



**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
" ZARAGOZA "**

U. N. A. M.

**Informe Final del Servicio Social de la Carrera de
P S I C O L O G I A**

" LA PREVENCION EN FARMACODEPENDENCIA "

Ma. del Rocío Martínez Navarro

**CENTRO DE INTEGRACION JUVENIL
" NETZAHUALCOYOTL "**

DEL 10. DE AGOSTO DE 1983

AL 31 DE JULIO DE 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.

INDICE.

	PAGINA.
PROLOGO	1
INTRODUCCION	3
CAPITULO I. MARCO CONCEPTUAL	5
1.1 Definiciones en Farmacodependencia	5
1.2 Grados de Farmacodependencia	8
1.3 Causas de la farmacodependencia	10
1.4 Clasificación de las drogas	12
1.5 Drogas utilizadas con mayor frecuencia	20
1.6 Tratamientos en Centros de Integración Ju- venil y en el Instituto Mexicano de Psiqui- tría	21
1.7 Aspecto Legal en Farmacodependencia	27
1.8 La Prevención en Farmacodependencia	33
1.8.1 Niveles de Prevención	34
1.8.2 Estrategias de Prevención	36
1.8.3 Modelo Integral de Prevención en Farma- codependencia	42
CAPITULO II. OBJETIVOS	56
2. Objetivos del Programa del Servicio Social	
2.1 Nivel Institucional	56
2.2 Nivel Estudiantil	57
2.3 Objetivos del Programa de Centros de Inte- gración Juvenil	58
2.4 Objetivos Personales	59

CAPITULO III. CARACTERISTICAS GENERALES DE LA POBLACION E INSTITUCION DONDE SE REALIZO EL SERVICIO SOCIAL	60
3.1 Población ó Delegación Política	60
3.1.1 Aspecto Geográfico	60
3.1.2 Aspecto Demográfico	62
3.1.3 Vivienda	65
3.1.4 Servicios	66
3.1.5 Educación	70
3.1.6 Medios de Comunicación	70
3.2 Institución donde se realizó el Servicio Social. 72	72
3.2.1 Antecedentes Históricos	72
3.2.2 Servicios que Presta a la Comunidad	79
3.2.3 Organización Interna	100
3.2.4 Recursos Humanos y Materiales	104
 CAPITULO IV. ACTIVIDADES DESARROLLADAS	 109
4.1 Población Atendida	109
4.2 Actividades Desarrolladas	111
 CAPITULO V. RESULTADOS	 117
 CAPITULO VI. ANALISIS	 120
 CAPITULO VII. CONCLUSIONES	 126
 CAPITULO VIII. PROPUESTAS	 129
BIBLIOGRAFIA	131
ANEXOS	134

PROLOGO.

Debido a que la farmacodependencia es cada vez más frecuente en nuestra sociedad, y que es un problema social a tratar de vital importancia, se decidió realizar el Servicio Social en Centros de Integración Juvenil, Institución que se dedica a atender exclusivamente este tipo de problema.

Otra razón para haber elegido el lugar mencionado, fué la información que se dió en la Escuela, (Por parte de los representantes de la Institución) acerca de los Centros de Integración y las supuestas actividades que realizarían los pasantes. Fués se dió, que el pasante podría escoger alguno de los Proyectos en los que se trabaja en el área de Prevención. Y que además habría la posibilidad de dar atención a pacientes.

Esta posibilidad de dar atención, fué una de las razones principales para elegir Los Centros de Integración. Sin embargo, tal posibilidad fué impedida, debido a la diferencia de enfoques terapéuticos entre la - Institución y los Pasantes de ENEP-ZARAGOZA, ya que los Centros de Integración rehabilitan al paciente utilizando modelos eminentemente dinámicos.

En cambio en la Escuela se dota al estudiante con información de diversas aproximaciones entre las que destaca el enfoque Cognitivo-Conductual en el área de Clínica.

Por último, me queda agradecer la valiosa asesoría de los Psicólogos Juan Miguel Rivera Cervantes y Natalia Becerra Lechuga.

INTRODUCCION.

La prevención de la farmacodependencia se presenta hoy como una labor de primera importancia que se inscribe dentro de un proceso global de desarrollo individual y social. Prevenir la farmacodependencia implica necesariamente desarrollar nuestra sociedad.

Nos enfrentamos en la actualidad a un creciente proceso de "Quimificación" de la vida, desde las sustancias químicas adquieren cada vez mayor prepotencia en la conducción de todas las manifestaciones vitales. Esta omnipresencia química se produce además, en un marco de tensiones sociales y la farmacodependencia forma parte de este proceso.

Por su gran complejidad, que limita en muchas ocasiones las acciones terapéuticas y más todavía las rehabilitatorias, la farmacodependencia debe ser atacada mediante un enfoque fundamental hacia la prevención Primaria.

El presente trabajo tiene como objetivo dar a conocer de una manera general lo que es la "Prevención" en la farmacodependencia y sobre todo enfocándose en la Prevención Primaria que toma como elementos primordiales la "educación" y la "información" sobre la farmacodependencia a la sociedad, para concientizar y así evitar la aparición de dicho problema.

También son consideradas las actividades asignadas por la Institución al pasante y las cuales estuvieron encaminadas dentro de lo que es el área de