detrimento de la medicina preventiva que como se acaba de ver, es la más apropiada para disminuir los índices de mortalidad en la población más afectada. Por último, pareciera ser que lo que caracteriza a esta política es la que destina esfuerzos al logro de la prolongación de la esperanza de vida al nacer, que en la actualidad es de 65 años en promedio, en lugar de preocuparse por disminuir la mortalidad infantil, sobre todo, en niños menores de 6 años.

La farmacodependencia, como parte integrante de los problemas de salud pública, también tiene como campo de incidencia y prevalencia, aquella población que se ve afectada por otro tipo de problemas de salud. Con ello no se quiere decir que en esta población la farmacodependencia sea un problema cuya magnitud ha alcanzado índices epidémicos, pero sí es valioso resaltar al ya de por sí deteriorado nivel de salud.

El uso de fármacos en nuestro país, no es reciente. Desde antes de la conquista, el empleo de plantas y sustancias psicótropas y psicodislépticas con fines terapéuticos, adivinatorios y rituales, era común entre ciertos grupos privilegiados y eventualmente, en actos de comunicación colectiva, pero el sentido y la razón de ese uso se ha desvirtuado.

El México precortesiano era rico en plantas psicoactivas como lo revelan los códigos indígenas y las crónicas de hombres como Fray Diego de Lara, Francisco Hernández, Fernando Ruíz de Alarcón, en ocasiones contradictorias, acerca de los usos y los efectos de dichas plantas.

Sus trabajos permiten suponer que se realizaron estudios empíricos en los jardines botánicos de las diversas culturas mesoamericanas.

Sin embargo, pese a la certeza de que ese uso es de épocas muy remotas, la primera referencia que se tiene al respecto acer-

ca del abuso de las drogas en México, data de 1886, año en que el pasante de medicina Genaro Pérez, se propuso estudiar la mariguana, punto que comienza a llamar la atención fuertemente de los peritos médicos legalistas y que se relacionan con el uso de una planta común.

Hacia finales del siglo XX, el uso de sustancias narcóticas no se había considerado cómo una ciencia ni cómo una técnica; el problema adquirió una nueva dimensión que exigió la cooperación mundial para establecer control a ese respecto.

Por otra parte, la industria química en proceso constante empezó a producir y lanzar un número mayor de alcaloides que vinieron a complicar la situación; pues aunque se creyó que ninguna de estas sustancias produciría adicción, a los pocos años la realidad demostró lo contrario y los toxicómanos plantearon un grave problema de salud. Esto determinó que se formaran medicinas adaptadas y que se implantara una campaña permanente contra el uso y el tráfico ilícito de las drogas. (Grath y Scarpitti, 1973).

Ahora bien, la popularidad alcanzada por los llamados alucinógenos y sus derivados, cómo un medio para lograr experiencias primitivas en las que los hongos, peyote y otros vegetales representaban un papel esencial en las ceremonias y ritos curativos mágicos y, fué a partir de los 60's., cuando ésta popularidad se generó cómo una epidemia que alcanzó características especiales alrededor de 1968, extendiéndose a diversos contextos socioeconómicos.

La mariguana por ejemplo, que sólo había sido utilizada por grupos principalmente de estratos sociales marginados, rebasó ese contexto y empezó a ser consumida por estudiantes de diversos niveles escolares y sociales.

El incremento de ese uso favoreció, al parecer, la utilización de otras sustancias tales como: inhalantes, anfetaminas, barbitúricos, alucinógenos, entre otros.

Como el resto del mundo, en nuestro país el fenómeno de la farmacodependencia empezó a plantear interrogantes a los que urgía dar respuesta adecuada para buscar su reducción y erradicación que por desgracia hasta la fecha continúa con logros no muy exitosos.

La importancia de lograr una integración y construcción del objeto de estudio que comprenda las condiciones generales de vida con todas sus implicaciones en la salud de la población, y los problemas de farmacodependencia, es una tarea insoslayable. Pues en esa medida se podrán establecer una serie de vínculos tendientes a desmitificar las afirmaciones en el sentido de que la farmacodependencia afecta a casi todas las clases sociales por igual. Se quiere dejar claro que si bien todas las clases sociales pueden hallarse en problemas de farmacodependencia, no todas alcanzan la misma magnitud y no en todas las clases sociales se tiene la posibilidad de destinar recursos económicos para un tratamiento que les ayude a solucionar ese tipo de cuestiones.

Desgraciadamente, las investigaciones que se han hecho hasta la fecha, han considerado a la población "marginal" como el objeto de investigación por excelencia. Sin tomar en cuenta que la pequeña burguesía y, aún las clases altas, también poseen sus problemas de farmacodependencia y sus patologías específicas. Habría pues, que profundizar en estos aspectos que pueden ampliar un poco más las perspectivas y las expectativas que cada sector de la población posee para resolver sus propios problemas.

Hacer consciente esta necesidad entre las clases más desposeídas, tal vez sea una tarea que deba tomarse en cuenta para abatir a través de la prevención, los índices de incidencia y prevalencia de enfermedades, tanto somáticas, en el sentido general de la palabra, como psíquicas, entre ellas se ubica a la farmacodependencia, pero no como una enfermedad, como el punto de vista lo concibe, sino como un sistema de deterioro psicológico en que la sociedad en crisis de estructuras y valores mantiene a un número

considerable de sus miembros.

Si la premisa de que el individuo es producto de la sociedad a la que pertenece, entonces, la enfermedad mental y la enfermedad en general son el reflejo del desequilibrio de la sociedad en su conjunto. Pero si la sociedad genera violencia, esquizofrenia, farmacodependencia y muertes por enfermedades prevenibles, también es responsable de encontrar causas que le permitan solucionar todos estos problemas. Todas las instituciones y organizaciones interesadas en la solución de los problemas de salud deberán destinar esfuerzos y recursos a una acción preventiva que vaya a la par con el esfuerzo por la mejoría de las condiciones materiales de vida de la población a la que se dirijan los programas educativos. Esto no significa que las instituciones u organizaciones deban adoptar una actitud maternalista ante ella, pues los canales para hacer real esa mejoría trascienden las posibilidades de las instituciones preventivas.

Estas tienen únicamente derecho de incidir en un terreno específico en el desarrollo de la conciencia de la comunidad, quien deberá procurarse así misma los mecanismos que hagan posible un nivel de vida y de salud más dignos.

2. Que es la Farmacodependencia.

Desde la etapa biologicista, monocausal, predominantemente individual de la medicina, hasta el enfoque ecológico y epidemiológico social con que la misma se aborda desde hace apenas décadas, no sólo el campo médico quedó transformado por definiciones más amplias que incluían conceptos de agente, hiesped, ambiente y sustrato social de casos clínicos aislados, también modificandose por los hallazgos que de esas enfermedades se hacían, en cuanto a su distribución, frecuencia y características con que afectaban a determinadas poblaciones. Adquirían así, por la magnitud del daño y por la trascendencia individual y social de las mismas, --

categorías problemas. Es decir, entidades nosológicas que por su génesis, desarrollo y abordaje terapéutico, suponian y suponen para su solución la convergencia de otras disciplinas tanto del campo social y económico como del epidemiológico sanitario. Un claro ejemplo de este tipo de "enfermedades-problema" es la farmacodependencia, en tanto síntomas de un fenómeno multicausal en sus orígenes, complejo en su desarrollo y dificultoso en su solución. (Martinez M., 1980).

Al surgir como tal, determina desde el campo de la salud un conjunto de acciones medico-sanitarias, dirigidas no ya solamente al individuo, sino a él, su familia, sus padres, sus maestros y su comunidad.

Este fenómeno multicausal definido como problema de salud pública, requiere para su solución de la confluencia de las diversas disciplinas sanitarias y educativas para su prevención, tratamiento y rehabilitación, pero muy específicamente de definiciones y ubicaciones, fruto de una adecuada coordinación con el sistema sanitario a fin de que no sólo todos los recursos actúen armónicamente, sino que desde esa visión integral e integrada se tenga acceso a una comprensión más cabal de lo ya escrito.

La farmacodependencia no requiere para existir tan sólo el objeto droga, hace falta también el sujeto que hará objeto de su uso. Para su prevención y para su tratamiento, se requiere ubicar a ese sujeto en su historia personal, en la de su familia, y en la de la sociedad en la que transcurre su existencia. (Martinez M., 1980).

Se considera a la farmacodependencia en su nivel más general a un nivel macroestructural, como un fenómeno social, mientras que a un nivel más particular o de microestructura, como polo terminal de dicho fenómeno.

Es importante hacer esta diferenciación entre ambos extremos del problema, ya que si no se hace, se corre el riesgo de confundir las consecuencias que esto puede atraer. La misma deserción

de un paciente significa, no ya el haberse rehabilitado, sino el regreso a su problemática social e individual, es decir, huir de la ayuda que se le presta, por infinidad de razones propias, y nuevamente ser un farmacodependiente. Teniendo claro esto, se puede ubicar a cada sujeto farmacodependiente dentro de su muy particular contexto con todo el complejo nudo de relaciones inter e intrasubjetivos que lo constituyen y poder escuchar a cada sujeto farmacodependiente, lo que para él representa el objeto droga dentro de su estructura psíquica imaginando el objeto droga como pretendiendo ocupar el lugar de un significante ausente dentro de su estructura simbólica de ese sujeto. (Harlow, 1965).

2.1. Definición.

No existe una definición única aceptada de la farmacodependencia. Los sociólogos hablan, de asimilación a un modo de vida particular, el del consumo de las drogas. Los médicos emplean el término popular de "dependencia física", con referencia a una alteración del sistema nervioso central, que redundo en malestares dolorosos cuando se interrumpe abruptamente el consumo de la droga; de "dependencia psíquica", al deseo, ansia o compulsión emocional en pos de la obtención de la droga y la experimentación con ella; y de "tolerancia", habituación física a la droga que hace que dosis sucesivas de droga produzcan efectos cada vez menores y por lo tanto, provoquen la tendencia a aumentar la dosis. Las legislaciones hablan del consumo habitual, de pérdida de autocontrol con respecto a la droga, y de efectos perniciosos para el individuo o potencialmente nocivos para la moral, la seguridad, la salud o el bienestar público. (Lindesmith, 1966).

La Comisión de Expertos de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), ofrece la siguiente definición de farmacodependencia, que es la que se acepta en casi todos los países: "Farmacodependencia es el estado psíquico y a veces físico causado por la

interacción entre un organismo vivo y un fármaco, caracterizado por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible por tomar el fármaco - en forma continua o periódica a fin de experimentar sus efectos - psíquicos y, a veces evitar el malestar producido por la privación". (O.M.S., 1973). A continuación se describirá lo que significa cada uno de sus componentes de esta definición.

En primer término, la definición establece que para que exista farmacodependencia es necesario que un ser vivo entre en contacto con un fármaco. Se necesita por tanto, conocer lo que se entiende por fármaco. La definición más aceptada, también elaborada por la O.M.S., es la siguiente: "fármaco o droga es aquella sustancia que introducida al organismo vivo puede modificar una o más de sus funciones". (O.M.S., 1973). Es decir, un fármaco es una sustancia química ajena al organismo que, al entrar en contacto con él, altera alguna de sus funciones normales.

En segundo lugar, la definición de farmacodependencia afirma que: ésta consiste en un estado psíquico especial y que, en el caso de ciertas drogas, puede haber además un estado físico. El estado especial se caracteriza siempre por el hecho de que la conducta normal del individuo se altera. Además el individuo no puede reprimir el impulso a tomar nuevamente el fármaco.

Tipos de Dependencia.

Dentro de la definición dada por la O.M.S., se mencionan dos tipos de dependencia, las cuales son: la dependencia psíquica y la dependencia física.

La primera de estas se define de la siguiente forma: "Dependencia psíquica: estado en el cual un fármaco produce sensaciones de satisfacción y un impulso psíquico o mental que lleva a tomar periódicamente o continuamente el fármaco para experimentar placer o para evitar un malestar". (O.M.S., 1973). Además es un estado del cual no se conoce que provoque alteraciones fisiológicas - al suspender bruscamente el fármaco, necesidad que no puede reprimi

mir. Este consumo compulsivo provoca alteraciones de orden mental variando según el tipo de droga que se consuma. De cualquier forma, las alteraciones mentales son lo suficientemente importantes como para poner en peligro la vida del individuo.

El segundo tipo de dependencia, producido por algunos tipos de drogas es la siguiente: "Dependencia física: estado de adaptación que se manifiesta por la aparición de intensos trastornos físicos cuando se interrumpe el consumo del fármaco". (O.M.S., 1973) Estos trastornos, es decir los síndromes de interrupción o de abstinencia, se manifiestan en forma de conjunto de signos y síntomas de naturaleza psíquica y a veces física, que son característicos de cada tipo de fármaco.

Síndrome de Abstinencia.

Las alteraciones causadas por los dos tipos de dependencia - están en función de los síntomas que se presenten en este síndrome. Pueden ser leves o graves, incluso pueden producir la muerte.

Constituye el cuadro de signos y síntomas que aparecen en -- tanto se suspende bruscamente la administración de un fármaco, y depende de la intensidad de su uso y del tipo de fármaco.

Tolerancia.

Ocurre cuando después de ser administrada repetidamente una dosis de droga o fármaco, produce efectos cada vez menores y hay que administrar dosis cada vez mayores para obtener los efectos - que produjo la dosis original. Debido a la adaptación del organismo a los efectos de la droga. No en todos los casos donde aparece la tolerancia ocurre dependencia física, pero generalmente - cuando la tolerancia ocurre, al desaparecer la dependencia física regularmente desaparecen las dos al mismo tiempo. (Hernandez, 1982).

2.2. Clasificación de las Drogas.

Se podría hacer un sólo volumen sobre clasificación de drogas

que sería muy extenso si se propusiera detallar para cada una de ellas su historia, modo de administración, vías de administración composición química, nombres, usos médicos, efectos y la duración de ellos, los efectos de sobredosis, el tratamiento médico-farmacológico, las características de los usuarios, etc.

Debido a las múltiples variables que se pueden considerar para incluir una droga en un grupo, resultan diversas clasificaciones, sin embargo, en el presente trabajo, tan sólo se darán algunos ejemplos que demuestren lo difícil que es encuadrar en una sola las diferentes variables de las drogas.

La primera clasificación está basada en los efectos mentales dada por Louis Lewin en 1924; esta clasificación es sobre las drogas psicotrópicas:

a) Euphorica : estos agentes disminuyen y eventualmente suspenden las funciones de emotividad y de percepción poniendo al sujeto en un estado agradable de bienestar físico y psíquico, con liberación de los estados afectivos. A este grupo pertenecen los opiáceos (opio, morfina, codeína, heroína y la cocaína).

b) Phantastica : los representantes de esta serie dan lugar a una excitación cerebral evidente, que se manifiesta también bajo la forma de deformaciones de las sensaciones, de alucinaciones de ilusiones y visiones. En este grupo se encuentran los alucinógenos del tipo de : mexcalina, psilocibina, cannabis, etc.

c) Inebriantia : después de la primera fase de excitación cerebral, dan lugar a una depresión de la excitabilidad que puede conducir eventualmente hasta un estado de supresión temporal. En este grupo se encuentra : el etanol, cloroformo, eter, etc.

d) Hipnótica o agente de sueño ó inductores de sueño: en este grupo se encuentran : el paraldehído, el veronal, el hidrato de cloral, etc.

e) Excitantia ó estimulantes psíquicos que procuran : sin alteración de la conciencia, un estado de estimulación cerebral - percibido subjetivamente. En este grupo se encuentra el café, el té, el alcanfor, el cacao, el tabaco, etc.

Jean Delay (1961), propuso un modelo clínico basado en el postulado de la Excitación - Depresión del Sistema Nervioso Central, y así se tiene :

a) Psicoanalépticos : aquellas drogas que producen excitación y comprenden a : los estimulantes y a los antidepresivos.

b) Psicolépticos : que son aquellas drogas que inducen depresión y comprenden : las familias de los sedantes-hipnóticos.

c) Los psicodislépticos : que comprenden a las sustancias que producen modificaciones cualitativas y son fundamentalmente: alucinógenos, los delirógenos, los narcóticos, las neurotoxinas y los inductores de trance.

Existe otra clasificación dada por la Comisión Canadiense sobre el uso de las drogas con fines no-médicos, (1969), basada en la psicofisiología y la psicofarmacología siendo la siguiente :

- a) Sedantes y/o hipnóticos: barbitúricos y tranquilizantes.
- b) Estimulantes: anfetaminas, cafeína, nicotina y coca.
- c) Psicodélicos y alucinógenos: LSD-25, Cannabis, mezcalina.
- d) Estupefacientes opiáceos: heroína, codeína, metadona.
- e) Solventes Volátiles: gasolina, eter, cloroformo, thinner.
- f) Analgésicos no estupefaciente: acetofenetidina.
- g) Los antidepresivos tricíclicos y la fenelcina.
- h) Los tranquilizantes mayores del grupo de las fenotiazinas de los alcaloides de la rawolfia : como la reserpina, de las butinóferas como el haloperidol.

La siguiente clasificación fué dada por la O.M.S. (1970), y está basada en la fiscalización necesaria, como sigue:

Esta clasificación está basada en la fiscalización entendiéndose por ello, a la legislación nacional o acuerdo internacional cuya finalidad es regular y limitar la producción, circulación y empleo de fármacos según las necesidades médicas y científicas en beneficio de la salud pública y con objeto de evitar el abuso de dicho fármaco.

a) Fármacos cuya fiscalización se recomienda porque su consumo puede ser abusivo y significa un riesgo especialmente para la salud pública cuyo valor terapéutico es limitado o nulo. Por ejemplo: la dimetiltriptamida (DMT), la dietilamida, la 2.5 dimetoxi y la marihuana.

b) Fármacos cuya fiscalización se recomienda porque su consumo puede ser abusivo y significar un riesgo notable para la salud pública, de este punto se desprenden dos categorías:

b.1. Fármacos cuyo valor terapéutico es débil o moderado. - En este grupo se encuentra la anfetamina, la dexanfetamina, la metanfetamina, el metilfenidato, la femetracina, etc.

b.2. Fármacos cuyo valor terapéutico es moderado o grande. - En este grupo se encuentran fundamentalmente el amobarbital, el ciclobarbital, la glutemida, el pentobarbital y el secobarbital además de algunos análogos como el alobarbital, etc.

c) Fármacos cuya fiscalización se recomienda porque su consumo puede ser abusivo y significar un riesgo débil pero aún significativo para la salud pública, y cuyo valor terapéutico varía entre escaso y grande. En este grupo se encuentran fármacos de la familia de los benzodiazepínicos tales como: el clordiazepóxido, el diazepam, el nitrazepam y el oxazepam, el fenobarbital, etc.

También se han clasificado a las drogas (Deniker, 1971), según su origen, en tres grupos :

a) Los productos de origen natural : por ejemplo, el opio y sus derivados, la cannabis, el etanol, etc.

b) Los medicamentos derivados de su uso : por ejemplo, los tranquilizantes, los hipnóticos, las anfetaminas, los antiparkinsonianos, ciertos analgésicos, etc.

c) Los productos obtenidos por la investigación como son : los alucinógenos sintéticos (LSD-25), el STP, el DMT, etc.

Otra clasificación de las drogas causantes de dependencia y tolerancia fué dada por Varenne en 1971 :

a) Drogas que producen dependencia física y psíquica, así - como fenómenos de tolerancia :

1. Dependencia de tipo morfínico: opio y derivados.
2. Dependencia de tipo barbitúrico-etanol: barbitúricos tranquilizantes menores, alcohol, etc.

b) Drogas que producen únicamente dependencia psíquica; pero también fenómenos de tolerancia :

1. Dependencia de tipo anfetamínico: anfetaminas y sus derivados.
2. Dependencia alucinógena: LSD, psilocibina, mezcalina.

c) Drogas que producen únicamente dependencia psíquica sin fenómenos de tolerancia :

1. Dependencia de tipo cocaínico: hojas de coca, cocaína.
2. Dependencia de tipo cannábico: marihuana, hashish.

Finalmente, dentro de las múltiples clasificaciones se encuentra la clasificación de las drogas causantes de dependencia que - fué determinada por la O.M.S., reunida en Ginebra en 1973 :

1. De tipo alcohol-barbitúrico : por ejemplo, las bebidas - que contienen etanol, los barbitúricos y otros fármacos con efectos sedantes.

2. Del tipo anfetamina : como la anfetamina, la metanfetamina, dexanfetamina y el metilfenidato.
3. Del tipo cannabis : todas las preparaciones de cannabis sativa; tales como la marihuana y el hashish.
4. Del tipo cocaína : como la cocaína y la hoja de coca.
5. Del tipo alucinógeno : como la dietilamida del ácido lisérgico (LSD-25), la mezcalina y la psilocibina.
6. Del tipo Khat : tales como las preparaciones de Catha - edulis forsis.
7. Del tipo opiáceo : tales como la morfina, la codeína, la heroína y los productos sintéticos que tengan efectos - morfínicos tales como la metadona.
8. Del tipo de los solventes volátiles : tales como el tolueno, la acetona o tetracloruro de carbono.

Cómo se puede notar, el problema no es nada sencillo, por el contrario, es sumamente complejo, ya que en la clasificación de las drogas se tiene una gran cantidad de variables que se pueden tomar como base para clasificarlas.

2.3. Grados de Farmacodependencia.

Así como las drogas, los grados de farmacodependencia se clasifican de la siguiente forma : (C.I.J., 1981)

1. Experimentador : es aquel individuo que ha consumido la droga ocasionalmente o por curiosidad, pero no la ha vuelto a utilizar. Dentro de este grupo se encuentran los farmacodependientes que han utilizado la droga una o dos y hasta tres veces.

2. Usuario o Recreador Social : es aquel individuo que ya ha utilizado la droga con anterioridad y, que por lo regular la consume en reuniones sociales, jamás a solas. Algunas veces el consumo tiene como finalidad pertenecer a un grupo, revelarse con

tra los valores sociales establecidos, para evadir la responsabilidad. Dentro de este grado se inicia la dependencia psíquica.

3. Funcional : es aquel individuo que utiliza la droga regularmente, para realizar las labores diarias como : ir a la escuela, asistir al trabajo, estudiar, etc., éste individuo sigue funcionando dentro de su ámbito social, pero, siempre bajo los efectos de la droga, sin ella no realiza ningún tipo de labor. El farmacodependiente funcional, ingiere la droga por lo regular a so-- las. En este grado se ha acentuado la dependencia psíquica y se inicia la dependencia física.

4. Disfuncional : es aquel individuo que no se preocupa más que para obtener su abastecimiento de droga. Estos individuos no tienen ningún sentido de la responsabilidad, la han ido perdiendo a través del tiempo en que han consumido la droga, tienen mal aspecto físico y algunas veces caen en delitos socialmente reprobables como el robo, para obtener su dosis de droga. La dependencia física se ha acentuado y la psíquica está en su mayor grado... difícilmente éstas personas regresan a su medio ambiente anterior.

5. Ex-farmacodependiente : es el individuo que en algún momento de su vida pasó por cualquiera de los grados mencionados anteriormente, y por algún motivo (presión, internamiento, tratamiento, fuerza de voluntad, etc.), dejó de usar las drogas. Y se considera un grado más ya que en cualquier momento puede volver a consumir drogas.

2.4. Causas de la Farmacodependencia.

La farmacodependencia es un fenómeno multicausal.

Existen causas múltiples : políticas, económicas y sociales.

Causas como el cambio de valores morales, gran concentración urbana, contaminación, violencia, etc.

Las principales causas de farmacodependencia se pueden clasificar en tres:

Causas individuales, familiares y sociales.

Dentro de las causas individuales se encuentran : la baja tolerancia a la frustración, bajas defensas psicológicas, incapacidad de demora, deseo de escapar de la realidad, para disminuir la angustia, inadaptación social, por imitación , falta de identificación, necesidad de aceptación, de adaptación, introversión, inseguridad, falta de comunicación, etc.

De las causas familiares que orillan al individuo a convertirse en farmacodependiente se encuentra : la desintegración familiar, familia conflictiva, ausencia de alguno de los miembros de la familia, cambio de roles, dobles mensajes, falta de autoridad, sobreprotección, rechazo, abandono, etc.

De las causas sociales, las más comunes son : desempleo, factores transculturales, marginación, violencia, sobre-estimación, falta o reducción del espacio vital, falta de alternativas laborales, educativas, económicas, alimenticias, deportivas, culturales, etc.

3. La Prevención de la Farmacodependencia.

El Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud se reunió en Ginebra en octubre de 1973 para tratar los principales puntos de farmacodependencia. (O.M.S., 1974).

A nombre del Director General, el Dr. T. Lambo, Subdirector General, señaló que durante más de dos decenios el Comité de Expertos de la O.M.S., se ha ocupado de las siguientes cuestiones :

1. Determinación de las drogas que causan dependencia y -- pueden provocar tolerancia y problemática social y sanitaria.

2. Analogía y diferencia entre la dependencia de las drogas socialmente aceptables y la dependencia de grupos cuyo consumo se acepta o se tolera.

3. Prestación de servicios para la prevención y el tratamiento de la dependencia causada por el alcohol y otras drogas.

4. Principios para abordar los problemas de farmacodependencia.
5. El consumo de cannabis.
6. Los jóvenes y las drogas.
7. Estudio epidemiológico de la farmacodependencia.

Algunos de esos grupos de expertos, además de formular recomendaciones sobre la imposición de restricciones a la disponibilidad de ciertas drogas, examinando otros métodos de prevención.

Muchas organizaciones gubernamentales y de otro tipo, han iniciado o están proyectando toda una serie de actividades para atenuar los problemas que plantea y que planteará en el futuro la utilización, con fines no médicos, de diversas drogas que causan dependencia.

Entre los esfuerzos desplegados con fines preventivos, se procura hoy en día :

- a) Prohibir completamente la utilización de ciertas drogas con fines no médicos.
- b) Desaconsejar pero no prohibir el uso de las drogas con fines médicos.
- c) Informar a los dirigentes de la comunidad y a los consumidores actuales y futuros acerca de las drogas y sus posibles consecuencias al utilizarlas.
- d) Ofrecer al público actividades interesantes que no guarden relación con el consumo de drogas con fines médicos.
- e) Proceder a la localización de casos de farmacodependencia incipiente con objeto de limitar la propagación del consumo de las drogas.

No es fácil evaluar objetivamente las políticas, los criterios y métodos adoptados, pero tampoco se ha puesto suficiente empeño en determinar no sólo su eficacia, sino también su costo y otros gastos ocasionados por su aplicación.

Al tratar de proceder a una evaluación de los medios de prevenir los problemas relacionados con el uso extramédico de las drogas, el Comité no ha pretendido examinar todos los problemas de este tipo que, puedan presentarse con diferentes drogas y, en distintos individuos y localidades. Se ha propuesto, más bien establecer algunos principios generales de prevención que puedan ser útiles a las personas encargadas de formular normas y adoptar decisiones racionales en este sector. Desde el punto de vista práctico, cada farmacodependiente se ha de abordar habida cuenta de sus problemas, las circunstancias, las actitudes y el marco institucional concreto, el momento y el lugar en que se manifiesta el problema, así como las personas y las drogas de que se trate.

El Comité reconoce la complejidad y el carácter multifactorial de los problemas humanos (individuales y sociales), relacionados con el empleo extramédico de las drogas causantes de dependencia y, por tanto las dificultades que encierra la prevención o reducción de tales problemas. Teniendo en cuenta esos factores y la existencia de graves insuficiencias en los conocimientos básicos sobre la materia, conocimientos cuya adquisición y aplicación supone el dominio de una gran variedad de disciplinas profesionales, el Comité formula las siguientes observaciones y recomendaciones relativas a la prevención :

1. Las medidas preventivas han de tener como objetivo general evitar o reducir la incidencia y gravedad de los problemas relacionados con el empleo extramédico de drogas causantes de dependencia.

2. El alivio o prevención de los programas planteados por el uso de drogas causantes de dependencia, deberá ser objeto de atención prioritaria en los países implicados actualmente (ó en el futuro), en la producción de drogas, su distribución y su uso. Cuando se estudia el uso nocivo de las drogas aceptadas o rechazadas por la sociedad, se advierte que los problemas planteados son

efectivamente ó pueden ser, muy costosos en términos humanos y materiales en la mayoría de los países.

3. Los responsables de la planificación y ejecución del programa en ese y otros factores complejos deben :

- a) Utilizar los conocimientos y aptitudes profesionales de muchas disciplinas.
- b) Emplear personas que conozcan bien las actitudes, costumbres y recursos de la comunidad.
- c) Indicar los objetivos en términos que sean específicos, desde el punto de vista operativo u susceptibles de determinarse cuantitativamente.
- d) Establecer criterios para evaluar la eficacia del programa.
- e) Basarse en conocimientos científicamente probados.
- f) Fomentar el desarrollo de las actividades en orden adecuado.
- g) Facilitar una evaluación que sea lo más objetiva posible.
- h) Permitir las modificaciones que sean necesarias al programa para dar prioridad a métodos y actividades más objetivas y eficaces y ensayar nuevos criterios y métodos.

4. La acción concentrada (esto es, la acción planificada en común y ejecutarla en colaboración y buena armonía), se verá impulsada por :

- a) La planificación y ejecución de cada uno de los programas.
- b) Las oportunidades que se ofrezcan a las personas cuya colaboración es necesaria para la observación conjunta de los problemas, el adiestramiento y el trabajo con objeto de establecer una base común de cooperación y com-

prensión y en la mayor medida de lo posible, un sentimiento de confianza y respeto mutuos. (O.M.S., 1974).

La prevención tiene dos objetivos principales, en relación - sobre todo con el medio social y cultural inmediato y general de los usuarios potenciales o efectivos de las drogas, que son :

- a) Ayudar a las autoridades de cada colectividad a, comprender mejor las relaciones entre el hombre, la droga y la sociedad.
- b) Contribuir a intensificar la influencia de los hábitos - sociales y las costumbres en la prevención de los problemas planteados por el uso de las drogas.

Tal vez, parezca innecesario afirmar que, el propósito de la persuasión es tratar de evitar los daños tanto para el individuo como para la sociedad; por eso precisamente una política ó una medida adoptada para prevenir ese daño, no ha de resultar más nociva que el daño que se pretende impedir.

Algunas actividades socioculturales pueden traducirse y de hecho se han traducido, en respuestas que, en nombre de la persuasión, resultan no sólo perjudiciales para el individuo y para la sociedad, sino también de dudoso valor disuasorio. Las condiciones sociales y económicas adversas y otros factores medioambientales, se asocian a menudo con el uso de las drogas y, son suficientes para provocar el uso de drogas causantes de dependencia de una manera que puede plantear problemas.

Además, cualquier situación social que produzca miseria, desempleo (por ejemplo, falta de trabajo), discriminación o degradación, aumenta la probabilidad de un comportamiento anómalo ó destructivo por parte de algunas personas. Que ese comportamiento - si se presenta, tome o nó la forma de un problema relacionado con el uso de las drogas, dependen de muchos factores, como por ejemplo, la disponibilidad de las drogas, de la significación atribuida al consumo de drogas por las subculturas y por la sociedad en

general y de los intereses y necesidades del individuo.

Es posible oponerse a una desviación del comportamiento mostrando una desaprobación proporcional a la gravedad de la desviación cuando ésta se produce. Para mostrar desaprobación no suele ser necesario ni convincente rechazar a la persona que manifieste el comportamiento anormal. Ese rechazo puede ser más nocivo que beneficioso. Es posible también prevenir un comportamiento anormal ofreciendo a los individuos ocasiones de dedicarse a actividades interesantes y satisfactorias desde el punto de vista personal en sustitución del comportamiento inadecuado.

4. Grupos Vulnerables.

En la actualidad más del 50 % de la población nuestro país, está compuesta por menores de 18 años; esto es, por personas cuya evolución no es aún completa y que están expuestas a diversos estímulos, causantes de incertidumbre, ésta a su vez, hace que un gran porcentaje de jóvenes se asocien en una conducta antisocial. (Grath y Scarpitti, 1980).

Sin negar que la farmacodependencia ha llegado a constituir un problema de salud que afecta a toda la población, se debe recordar que existen ciertos grupos de personas más expuestos que otros por su conformación social.

De ahí que la farmacodependencia se considera como un problema social y que requiere para su comprensión total, no sólo del reconocimiento de las cifras de consumo y las características de sus usuarios; sino también el conocimiento de los factores sociales y culturales relacionados con su distribución en la población y que señale las posibilidades futuras de incremento o extinción de la misma.

La adolescencia pues, constituye un grupo de vulnerabilidad, porque, el adolescente en su afán de ser aceptado o rechazado, se integra a un grupo de personas iguales en el que se va a adaptar

a las normas establecidas, sin valorar si estas son ó no adecuadas. Así el uso de las drogas o delincuencia y el tratar de lograr su aceptación constituye un elemento importante para formar parte del grupo, éste imitará el patrón predominante.

Los conflictos de los adolescentes son el resultado de las transmisiones de los propios padres y de la sociedad donde se desenvuelven. De esta manera los adolescentes conciben al mundo de dos diferentes formas :

a) La de los padres ; que se caracteriza por ser el resultado de los conflictos, normas y valores en el que frecuentemente predomina la tradición.

b) La del medio social en que vive : la conducta humana que recibe a través del estrato social en general, por eso no es extraño que los hijos jóvenes de emigrantes autóctonos desarrollen patrones de conducta incongruentes con el medio social en el que tienen que desenvolverse y, es de por sí conflictivo para ellos.

Esta problemática social y educativa ocasiona en los sujetos la formación de muchos problemas para funcionar dentro de los roles sociales aceptados y se les presenta la alternativa de la farmacodependencia o delincuencia como la forma de lograr su aceptación y adaptación al medio. (Brotman, 1967).

El conflicto experimentado por los emigrantes al intentar adaptarse a su nuevo mundo social afecta la integración familiar, y las fallas estructurales, que se manifiesta en la separación de los miembros o de los padres, en la presencia de personas sustitutas, en el alejamiento emocional entre sus miembros, en la poca capacidad para investigar la necesidad de afectos y seguridad en los hijos y la presión económica que obliga a éstos a trabajar desde edades muy temprana, sin contar con la capacitación previa, que les permita competir con actividades que puedan proporcionarles la estabilidad socioeconómica que anhelan.

Todo ello ha dado origen a la llamada subcultura de las drogas, en la que los individuos mantienen mecanismos de cohesión social similares a los de la cultura mayor, y es precisamente el análisis de este tipo de relación entre los factores y el cómo se estructuran y validan los status y roles lo que debe interesar para comprender toda la problemática que plantea dicha subcultura. (- Burke, .1974).

La inestabilidad de la adolescencia.

Tras estas condiciones, quizás ha llegado el momento de -- plantear una pregunta, que es por su importancia y magnitud resulta ineludible : ¿ Porqué la droga es consumida tan frecuentemente por los adolescentes ? . Las estadísticas así lo demuestran y basta leer cualquier noticia en los diarios para comprender que el mundo de la droga está atrayendo cada vez más a los jóvenes - hacia él.

El problema fundamental de las desviaciones del comportamiento en la adolescencia es averiguar si la conducta de un joven, en particular, es expresión exagerada de la intensidad propia de ese período de vida, ó si es más bien, el reflejo de alteraciones profundas de la personalidad propia. Es decir, estamos ante un fenómeno que, aunque anómalo, es transitorio o si se tratará de algo más profundo y duradero que se extenderá hasta la edad adulta. Al intentar valorar estos hechos no es posible aplicar los mismos patrones utilizados para otros periodos de vida. El observador que sólo presta atención a la intensidad de los síntomas de la adolescencia puede equivocarse; porque hasta las desviaciones relativamente importante de ese periodo, no son necesariamente nefastas - en sus aplicaciones posteriores, la conducta adolescente puede ser juzgada en términos de la propia adolescencia. De hecho, es tranquilizante comprobar que gran parte de los denominados problemas de la juventud tienen que ver más con reacciones típicas del adolescente, en su incurrir hacia ser adulto, que con una auténtica patología. (Laskowitz, 1981).

La inestabilidad emocional es una de las características fundamentales de la adolescencia; puede ser considerado como un estado recreativo en el que, la respuesta entre los estímulos emocionales, es desproporcionada en áreas de reacciones, que incluso rebasan el campo del estímulo que las desencadena. Esta reactividad emocional tan grande, depende del umbral del estímulo-emoción, y hasta que esa nueva capacidad de reacción emocional no se ha puesto en control, tarea que requiere de considerable experiencia y madurez, es inevitable la presencia de la inseguridad, el desplazamiento afectivo, etc. (Ackerman, 1974).

La mayor parte de las conductas, durante la adolescencia, son manifestaciones exageradas del síndrome de inestabilidad emocional, la mayoría de los trastornos aparecen cuando el adolescente reduce la ansiedad tras el despliegue de mecanismos de adaptación y crea sistemas compensatorios para sí mismo. Este fenómeno puede explicar el hecho estadístico de que, entre cien menores delincuentes comparecientes ante un tribunal de justicia, sólo el 10 % son candidatos de delincuencia adulta. (Mc. Grath, 1976).

Se admite generalmente que, desajustes familiares y personales durante la época de la infancia o desarrollo, puedan influir en los conflictos característicos de la adolescencia en cuanto a las actitudes (dominante, sobreprotectora, despreocupada, etc.), de los padres, de las influencias en estas manifestaciones características, únicamente hay que volverse a los últimos años de la infancia y en la preadolescencia, es decir, que éstas actitudes interfieran en la adquisición de patrones de madurez en el joven, tal independencia personal, capacidad de autocrítica, despliegue de personalidad, etc.

El adolescente lucha por su independencia, expresando rebeldeamente en palabras su protesta contra la dirección protectora de los adultos, no quiere que le digan como debe vestirse, que horario debe cumplir, que debe tomar o comer, que partido político debe respetar, que forma de ética moral debe adquirir, etc.; por -

otra parte es incapáz de dirigir sus actividades dependientes tan acertadamente como en el pasado inmediato. El comportamiento del adolescente es impulsivo y confuso en sus objetivos, esto no sólo molesta a los adultos que se interesan en su adaptación social - presente y futura, sino también molesta y austa al propio adolescente.

La combinación de fenómenos psicológicos y sociales, junto - con la inestabilidad, hacen de la adolescencia un período de difícil adaptación, incluso para individuos muy normales. El sentido de crisis que presenta este período en que se busca una independiente forma de vida, es bien patente, por eso se considera como un nuevo nacimiento. Tan rápidos son los cambios que, el propio Stanly Hall (1969), define este período como tormenta y tempestad.

El hecho psicológico de este período de vida, es la sensación de aislamiento y, por tanto, una gran experiencia personal de distanciamiento entre el joven y todo cuanto le rodea. Desde los primeros signos de terquedad y abandono de los intereses de la primera infancia o etapa escolar, a la definitiva configuración de la persona como evidencia de ser uno y distinto a los demás, - lo que la adolescencia demuestra se puede comprender desde éste - ángulo de comprensión; pero cómo podemos resumir el papel de esta crisis con la relación del problema del farmacodependiente; las - presiones surgidas por este desarrollo aumentan la inestabilidad emocional y conducen a trastornos en muchos adolescentes con personalidad normal. Cuando falta la propia estimación de sí mismo, estas mismas presiones pueden ser origen de ansiedad neurótica, -- que puede agravarse debido a las demandas sociales que son bastante intensas.

Por esto básicamente, los trastornos de conducta del adolescente pueden dividirse en dos grupos : (Burke, 1974).

a) Trastornos que esencialmente no están relacionados con el propio fenómeno de crisis juvenil, sino más bien, residuos ó productos de etapas anteriores del desarrollo. En este tipo de -

trastornos se incluyen todo un grupo de características o conductas grupales atribuidos a actividades familiares desfavorables y a factores constitucionales.

b) Trastornos especialmente de la adolescencia, en los que a su vez hay que distinguir los trastornos transitorios debidos a la inestabilidad emocional y, los debidos a un fallo serio de maduración del individuo; en el primer caso (transitorios), nos encontramos con la delincuencia esporádica o una toma experimental de drogas; en el segundo caso (fallo serio), ante trastornos serios e importantes de la maduración del individuo, observándose a los consumidores habituales de droga, vagabundos, delincuentes, etc.

Los trastornos residuales de etapas anteriores de desarrollo y los de fallo serio de maduración en contraste con los transitorios, no mejoran materialmente en la adolescencia y tienen un pronóstico relativamente "desfavorable".

La Familia y la Farmacodependencia.

En este siglo la droga se ha convertido en un trastorno de suma importancia que tiende a acabar con la juventud. Son muchas las causas y factores que intervienen para que un joven se decida a penetrar a ese mundo, aunque existe un factor esencial, entre otros, lo que lo motiva a hacerlo, la desintegración familiar, -- que en la mayoría de los casos provoca inseguridad y angustia en los hijos.

La familia es un conjunto de miembros interdependientes que juntos conforman una unidad, en la cual cada miembro afecta y es afectado por otro miembro del conjunto; o sea, que cada acción de un individuo familiar tiene interacción en los otros miembros integrantes. (Canerinni, 1970).

Al hablar sobre farmacodependencia, en el joven o en el niño y al considerar que éste busca huir de su realidad, no se puede omitir a la familia como causal, ya que el farmacodependiente se encuentra inmerso en su sistema, además de las otras causas ambientales. (Ackerman, 1974)

El farmacodependiente, con su conducta origina un desequilibrio familiar; pero, y este es el propósito del presente punto, - no se puede pasar por alto que su comportamiento es sólo un síntoma de que el conjunto familiar no está funcionando adecuadamente.

La falta de convivencia, respeto y comunicación entre todos los miembros de la familia, origina que el conjunto se desintegre y que todos los miembros tengan diversas reacciones ante tal situación. Algunos reaccionan de forma positiva encauzando sus actividades e intereses a metas satisfactorias para ellos y la sociedad; pero otros, generalmente miembros más débiles, recurren, por su inexperiencia y falta de madurez, a salidas aparentemente más fáciles que sólo los alejan psicológicamente de su realidad. - (Marbir, 1975).

Es pues el farmacodependiente un problema para su familia y esta causa primera lo orilla a convertirse en tal.

Si además, de su problemática familiar, el joven se enfrenta con la realidad del siglo XX y con una sociedad que no lo ayuda a encontrar otras soluciones a su inseguridad y angustia, es fácil entender que buscará un escape y penetrará en el mundo de los fármacos.

Son la adolescencia y la niñez las épocas más propicias para convertirse en farmacodependientes, ya que son las edades o etapas del ser humano donde se enfrenta por primera vez a la realidad, se lucha por la identidad y se cuestionan los valores aceptados familiar y socialmente; son también las etapas en que más protección y comprensión se requiere para el desarrollo individual - por lo que cualquier situación que afecte negativamente los sentimientos de seguridad y aceptación tendrá fuertes repercusiones.

Dentro de la familia el niño aprende a ser, vivir y respetar además de responsabilizarse por sus acciones. Si esto se le enseña adecuadamente dentro de un ambiente de tranquilidad y respeto; la familia habrá ganado como sistema social y viceversa, y afectará tanto al niño como a la sociedad donde se encuentre inmerso. - (Rosenberg, 1969).

5. Explicación de la farmacodependencia desde un punto de vista psicoanalítico.

La orientación psicoanalítica se ha venido utilizando, en -- nuestro país, como una forma de tratamiento a la farmacodependencia. Por tanto se hace necesario describir su contribución sobre el tema para su mejor comprensión.

Por lo general el farmacodependiente es, un sujeto que tiene un trastorno en la personalidad que se manifiesta debido a una acentuación de la inestabilidad familiar, laboral, educacional y dificultad en sus relaciones interpersonales.

En el farmacodependiente se observa claramente que su comportamiento es una rebeldía a normas y patrones sociales. Manifiestan una definida oposición hacia la familia y la sociedad. Se observa que son sujetos que desean destacar, cambiar valores, etc.- Existe una ansiedad de aventuras lo que lo lleva a deambular. Esto puede interpretarse como una búsqueda de autonomía del farmaco dependiente, pero debida a los sentimientos de inseguridad.

Las contribuciones psicoanalíticas sobre el tema han enfatizado la historia temprana del sujeto. La mayor parte de atención se ha concentrado en la importancia y el significado de las grati ficaciones proporcionadas por la droga.

Para poder comprender la aportación que dá la teoría del psi coanálisis sobre farmacodependencia, se describirán, brevemente, los diferentes elementos postulados por Freud al estudiar la diná mica de la conducta. Dichos elementos son: la libido, el ello, - el yo y el superyó. (Anexo 1).

La libido es una parte de la estructura del ello, que busca gratificarse con actividades puramente sexuales. Como los apetitos sexuales prevalecen en un sentido orgánico igual que otros - apetitos, aunque no tan vigorosamente como la pulsión del comer, son obviamente un factor de consitución física de las personas. - La libido no es la parte mayor de la estructura del ello del hom-

bre. Sin embargo, sí es muy importante, pues sin el deseo del im pulso libidinoso, el hombre no se inclinaría a procrear. En lu-- gar de algo avergonzante el ello es un factor en la preservación de la especie humana sobre la tierra.

Para Freud el ello surge con el ser en su nacimiento, y con el permanece por el resto de su vida. El ello sólo conoce el -- principio del placer y no se interesa por nada más. Es esa mate- ria cruda, salvaje, indisciplinada, hedónica y fundamental que dá energía al hombre durante toda su vida. No conoce leyes, no obe- dece reglas y sólo tiene en cuenta sus propios apetitos.

Al yo se le considera el regulador del ello, ya que sin el - yo, el ello se destruiría a sí mismo. El yo sigue el principio - de la realidad. El yo no hace juicios de valor ético. Es una ra mificación del ello y nunca se independizará de él. El yo es el gerente del poder de veto sobre todo lo que el ello intente hacer para dar energía en el logro de sus deseos. Así como puede consi- derarse al ello parte orgánica de la personalidad, el yo se tra nsforma en su parte psicológica. El yo disfruta de todas las satis- facciones que le permite gozar al ello, pero aplica la intelligen- cia para controlar, elegir y decidir qué apetitos satisfacer y el modo de satisfacerlos.

El superyó es un componente de la personalidad, que se encuen- tra en oposición al ello. El superyó constituye el brazo ético- moral de la personalidad. Es idealista no realista. Más que el placer busca la perfección. Decide si una actividad es buena o - mala de acuerdo a los estándares de la sociedad que ha aceptado, no dá valor a las leyes sociales, a menos que la haya aceptado e interiorizado.

En la literatura psicoanalítica, la participación del yo, en la adicción, se ha interpretado generalmente en términos de regre- sión aniveles primitivos del desarrollo del yo, caracterizados - por objetivos narcisistas pasivos. (Freud, 1951).

El comportamiento inestable e inseguro del farmacodependien-

te puede, en algunas ocasiones, entenderse en relación a su estructura familiar, ya que proviene de una familia autoritaria con padres rígidos, exigentes, en donde por ejemplo, el padre quiere que el hijo se conduzca como él desea. La figura materna, por lo regular, es inestable, lábil con una conducta ambivalente que -- transmite inseguridad. (Freud, 1951).

Puede observarse que algunas de las características de los farmacodependientes es que son : personas inmaduras, infantiles, con sentimientos de omnipotencia, evasivos y manifestando su permanente dependencia por la droga, con cambios más o menos súbitos de la conducta habitual. Este cambio no necesariamente tiene que ser negativo, aunque casi siempre lo es. En otras ocasiones existe una modificación más general de las actitudes, que hace que la persona parezca "rara". Pueden además, ocurrir trastornos de la atención, de la disciplina y del rendimiento escolar y laboral. - Es común que haya dificultad para aceptar responsabilidades, lo que se refleja en una disminución de la eficacia y ausentismo en la escuela o en el trabajo. También puede presentarse estados de ánimo inestables, caracterizados por oscilaciones exageradas, que van desde la alegría a la tristeza, del enojo a la cordialidad, - del interés a la apatía y de la actividad aumentada a la somnolencia. (Freud, 1951).

Presentan valores sociales distorcionados que les impiden -- discriminar entre aspectos negativos y favorables, existe una justificación de su dependencia manifestando que "le permite trabajar mejor", "que no se preocupa", "que tiene mayor resistencia" "que pueden hablar más fácilmente", etc. Psicológicamente esto - conduce a una paulatina disgregación del pensamiento y a una inestabilidad afectiva. En las relaciones interpersonales presenta - una actitud de comunicarse, únicamente, con las personas que tengan sus ideas y sus intereses; pero aquí también se presenta un deterioro que lo puede llevar a situaciones sumamente confusas y paulatinamente a la estructuración de ideas delirantes. (Freud, - 1951).

A medida que avanza el deterioro, se limita el área de aprendizaje, de intereses y a negar su conciencia de enfermedad. La confianza y la esperanza mantienen al yo integrado, pero los adictos carecen de ellas, rápidamente se desorganizan y regresan a un nivel de conducta de proceso primario, en la cual, no se acepta postergación alguna del deseo de gratificación. Esto es lo que hace al adicto tan desmedido en su búsqueda y lo lleva a veces a la violencia.

El adicto tiene un yo muy débil, que resulta fácilmente vulnerable a la desintegración, especialmente por la tensión y la presión a través de la droga alivia la tensión e inmediatamente reestructura la integridad del yo, pero fijado a niveles muy infantiles. (Freud, 1951).

Glover (1976), en su estudio clasifica a las adicciones a narcóticos como : estados transicionales malignos entre psiconeurosis y la psicosis.

Gifford (1977), dice, que la predisposición a la adicción tiene un interés muy especial, porque la necesidad de reducir las percepciones de la realidad, de abolir el sentido del tiempo y de reiterarse del contacto humano, sugiere la existencia de un período temprano, en el cual las relaciones objetales aparecían tan sólo en términos de gratificaciones.

Por ejemplo, lo que experimenta el adicto a la heroína ha sido relacionado con respecto al sueño o sopor que ha menudo le sucede. Frecuentemente la euforia dura poco y sobreviene el sueño, hasta que el deseo de la droga despierta al adicto.

Weinder (1977), describe la culminación como un estado de letargo, de estupor ensoñador de somnolencia, en el cual el interés principal se localiza en torno al hecho de ir a dormir.

Lewin (1978), llama a la hipomanía y al estupor los equivalentes psicológicos del sueño biológico, ambos actúan al servicio de la negación y ambos son el resultado de una fusión intrapsíquica. Los adictos a la heroína estaban en estado crónicos de tensión intolerables hasta que encontraban la relajación en los opiáceos.

Cuando se satisfacen las necesidades básicas de sustento y amor en un bebé, este se duerme, el adicto no ha recibido de niño tal atención y como resultado de ello el proceso de dormir está perturbado por una descarga inadecuada de la tensión acumulada. El adicto busca desesperadamente dormirse para que cese la ansiedad y la droga proporciona la alteración de la conciencia, según Rado (1978), no es el agente tóxico, sino el impulso a usar las drogas lo que hace a un individuo adicto. El impulso a usar las drogas es el reflejo de la abrumadora necesidad psíquica de resolver la tensión y la depresión.

La adicción no reside en el efecto químico de la droga, sino en la personalidad del adicto y de las relaciones que éste establece con ella.

Existe una intolerancia del adicto a la frustración y al dolor, su extrema dependencia a la droga, el carácter inaplazable de su deseo. Debido a las frustraciones tempranas los conflictos reavivan en el adicto las primitivas necesidades que claramente se manifiestan en los períodos de abstinencia.

Se considera que la acción fundamental de la droga consiste en permitir la negación de una parte de la realidad psíquica modificando la percepción de los estímulos desagradables, en la dinámica del adicto, se observa la autodestrucción implícita en su adicción.

Cuando las defensas del individuo no son tan exitosas se hace más aparente el carácter del objeto destruido y destructor que profundamente, se atribuye a la droga.

Rosenfeld (1976), sin embargo considera que el factor esencial de las relaciones entre toxicomanías y depresión es la identificación con un objeto dañado o muerto. Efectivamente en los casos de toxicomanía aparece la necesidad de reincorporar a través de la droga el objeto perdido. Así como las toxicomanías se observa la connotación autodestructiva, inconscientemente, de las drogas en sus fantasías relativas, el uso de medicamentos puede

aparecer igualmente como un estado autodestructivo.

Fenichel (1978), dice que se convierten en farmacodependientes aquellas personas para las cuales el efecto de las drogas tiene un significado específico, para ellos significa el cumplimiento de un deseo profundo y primitivo.

Además del placer erógeno proporcionado por la droga, Fenichel (1978), subrayó también su importancia al producir una elevación del sentimiento de autoestima. Son también, intentos de dominar la culpa, depresión o ansiedad.

El objeto de la adicción es conscientemente gustado y deseado, al mismo tiempo este objeto es temido porque representa (por desplazamiento) un objeto fóbico. Un aspecto importante de la adicción parece residir en la exposición deliberada del yo a una situación temible.

En resumen se puede decir que, las características psicopatológicas de la personalidad del farmacodependiente (toxicómano), se configuran en: una personalidad inmadura, inestable, con aspectos ambivalentes de sumisión y agresividad, intentando una solución a su conflicto a través de la adicción.

Los estado de euforia y depresión se alternan como consecuencia de su adicción que significa regresión, pero también una actitud autodestructiva. La droga sirve para eliminar el esbozo de ansiedad depresiva, que es así asociada y evacuada. El efecto de la droga, ayuda al yo débil a eludir la intolerable ansiedad depresiva, que es así asociada a la pena y la culpa, ligadas entre sí.

Lingüísticamente se pueden detectar como los adictos usan lenguajes especiales, ciertas palabras en forma mecánica, fetichista. El adicto suele utilizar una palabra pivote para articular la realidad. No siempre es una palabra, puede ser un gesto, una mueca o muletilla, usada como una droga, alrededor de la cual el adicto articula y organiza su realidad.

Es consciente de su adicción, justificando su dependencia a través de racionalizaciones e intelectualizaciones. Las percepciones

nes y la atención están presentadas con trastornos, hasta en algunos casos, llegando a tener alucinaciones visuales y auditivas.

El pensamiento de la personalidad dependiente tiende a ser con ideas de autoreferencia. Es decir, los temas que le preocupan son los que manifiesta, premanentemente, teniendo dificultad para referirse a otras situaciones en las cuales tienen una actitud de negación.

La psicomotricidad está disminuida, el adicto o farmacodependiente tiende a ser pasivo, en la mayoría de los casos, el deterioro invade progresivamente todos los aspectos de la personalidad especialmente, en los sociales y morales, aquí es donde se advierte su profunda autodestrucción.

II. OBJETIVOS.

1. Objetivos del Programa de Servicio Social de la Carrera de Psicología de la E.N.E.P. Zaragoza.

La presentación del Servicio Social se integra como componente terminal del proceso de Enseñanza-Aprendizaje de los estudiantes de Psicología en la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Zaragoza.

Dentro del Plan General de Actividades se encuentra el Programa de Prácticas de Servicio Social, en el cual se encuentran los siguientes objetivos a seguir.

A. Objetivos Generales.

Los objetivos generales se plantean a dos niveles : Nivel Institucional y Nivel Estudiantil.

1. Nivel Institucional.

- 1.1. Propiciar situaciones de aplicación de la práctica psicológica que permitan relacionar al psicólogo como profesional de la conducta, comprometido con la solución de los problemas nacionales.
- 1.2. Adecuar el perfil profesional del Psicólogo a los problemas nacionales prioritarios.
- 1.3. Propiciar situaciones que permitan detectar formas concretas de intervención psicológica como medios alternativos de docencia.
- 1.4. Propiciar situaciones de intervención que permitan implementar las técnicas de investigación psicológica al análisis de la problemática nacional y de la eficacia de la carrera de Psicología, para formar profesionales de utilidad. (para el desarrollo nacional).

2. Nivel Estudiantil.

- 2.1. Desarrollar habilidades que permitan realizar acciones concretas que demuestren el dominio operacional y el conocimiento integral de un concepto dado.
- 2.2. Desarrollar habilidades que permitan aplicar en la práctica los aspectos operacionales relevantes a la información teórica adquirida e integrada durante su carrera.
- 2.3. Desarrollar las habilidades que permitan abstraer y generar información relevante a partir del análisis y aplicación de las diferentes dimensiones de un concepto dado.

2. Objetivos del Programa de los Centros de Integración Juvenil.

El Servicio Social y las Prácticas Profesionales en los diferentes Centros de Integración Juvenil, son tareas continuas que - prestan pasantes y estudiantes de distintas universidades e instituciones educativas, que tienen como fin, incrementar los servicios que la Institución presta a la comunidad en cuanto a la prevención, tratamiento, investigación y rehabilitación de la farmacodependencia. (C.I.J., 1983).

A. Objetivos Generales.

1. Capacitar a los pasantes y estudiantes sobre el fenómeno de la farmacodependencia.
2. Multiplicar los servicios de prevención de la farmacodependencia en la comunidad.
3. Multiplicar los servicios de tratamiento y rehabilitación que realizan las unidades de desintoxicación y en aquellos Centros Locales en los cuales sea pertinente.

4. Desarrollar tareas de investigación fundamentadas en las actividades tanto preventivas como terapéuticas que sobre el problema de la farmacodependencia se realizan en los Centros Locales.
5. Enseñanza y divulgación de los conocimientos sobre farmacodependencia y temas relacionados.
6. Detección de la farmacodependencia y la identificación de grupos de alto riesgo, buscando adecuada atención para los mismos.
7. Diagnóstico precóez de la farmacodependencia para su tratamiento en consulta externa y orientación.
8. La colaboración de instituciones, grupos y/u organizaciones públicas o privadas que enfrenten el problema de farmacodependencia.

3. Objetivos Particulares del Pasante.

1. Conocer el fenómeno de la farmacodependencia, su historia y desarrollo.
2. Identificar los aspectos generales de la farmacodependencia.
3. Conocer los servicios que desempeñan los Centros de Integración Juvenil A.C.
4. Valorar la importancia de la función preventiva de la Institución.
5. Procurar el intercambio de experiencias y conocimientos sobre el fenómeno de la farmacodependencia.
6. Elevar el nivel de conocimientos adquiridos en la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Zaragoza en la carrera de Psicología, para mejorar la calidad de trabajo que ofrecen los profesionales egresados.

III. CARACTERISTICAS GENERALES DE LA POBLACION E - INSTITUCION DONDE SE REALIZO EL SERVICIO SOCIAL.

A. Delegación Política.

Cómo el C.I.J. Aragón está situado dentro de la Delegación - Villa Gustavo A. Madero, se considera a ésta como la población en donde se realizó el Servicio Social. (Anexo 2).

1. Características Geográficas.

La Delegación Villa Gustavo A. Madero, está localizada al - norte de la Ciudad de México, siendo sus límites: Al norte los Mu - nicipios de Coacalco, Tultitlán y Ecatepec del Estado de México; - Al sur las colonias Peralvillo y Valle Gómez de la Delegación - Cuauhtémoc; Cuchilla Valle Gómez, Felipe Angeles, Simón Bolívar, y Ejidos del Peñón, de la Delegación Venustiano Carranza de la - Ciudad de México; Al oriente los Municipios de Netzahualcoyotl, - San Salvador Atenco, Texcoco y Ecatepec del Estado de México; y Al poniente la Delegación Atzacapotzalco del Distrito Federal y - los Municipios de Tlalnepantla y Tultitlán del Estado de México.

Todos los datos que a continuación se presentan fueron toma - dos del folleto correspondiente al Censo de Población y Vivienda de la Delegación Villa Gustavo A. Madero de 1970.

2. División Política.

La Delegación comprende 84 colonias, entre las cuales se en - cuentran : Aragón, Belisario Dominguez, Casas Alemán, Defensores de la República, Esmeralda, Gertrudis Sánchez, la Joya, Martín Ca - rrera, San Pedro el Chico, Tepeyac, Vallejo, etc.; y 11 pueblos - que son los siguientes: Capultitlán, Cuauhtepac de Madero, Cuauhtep - pec el Alto, San Bartolo Atepehuacan, Santa Isabél Tola, Santiago Atzacocalco, San Juan de Aragón, Snatiago Atepletac, San Pedro Za - catenco, Santa María Ticomán y Tlamaca.

La Delegación se localiza en su mayor parte en lo que se ha - llamado la "región de las llanuras", con una pequeña porción ubi

cada en la "región montañosa" del Valle de México.

La orografía de la Delegación está compuesta por la Sierra de Guadalupe y el Cerro del Chiquihuite. (Anexo 3).

Su hidrografía la componen: el Río de los Remedios, El Río Tlanepantla, el Río Consulado, el Río de Guadalupe y el Gran Canal. (Anexo 3).

El clima identificado es seco y semiseco en primavera y verano; lluvioso con descenso en temperatura en otoño e invierno. La temperatura mínima en 1970, año que puede considerarse normal, - fué de 33.0° C., registrada en el mes de abril; la temperatura media ese año fué de 17.05° C.

La precipitación pluvial total de la Delegación en 1970 fué de 483.9 mm^3 , siendo el mes más lluvioso junio con 136.0 mm^3 .

3. Aspecto Demográfico.

Según el Censo General de Población, la Delegación contaba - en 1970 con 1'186,107 habitantes, que representaba el 17.25 % de la población total del Distrito Federal, tal población comparada con los datos obtenidos en 1960 demostró un incremento de 606,927 habitantes que corresponden a un índice de crecimiento de 104.79. La tasa de crecimiento anual durante el lapso de 10 años fué del orden de 7.4 %.

Dentro del Total de las Delegaciones del Distrito Federal, - la Delegación Vila Gustavo A. Madero, es la más importante, por - lo que se refiere al total de habitantes. Además es la tercera en importancia de acuerdo a la densidad de la población, sienda ésta mayor sólo en Ixtacalco y en Atzapotzalco.

Del total de la población de la Delegación el 49.44 % son mu- jeres y el 50.56 % restantes son hombres. Por otra parte, del to- tal de la población 1,694 hombres y 1,455 mujeres son extranjeros residentes en la Delegación. (Anexo 4).

Por lo que respecta a la distribución de edades en la Delega- ción, se puede observar que su base es muy ancha, con un 55,76 %

hasta los 19 años, con pronunciadas reducciones a medida que la edad aumenta, es decir, que adopta una forma triangular propia de las regiones jóvenes. (Anexo 5).

Poblacion por grupos de edad.	%
De menos de 1 a 9 años.	31.96 %
De 10 a 19 años.	23.80 %
De 20 a 29 años.	17.21 %
De 30 a 39 años.	10.90 %
De 40 a 49 años.	7.50 %
De 50 a 59 años.	4.30 %
De 60 a 69 años.	2.71 %
De 70 ó más años.	1.62 %

Parentesco e integración familiar.

En la Delegación existen 223,742 jefes de familia, cada familia está compuesta por 5.30 personas y existen 0.001 % de individuos que viven solos.

Población según su Estado Civil.

Según el Censo de 1970, en la Delegación se encontraban solteros un 42.78 % de habitantes de la Delegación.

Por lo que respecta a los casados, éstos constituyeron en 1970 el 45.21 % en la Delegación.

Por otra parte existió en la Delegación un decrecimiento relativo en lo que se refiere a las personas que viven en unión libre, en 1960 el 8.11 % de la población estaban bajo este régimen pasando la cifra a 5,20 % en 1970.

En lo que respecta al lugar de trabajo de los trabajadores de la Delegación, debe tenerse en cuenta que el 64.88 % de esos trabajadores laboran fuera de los límites de la misma, ya que sólo en el 35.12 de los casos el lugar de residencia dentro de la Delegación coinciden en el lugar de empleo.

La estructura ocupacional y el ingreso muestra que las ocupaciones mejores pagadas son dentro de la industria del petróleo y de la industria eléctrica, sin embargo, son en la Delegación, dos de las tres actividades con menor número de ocupantes en ellas, - por otro lado, en la agricultura, ganadería, silvicultura, caza - y pesca, se tienen ocupados a 5,108 personas.

Las actividades que mayor número de ocupados tenían eran: la industria de transformación que agrupaba a 126,909 empleados, la rama de servicio y el comercio.

La población de 12 años o más en la Delegación es de 745,361 habitantes de los cuales el 46.6 % son económicamente activas y - el 53.54 % son económicamente inactivas. (Anexo 6).

Del total de la población económicamente activa, el 94.61 % están ocupadas, mientras que el 5.39 % restantes están desocupadas. Por lo que respecta a la población económicamente inactiva, el 59.58 % se dedican, la mayor parte de su tiempo, a los quehaceres domésticos; el 28.76 % son estudiantes y el resto el 11.56% realizan actividades varias.

Entre los habitantes de la Delegación 29,250 personas del total de la población económicamente activa, son profesionales y - técnicos de los cuales el mayor número está incluido en los servicios de la industria de la transformación.

Del total de la población económicamente activa de la Delegación, el 37.04 % son trabajadores no agrícolas, siendo el 65.21 % obreros de la industria de la transformación, 12.57 % obreros de la construcción y 10.76 obreros de servicios. (Anexo 7).

Los trabajadores de servicios diversos y conductores de vehículos alcanzan la suma de 65,336 personas. El personal administrativo alcanza un total de 54,715 personas.

4. Vivienda.

La Delegación contaba en 1970 con 195,335 viviendas en las -

que habitaban 1'186,107 personas. Del total de viviendas el 45.61 % eran de acuerdo al tipo de pertenencia, propias, en tanto -- que el 54.39 % restantes eran casas alquiladas.

Del total de la población de la zona 303,734 personas habitaban en viviendas de un sólo cuarto en promedio de 5.26 personas - en cada casa-habitación de la magnitud referida.

El 26.18 % de la población, habitaba en viviendas de dos cuartos, siendo ésta características la máxima frecuencia.

Existían en la Delegación, en 1970, 9,493 viviendas que no poseían agua entubada, es decir, el agua se obtenía por llave pública o hidratante; en 48,750 viviendas, el agua se obtenía fuera de ésta, y por último, había 116,147 viviendas que tenían agua dentro de ellas. Es decir, en total 185,842 viviendas disponen de agua entubada y el resto 9,493 viviendas no disponen de ella.- (Anexo 8).

El material que predomina en los muros de las viviendas de la Delegación es el ladrillo. Más aún, existen viviendas que tienen los muros de adobe, madera, palma o similares.

El 79.20 % de las viviendas tienen un cuarto destinado a las labores de la cocina. Mientras que el 20.80 % restantes, realiza dicha actividad en habitaciones destinadas para varios fines.

En la mayor parte de las viviendas son utilizados como combustible el gas y la electricidad; sin embargo, es de importancia tener presente que la gran cantidad de familias de la Delegación, utilizan el petróleo y otros combustibles para cocinar sus alimentos. El 63.90 % de las viviendas tienen radio y televisión, aunque el 25.68 % únicamente cuenta con radio y el 3.9 % solamente tiene televisión.

5. Medios de Comunicación.

En la moderna sociedad contemporánea, la comunicación entre

sus miembros es muy importante e indispensable. El Distrito Federal, cómo capital de la República Mexicana y como uno de los mayores asentamientos humanos de América Latina y del Mundo, presenta una gran demanda de medios de comunicación y transporte. El gobierno federal realiza importantes esfuerzos por dotar a nuestra ciudad de las vías de comunicación y los medios de transporte necesarios, pero, el crecimiento desmedido de la población hace imposible cubrir totalmente la demanda. (López, 1982).

Sin embargo, la Delegación se comunica con el resto del Distrito Federal por medio de : 42 rutas de camiones. El servicio de transporte eléctrico tiene 9 rutas. Existen 3 sitios de automóviles de alquiler y 7 rutas con sus ramales de automóviles colectivos.

El Sistema de Transporte Colectivo conocido como "Metro", ha resuelto gran parte del problema de la movilización masiva de la población citadina y sobre todo, en la Delegación corren vías muy importantes para la comunidad.

Ahora se hablará de las vías de comunicación que conectan a la Delegación (y en general a la Ciudad de México), con el resto del país. La Delegación se encuentra conectada con las ciudades más importantes del interior de la República por medio de modernas carreteras y supercarreteras. También existen vías férreas que convergen en la Ciudad de México.

La Ciudad de México cuenta con uno de los Aeropuertos Internacionales más grandes e importantes del mundo; a él llegan aeronaves que permiten viajar a las más importantes ciudades del interior del país y a las principales ciudades de América y Europa.

Los servicios de correos dentro de la Delegación cuentan con cuatro oficinas y una zona de repartos de administración. Estas oficinas se encuentran localizadas geográficamente en el centro de la Delegación. Las oficinas de telégrafos son en total seis y se ha propuesto la creación de otra en la colonia Nueva Atzacolco.

Dentro de la Delegación circulan todas las publicaciones importantes que se imprimen en la Ciudad de México.

6. Alimentación.

En 9,453 viviendas que hay en la Delegación, no se consume carne ningún día a la semana y 48,882 personas que habitan en la Delegación realizan su dieta alimenticia sin incluir carne en su dieta. (Anexo 9).

Del total de los habitantes que hay en la Delegación el 10.63 % no consume huevos. En 22,207 viviendas de la Delegación no se consume huevo toda la semana.

En el 14.22 % del total de viviendas que hay en la Delegación no se consume leche ningún día a la semana. Por lo que respecta a los habitantes, el 13.38 % de la población no toma leche ningún día a la semana. Como en los casos anteriores, el consumo de pan de trigo muestra una tendencia similar. En 11,961 viviendas de la Delegación no se consume pan. El consumo de pescado es el más bajo, que el de los alimentos anteriores. En 103,584 viviendas de la Delegación no se consume este producto. Por otra parte 621,704 habitantes de la zona no tienen por costumbre incluir en su dieta este producto.

7. Servicios.

Existían en la Delegación, en 1970, 9,493 viviendas que no poseían agua entibada. Debido a esto la Delegación ha tomado medidas para reducir la deficiencia de agua colocando hidrantes públicos. A pesar de los esfuerzos, un gran número de viviendas de la Delegación carecen de este servicio, pues no siempre es posible acudir con prontitud a satisfacer la demanda de tal alimento, ya que no siempre se pueden efectuar en los sitios adecuados.

Al igual que el servicio de agua, la Delegación sufre aunque

en forma parcial, de la carencia del servicio de drenaje. Asi mismo, aunque la mayor parte de la Delegación tiene sus calles pavimentadas, el estado del 20 % de las mismas, en términos generales es deplorable, debido a la antigüedad y aforo que han de soportar es pues necesario que se continúe la campaña de repavimentación - y que las brigadas de bacheo efectúen tal servicio con prontitud.

Las necesidades totales de banquetas alcanzan un monto de - 190,532 m². Las necesidades de guarniciones alcanzan un total de 86,795 m².

Del servicio de alumbrado, la mayor parte de las colonias - que componen la Delegación tienen este servicio, pues únicamente cinco son las que no cuentan con él. Los 11 pueblos de la Delegación tienen este servicio.

La vigilancia de la Delegación está encargada al Segundo Batallón de Policía, integrado por las 13a., y 27a. compañías. El total de personal efectivo es de 4 comandantes, 6 oficiales y 634 hombres.

De las 84 colonias que componen de Delegación, únicamente 34 tienen el servicio de vigilancia y de los 11 pueblos sólo 4 cuentan con el mismo. También se cuenta en la vigilancia de la Delegación a 120 elementos de la Policía Montada.

La Delegación cuenta con 37 mercados de los cuales 35 fueron construidos por los mismos locatarios. Claramente se puede observar la deficiencia de este servicio, pues hay un mercado por cada 2.5 colonias y 2.7 pueblos por mercado.

El Instituto Mexicano del Seguro Social, agrupa a un total - de 604,000 afiliados y 74,160 el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, los cuales hacen un total de 678,160 afiliados a servicios médicos y sociales, en la Delegación. Se encuentran en la Delegación 9 Centros de Salud atendiendo ellas las necesidades de Saneamiento Ambiental, Educación Médico-Sanitaria, Profilaxis y Servicios Médicos en general, para la propia Delegación.

Se encuentran dentro de la Delegación 6 Centros de Orientación Nutricional dependientes del Instituto Nacional de Protección a la Infancia, correspondientes al programa de desarrollo de la comunidad humana. Los Centros Populares Miguel Hidalgo y Aquiles Serdán, pertenecientes a la Dirección de Acción Social y Cultural del Departamento del Distrito Federal, realizan actividades encaminadas al mejoramiento económico y social de las personas, por la vía de los servicios asistenciales, culturales y deportivos.

Las Instituciones Bancarias y Crediticias que desarrollan su actividad en la Delegación son:

El Banco Nacional de México, A.C., que cuenta con cuatro sucursales dentro del área; el Banco Comercial Mexicano, S.A., con 2 sucursales; el Banco Internacional, S. A., el Banco Azteca S.A y el Banco de Monterrey S.A., cuentan con tres sucursales; el Banco Mexicano S.A., con 2 sucursales en el área y por último 2 organizaciones auxiliares de crédito: Almacenes de Depósito Ocejo - S.A., y Frigoríficos y Almacenes S.A.. En resumen existen 21 oficinas correspondientes a 10 organizaciones bancarias y crediticias.

Hay dos oficinas del Nacional Monte de Piedad, que aunque están fuera de los límites de la Delegación, su área de influencia engloba a ciertas áreas de la misma.

La Delegación cuenta con 57 Bibliotecas que, en la mayoría se encuentran ubicadas en las subdelegaciones. El promedio de lectores de las bibliotecas varía de 7 a 90 personas diariamente, de acuerdo a la capacidad de la zona.

La Delegación cuenta con 11 panteones. Pero aún cuando son numerosos los panteones que se tienen dentro de la Delegación, solamente uno acepta nuevos entierros, pues los restantes están saturados.

8. Educación.

En 1970, se censaron 727,148 habitantes que sabían leer y escribir en la Delegación, representando el 90.11 % del total de la población mayor de 10 años. (Anexo 10).

Aunque se ha llevado a cabo un esfuerzo alfabetizante dentro de la Delegación, no se ha podido llegar a la cifra media correspondiente que se debía de tener. (Anexo 11).

La educación que se imparte en la Delegación se integra por diferentes niveles y características :

Guarderías : en 1970 había organizadas un total de 8 guarderías con una asistencia de 309 niños.

Jardines de niños : en 1970 se contaba con 67 jardines de niños oficiales y con 10 particulares.

Primarias : por lo que respecta a la educación primaria, habían 265 escuelas primarias oficiales y 57 particulares.

Secundarias : existían 48 escuelas secundarias federales, 8 escuelas secundarias técnicas federales, 3 particulares y 6 escuelas comerciales particulares. Se cuenta en la Delegación con 18 aulas de Telesecundaria alojadas en 15 centros de instrucción.

Preparatorias : dentro de la Delegación se cuenta con el -- Plantel Vallejo del Colegio de Ciencias y Humanidades y, la Escuela Nacional Preparatoria No. 9. Las escuelas preparatorias incorporadas a la Universidad Nacional Autónoma de México, instaladas -- dentro de la Delegación, suman un total de 6.

Escuelas Profesionales : las escuelas superiores son 9 dentro de la Delegación y pertenecen al Instituto Politécnico Nacional.

El estado de Instrucción en los estudios, se encuentra de la siguiente manera.

Grado de Estudios.

Primaria completa.	37.57 %
Primaria Incompleta.	40.87 %
Secundaria completa.	5.47 %
Secundaria Incompleta.	5.47 %
Comercial o Técnica.	2.77 %
Preparatoria o Vocacional.	4.16 %
Superior.	7.12 %
Otros.	6.57 %

Total : 100.00 %

9. Migración.

El total de personas que han cambiado de lugar de residencia a la Delegación ha alcanzado el monto de 414,717 personas, que representa el 34.94 % de la población total del área de estudio. -- (Anexo 12).

De la cifra anterior 187,642 se cambiaron hace 11 años o más esta cifra representaba el 45.24 % del total de cambios, además, sirve para observar que la población de la Delegación está conformada principalmente por familias arraigadas hace mucho tiempo en el lugar. Como ya se mencionó, anteriormente, la población de la zona sufrió un incremento en los últimos 10 años, de 606,999 individuos, de los cuales 227,075 llegaron de zonas del mismo Distrito Federal.

10. Actividades Recreativas.

Como un servicio más, el Departamento del Distrito Federal, tiene en la Delegación 15 parques y jardines que, sirven como zonas verdes de la Delegación y, además como sitio de recreo a los niños y de lugar de descanso y meditación a los mayores. Pero es

muy reducido el número de parques y jardines que reúnen los requisitos necesarios para la realización de su función y de las actividades señaladas. El cuidado y limpieza de los mismos, en la mayoría, es casi nula.

El número señalado en los párrafos anteriores no incluye al de la Unidad Aragón, que es el más extenso, grande e importante, - pues su superficie es de aproximadamente 3,169 Km², reúne a un número de parques y jardines y además un parque zoológico. La influencia de visitantes es otra razón por la cual destaca en importancia, pues los domingos y días festivos es visitado por varios miles de personas.

Cuenta la Delegación con 5 unidades deportivas que son : El 18 de Marzo, Vecinal 7, Miguel Alemán, Gran Canal y Bondonjito. - Hay instalaciones deportivas de dos grandes centros sociales populares de la Delegación. Además existen 11 Deportivos Populares, propiedad del Departamento del Distrito Federal.

11. Religión.

De acuerdo al número de devotos, la religión católica es la más importante, ya que dentro de la Delegación, el 96.81 % de la población la practica. (Anexo 13).

Población según su credo en la Delegación.

Religión.	Población.	Porcentaje.
Católica.	1.148,396	96.81 %
Protestante.	16,780	1.41 %
Israelita.	703	0.07 %
Otros.	6,692	0.56 %
Ninguno.	13,603	1.51 %
Total :	1.186,107	100.00 %

B. Características de la Institución.

1. Antecedentes de los Centros de Integración Juvenil.

Las autoridades de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, al observar el alto número de pacientes con problemas de farmacodependencia que se encontraba hospitalizados, vieron la necesidad de crear un lugar en el que los pacientes pudieran continuar su tratamiento en consultas a nivel externo. Se le encomendó al Dr. Guillermo Narváez, Director de la Dirección de Salud Mental y a las Damas Publicistas de México A.C., la creación de un centro que cubriera esta demanda. (C.I.J., 1973).

En el año de 1970, bajo el patrocinio de las Damas Publicistas de México y Asociados, A.C., encabezadas por la Sra. Má. Eugenia Moreno y con el asesoramiento de las autoridades competentes se creó el Proyecto Piloto de un centro de carácter cívico social dedicado a orientar a la juventud hacia un desarrollo sano y productivo, como una respuesta al incremento de la farmacodependencia juvenil que se presentó en México a partir de los 60's.

El 12 de marzo de 1970, nace en forma oficial el primer "Centro de Trabajo Juvenil" (nombre que se le dió al que fué el primer Centro de Integración Juvenil), que se ubicó en la calle de Cerrada de Taxqueña No. 91, en Coyoacan; con el objetivo fundamental de promover la salud mental en la comunidad. Esta institución con responsabilidad jurídica y con patrimonio propio, se dedica a prestar servicios de tratamiento y rehabilitación a los jóvenes farmacodependientes; así como también a la prevención e investigación en el campo de la farmacodependencia.

Se crearon talleres en los que los jóvenes podían ocupar su tiempo libre en la realización de trabajos manuales.

En dicha institución laboran profesionales de las áreas de: Psiquiatría, Psicología y Trabajo Social, organizados interdisciplinariamente. La Secretaría de Salud Mental cubría los gastos que se requerían para el desarrollo de las labores del "Centro",

que se encontraba a cargo de las Damas Publicistas de México.

En 1972, el entonces Presidente de la República el C. Lic. - Luis Echeverría Álvarez, con sus colaboradores más cercanos, realizaron una visita al "Centro de Trabajo Juvenil", dado el alto número de personas con farmacodependencia, en la cual el primer - mandatario calificó la labor de dicho centro de Prioridad Nacional y, fijando al grupo como primer objetivo, la creación de un - centro en cada delegación.

En el año de 1973, se creó la Organización C.E.M.E.F. (Centro de Estudios Mexicanos de Farmacodependencia), encomendándoles la tarea de impartir asesoría técnica al "Centro de Trabajo Juvenil". En octubre de ese mismo año se crea el Primer Patronato Nacional y el "Centro de Trabajo Juvenil", cambia de razón social y se realiza el cambio de nombre a "Centros de Integración Juvenil" (C.I.J.), que se ocupa de encausar sus labores hacia el estudio - de aplicación de métodos y soluciones nuevas para la reintegración de la juventud productiva del país.

Posteriormente, la labor de los "Centros de Integración Juvenil", se incluyó en el Plan Nacional de Salud y, se fijó como meta institucional, la creación de un "Centro de Integración Juvenil" para cada estado de la República Mexicana.

Los objetivos estipulados fueron :

1. La investigación en diversos aspectos de la farmacodependencia, principalmente de aquellos de utilidad inmediata para su prevención.
2. La enseñanza y divulgación de los conocimientos de la -- farmacodependencia y sus temas relacionados.
3. La prevención primaria del problema, mediante su carácter cívico-social para los jóvenes y servicios a la comunidad.
4. La detección precoz de la farmacodependencia y, la iden-

tificación de grupos de alto riesgo, buscando adecuada atención para los mismos.

5. El diagnóstico integral de los farmacodependientes para su tratamiento ambulatorio y su orientación y/o eventualmente canalización a diversos centros y actividades.
6. La colaboración con las instituciones, grupos u organizaciones, ya sea públicas o privadas, nacionales o extranjeras, que afronten el problema de farmacodependencia.
7. El establecimiento de Centros de Integración Juvenil y secciones de comités y dependencias en el trabajo del Territorio Nacional.
8. La agrupación de bienes inmuebles y muebles para el desarrollo de sus actividades y de sus fines; así como la participación de otras asociaciones y/o instituciones que tengan fines similares. (C.I.J., 1980).

2. Política General de los C.I.J.

El manejo social de la farmacodependencia no es tarea específica del Psiquiatra, Psicólogo o Trabajador Social; requiere de la participación dinámica de la sociedad. (C.I.J., 1980).

La farmacodependencia se considera un fenómeno multideterminado, que necesita abordajes preventivos y terapéuticos generales y particulares para cada caso; por ello, los Centros de Integración Juvenil, tienen fijada su propia política de trabajo.

a) Promover la imagen de los Centros de Integración Juvenil como Institución de Servicio Social y de carácter privado no lucrativo, cuyas actividades están encaminadas a tratar todo lo relacionado con la farmacodependencia, el individuo, la familia y la comunidad.

b) Procurar que las personas que soliciten el servicio al -

centro, reciban algún beneficio en cuanto a los aspectos de tratamiento, rehabilitación y canalización a otras instituciones.

c) Fomentar los programas de atención a la comunidad en general y, al individuo en particular, vincular al paciente con los servicios que tiene, interesándolo y responsabilizándolo de su propio tratamiento.

d) Utilización de diversos recursos técnico preventivos, terapéuticos y rehabilitatorios, de orientación diversa que, demuestren previamente su utilidad.

e) Procurar que los servicios del centro tengan como norma, la consideración y el respeto al público, particularmente lo concerniente al aspecto profesional.

3. Organización y Funcionamiento de los Centros de Integración Juvenil A.C.

El organismo rector de los Centros de Integración Juvenil es el Patronato Nacional, que representa el Lic. José Gordea, a quien pertenece la responsabilidad de establecer las políticas y objetivos generales de la Institución; a su vez, es el encargado de dirigir y controlar el funcionamiento técnico y administrativo de los C.I.J., desde la Unidad Central que se encuentra ubicada en José Ma. Olloqui No. 48, en la colonia Del Valle, asimismo coordina los diversos programas de prevención, tratamiento, rehabilitación, capacitación, investigación y docencia, además de, todo lo relacionado con el Centro de Información. (Biblioteca que se encuentra en la Unidad Central de los C.I.J.).

El desarrollo de estas labores implica la promoción, en forma directa y la participación de la comunidad, a través del trabajo que efectuará el grupo de voluntarios.

La presidenta del Comité Ejecutivo, la Sra. Ma. Eugenia Moreno, quien se apoya en el Director General, Dr. Armando Monte Can

tú, quien a su vez se coordina con una Secretaría General a cargo de Helen V., la Dirección Técnica a cargo del Dr. Fernando Valdéz y la Dirección Administrativa a cargo del C.P. José Ceballos.

Cada centro cuenta con un Patronato Local, un grupo de voluntarios y un equipo técnico-médico, que se encuentra constituido por: el Director, Psiquiatras, Psicólogos, Trabajadores Sociales, Secretaria y Conserje; todo el personal está coordinado por la Unidad Central de los Centros de Integración Juvenil, A.C. (C.I.J. 1980).

4. Centro de Integración Juvenil " Aragón ".

4.1. Antecedentes Históricos del Centro de Integración Juvenil Aragón.

El C.I.J. Aragón, se funda el 3 de mayo de 1979, por la Sra. Má Eugenia Moreno, quedando como Director el Dr. Gerardo Pacheco.

Inicialmente el trabajo que se desarrollaba dentro del centro, estaba a cargo de trabajadoras sociales, las cuales estaban encargadas de promover las actividades de prevención de la farmacodependencia, por medio de actividades recreativas como: la organización de concursos, rifas, etc.

En octubre de 1980 es nombrada Directora la Lic. en T.S. Martha P. Pérez Maya. (C.I.J., 1981).

En esta época se atendían los problemas de farmacodependencia como objetivo principal de la institución y, además, problemas de conducta y lenguaje. Posteriormente se eliminaron estos dos en 1981. A partir de esto, el Centro de Integración Juvenil Aragón empezó a funcionar con 25 pacientes en psicoterapia (tratamiento cuya duración es de 3 meses, aproximadamente, con citas periódicas).

El Centro de Integración Juvenil Aragón, trabaja actualmente con 13 colonias que forman el XXV Distrito, las cuales son :

San Felipe de Jesús.

Pradera.
Ampliación Pradera.
Providencia.
Ampliación Providencia.
Villa Aragón.
25 de Julio.
Casas Alemán.
Esmeralda.
Unidad Esmeralda.
Unidad Enseñanza.
Unidad el Triunfo.
Campestre Aragón.

4.2. Tipo y Caracter de la Institución.

El Centro de Integración Juvenil Aragón A.C., es una institución de servicio social, de carácter privado no lucrativo, cuya actividad está dirigida a la prevención de la farmacodependencia, a la atención de problemas ocasionados por la misma y, a la promoción de la salud mental.

Este conjunto de operaciones se realiza a través de, programas específicos de trabajo en zonas estratégicas del país, determinadas mediante una investigación social y epidemiológica.

Es preocupación constante de la institución, sensibilizar e incorporar a la comunidad en las actividades del Centro, orientando los recursos individuales y sociales.

Pueden acudir al Centro no sólo jóvenes, sino cualquier persona que sufra del problema de farmacodependencia, o bien que tenga algún interés en combatirla.

En el área de información y capacitación, se labora con los padres de familia, maestros, alumnos de primaria y secundaria, además de preparatoria; así como con los miembros de la comunidad, de alguna asociación privada u oficial de carácter no lucrativo. (C.I.J., 1982).

4.3. Tipo de Servicio que Presta la Institución.

En el C.I.J. Aragón, se considera a la farmacodependencia un fenómeno multicausal, que requiere de abordajes preventivos y terapéuticos generales y particulares para cada caso.

Los servicios que presta la Institución son :

Prevención : la actividad preventiva se basa en la labor de información general y capacitación de personas sobre el tema de - farmacodependencia, considerando que en base al conocimiento del problema, la gente podrá enfrentarla y/o prevenirla.

Consulta Externa : el paciente recibe atención médico-psicológica y psiquiátrica. Se busca que los psicólogos y los psiquiatras trabajen conjuntamente para detectar los problemas que, están influyendo en el farmacodependiente, tanto psicológicos como fisiológicos al hacer uso de las drogas.

El Centro de Integración Juvenil Aragón, para cumplir con - los objetivos que se tienen trazados, trabaja en diferentes proyectos que se han establecido para este fin.

A continuación se describirán los proyectos con sus respectivos objetivos, en los cuales trabaja el C.I.J. Aragón. (C.I.J., - 1983).

1. Proyecto Escuelas.

Fué implantado durante 1981 debiendo hacer frente a múltiples problemas.

Objetivos Específicos :

- A. Informar a los alumnos sobre el fenómeno de farmacodependencia y su prevención.
- B. Orientar a los padres de familia sobre el fenómeno de - farmacodependencia y su prevención.
- C. Orientar y capacitar a los maestros de las escuelas sobre el problema de farmacodependencia y su prevención.

2. Proyecto Capacitación a la Comunidad.

En 1981 se institucionalizó este proyecto, en el cual se logró involucrar a miembros de la población para continuar las estrategias preventivas : información y orientación en su ámbito familiar, laboral y social, con el objetivo de sensibilizar a la población en su entorno.

Se plantea el Proyecto Capacitación a la Comunidad, como una forma de trabajo preventivo que se realiza en el contexto mismo de los grupos sociales, partiendo de la importancia que tiene la participación activa de la población para lograr el objetivo general.

3. Proyecto Información Pública Periódica.

Objetivo General.

Informar a grupos de la población sobre el fenómeno de farmacodependencia como medida preventiva de la misma.

Objetivos Específicos.

- a) Brindar información sobre los aspectos y factores relacionados a la farmacodependencia como problema social y de salud, realizando juntas informativas con grupos de la población.
- b) Sensibilizar a la población sobre el fenómeno de farmacodependencia.
- c) Promover a los Centros de Integración Juvenil A.C., como institución dedicada a la prevención, tratamiento y rehabilitación de la farmacodependencia.
- d) Promover los diferentes proyectos de la Institución.
- e) Motivar a la población a participar activamente con ellos.
- f) Lograr recursos humanos propios de la comunidad para los proyectos preventivos.

4. Proyecto Orientación a Concurrentes.

Objetivo General.

Informar a todos los concurrentes al Centro de Integración - Juvenil Aragón, sobre el fenómeno de farmacodependencia y su prevención a todos los niveles.

5. Proyecto Orientación a Familiares de los Farmacodependientes.

Objetivo General.

La orientación a familiares de los farmacodependientes para ayudarles a facilitar las relaciones entre el paciente con ellos y su ambiente.

6. Proyecto de Voluntariado y Servicio Social.

El Servicio Social dentro de los Centros de Integración Juvenil, tiene como principal finalidad el incrementar los esfuerzos en prevención, tratamiento y rehabilitación de la farmacodependencia, así como la investigación y capacitación en el problema de farmacodependencia.

De igual manera se pretende satisfacer plenamente y orientar en su caso, la demanda que plantean los diversos sectores de la población y atender progresivamente sus necesidades en relación con la farmacodependencia.

El Servicio Social en los Centros de Integración Juvenil es, una tarea continua que prestan estudiantes de diversas instituciones educativas y universidades.

7. Proyecto Tratamiento.

Objetivo General.

Proporcionar psicoterapia breve individual a través del cual se propone promover o disminuir la tensión, fortalecer el yo y disminuir la intensidad del superyo, como un método de tratamiento, para los síntomas o desajustes que requieran de alivio inmediato por su naturaleza amenazante.

8. Proyecto Rehabilitación.

Objetivo General.

La finalidad del proyecto de rehabilitación consiste en apoyar y/o complementar la cura del farmacodependiente a nivel biopsicosocial en una realidad vigente.

9. Proyecto Curso de Capacitación.

Objetivos Generales.

- a) Unificar criterios en cuanto a la prevención, tratamiento investigación y rehabilitación de la farmacodependencia, del personal que labora y colabora en los servicios que el C.l.J. Aragón, presta a la población.
- b) Incrementar los servicios y los conocimientos del personal técnico-médico en la materia de farmacodependencia, pasantes y voluntarios y, estudiantes en prácticas académicas para fortalecer la atención que se dá a la población.

4.4. Organización Interna. (Organigrama).

El Centro de Integración Juvenil Aragón A.C., cuenta con un Patronato Local, un grupo de voluntarios y un equipo técnico-médico que, se encuentra constituido por: el Director, Psiquiatras, - Psicólogos, Trabajadoras Sociales, Secretaria y Conserje. Este personal está coordinado por la Unidad Central de los Centros de Integración Juvenil A.C. (Anexo 14).

Dentro del C.l.J. Aragón, el Director es la Lic. en T.S. Martha P. Pérez Maya, a cuyo mando se encuentra todo el personal técnico-médico que labora en dicha institución, siendo éstos :

Dos médicos psiquiatras: quienes realizan el tratamiento y - rehabilitación personal y social de los farmacodependientes, participando también en las tareas de prevención.

Tres psicólogos clínicos: encargados del tratamiento y reha-

bilitación, además de colaborar en la elaboración del diagnóstico de acuerdo a los instrumentos psicológicos específicos y a los datos de la historia clínica del paciente, actuando además dentro del área de prevención.

Tres trabajadoras sociales: que se encargan de abrir los expedientes de los pacientes que llegan al C.I.J. Aragón, elaborando los estudios socioeconómicos de aquellos. Mantienen ordenados los expedientes y realizan los rescates de pacientes que han dejado de asistir a su tratamiento.

Una secretaria-recepcionista: encargada de atender y canalizar a las personas que llegan al C.I.J. Aragón. Por otro lado, realiza las labores administrativas.

Una persona encargada de realizar las funciones de mensajería y de efectuar el aseo del C.I.J. Aragón.

Los pasantes de trabajo social se encuentran bajo el mando y responsabilidad de las Trabajadoras Sociales de base. Los pasantes de psicología trabajan en el área de prevención (principalmente), y en el área de tratamiento, estando bajo la responsabilidad del Psicólogo encargado del Proyecto de Voluntariado y Servicio Social de acuerdo a el horario en que labore.

4.5. Recursos.

El Centro de Integración Juvenil Aragón, se encuentra ubicado en : la Avenida 414 No. 176 Sección 7 de San Juan de Aragón, México 14 D.F. Entre la Avenida 499 y Avenida Loreto Fabela, cerca del Deportivo Los Galeana. Dentro de la Delegación Villa Gustavo A. Madero. (Anexo 15).

El C.I.J. Aragón, cuenta con 8 cubículos. Tres de ellos se utilizan como consultorios, otro es utilizado por las Trabajadoras Sociales, uno más sirve como Biblioteca, otro más como sala de espera, uno más sirve como recepción y oficina y, el último como oficina del Director. Una habitación mayor se utiliza como sa

la de juntas, un jardín al frente, además de una pequeña cocina y un baño. (Anexo 16).

El mobiliario que tiene el C.I.J. Aragón es: 8 escritorios,- una mesa de exploración, una mesa grande para la sala de juntas,- algunos estantes, dos sillones, varias sillas, tres archiveros y varios cuadros referentes a farmacodependencia.

Los Psiquiatras tienen a la mano el instrumental disponible para realizar el examen médico general a los pacientes.

Los Psicólogos tienen disponible algunas pruebas psicológicas indispensables para hacer el diagnóstico psicológico. (WAIS,- Bender, MMPI, entre otras).

La Secretaria y las Trabajadoras Sociales cuentan con la papelería necesaria para efectuar su trabajo. La encargada del aseo tiene a su disposición el material de limpieza necesario para efectuar su labor.

Las oficinas centrales de los C.I.J., se encargan de cubrir el sueldo del personal técnico-médico de planta y, de proveer el material de papelería y limpieza del C.I.J. Aragón.

IV. ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL SERVICIO SOCIAL.

En este punto se realizará la descripción de las actividades llevadas a cabo durante el tiempo de realización del Servicio Social de la carrera de Psicología en: el Centro de Integración - Juvenil Aragón. Se tratará de no caer en demasía en particularidades ni generalidades, sino que se tratará de vertir la información lo más confiable posible.

1. Funciones Desarrolladas.

Durante las dos primeras semanas del Servicio Social, se llevó a cabo la capacitación del autor del presente trabajo, la cual consistió primeramente de la presentación del personal técnico-médico que labora en la Institución, los objetivos que esta persigue, así como de la organización interna del mismo.

En seguida se procedió a la revisión de la Guía Técnica de Orientación e Información, en la cual se describe cada uno de los proyectos con sus respectivos objetivos en los que trabaja la Institución. Esto se hizo con el fin de conocer las diferentes actividades que se llevan a cabo dentro y fuera del C.I.J..

Además de realizar la revisión, se hizo la lectura y resumen de algunos artículos del Curso de Capacitación, los cuales ya se habían revisado con anterioridad a la llegada del pasante, autor del presente trabajo. Los cuales servirían de base para la mejor comprensión de los posteriores.

De cada proyecto existe una persona responsable, que lo trata de llevar a cabo, junto con sus respectivos objetivos y supervisa las acciones que realizan las personas que estén laborando a la par con él.

Cada responsable de proyecto explicó al pasante, el trabajo que se realiza en cada uno de ellos, además de indicarle cuál sería su desempeño dentro de los mismos.

El trabajo realizado en el tiempo de prestación de Servicio Social fué, principalmente en el área de prevención, en los siguientes proyectos : Proyecto Escuelas, Proyecto Capacitación a la Comunidad, Proyecto de Información Pública Periódica, Proyecto Orientación Familiar Preventiva; y en el área de tratamiento en los siguientes proyectos : Curso de Capacitación y Supervisión.

La redacción de actividades se hace de acuerdo a la participación del pasante dentro de cada proyecto.

a) Proyecto Escuelas.

Este proyecto consiste en dar pláticas sobre farmacodependencia a alumnos, padres y profesores de las escuelas que se encuentran a los alrededores y zonas aledañas al C.I.J. Aragón y, para todas aquellas que lo soliciten. Estas pláticas tienen como objetivo general el, de prevenir la farmacodependencia en los adolescentes y menores de edad.

Además de la preparación a nivel teórica del pasante, en encargado del proyecto, realizó un simulacre de una plática de farmacodependencia para explicar cada uno de los puntos con que cuenta una plática de farmacodependencia. (Anexo 17). Después de haberse realizado la explicación de parte del encargado del proyecto, se asistió a una plática de farmacodependencia dirigida a padres de familia.

Después de haberse realizado lo anterior, se inició al pasante dando pláticas de farmacodependencia, primeramente, a niños - estudiantes de primaria, asesorado por una persona del C.I.J..

Las pláticas a padres de familia y profesores, se dieron después de tener cierta experiencia en el manejo de los puntos que sobre farmacodependencia se exponen y, de afrontar los cuestionamientos del público presente. (Anexo 17).

La mayoría de las veces la plática se apoyaba con un rotafolio, que consta de 18 cartulinas que, ilustran los puntos que sobre la información se imparte. En ocasiones, contadas, se llegó a dar el tema con apoyo de la videocasetera que se encuentra en

en C.I.J. Aragón, pero no siempre, debido a la ausencia de transporte para tal aparato.

Para asistir a dar conferencias a escuelas, ya sea el pasante, en ocasiones, ó el representante del proyecto acudían a sostener entrevistas con los Directores de las escuelas, con el fin de exponer los servicios que a la comunidad ofrece el C.I.J. Aragón, así como también el ofrecer la posibilidad de que se les impartieran a sus alumnos pláticas sobre farmacodependencia.

b) Proyecto de Capacitación a la Comunidad.

Las actividades de este proyecto fueron asignadas a tres pasantes de Psicología, para realizar entrevistas a directores de diferentes escuelas en las cuales el C.I.J. Aragón no había realizado ningún trabajo preventivo y, se hicieron constantes visitas a centros de reunión de la comunidad como son :

Iglesia : el trabajo preparado para este lugar era el de establecer nexos con la comunidad que asiste regularmente a las diferentes actividades llevadas a cabo dentro de este lugar y, por medio de éstas actividades preventivas, proporcionar información sobre farmacodependencia, además de exponer la disponibilidad que el C.I.J. Aragón tiene para la comunidad.

Club Deportivo : dentro de estos centros de reunión de la comunidad se pretendía impartir cursos sobre farmacodependencia, inicialmente, y posteriormente fortalecer esta actividad con la participación de los concurrentes a la misma, con el fin de evitar y/o prevenir la farmacodependencia.

Partidos Políticos : debido a la gran cantidad de población que estas instituciones manejan, se pretendía, con la colaboración de los diferentes partidos políticos, que el C.I.J. Aragón realizara labores de prevención y tratamiento en las diferentes áreas de influencia de aquellos.

Las entrevistas llevadas a cabo en cada uno de estos lugares tenían como fin, el establecer un contrato, el cual serviría

para implementar las actividades preventivas conjuntamente y así lograr combatir el fenómeno de farmacodependencia, dando sugerencias e información a la comunidad asistente a dichos lugares.

La formación de un grupo sumamente importante, para el C.I.J. Aragón, fué el formado por la Presidenta de la colonia y los principales jefes de manzana de la Sección 7 de San Juan de Aragón - lugar donde se encuentra ubicado el C.I.J. Aragón.

Este grupo se formó por petición, tanto de la comunidad como de parte del C.I.J. Aragón, para combatir el fenómeno de farmacodependencia que se ha venido acentuando en la comunidad y en especial en los menores de edad.

A este grupo se le capacitó semanalmente. Esta capacitación consistía en enseñarles a todos y cada uno de ellos, lo relacionado con la farmacodependencia, su etiología, causas, daños, etc., - hasta que se logró que manejaran la información de tal forma que ellos mismos lograran transmitir la información recibida durante el tiempo de capacitación, a la comunidad en su entorno.

La transmisión de esta información se llevó a cabo en reuniones semanales, inicialmente en la casa de la presidenta de la colonia, para posteriormente llevarlas a cabo en cada una de las manzanas que conforman la Sección 7 de San Juan de Aragón.

Tiempo después, de haber capacitado a los representantes de la comunidad sobre farmacodependencia, se continuó su preparación con temas relacionados al fenómeno, tales como : la familia y la farmacodependencia, infancia, adolescencia, etc.

c) Proyecto Información Pública Periódica.

La actividad desarrollada dentro de este proyecto consistió, principalmente, en la elaboración de volantes para propaganda de la Institución.

La propaganda elaborada por el pasante consistió en volantes dirigidos a:

Niños : estos volantes buscaban el prevenir y/o evitar el fenómeno de farmacodependencia, invitando a los niños a verse como las personas que formarán el futuro de México. (Anexo 18).

Jóvenes : transmitiendo, de alguna manera, que estos tienen un lugar dentro de la sociedad y, que deben tomar en cuenta para su formación adulta. Se les trataba de inducir que acudieran al C.I.J. Aragón, que se encuentra localizado dentro de su propia comunidad y se enteraran de sus actividades. (Anexo 19).

Padres y Adultos : el fin de estos volantes era, además de prevenir la farmacodependencia, el hacer saber a los adultos y padres de familia que, el C.I.J. Aragón se encuentra dispuesto a atenderle en caso de que existiera el fenómeno de farmacodependencia dentro de su hogar ó del hogar de sus familiares, vecinos ó amigos. (Anexo 20).

Estos volantes se repartieron con la ayuda de las trabajadoras sociales de base y pasantes. Los volantes eran distribuidos en las áreas donde acudía, de una u otra manera, cierta parte de la comunidad; estos lugares fueron: la iglesia, la Tienda Conasupo, las panaderías, las tiendas, el mercado, las farmacias, y algunas veces directamente en las casas de la comunidad.

d) Proyecto de Orientación Familiar Preventiva.

Este proyecto se trabaja con los objetivos del proyecto anterior, que consiste en la formación de grupos que se interesen en participar activamente dentro de su ámbito familiar o social para prevenir y/o combatir el fenómeno de farmacodependencia.

Las actividades realizadas dentro de este proyecto fueron en detectar grupos de personas, mas o menos, homogéneos (como por ejemplo; amas de casa), para darles pláticas sobre diferentes temas de interés general que se relacionen con la prevención de farmacodependencia.

Se detectaron a dos grupos de personas, constituidos por amas de casa, con los que se logró entablar un contrato en el

cual se estableció que : un grupo de personal del C.I.J. Aragón - (este grupo lo formaban : una Trabajadora Social de base del C.I. J. y tres pasantes de Psicología, incluido el autor), que impartirían una serie de pláticas de interés general relacionados con la farmacodependencia. Tomando en cuenta el tipo de necesidades de la población que asistiera a las pláticas.

Un grupo se formó en el Pueblo de San Juan de Aragón y el -- otro se formó en la Unidad del Infonavit que se encuentra localizada en la Av. J. Loreto Fabela No. 536, colonia San Juan de Aragón.

La primera entrevista formal que se realizó con los grupos - fué para la presentación del personal a participar en la serie de pláticas que se impartirían como forma promocional del C.I.J. Aragón, además de informar a la comunidad algunos de los principales factores causantes de dependencia y, algunas alternativas.

Dentro de esta primera entrevista se acordó lo siguiente :

- a) La asistencia tanto de las personas de la comunidad, cómo de las personas encargadas de impartir las pláticas.
- b) Que cada plática que se impartiera se verá apoyada por bibliografía complementaria que, se les daría al público presente para su consulta.
- c) La programación de una serie de pláticas. Estos temas - fueron seleccionados por la comunidad y el personal encargado, iniciando con el tema Farmacodependencia.
- d) La duración de está serie de pláticas sería, aproximadamente de 3 meses.
- e) Proyecto Curso de Capacitación y Supervisión.

Tanto el Proyecto de Capacitación como la Supervisión se realizaba semanalmente, con una duración de dos horas cada uno.

El primero consiste en tener reuniones con el personal téc--

nico-médico que labora dentro del C.I.J. Aragón, los pasantes y voluntarios, para discutir un artículo programado en la Guía Técnica (revisado con anterioridad a la reunión), para obtener una conclusión final, que sirve como parte de la preparación a nivel teórico, tanto del personal como para las personas que presten servicio social y acciones de voluntariado.

Los temas revisados giran en torno a la farmacodependencia - su prevención y tratamiento. (Anexo 21).

Dentro de estas sesiones no sólo se discute el tema, sino -- que se enriquece la discusión por la gran variedad de puntos de vista de cada persona.

La Supervisión se lleva a cabo semanalmente y, sirve para obtener la información de las diversas actividades realizadas por los pasantes dentro y fuera del C.I.J. Aragón, cuál es su desempeño y dar solución a las dudas que surgen acerca de su trabajo ó de la información proporcionada a nivel teórico ó práctico. Por lo regular el relato de experiencias prácticas a nivel terapéutico es hecho por el personal de base que está llevando a cabo el proyecto y que de alguna manera se pudieran relacionar las actividades que se realizan por parte de los pasante y voluntarios.

Por otra parte, además de las actividades que se realizaron en cada proyecto, se presentaron otro tipo de labores que se llevaron a cabo durante el tiempo de prestación de Servicio Social y que no se relacionan directamente con ninguno de los proyectos, - tales como : ayudar a llenar el sistema estadístico, colaborar para la restauración del interior del C.I.J. Aragón, ayudar a conservar el jardín, entre otras.

Durante el tiempo de Servicio Social se dedicó parte del mismo a la preparación de las conferencias y materia didáctico utilizado para ilustrarlas, así como al estudio de diferentes textos - que permitieran una mejor realización de la labor preventiva en la comunidad y a promover las actividades del C.I.J. Aragón. Es-

tas actividades aún cuando no estaban vinculadas directamente con el trabajo, fueron indispensables para la realización del mismo.

Dentro del tiempo de prestación de Servicio Social, se pudieron detectar algunas dificultades que impidieron un mejor desarrollo y participación del trabajo. Algunas de ellas cabe mencionárlas :

- a) Por parte de la Institución : la falta de material y recursos, lo cual impidió, en muchos casos, la participación más activa dentro de los proyectos, por ejemplo : - la falta de recursos para elaborar material didáctico e ilustrativo que sirviera de apoyo a las pláticas y a las personas que las imparten.
- b) Por parte de la comunidad : falta de interés y cooperación, además de la baja participación en las actividades que el C.I.J. Aragón realiza; por ejemplo : en algunos casos fué imposible convencer a algunos directores para impartir conferencias sobre farmacodependencia a sus alumnos y en otras ocasiones, la falta de responsabilidad de la gente para acudir a la cita programada.

Pero no por eso se dejó de trabajar con intensidad, sino al contrario, siempre se trató de superar los obstáculos, adaptándose a carencias y pasividad de la gente.

V. RESULTADOS .

Los resultados que se describirán, serán principalmente de las pláticas, ya que sólo se trabajó a nivel de prevención en los diferentes proyectos de la Institución, por dos razones :

1. El tiempo de prestación de Servicio Social.

La actividad de prevención requiere de varias cosas, entre ellas están : la lectura de diversos textos que hablen sobre el fenómeno, el recibir el asesoramiento adecuado de la información que se expone en las pláticas, etc. La preparación de tales actividades requirió la mayor parte del tiempo de Servicio Social. -- Por tanto se llegó al acuerdo de que el pasante realizara actividades sólo en el área de prevención.

2. Importancia de la Prevención.

La importancia que el C.I.J. Aragón le toma a el área de prevención es muy grande, ya que como se puede observar, la mayor parte de los proyectos que se tienen en la Institución, están dedicados a la prevención de la farmacodependencia y, nó a el área de tratamiento, por tanto el despliegue de esfuerzos para esta actividad tiene que ser mayor y, mayor es la necesidad de personal necesario para la misma.

El haber mención del número de pláticas y el público asistente a las mismas, no resulta un dato que proyecte más allá que sólo estadísticas, por tanto, además de hacer mención de los datos cuantitativos, se tomarán aspectos quizás más subjetivos, pero que sin duda pueden evaluar confiablemente las actividades realizadas durante el Servicio Social.

a) Proyecto Escuelas.

Dentro del proyecto escuelas, cabe mencionar que al realizar las entrevistas con los directores de las diferentes escuelas a las que se acudieron, éstos se mostraron interesados, en su mayoría, de que se les hiciera partícipes a sus alumnos de la informa

ción que sobre farmacodependencia se ofrecía.

La mayoría de los directores de las escuelas participaron activamente para que sus alumnos recibieran las pláticas, no sólo reuniendo a sus alumnos para que recibieran las pláticas de información, sino que también haciendo la presentación del personal -- del C.l.J. Aragón al público presente, pidiéndoles que escucharan con toda atención, ya que es un problema que afecta no sólo a los escolares sino que también el ámbito familiar y social. Además, los directores solicitaban se les impartieran a los profesores una plática con información más amplia y específica sobre farmacodependencia, ya que en algunas ocasiones ellos tenían que enfrentarse al problema y carecían de información adecuada al respecto.

En algunas ocasiones, los directores se interesaban particularmente por el tema y preguntaban cuál sería la posibilidad de que se les informara más acerca de la farmacodependencia. En estos casos, se les hacía saber que el C.l.J. Aragón recibe una revista llamada "Revista Fd.", a la cual ellos podrían estar suscritos y recibirla por correo, para lo cual agradecían la información.

Dentro de las pláticas impartidas a profesores, éstos se mostraron interesados, ya que algunas veces sus alumnos los cuestionaban sobre el tema particular, en otras ocasiones teniendo que enfrentarse directamente al problema, sin saber que hacer, debido a que la mayoría de los profesores desconocían la existencia del Centro Local Aragón.

De la participación de los profesores, se puede decir que, fué buena, es decir, en ninguna plática el pasante se retiró sin haber sido cuestionado por lo menos cinco veces. Tales cuestionamientos giraron, principalmente, en torno a cómo atender y qué hacer con los alumnos que padezcan farmacodependencia y la forma de orientarlos.

Dentro de las escuelas, se programaron pláticas para los padres de familia de los alumnos, de los cuales, por lo regular, a-

sistían un 60 % del total de los padres de la población escolar.

Estos participaban activamente, unos dando sugerencias por algunas experiencias vividas y otros realizando preguntas acerca del tema. Casi ningún asistente abandonó el recinto antes de dar por terminada la plática, quienes así lo hicieron fué por causas de fuerza mayor.

Algunos de los padres pidieron más información acerca del tema y, se les indicó que dentro del C.I.J. Aragón se encuentra una videocasetera que sirve para ampliar la información sobre farmacod^udependencia, al cual pueden acudir para obtener tal información.

Del auditorio escolar, se obtuvieron resultados buenos, ya que la mayoría de los alumnos se mostraron interesados y cooperativos durante el transcurso de las pláticas. Ellos se comportaron de manera adecuada y ordenada y, muchos de los presentes externaron sus puntos de vista, unos de manera escrita y otros en forma oral, bastante interesantes, acerca de la farmacod^udependencia. Por lo regular, estuvieron presentes los prefectos y algunos profesores para asegurarse de que el orden no fuera alterado.

Los resultados cuantitativos fueron :

1. Se visitaron 7 escuelas primarias dando un total de 15 pláticas, con la asistencia de 956 alumnos de 5^o y 6^o grado de primaria, principalmente. (Anexo 22).

2. Se visitaron 3 escuelas secundarias técnicas, dando un total de 9 pláticas a los tres grados escolares, con una asistencia de 616 estudiantes en total. (Anexo 22).

3. En cuanto a las pláticas a profesores, se realizaron 3 en diferentes escuelas primarias con una asistencia de 54 profesores en total. Se contó con la asistencia y participación de todos los grados escolares. (Anexo 22).

Es importante mencionar que, todas las pláticas impartidas estuvieron en función del tema farmacod^udependencia.

b) Proyecto Capacitación a la Comunidad.

Las actividades programadas a diferentes centros de la comunidad no se realizaron por diferentes razones :

1. En la Iglesia : se logró una cita con el parroco pero, nunca se logró verle en persona, ni a la hora de la cita, ni en otro lugar, ya que sólo dejaba mensajes con el encargado de la oficina, pero sin especificar su punto de vista sobre el plan de trabajo que se pretendía realizar en ese lugar.

2. En el Deportivo Los Galeana : la entrevista con el encargado del centro deportivo se realizó, pero no así la cita con los representantes de las diferentes actividades deportivas que se llevan a cabo dentro del mismo.

3. En los partidos políticos : no se logró concertar cita para la entrevista con los representantes, debido a que nunca se les logró encontrar en los lugares donde se encuentran ubicados sus locales.

4. En las escuelas próximas al C.I.J. Aragón : no se logró contar con la participación de la población de éstas, debido a que en la entrevista con el director y los vocales de los grupos éstos se interesaron más por las necesidades materiales de la propia escuela que por el trabajo que el C.I.J. Aragón les ofrecía.

Del grupo formado por la Presidenta de colonia (Sección 7 - de San Juan de Aragón), y los principales jefes de manzana, se logró un adelanto por demás exitoso. Pues además de darles la capacitación dentro del C.I.J. Aragón, éstos lograron impartir una serie de pláticas de farmacodependencia en sus hogares. Se impartieron un total de 8 pláticas , con un total de asistentes de 171, entre los cuales se encontraban : padres de familia, jóvenes y algunos menores. (Anexo 23).

La población que asistió participó de tal manera que, hubo ocasiones en que se expresaron problemas de farmacodependencia específicos, además se dió a conocer la participación de la gente -

asistente, acudiendo a otros hogares a promover la actividad del grupo mencionado.

Hasta la fecha, durante la elaboración del presente reporte, Mayo de 1984, el grupo continúa con su labor de prevención iniciada en Diciembre de 1983.

aún cuando los resultados esperados, dentro de la comunidad, no se cumplieron en su totalidad, se puede esperar que el grupo - formado por personas de la comunidad, siga transmitiendo la información proporcionada a ellos por el personal del C.I.J. Aragón - para lograr que la gente se convenza de que la mejor forma de combatir la farmacodependencia es prevenirla.

c) Proyecto Información Pública Periódica.

De los resultados obtenidos en este proyecto, no hay mucho - que decir.

La participación del pasante fué, la de elaborar carteles y propaganda para que la comunidad asistiera a las diferentes actividades que el C.I.J. Aragón ofrece.

Los volantes que se repartieron fueron elaborados por el pasante con asesoramiento de una Trabajadora Social de base del C.I.J. Aragón, y se puede decir que fueron buenos, ya que la propia Directora y el personal de base del Centro quedaron complacidos - con ellos.

Por otra parte, de la comunidad no se puede decir que los resultados hayan sido exitosos, ya que la asistencia a las actividades que se programaron fué deficiente, es decir, se contó con la asistencia, únicamente, de 2 a 4 personas, teniendo que cancelarse las actividades de este proyecto.

d) Proyecto Orientación Familiar Preventiva.

De los dos grupos que se formaron en la comunidad, constituidos por amas de casa, sólo en el de la Unidad del Infonavit se - llevó a cabo, en su totalidad, el plan de trabajo establecido.

En este grupo siempre se contó con la asistencia mínima de 8 personas en cada sesión, acudiendo puntualmente a la cita establecida en la primera entrevista.

Se dieron en este grupo un total de 19 pláticas que trataron sobre diferentes tópicos, tales como :

- a) Del tema farmacodependencia, se dieron 3 pláticas en las cuales asistieron un total de 38 personas.
- b) Del tema Desarrollo Prenatal, se contó con la asistencia de 59 personas en tres pláticas impartidas.
- c) Del tema Infancia, sólo se dió una plática, con un total de 20 asistentes.
- d) Del tema Niñez, también, sólo se dió una plática, con un total de 22 asistentes.
- e) Del tema Errores en la Crianza de los Niños : se dieron 3 pláticas a las cuales asistieron un total de
- f) Del tema Adolescencia, se impartieron dos pláticas a las cuales asistieron 52 personas.
- g) Del tema Sexualidad, se dieron 4 pláticas con un total - de 74 personas asistentes.
- h) Del tema Relaciones Padre - Hijo, se dieron dos pláticas a las cuales asistieron un total de 46 personas.

El total de personas asistentes a las 19 pláticas impartidas a la comunidad de la Unidad del Infonavit fué, de 380. (Anexo -- 24).

La población asistente siempre se preocupó por leer la información que se les proporcionaba en otro tipo de textos, cuestionando a los pasantes en cada sesión, sobre sus dudas acerca del tema particular. Algunas veces no se llegó a un acuerdo total -- con alguna persona, pero aún con esto, en la mayoría de las respuestas dadas, no sólo los pasantes dieron respuesta a éstas, si

no que las mismas personas presentes dieron sus contestaciones en base a su propia experiencia.

Un punto de particular importancia para el pasante fué que, las personas asistentes a las pláticas quedaron agradecidas y complacidas al término del programa establecido de las pláticas y organizaron una comida entre ellas mismas para los pasantes encargado de tal actividad, la cual se llevó a cabo en la casa de una de las asistentes.

Del grupo de amas de casa, formado en el Pueblo de San Juan de Aragón, poco se puede decir, ya que sólo a la primera entrevista se presentaron. Esto es entendible, ya que dentro de este grupo, a diferencia del otro, se detectaron otro tipo de necesidades más importantes, desde el punto de vista de las amas de casa del lugar, tales como: el conseguir la distribución de agua, la pavimentación de las calles y la regulación de sus viviendas, entre otras.

Pero aún con este fracaso, se continuó la labor dentro del grupo anterior con el mismo entusiasmo que si no se hubiera tenido fracaso alguno.

e) Curso de Capacitación y Supervisión.

Los resultados de este proyecto son a nivel personal, ya que la información y preparación adquirida y recibida dentro de este proyecto se vió apoyada, en algunas ocasiones, por la actividad práctica realizada en la comunidad.

Se puede decir que los resultados obtenidos fueron bastante amplios, ya que no sólo se comprendió la problemática del farmacodependiente, sino además debido a la participación de todo el personal del C.I.J. Aragón, se logró la aclaración de dudas acerca del tema por parte del pasante, regularmente estas dudas eran dirigidas hacia el área de tratamiento.

El segundo punto, la supervisión, dió como resultado el que evaluar constantemente la forma de trabajo sirve, no sólo a la - persona que está siendo evaluada sino también a la persona que su pervisa, para mantener el ritmo de trabajo y orientar a aquella - persona que se inicia en la prevención de la farmacodependencia. Y sobre todo para ofrecer mantener un trabajo de calidad a la co munidad.

VI. ANALISIS.

En el presente capítulo, se pretende analizar todo lo concerniente a la realización del Servicio Social llevado a cabo en el Centro de Integración Juvenil Aragón.

Se considera que el trabajo realizado en el C.I.J. Aragón, - proporcionó valiosas experiencias para la formación particular - del pasante, que dejaron honda huella en su formación profesional.

Las actividades llevadas a cabo durante la prestación del - Servicio Social, constituye una valiosa experiencia, ya que el enfrentarse al fenómeno de la farmacodependencia, que afecta cada - vez a una mayor cantidad de población, es un reto que necesita de un mayor número de personas interesadas en prevenir el fenómeno - para lograr llegar a combatirla.

Ahora bien, el que exista una institución que se aboque a la prevención, tratamiento y rehabilitación de la farmacodependencia es de gran importancia para la población en general. Puesto que dentro de ella se encuentran profesionales de la salud preparados para afrontar el fenómeno de farmacodependencia y que prestan sus servicios sin costo alguno para la población.

Los Centros de Integración Juvenil A.C., constituyen en nuestro país la única institución que se dedica a combatir la farmacodependencia, pero por ser la única en su tipo, no es perfecta, - sin embargo tiene aspectos positivos que se destacan como :

a) Se considera de fundamental importancia que la principal actividad del C.I.J., sea el de prevenir y el de difundir la información de farmacodependencia, con el fin de dar a conocer que los C.I.J. se encuentran a disposición de toda la población.

b) Al farmacodependiente, dentro de la institución, se le - considera como a una persona que sufre de un trastorno y que merece el trato y cariño de todos los que le rodean.

c) La institución no solamente labora con la población adulta, sino que se aboca a atender principalmente a la población adolescente y a la niñez, pues es en estos casos en donde se puede - llegar primeramente a prevenir la farmacodependencia, con la ayuda de sus padres y profesores.

Como toda institución de salud, el C.I.J. Aragón se enfrenta a una serie de obstáculos que tratan de impedir su labor, pero - que de una u otra forma continúa con ella, tales limitaciones son entre otras :

- a) La falta de material necesario para proporcionar un servicio más eficaz y productivo.
- b) La amplia zona poblacional y/o territorial que tiene que cubrir.
- c) La falta de recursos humanos, suficientes, para abarcar el área de trabajo.

No se podría mencionar la cantidad de conocimientos que, sobre farmacodependencia se adquirieron durante el Servicio Social en el C.I.J. Aragón, pero si se puede decir y afirmar que, en ese lapso de tiempo, gracias al contacto tan estrecho con la realidad de nuestros días, con respecto a la prevención de la farmacodependencia, se logró llegar a comprender el porque de tal fenómeno, - no solo por el intercambio de experiencias con el personal de base del C.I.J. Aragón, sino también debido al trabajo realizado - en la comunidad misma.

Se puede decir que, el hecho de enfrentarse a un público que demanda información, verídica, en este caso del tema farmacodependencia, es un gran reto, ya que se tiene que dominar las emociones para que no interfieran de manera positiva o negativa en la - conferencia, se tiene que aprender la manera de cambiar sobre la marcha el texto original para mantener y/o aumentar el interés - del público que escucha, de acuerdo a su medio sociocultural, -- edad e intereses.

Se aprendió a eliminar y/o mejorar algunas de las fallas que como estudiante y dentro de la escuela no se llegan a eliminar - hasta que éstas se enfrentan a la realidad, tales como : la habilidad y/o capacidad de improvisar ideas y el medio para que el público comprendiera, en su mayoría, la información. Además de que el enfrentarse a diversos públicos como lo son los padres de familia, profesores, alumnos, parrocos, líderes sindicales, amas de casa, etc., permiten adquirir un mayor aplomo frente a ellos y exponer las ideas tan adecuadamente como sea posible, como al contrario.

Por desgracia, para el pasante de la carrera de Psicología,, no se logró aumentar la practica terapéutica adquirida durante el período escolar, debido a la inaccesibilidad para tratar con pacientes farmacodependientes y a la actividad que se desarrollo - siendo sólo a nivel prevención. Pero los conocimientos adquiridos a nivel teórico, seguramente serán de utilidad para el pasante en un futuro.

Ahora se procederá a analizar si, los objetivos del Programa de Servicio Social de la carrera de Psicología de la Escuela nacional de Estudios Profesionales Zaragoza, se cubrieron.

Primero se analizarán los objetivos a Nivel Institucional.

1.1. "Propiciar situaciones de aplicación de la práctica psicológica que permitan relacionar al psicólogo como profesional de la conducta comprometido don la solución de problemas nacionales".

Se puede decir que este objetivo se cumplió, quizás no en la dimensión total, pero la actividad desplegada en la comunidad permitió la aplicación de algunos métodos psicológicos como : continuidad de reforzamiento, dinámica de grupos, etc., cuyo fin era - el de prevenir el fenómeno de la farmacodependencia, el cual constituye una problemática a nivel nacional.

1.2. "Adecuar el perfil profesional del psicólogo a los problemas nacionales prioritarios".

La flexibilidad y las diversas aplicaciones que tienen las herramientas psicológicas, ya sea a nivel individual o grupal, permiten al profesional adecuar la información recibida a lo largo de su formación profesional académica, no sólo a la prevención o tratamiento de la farmacodependencia, sino que también a otro tipo de trastornos como lo son: neurosis, tabaquismo, bajo rendimiento escolar o laboral, etc.

1.3. "Propiciar situaciones que permitan detectar formas concretas de intervención psicológica como medio alternativo de docencia".

Este objetivo busca que la práctica sea un medio de enseñanza para el pasante, la cual no sucedió en su totalidad, ya que sólo lamentablemente se trabajó a nivel de prevención, debido a que dentro de la institución se considera que la población que está más propensa a la farmacodependencia es mayor que a la que se le presta servicio de atención terapéutica dentro del C.I.J. Aragón.

1.4. "Propiciar situaciones de investigación que permitan implementar las técnicas de investigación psicológica al análisis de la problemática nacional y de la eficacia de la carrera de Psicología, para formar profesionales de utilidad, (para el desarrollo nacional)".

El cumplimiento de este objetivo no se llevó a cabo, debido a que, cómo se ha venido mencionando a lo largo de este reporte, el trabajo desempeñado por el pasante en el C.I.J. Aragón, fué sólo a nivel de prevención, y dentro del cual no se realizó investigación alguna.

En resumen, se puede concluir que los objetivos generales a nivel institucional se cumplieron, ya que el trabajo desempeñado en el C.I.J. Aragón permitió entrar en contacto con la problemática

ca nacional y adecuar el trabajo del psicólogo a uno de los trastornos más graves a los que se enfrenta el mundo moderno, cómo lo es el fenómeno de la farmacodependencia.

Ahora se analizarán los objetivos generales a nivel estudiantil y, el grado en que se cubrieron.

2.1. "Desarrollar habilidades que permitan realizar acciones concretas que demuestren el dominio operacional y el conocimiento integral de un concepto dado".

Se puede afirmar que éste objetivo se cumplió, porque en las pláticas dadas siempre estuvieron apoyadas por una base conceptual firme, es decir, por una basta revisión bibliográfica referente al tema particular, aún cuando a nivel terapéutico no se obtuvo práctica alguna.

2.2. "Desarrollar las habilidades que permitan aplicar a la práctica los aspectos operacionales relevantes a la información teórica adquirida e integrada durante la carrera".

Este objetivo no se cubrió en su totalidad, debido a que la aplicación de conocimientos adquiridos durante la la formación profesional impartida por la E.N.E.P. Zaragoza en la carrera de Psicología, tales como: dinámica de grupos, técnica de reforzamiento, motivación, evitación, liderazgo, discusión, etc., se limitó sólo a el área de prevención y no así a la de terapia.

2.3. "Desarrollar las habilidades que permitan abstraer y generar información relevante a partir del análisis y aplicación de las diferentes dimensiones de un concepto dado".

Este objetivo se cumplió, ya que siempre se trató de que en la aplicación de conocimientos adquiridos en la carrera de Psicología de la E.N.E.P. Zaragoza y a nivel particular, se sacara de tal información lo importante de ésta para adecuarla a la situación particular en que se estaba trabajando.

En resumen, se puede decir que, los objetivos generales a -- nivel estudiantil, buscan que el pasante aplique los conocimientos adquiridos a lo largo de su carrera a la realidad social que se esté presentando, así como el que sepa equilibrar su formación teórica y práctica a la situación que se esté presentando.

Ahora se analizarán los objetivos planteados por la Institución y su cumplimiento.

1. "Capacitar a los pasantes y estudiantes sobre el fenómeno de la farmacodependencia".

Este objetivo se puede afirmar que se cumplió, ya que la Ingtitución proporcionó al pasante una instrucción completa sobre el fenómeno en sus sesiones del Curso de Capacitación, que se impartió desde el inicio a la llegada del pasante a la Institución.

2. "Multiplicar los servicios de prevención de la farmacodependencia en la comunidad".

Sin objeción alguna, este objetivo se cumplió, ya que el gru po formado dentro de la comunidad donde se realizó el Servicio Social, continúa su labor iniciada por el pasante dentro de ese gru po, es decir, el impartir pláticas dentro de los hogares de la comunidad, para la prevención del fenómeno.

3. "Multiplicar los servicios de tratamiento y rehabilitación que se realizan en la unidades de desintoxicación y en aquellos Centros Locales en los cuales sea pertinente".

Este objetivo no se cumplió, debido a que el pasante no participó dentro del proyecto de tratamiento en ningún momento, es decir, al pasante no se le asignó ningún paciente con el cual pudiera aplicar sus conocimientos teóricos y prácticos de terapia.- Por lo que respecta al proyecto de Rehabilitación, hasta la fecha en que el pasante terminó su Servicio Social, tal proyecto no se había puesto en funcionamiento.

4. "Desarrollar tareas de investigación fundamentadas en -

las actividades tanto preventivas como terapéuticas que sobre el fenómeno de la farmacodependencia se realizan en los Centros Locales".

Este objetivo se cumplió parcialmente, ya que las investigaciones realizadas tales como: la detección de grupos, de líderes, de instituciones interesadas en prevenir el fenómeno de la farmacodependencia, fueron sólo a nivel de prevención y no de tratamiento, y por tanto no se consideran, estas actividades, funciones de una investigación propiamente dicha.

5. "Enseñanza y divulgación de los conocimientos de farmacodependencia y temas relacionados".

Este objetivo sin duda se cumplió con las pláticas que se impartieron en las escuelas y en la comunidad; así como en las sesiones de trabajo y estudio que se llevaron a cabo dentro del C.I.J. Aragón.

6. "Detección de la farmacodependencia y la identificación de grupos de alto riesgo, buscando adecuada atención para los mismos".

El trabajo realizado en la comunidad, jóvenes y allegados a ellos, satisface este objetivo, porque dentro del C.I.J. Aragón se considera a los adolescentes y menores de edad, como grupos de alto riesgo para sufrir el fenómeno de la farmacodependencia. Además de que, dentro de las pláticas al plantearse problemas específicos de farmacodependencia, a éstas personas, que externaron sus necesidades de tratamiento, se les canalizó al C.I.J. Aragón.

7. "Diagnóstico precoz de la farmacodependencia para su tratamiento en consulta externa y su orientación".

Si este objetivo no se cubrió tal plenamente como se hubiera deseado, sí se colaboró con la Institución para que lo cubriera, ya que dentro de las pláticas a la comunidad, en general, hubo personas a las que se les remitió directamente al C.I.J. Aragón para su tratamiento y/u orientación.

8. "La colaboración con las instituciones, grupos y organizaciones públicas o privadas que enfrenten el problema de farmacodependencia".

El trabajo realizado en la comunidad, la entrevista a líderes y con los centros sociales y deportivos, siempre se trató de cubrir este objetivo, que tiene como fin el prevenir el fenómeno de la farmacodependencia, pero los resultados no fueron exitosos. ya que el trabajo quedo sólo a nivel de entrevista por que no se llevó a cabo el trabajo planeado en los objetivos de los diferentes proyectos en que trabaja la Institución.

Cómo se puede observar el cumplimiento de los objetivos, en general, se realizó durante el tiempo de prestación de Servicio Social.

Por último se analizarán los objetivos particulares del pasante.

1. "Conocer el fenómeno de la farmacodependencia, su historia y desarrollo".

Se puede afirmar que este objetivo se cumplió, ya que dentro de la información impartida por la Institución y la adquirida en forma personal por el pasante, se pudo contemplar la historia, origen, causas, daños, etc., del fenómeno de farmacodependencia.

2. "Identificar los aspectos generales de la farmacodependencia".

Dentro del tiempo de prestación del Servicio Social del pasante, este objetivo se cubrió, ya que se logró la familiarización de un fenómeno de orden nacional, como lo es la farmacodependencia, así como la comprensión de sus causas, que se hace necesaria para aportar acciones para su prevención y/o tratamiento.

3. "Conocer los servicios que desempeñan los Centros de Integración Juvenil".

Dentro del cumplimiento de este objetivo, se debe considerar

la participación de las personas que laboran en el C.I.J. Aragón que ayudaron al pasante a adquirir la información necesaria acerca de los servicios que el C.I.J. Aragón presta a la comunidad en cada uno de los diferentes proyectos.

4. "Valorar la importancia de la función preventiva de la - Institución".

¿ Que se puede decir de este objetivo, si el trabajo realizado por el pasante fué a nivel preventivo ? . Pues indiscutiblemente se cubrió satisfactoriamente. Por el valor que se dá a la prevencción dentro de la Institución, es mucho mayor que el aspecto - terapéutico, ya que éste trabajo depende de que se pueda lograr - la prevención y/o eliminación del fenomeno de farmacodependencia.

5. "Procurar el intercambio de experiencias y conocimientos sobre el fenómeno de farmacodependencia".

En el caso de este objetivo, el cumplimiento fué por demás - exitoso , ya que el intercambio de experiencias por parte del personal del C.I.J. Aragón como de parte del pasante, fué muy rico además de interesante y beneficioso.

6. "Elevar el nivel de conocimientos adquiridos en la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Zaragoza en la carrera de - Psicología, para mejorar la calidad de trabajo que ofrecen los - profesionales egresados".

Dentro del trabajo realizado en el Servicio Social, en el -- C.I.J. Aragón, se puede apreciar que los conocimientos adquiridos son lo bastante amplios como para ofrecer un trabajo de calidad - de parte de los egresados de la carrera de Psicología de la E.N.- E.P. Zaragoza.

Por lo mencionado anteriormente, se puede decir, que la ma-- yor parte de los objetivos del pasante fueron cubiertos por el - trabajo desempeñado en el C.I.J. Aragón, durante el tiempo de pres tación del Servicio Social.

Ahora bien, de acuerdo a lo expuesto, se puede afirmar que - en su mayoría los objetivos fueron cubiertos. El Servicio Social se cumplió de acuerdo a las expectativas que la E.N.E.P. Zaragoza tenía de él, el C.I.J. Aragón y el pasante. Por tanto, sin temor a equivocarse, se puede afirmar que el pasante logró la aplicación de los conocimientos adquiridos en el aula a un problema de orden nacional como lo es la farmacodependencia, además de otorgar un beneficio a la comunidad donde se encuentra localizado el C.I.J. Aragón.

Se puede considerar que el Servicio Social es una opción adecuada para aplicar los conocimientos adquiridos en la carrera de Psicología de la E.N.E.P. Zaragoza. El haber trabajado dentro de las Clínicas Interdisciplinarias de la misma, permitió al pasante adquirir experiencia en el trato y expresión hacia la gente, sirviendo sobre todo al desenvolvimiento de aquel al estar realizando el Servicio Social.

Es indispensable hacer mención que en el C.I.J. Aragón, el pasante recibe un trato adecuado a sus capacidades y atributos, - aunque también es cierto que en algunas ocasiones, por apremio de trabajo, se le encomiendan labores no propias de su formación profesional. (como el de hacer visitas domiciliarias a pacientes que no acudieron a su sesión terapéutica).

Enfocándonos ahora sobre la problemática que está presentando la sociedad actual y el desarrollo de la misma, se percibe que el mundo civilizado tiene un precio que pagar para continuar su desarrollo y a veces ese precio resulta muy alto para algunos jóvenes.

En la actualidad el modelo de familia que se reconoce es, aquel que está constituido por el esposo, la esposa y los hijos. - Todos ellos forman una estructura familiar en donde cada miembro, es afectado por todos los demás y la familia como un todo.

Es de todos conocido, universalmente aceptable que la familia, primer ambiente del ser humano, constituye los cimientos de la futura personalidad del niño, pues en la conducta que el adulto tiene frente al infante determina el desarrollo emocional y la actuación posteriormente que adoptará en la escuela con su grupo social y ante la vida en general.

El mundo se encuentra en un estado de transición y la familia que siempre cambia con su sociedad, sufre también transiciones. Hay factores transicionales que además se ven aumentados por la creciente migración de familias que pertenecían a un medio rural y que se establecieron en uno urbano, con las creencias de que en este nuevo medio encontrarán segura e inmediatamente satisfacciones a sus necesidades económicas, sociales, etc. Este movimiento plantea a las familias y a sus miembros una serie de exigencias de cambio para poder adecuarse al nuevo mundo urbano que pretenden hacer suyo. Es así debido a estas influencias transicionales una de las tareas psicosociales fundamentales de la familia apoyar a sus miembros como parte de una estructura, ha alcanzado, más importancia que nunca.

En las últimas décadas, el desarrollo urbano e industrial ha afectado a las familias, generando cambios estructurales importantes como son: la desintegración familiar, la confusión de roles en la familia, carencia de la figura en la que el hijo logre identificarse, sentimiento de abandono, etc..

El sentimiento de abandono se dará en la medida en que el hijo vea bloqueado o suprimido el acceso a sus canales de comunicación con uno u otro padre o con ambos, la carencia de afectos también puede verse asociada a este abandono, siendo producto de una mala integración familiar, de provenir de una familia numerosa, del poco tiempo disponible de los padres para atender y cuidar a los hijos, etc.. Estas situaciones pueden provocar en el hijo la sensación de que no recibe la cantidad de afecto que el requiere.

Todos estos factores, y otros más, crean estados de angustia y ansiedad, insatisfacción y/o rebeldía y estas, a su vez, provocan tendencias en el joven a buscar satisfactores o elementos menos frustrantes que le permitan establecer otras relaciones y que no le generen displacer.

Es por esta tendencia a encontrar y a satisfacer las carencias, así como solucionar esta situación de inestabilidad y de frustración, que el hijo se incorpora a un grupo de personas en el que de una u otra forma se da la misma situación afectiva, que los hace semejantes y en el que los miembros del grupo se identifican entre sí. En este grupo se da con frecuencia el uso de sustancias tóxicas, que en un principio son utilizadas solamente a nivel de experimentación, "ver que se siente", o bien, utilizarla droga para ser aceptado en determinado grupo.

Como ya se vió, anteriormente, la utilización de drogas no es algo nuevo, el hombre las ha utilizado desde hace muchos siglos con diversos fines: místico-religioso, como parte de rituales terapéuticos en las curas humanísticas, etc..

Pero también con el fin de evadir una realidad que no siempre resulta satisfactoria o gratificante. Lo que ha variado con el paso del tiempo son ciertas peculiaridades de su uso, que tienen que ver con el desarrollo de fenómenos sociales en los que se ven inmersos los consumidores. Se decía antes, que entre los grupos vulnerables se encuentran aquellos asentados en las grandes urbes. Observemos sólo algunos casos de ciertos fenómenos sociales que contribuyen al desarrollo de la farmacodependencia :

Pensemos por ejemplo, en la migración de grandes cantidades de individuos desde el medio rural al urbano. Generalmente se asientan en las zonas así llamadas marginadas. Llegan con grandes expectativas laborales, educativas, económicas, que en buen número de casos no son fácil ni rápidamente obtenibles. Estas movilizaciones implican cambios radicales de conductas y valores, cho-

ques culturales generadores de conflictos y dificultades en el funcionamiento social. El derrumbe de las expectativas, la inadaptación al nuevo medio, etc., provocan desequilibrio del núcleo familiar que pueden llevar a la búsqueda y al encuentro de salidas falsas, ilusorias y altamente dañinas como lo es la farmacodependencia. El hacinamiento, la pérdida de la propia identidad, el cambio constante y acelerado ritmo de vida contribuyen otro tanto y si se suman otros fenómenos igualmente complejos y de difícil solución; es sobre todo a partir de la década de los 60's, que se acentúa el fenómeno de transculturación; importación de modas y costumbres, de ideologías ajenas que, provocan fuertes choques y pérdidas de identidades culturales propias.

El consumismo y la competencia, también hacen tambalear la propia seguridad y ciertos ideales y expectativas ante la vida, el rápido y necesario crecimiento industrial también colabora. El mundo civilizado tiene un precio que pagar para continuar su desarrollo. El avance tecnológico ha provocado la proliferación de diversas sustancias y compuestos químicos que son usados por numerosos jóvenes para intoxicarse.

Y se podría seguir enumerando otros factores aparentemente ajenos a la farmacodependencia pero al juntarse se convierten en causa de ella.

El problema es real y existe. No hay que ignorarlo pero para realizar una verdadera labor se necesita de una planeación y una ejecución coordinada entre los diferentes sectores: Público, Privado y Social.

Se sabe que el fenómeno de farmacodependencia es muy complejo. Todos los esfuerzos y acciones aisladas merecen de reconocimiento pero se cree que así solo se obtendrán resultados escasos y el desgaste de material y humano será enorme. La magnitud del fenómeno trasciende las acciones aisladas, de ahí la necesidad urgente e imperiosa de un trabajo coordinado para no duplicar acciones, para no descuidar ninguna de las múltiples variables y face-

tas que inciden en la aparición y en el aumento de este grave problema. El problema se hace más complejo, con más probabilidades de llevar a cabo acciones específicas más eficaces y eficientes - en la medida de las posibilidades de llevar a cabo un trabajo coordinado; sustentado en la experiencia, la investigación y los recursos científicamente probados a nuestro alcance, entre los diversos sectores: público, privado y social, que están involucrados de una u otra forma, ya sea en cuanto a su desarrollo, en cuanto a sufrir las consecuencias, en cuanto a posibilitar soluciones en el grave problema social que representa el fenómeno de farmacodependencia, principalmente juvenil, en nuestra sociedad.

Para concluir este breve análisis del tiempo de prestación - de Servicio Social, se hace necesario mencionar que, a través de las experiencias, en algunas ocasiones, negativas se obtienen aspectos positivos y la capacidad de superar los obstáculos, que pudieran presentarse, radica en el optimismo con que se vean.

VII. CONCLUSIONES.

A partir del análisis realizado anteriormente, se desprenden las siguientes conclusiones :

1. Los Centros de Integración Juvenil A.C., son la única - Institución (en México), que se encarga de prevenir y dar tratamiento contra la farmacodependencia.

2. La falta de material, recursos humanos y apoyo de parte de la comunidad de los Centros Locales y el escaso número de éstos hacen que su labor no sea tan eficaz como se deseara.

3. El fenómeno de la farmacodependencia constituye parte de la problemática nacional, es por ello la importancia de la creación de Instituciones dedicadas a tal fenómeno.

4. La población de la Delegación Villa Gustavo A. Madero por sus características y necesidades, se presenta como campo probable para el desarrollo de farmacodependencia.

5. Se hace necesaria la divulgación del fenómeno de la farmacodependencia dentro de la Delegación Gustavo A. Madero debido a la gran cantidad de población establecida dentro de la misma y que ignora, en algunas ocasiones, todo lo relacionado al fenómeno.

6. La población más expuesta a la farmacodependencia son : los niños y los jóvenes, por tanto se hace necesaria una campaña de prevención permanente, que trate de formar parte de las actividades de la vida diaria.

7. Se debe hacer mención a los familiares del farmacodependiente, de que éste es una persona que sufre un trastorno curable y que se le debe tratar con aprecio y no de forma contraria.

8. Durante la estancia dentro del C.I.J. Aragón, se aumentó el número de conocimientos sobre farmacodependencia, su problemática, causas, etc., además de lograr el control de los mismos para la extensión de éstos a la comunidad.

9. En el Servicio Social se logran aplicar, a la realidad, los conocimientos adquiridos a lo largo de la carrera de Psicología de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Zaragoza, sobre el área de prevención del fenómeno de farmacodependencia.

10. El psicólogo de base o pasante, recibe un trato adecuado en el C.I.J. Aragón, permitiéndole la aplicación de sus conocimientos sobre el área, ya sea preventiva o terapéutica.

11. Se necesitan desarrollar modelos de prevención dirigidos específicamente a escuelas y su comunidad, tomando en cuenta, las características particulares de cada grupo; tales como, edad, grupo social, cultura, etc..

12. Se necesita organizar un grupo multidisciplinario, altamente especializado, para programar y realizar acciones de prevención y atención terapéutica. Contando además, con la participación imprescindible de la comunidad para enfrentar y ayudarse mutuamente para combatir el fenómeno de farmacodependencia.

13. Evaluación del tratamiento para probar su eficacia mediante actividades de seguimiento a través del individuo, su familia y su propia comunidad.

14. Si se observa la cantidad de población adolescente que existe en la Delegación (hasta 1970 eran, 252,100 jóvenes entre los 10 y 19 años), y siendo ésta la más expuesta a la farmacodependencia y, comparándola con la población a la cual se les impartieron las pláticas preventivas de farmacodependencia, se puede observar que el trabajo preventivo dado en escuelas, se debe ver apoyado por otro tipo de actividades para hacer más eficaz esta acción y ser más extensiva.

PROPUESTAS Y/O RECOMENDACIONES.

A. En base a la información proporcionada anteriormente, se deduce que es necesario que los programas del área médica y en los medios de comunicación social, se dé mayor énfasis a la prevención y tratamiento de las drogas de uso extramédico.

B. Debido a las múltiples causas que determinan el fenómeno de farmacodependencia : oferta excesiva de parte de los laboratorios, medicación profesional indiscriminada, migración, desempleo, etc.. Es necesario crear programas que puedan intervenir en algunos de éstos sectores.

C. En los programas de prevención dirigidos a escuelas, se sugiere se trabaje especialmente en escuelas de los sectores medio y superior, ya que en ellas es donde se presenta con más frecuencia el uso de las drogas y no se sanciona adecuadamente.

D. Dentro de la Delegación Villa Gustavo A. Madero, se deberían de crear más medios de diversión y entretenimiento, pues los que existen no son suficientes para la población que habita en la misma. Quizás la situación actual del país no permita tales gastos para dichos centros, pero sería bueno, en su defecto, que se fomentaran más arduamente las actividades de los centros ya existentes, dando diversas actividades, no sólo que promuevan la diversión, sino que puedan servir como un medio de ayuda a las personas que los tome, por ejemplo : economía familiar, educación sexual, control de la natalidad, etc..

E. Se hace necesario que el gobierno federal, dentro de sus limitaciones, proporcione ayuda para persistir la lucha contra la farmacodependencia y otros problemas sociales que puedan provocar la como : desintegración familiar, creación de empleos, etc..

F. Es indispensable, conforme a su presupuesto, que los C.-I.-J., promuevan más actividades dentro de los Centros Locales y poner en funcionamiento el Proyecto de Rehabilitación, ya que así permitirían al farmacodependiente lograr ocupar su tiempo libre en actividades que le sean beneficiosas.

G. Por la importancia que reflejó la prevención, durante el Servicio Social, se sugiere se incluya un apartado dedicado a impartir pláticas sobre Infancia, Adolescencia y su vinculación con la familia; lo que ayudaría a una mejor y más amplia prevención - del fenómeno de farmacodependencia.

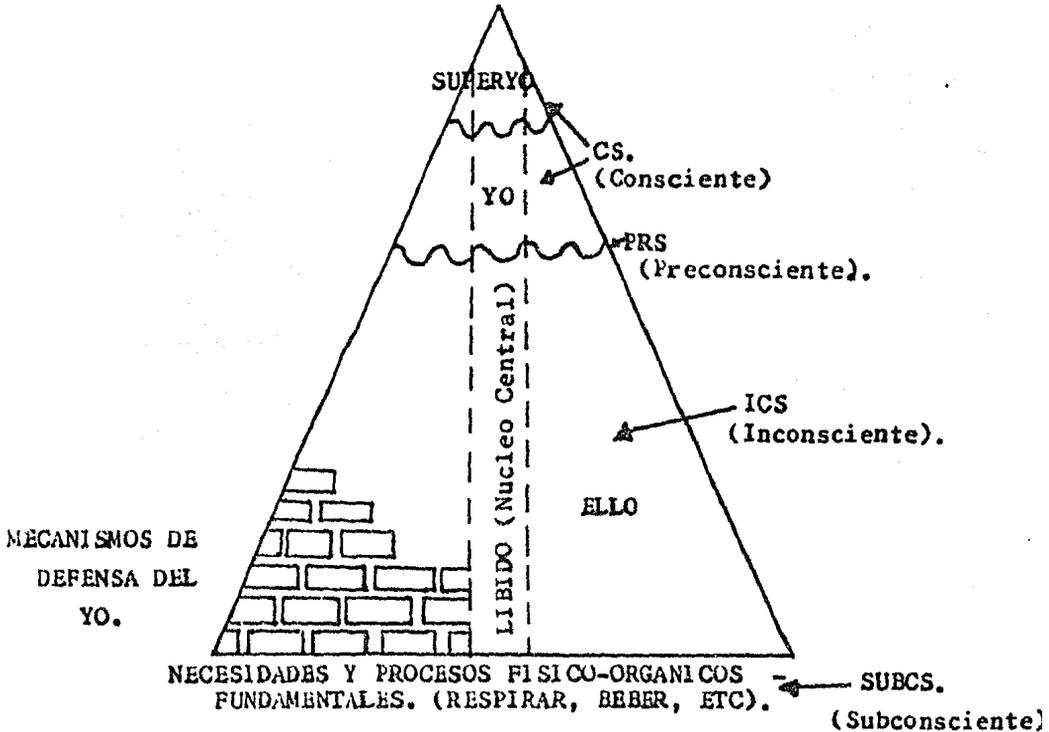
H. Previa a una preparación suficiente de los pasantes que realizan su Servicio Social en los C.I.J., se sugiere se les permitan realizar acciones de co-terapeuta o terapéuticas directas - como una preparación más amplia del pasante.

I. Se sugiere se establezcan los contactos directamente con las Instituciones a las cuales se van a dirigir los pasantes para realizar su Servicio Social y establecer conjuntamente las actividades que desarrollarán y las prestaciones que se ofrecerán.

A N E X O S

ANEXO 1.

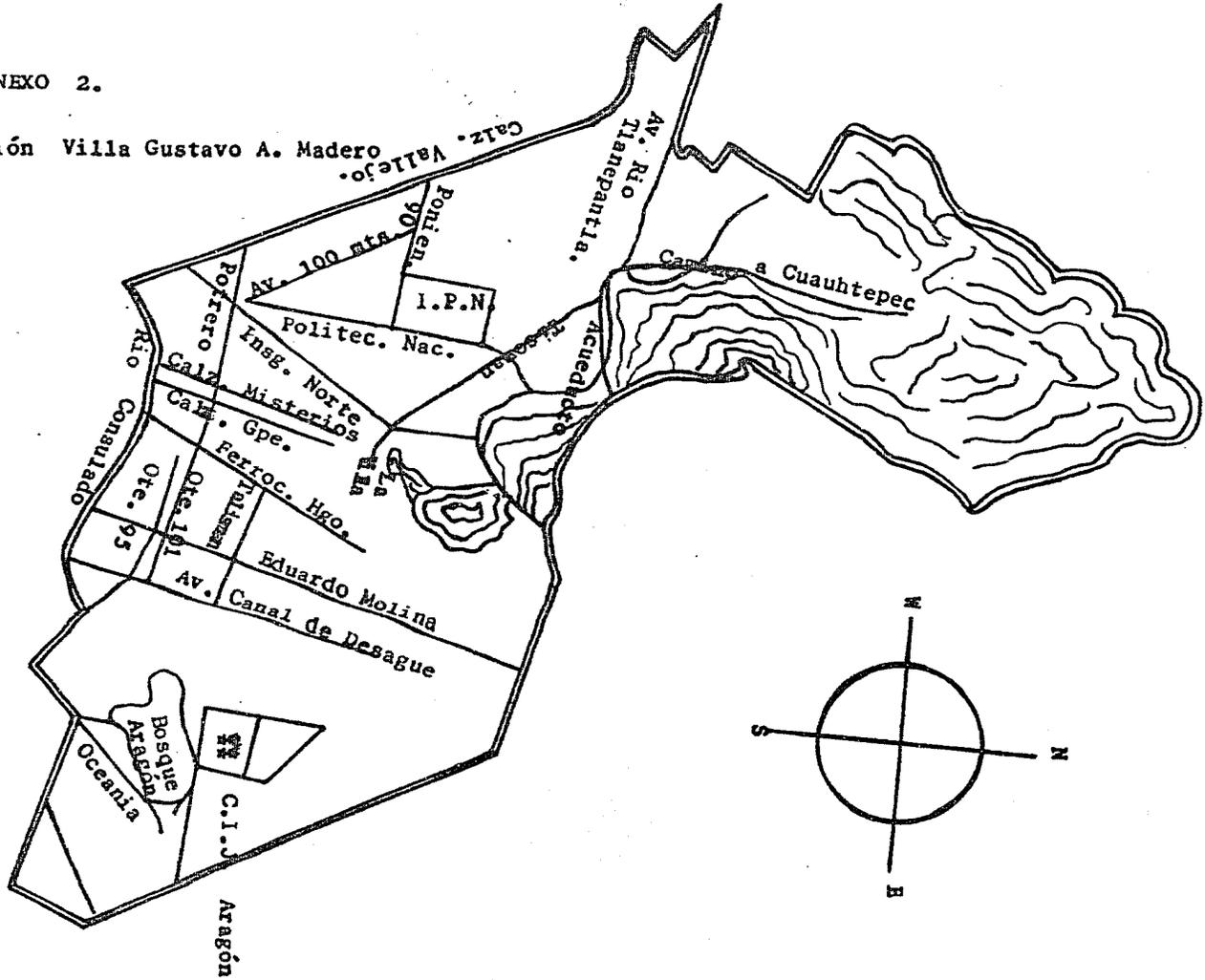
DIAGRAMA QUE ESQUEMATIZA A LOS ELEMENTOS DE LA DINAMICA DE LA CONDUCTA, SEGUN FREUD.



El ello se encuentra en la base; es la parte mayor de la personalidad y soporta toda la estructura. Es fundamental para el - ello la capa inferior de proceso subconscientes, de la que dependen toda la vida. El subconsciente es innato y funciona desde el nacimiento. El yo es el encargado de la realidad, dado que funciona en forma consciente. El superyo por ser el ultimo en desarrollarse se encuentra en la cima, en los dominios del consciente. - Centro de toda estructura de la personalidad es la libido. La libido es el núcleo de la estructura y lo que ocurre en la personalidad afecta a la libido. Alrededor de toda la estructura y protegiendola de presiones y roces del mundo externo, se encuentran los mecanismos de defenza.

ANEXO 2.

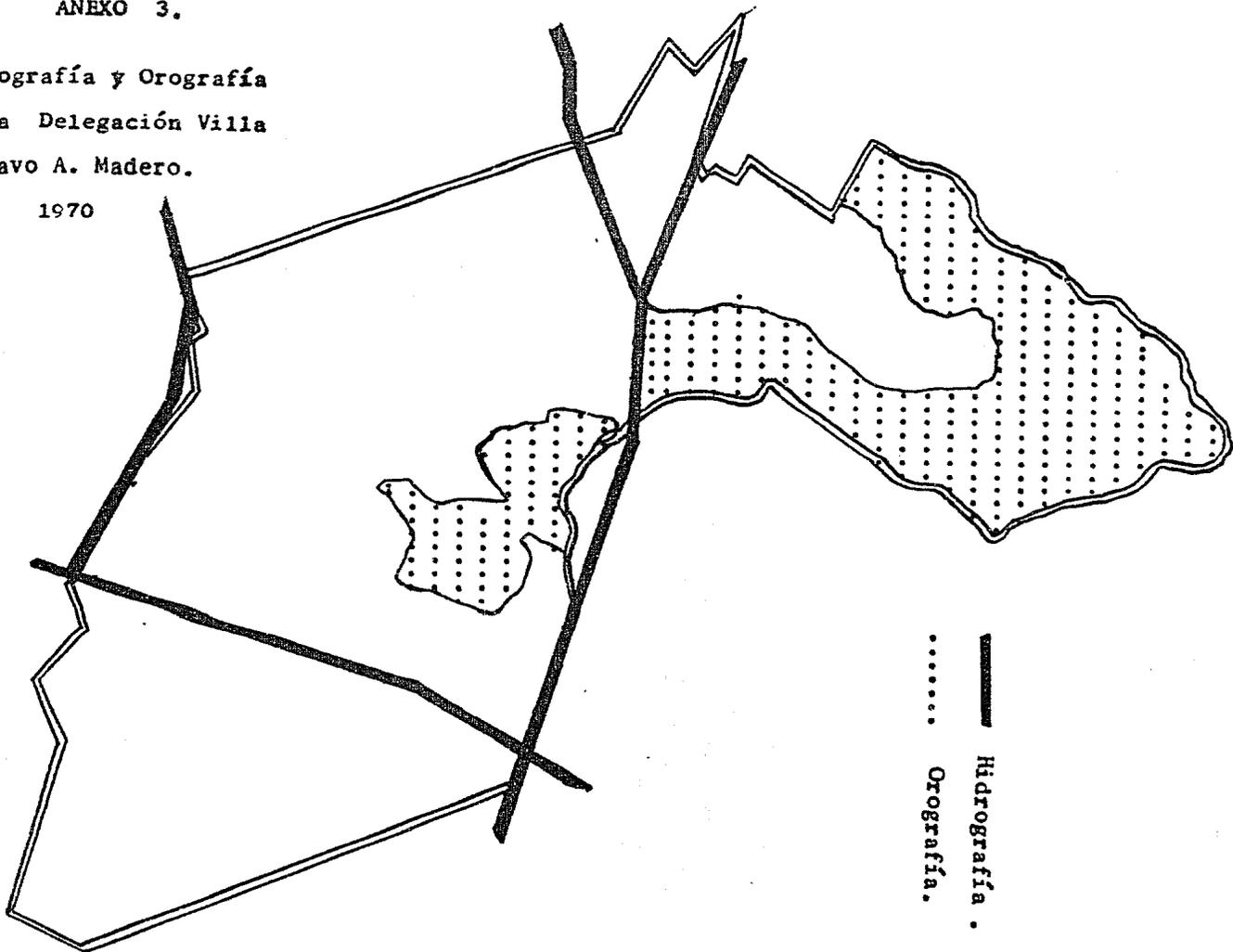
Delegación Villa Gustavo A. Madero



ANEXO 3.

Hidrografía y Orografía
en la Delegación Villa
Gustavo A. Madero.

1970



ANEXO 4.

POBLACION TOTAL POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO
EN LA DELEGACION GUSTAVO A. MADERO*

Edad en años.	Hombres	Mujeres	Total		%
			Hom	Muj.	
De 0 a 4 años.	102,604	97,389	199,993		16.86
De 5 a 9 años.	91,521	87,621	179,142		15.10
De 10 a 14 años.	75,572	75,085	150,657		12.70
De 15 a 19 años.	64,002	67,441	131,443		11.10
De 20 a 24 años.	56,183	59,267	115,450		9.73
De 25 a 29 años.	43,929	44,800	88,729		7.48
De 30 a 34 años.	33,806	33,679	67,485		5.69
De 35 a 39 años.	29,764	37,039	61,803		5.21
De 40 a 44 años.	23,351	24,977	48,328		4.07
De 45 a 49 años.	20,979	20,622	40,701		3.43
De 50 a 54 años.	13,098	14,248	27,346		2.30
De 55 a 59 años.	11,180	12,508	23,688		1.53
De 60 a 64 años.	8,190	9,981	18,171		1.18
De 65 a 69 años.	5,962	8,077	14,029		0.72
De 70 a 74 años.	3,473	5,054	8,527		0.39
De 75 a 79 años.	1,699	2,849	4,548		0.26
De 80 a 84 años.	1,061	2,009	3,070		0.25
De 85 a más años.	0,967	2,020	2,987		0.25
TOTAL :	586,441	599,666	1.188,107		100.00

* Fuente : Censo General de Población y Vivienda, 1970 S.I.C.

ANEXO 6.

POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA E INACTIVA
EN GUSTAVO A. MADERO.*

Población Activa.	Total	Suma	Ocupado	Desocupado	Suma
De 12 a 14 años.	89,046	6,335	5,526	809	82,711
De 15 a 19 años.	131,443	50,368	45,302	6,066	81,075
De 20 a 24 años.	113,450	66,889	61,801	4,088	48,561
De 25 a 29 años.	88,729	52,240	50,262	1,879	36,489
De 30 a 34 años.	67,485	39,845	38,562	1,382	27,640
De 35 a 39 años.	61,803	35,834	34,675	1,159	25,669
De 40 a 44 años.	48,328	27,863	26,949	914	20,465
De 45 a 49 años.	40,701	23,358	22,647	711	17,343
De 50 a 54 años.	27,346	14,837	14,352	485	12,509
De 55 a más años.	75,039	28,744	27,593	1,551	46,286
Total :	745,361	346,313	327,669	18,644	399,048

Población Activa.	Quehaceres Domésticos.	Estudiante	Otro
De 12 a 14 años.	11,816	64,207	6,688
De 15 a 19 años.	28,405	40,514	12,156
De 20 a 24 años.	35,237	7,601	5,723
De 25 a 29 años.	32,655	1,801	2,753
De 30 a 34 años.	25,423	343	1,874
De 35 a 39 años.	24,041	154	1,774
De 40 a 44 años.	18,833	152	1,400
De 45 a 49 años.	15,735	78	1,530
De 50 a 54 años.	11,053	90	1,366
De 55 a más años.	35,076	478	10,732
Total :	238,274	114,698	46,076

* Fuente : Censo General de Población y Vivienda 1970, S.I.C.

OCUPACION POR POSICION EN GUSTAVO A. MADERO

	1970.*				
	Agricultura.	Comercio	Transportes.	Servicios	Gobierno
Total.	5,776	53,525	17,695	88,336	21,391
Patrón o Empresario	326	4,171	1,161	5,974	-----
Obrero o empleado.	1,569	28,330	12,709	65,913	21,116
Jardinero, peón de campo.	2,179	474	357	1,271	275
Trabaja por su cuenta.	694	17,064	3,207	13,153	-----
Ejidatario.	646	-----	-----	-----	-----
Trabaja en negocio sin retribución.	336	2,940	261	2,025	-----
	Industria Petróleo	Industria Extractiva	Ind. de Transform.	Construc- ción.	Energía Electrica.
Total.	1,460	707	128,792	20,003	2,053
Patrón o Empresario.	-----	44	6,657	821	131
Obrero o empleado	1,444	534	110,727	13,010	1,486
Jardinero, peón de campo	16	34	1,349	2,017	22
Trabaja por su cuenta.	-----	67	8,327	3,924	31
Ejidatario	-----	-----	-----	-----	-----
Trabaja en negocio sin retribución.	-----	28	1,812	241	23
	Insuficientemente especificados		TOTAL		
Total.	12,741		352,479		
Patrón o empresario	856		20,633		
Obrero o empleado	8,447		265,645		
Jardinero, peon de campo	399		8,393		
Trabaja por su cuenta	2,612		49,069		
Ejidatario	9		655		
Trabaja en negocio sin retribución.	418		8,084		

* Fuente : Censo General de Población y Vivienda 1970, S.I.C.

ANEXO 8.

NUMERO DE VIVIENDAS Y DE OCUPANTES SEGUN SU DISPONIBILIDAD DE AGUA ENTUBADA Y DRENAJE EN GUSTAVO A. MADERO.*

Entidad y forma de abastecimiento de agua entubada.	TOTAL		CON DRENAJE		SIN DRENAJE	
	Viviendas	Ocupantes	Viviendas	Ocupantes	Viviendas	Ocupantes
Disponen de agua entubada.	195,335	1.129,473	153,349	934,818	32,493	194,655
Dentro de la Viv.	116,147	710,214	112, 584	695,158	2,563	15,056
Fuera de la Viv.	48,750	280,214	34,475	204,790	114,274	75,331
De hidratante.	20,945	139,138	5,290	34,870	15,655	104,268
Sin agua entubada.	9,493	56,634	4,198	24,181	5,295	32,453

* Fuente : Censo General de Población y Vivienda, 1970 S.I.C..

ANEXO 9.

NUMERO DE VIVIENDAS Y DE OCUPANTES SEGUN EL NUMERO DE DIAS EN
QUE SE CONSUMIERON DIVERSOS ALIMENTOS*.

Carne.								
Viviendas.	9,453	13,353	29,793	42,590	21,032	11,445	10,724	56,945
Ocupantes.	49,882	83,647	185,674	266,355	131,312	69,550	65,495	334,202
Huevos.								
Viviendas.	22,207	15,541	25,424	20,828	9,410	4,473	4,423	92,939
Ocupantes.	126,132	99,337	159,696	127,704	56,820	28,820	25,824	561,808
Leche.								
Viviendas.	27,792	4,012	6,200	6,392	3,184	1,572	3,400	142,783
Ocupantes.	157,552	23,896	37,906	39,390	19,749	9,631	21,376	876,627
Pescado.								
Viviendas.	103,684	61,414	20,598	4,228	898	936	149	3,428
Ocupantes.	621,704	382,947	124,412	24,860	4,904	5,787	900	20,487
Pan de Trigo.								
Viviendas.	11,691	2,799	3,290	2,820	1,628	974	3,430	168,034
Ocupantes.	59,474	16,315	18,796	15,213	9,210	5,498	21,567	1.040,034

* Fuente : Censo General de Población y Vivienda 1970, S.I.C..

ANEXO 10.

ALFABETISMO Y ANALFABETISMO EN LA DELEGACION
GUSTAVO A. MADERO *.

ALFABETOS.

Edad.	Hombres	Mujeres.	Total.
De 10 a 14 años.	72,060	71,369	143,429
De 15 a 19 años.	61,707	63,692	125,439
De 20 a 29 años.	95,564	94,594	190,158
De 30 a 39 años.	59,191	55,531	114,827
De 40 a más años.	78,561	74,774	153,335
TOTAL :	367,183	359,960	727,335

ANALFABETOS.

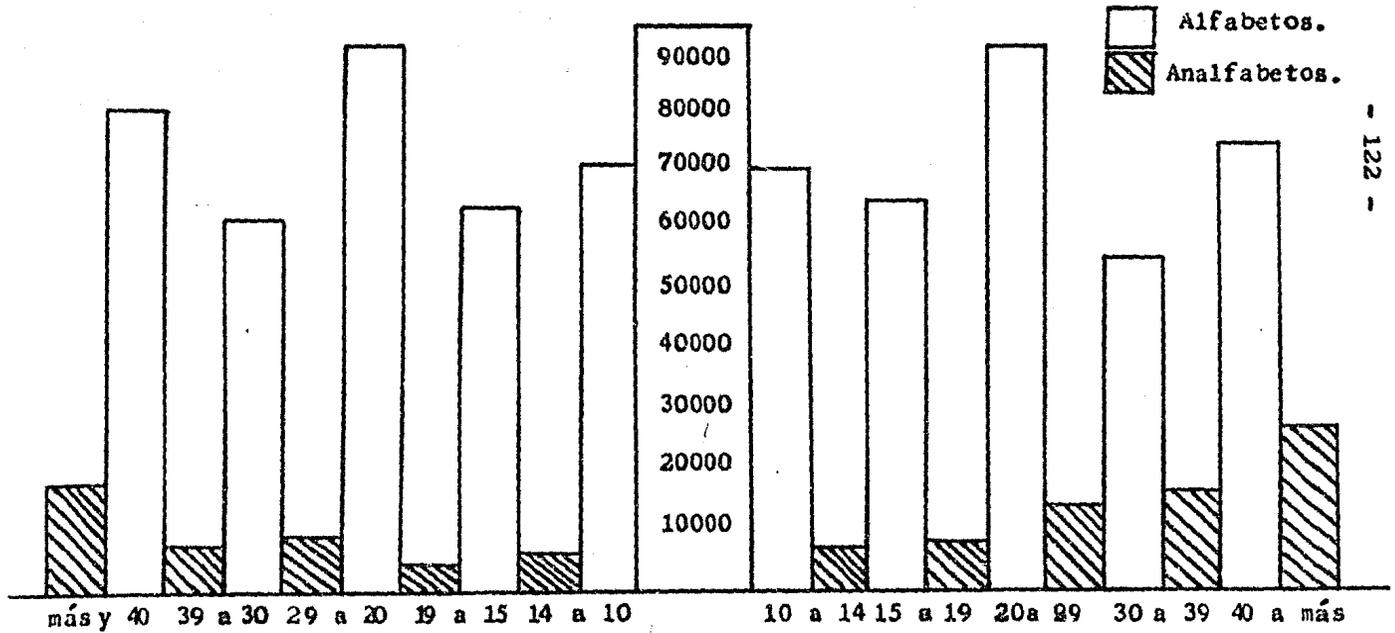
Edad.	Hombres	Mujeres.	Total.
De 10 a 14 años.	3,128	3,716	7,228
De 15 a 19 años.	2,295	3,749	6,044
De 20 a 29 años.	4,548	9,473	14,021
De 30 a 39 años.	4,274	10,187	14,461
De 40 a más años.	10,499	27,571	38,070
TOTAL :	25,128	54,696	79,824

* Fuente : Censo General de Población y Vivienda 1970. S.I.C.

ALFABETISMO Y ANALFABETISMO EN LA DELEGACION DE GUSTAVO A. MADERO.

HOMERES

MUJERES



ANEXO 12.

POBLACION QUE CAMBIO DE LUGAR DE RESIDENCIA
A LA DELEGACION GUSTAVO A. MADERO.*

Población Total.	414,717
Tiempo.	
Menos de 1 año.	58,844
De 1 a 2 años.	29,344
De 3 a 5 años.	42,082
De 6 a 10 años.	80,961
De 11 a más años.	187,642
Período no indicado.	15,642

* Fuente : Censo General de Población y Vivienda 1970, S.I.C.

ANEXO 13.

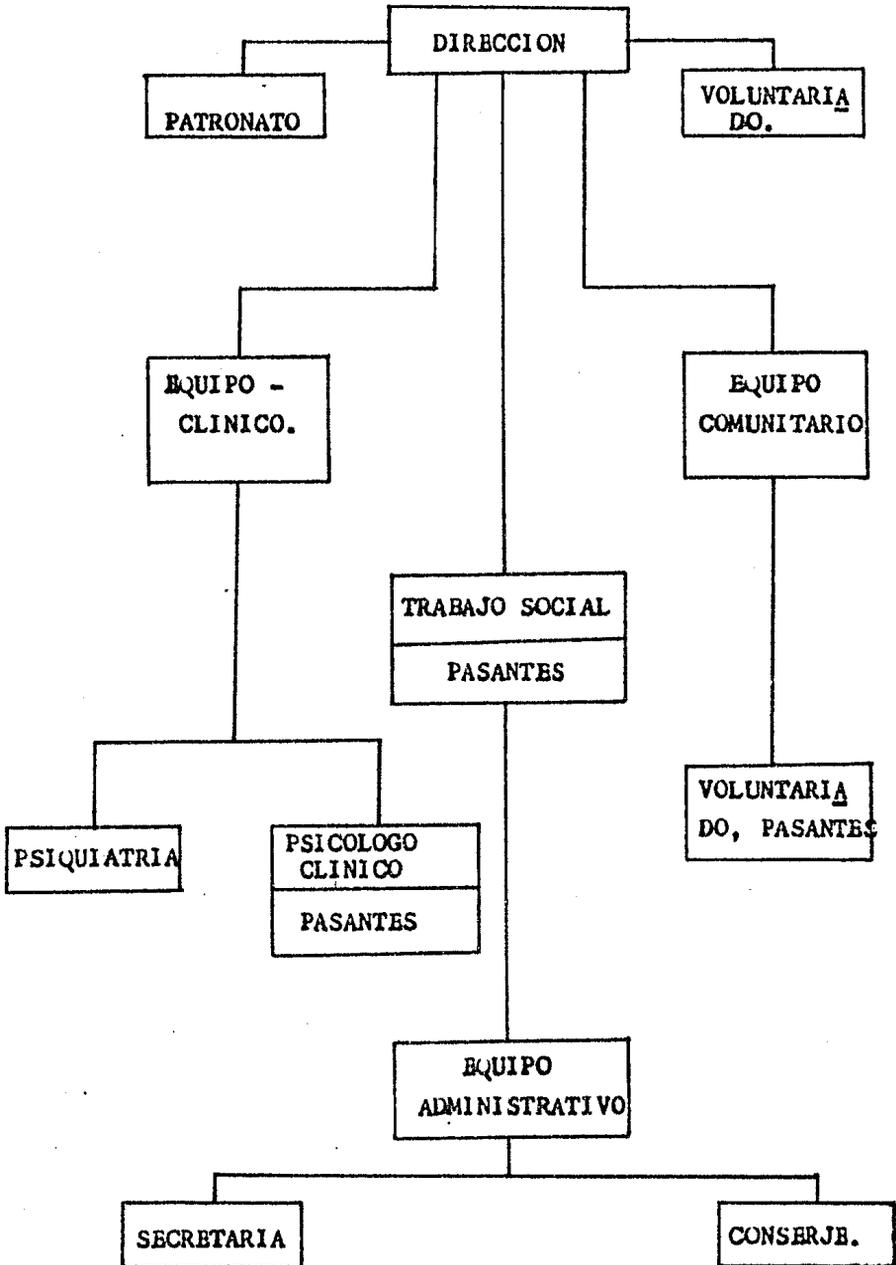
POBLACION SEGUN SU CREDO EN LA DELEGACION
GUSTAVO A. MADERO, 1970.*

	Hombres	Mujeres	Total Hombres y Mujeres	%
Total :	586,441	599,666	1.186,107	100.00
Credo Religioso.				
Católico.	566,917	581,532	1.148,369	96.81
Protestante.	8,057	8,723	16,780	1.41
Israelita.	379	384	763	0.07
Otros.	3,335	3,357	6,692	0.56
Ninguno.	7,753	5,850	13,603	1.15
No Indicado.	-----	-----	-----	-----

* Fuente : Censo General de Población y Vivienda 1970, S.I.C.

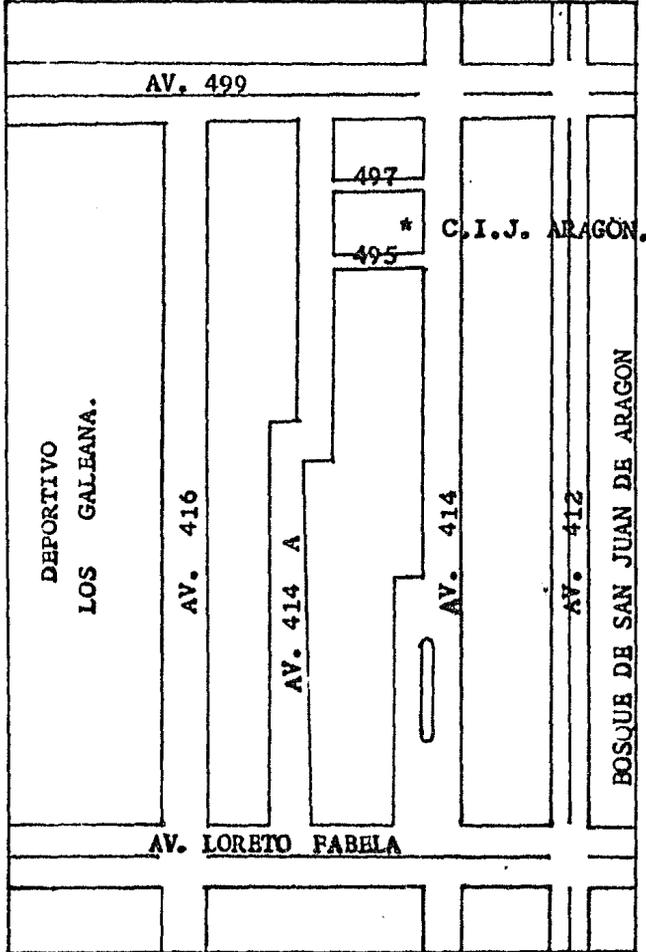
ANEXO 14.

ORGANIGRAMA DEL C.I.J. ARAGÓN.



ANEXO 15.

LOCALIZACION DEL C.I.J. ARAGON.



ANEXO 16.

CROQUIS DEL C.I.J. ARAGON.



ANEXO 17.

Puntos principales que se exponen en las pláticas de farmacodependencia.*

Definición.

Dependencias :

Dependencia Psíquica.

Dependencia Física.

Tolerancia.

Síndrome de Abstinencia.

Grados de Farmacodependencia.

Experimental.

Usuario o Recreador Social.

Funcional.

Disfuncional.

Daño Orgánico.

Causas.

Individuales.

Familiares.

Sociales.

Alternativas.

* Fuente : Centro de Integración Juvenil Aragón, 1983.

RECUERDA : El mundo te necesita, NO desperdicies tu vida.

EVITA LA FARMACODEPENDENCIA...

" TRANSFORMA UN PROYECTO DE MUERTE,

EN UN

PROYECTO DE VIDA "

¡ TODO DEPENDE DE TI !

" Centro de Integración Juvenil Aragón "

Av. 414 No. 176 7a. Sección

San Juan de Aragón.

Tel. 796-18-18



• LA • VIDA • ES • EL • TESORO • MAS • PRECIADO • QUE • TENEMOS.

L A D R O G A D I C C I O N : D E S T R U Y E T U V I D A

Si quieres saber que es , porque existe y como puedes ayudar

¡ P A R T I C I P A C O N N O S O T R O S !

Tú vida es útil para salvar y restaurar ...

la vida de muchos jóvenes.

ACUDE A LAS PLATICAS DE INFORMACION.

EL DIA _____ DE _____ A LAS _____ HRS.

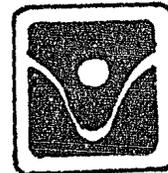
EN EL :

" CENTRO DE INTEGRACION JUVENIL ARAGON "

Av. 414 No. 176 7a. Sección

San Juan de Aragón.

Tel. 796-18-18



¿ LA DROGADICCIÓN, está destruyendo la relación de su familia,
a un familiar, vecino ó conocido ?

PROPORCIONELES SU AYUDA..%

Para el mejoramiento de su familia y su sociedad.

¡ AYUDA A NOSOTROS !

ESTAMOS EN

Av. 414 No. 176
7a. Sección.

San Juan de Aragón. Tel. 796-18-18.

Atte. " Centro de Integración Juvenil Aragón "

C.I.J.

ANEXO 21.

Temas revisados en torno a la farmacodependencia durante el tiempo de prestación de Servicio Social.

TEMAS :*

- Conceptualización de la farmacodependencia en los Centros de Integración Juvenil, A.C..
- La salud y la enfermedad.
- Análisis Crítico a los enfoques de farmacodependencia proporcionados por distintos autores.
- El sistema de servicio de salud en México.
- La dinámica de los grupos pequeños.
- Dinámica de grupos, investigación y teoría.
- Prácticas sociales en el medio rural.
- Lecciones introductorias al Psicoanálisis.
- La adolescencia normal.
- El adolescente y su familia.
- Sociedad y adolescencia.
- La entrevista psiquiátrica.
- Conceptos generales de tratamiento y rehabilitación.
- La entrevista social en el trabajo social.
- Manual operativo para la investigación grupal e individual.
- Técnicas proyectivas de diagnóstico psicológico.
- Psicoterapia de la familia.
- Grupos de terapia de la familia.
- Psicoterapia familiar conjunta.

* Fuente : Guía Técnica de Orientación e Información, C.I.J. 1983.

ANEXO 22.

PROYECTO ESCUELAS.

Número de pláticas impartidas en :

Escuelas Primarias.	Numero de Pláticas.
Esc. Manuel Cetello.	1
Esc. República de Koowait.	2
Esc. Alfredo B. Buenfil.	3
Esc. Miguel Hidalgo.	3
Esc. Suave Patria.	3
Esc. Miguel López Velarde.	1
Esc. Quetzalcoatl.	2

Con un total de asistentes de 956 alumnos.

Escuelas Secundarias.	
Esc. Sec. Técnica No. 30.	4
Esc. Sec. Técnica No. 138.	2
Esc. Sec. Técnica Emilio Zapata.	3

Con un total de asistentes de 616 alumnos.

Pláticas impartidas a Profesores.

Esc. Primaria Suave Patria.	1
Esc. Primaria República de Koowait.	1
Esc. Sec. Técnica Emilio Zapata.	1

Con un total de asistentes de 54 profesores.

Pláticas impartidas a Padres de Familia.

Esc. Sec. Técnica Emilio Zapata.	7
Esc. Sec. Técnica No. 30.	3

Con un total de asistentes de 592 padres de familia.

ANEXO 23.

Numero de pláticas impartidas por el grupo formado por la presidenta de colonia de la Sección 7 de San Juan de Aragón y los principales jefes de manzana.

Fecha de la Plática.	Tema.	No. Asistentes.
14 - Diciembre de 1983.	Farmacodependencia.	32
4 - Enero de 1984.	Farmacodependencia.	21
11 - Enero de 1984.	Farmacodependencia.	17
16 - Enero de 1984.	Farmacodependencia.	24
19 - Enero de 1984.	Farmacodependencia.	15
24 - Enero de 1984.	Farmacodependencia.	19
27 - Enero de 1984.	Farmacodependencia.	16
30 - Enero de 1984.	Farmacodependencia.	27
	TOTAL :	171

ANEXO 24.

PROYECTO ORIENTACION FAMILIAR PREVENTIVA.

Programa de pláticas impartidas en la Unidad Infonavit.

Tema	No. de Pláticas.	No. Asistentes.
Farmacodependencia.	3	38
Desarrollo Prenatal.	3	59
Niñez.	1	22
Infancia.	1	20
Adolescencia.	2	52
Errores en la crianza de los niños.	3	69
Sexualidad.	4	74
Relaciones Padre-Hijo.	2	46
	<hr/>	<hr/>
TOTAL :	19	380

B I B L I O G R A F I A .

- Ackerman, N.: Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1974.
- Becker, Howard, S.: The world of youthful drug use, University of California, Berkeley, California, 1969.
- Belsasso, G.: Incidencia del uso del tabaco y el alcohol y drogas psicotrópicas. Revista del Instituto Nacional de Neurología, 5-2:1-19, 1972.
- Belsasso, G.: Investigaciones farmacológicas, clínicas y epidemiológicas. Revista del Instituto Nacional de Neurología. 4-1, 1-3:201-206, 1972.
- Berg, D.F.: Extente of illicit drug use in the United States. División of drug science, Bureau of Narcotic of Neurology and dangerous drugs Unites States Departamnet of Justice, 1969.
- Brofman, R.: Inhalation of glue fumes and others sustance abuse - practice among adolescents, 1967, pag. 36-53.
- Cabildo, S.C.: Epidemiología y prevención de la farmacodependencia en México. Farmacodependencia, tomo II: 125-149, 1972.
- Campillo, S.C.: Evaluación del problema de salud desde el punto de vista social. Presentandolo en el Simposio "El abuso de las drogas". Gaceta Médica de México, 115-121:483-491, 1979.
- Campillo, S.C.: La epidemiología del uso de las drogas en México. Salud Mental, 2:10-18, 1979.
- Canerinni, L.: Social and family. Factors of teenager drugs adictión. Europ. J. Toxicol., 3:397-401, 1970.
- Castro, M.B.: Consumo de drogas en la población estudiantil de la Ciudad de México y su area metropolitana. Boletin de estupefacientes., 32-4, 35-52, 1980.
- Centros de Integración Juvenil.: Revista Pd. México, Depto de Comunicación social de los C.I.J., mayo de 1981, Año 1 No. 1.

- Centros de Integración Juvenil A.C.: Revista Fd., México, Depto -
de Comunicación social de los C.I.J., agosto 1981, Año 1, --
Número 2.
- Centros de Integración Juvenil, A.C.: Estudios Epidemiológico en
escuelas. Informe Global de los C.I.J., Reporte Interno , -
1981.
- Centros de Integración Juvenil A.C.: Mecanograma. México, 1981 -
C.I.J. Aragón.
- Centros de Integración Juvenil, Aragón.: Guía Técnica de Orienta-
ción e Información y Capacitación. México, 1983.
- Centros de Integración Juvenil, Aragón.: Martínez M. Mecanograma,
México, 1980.
- Centro de Integración Juvenil, Aragón.: Sesión Bibliográfica del
mes de septiembre de 1982. (Prevención), Depto. de Enseñanza
y Divulgación de los C.I.J..
- Claude, B.: La ciudad y el campo en el México central. México, -
Ed. Siglo XXI, 1972, 343 pag.
- COPLAMAR.: Necesidades esenciales de México. Situación actual y
perspectivas del año 2000. Tomo 4, Salud. México. Ed. Siglo
XXI, 1982, pag. 77.
- Cooper, D.: La muerte de la Familia. Ed, Paidos. Buenos Aires, -
1972.
- Coordinación de Psicología. Programa de Servicio Social de la E.N.
E. P. Zaragoza, México, 1981.
- Deniker, J.: Epidemiology and the law en narcotis. 1971. pag. 3--
16. Unites States.
- Delay, S.: Patterns of drugs abuse. en JAMA., 191. Enero 11 de -
1961, pag. 82-108.
- Delegación Villa Gustavo A. Madero.: Sumario. México, Departamento
del Distrito Federal, 1976.

- Delegación Villa Gustavo A. Madero.: Monografía. México, Departamento del Distrito Federal, 1976.
- Eddy, N.B.; Halbichi, H. y Seefers, M.: (1965), Bull. Org, Mund. Sal. Wh. Hlth. Org. 22, 1965.
- Engels, F.: La situación de la clase obrera de Inglaterra. La Habana. Ediciones del Instituto Cubano del Libro, 1975, pag.149.
- By, H.: Tratado de Psiquiatría. pag. 356. 8'a. Edición. Ed. Ma-son.
- Frankel, P.: The parents of drugs abuser. Journal of College Student Personnel. 16:3; 244-247, 1975.
- Fenichel, C.: Adicción a las drogas. Pag. 424-456. en Teorías - psicoanalíticas de la neurosis., 1976.
- Freda, F.: De mi padre no sé nada. Artículo no publicado. Sesión Bibliográfica complementaria. Area Tratamiento. Octubre de 1982.
- Freud, S.: Obras Completas. Tomo III. Psicología de las masas.- Ed. Biblioteca Nueva. pag. 3667. Madrid, 1973.
- Freud, S.: Obras Completas. Tomo II. El sentido de los síntomas Lecciones introductorias al psicoanálisis. 1917. pag. 22-62 3a. Ed. Biblioteca Nueva, Madrid, 1973.
- Harbin, T. y Maizar, M.: The families of drug abusers. A literature review, 60, 1965, pag. 28-32.
- Harlow, H.: Mice, Monkeys, Men and Motives. en Psychological review. 60, 1965, pag. 28-38.
- Hernandez, M.: Terminología sobre farmacodependencia. Mecanograma C.I.J. Aragón, México 1982.
- Krantz, S.: Deterrrrents to drug abuser. The role of the law. JAMA 216: 1464-1470, 1971.
- Kaufman, B. y Kaufman, P.: From a psychodynamic orientation to a structural family therapy. In the treatment of drug dependen- cy. Gardner Press. Inc. New York. Pag. 276-279, 1979.

- Laskowitz, D.: Psychological characteristic of the adolescents - addict. en Harms, E.: Drug adicction in youth. Loung Island City. Nueva York. Pergamo Press. Inc. 1981, pag. 67-93.
- Laurell, C.: Medicina y capitalismo en México. No. 5 Ed. Era -- pag. 91- 132. 1979.
- Lewin, L.: The menace of drug abuse. American Education. Mayo, 1924.
- Lindesmith, L.: Basic problems in the social psychology adicction and theory. en O'Donell & Ball (comps): Narcotic Adicction 91, 1966. pag. 92-107.
- López Portillo, J.: Sexto Informe de Gobierno. 1o. de Septiembre de 1982, México.
- Marbin, T.: The families of drug abuser. Family Process. Vol 14 (33): 411-423, 1975.
- Mc. Grath y F. Scarpitti.: La adicción a las drogas en la juven-- tud actual. Ed Paidos, Buenos Aires, 1976.
- Org, Mund. Sal.: Informe Técnico. 1969. No. 526. pag. 18.
- Org. Mund. Sal.: Informe Técnico. 1970. No. 460. pag. 41.
- Org. Mund. Sal.: Informe Técnico. 1973. No. 401. pag. 6.
- Org, Mund. Sal.: Informe Técnico. 1973. No. 526. pag. 46.
- Org. Mund. Sal.: Informe Técnico. 1974. No. 19. pag. 29.
- Org, Mund. Sal.: Informe Técnico. 1974. Documentos Básicos. 2a. Edición. Ginebra, pag. 7.
- Rado, S.: El psicoanálisis de la farmacotimia. 1932. En Psicoaná lisis de la conducta. pag. 74. 2a. Edición. Biblioteca de - Psicología Profunda. Paidos. 1978.
- Rado, S.: Narcotic Bondaje.: A general theory of the dependence on narcotic drug. Amer. J. Psychiast. 114: 165-180, 1958.
- Rossenber, G.M.: Psychopharmacological elements of drug dependen ce. JAMA. 907-909. 1969.

- Sachs, M.: Sobre la génesis de las perversiones. 1923. IMECO. - No. 5. pag. 17-28. Ed Letra Viva, Buenos Aires, Jul. 1977.
- Seevers, M.H.: Psychopharmacological elements of drug dependence JAMA. 260: 1263, 1968.
- Seldin, N.E.: The family of the addict: A review of the literature. Int. J. Adicctions. 7:97-107, 1972.
- Soriano, N. y Padilla S.: Manual para la elaboración del Informe Final de Servicio Social. México. Secretaría Técnica de -- Servicio Social de la E.N.E.P. Zaragoza, 1982.
- Torres, T.J.; Pucheu, R.C.: Estado actual y perspectiva del problema de farmacodependencia, en México. Salud Mental. 2:816 1980.
- Uno más Uno.: Septiembre 22, 1982. pag. 4.
- Varenne, F.: The dangerous drugs problems. en New York Medicine. 22. 1971, 1-28. 414-416.
- Vera O.: Elementos Psicoanalíticos de la farmacodependencia. Artículo no publicado. Sesión Bibliográfica. Oct. 1982. Area Tratamiento. México.
- Wilker, A.: The adicctive states. Proc. Assn. Nerv. .Ment. Dis. 44, 1968.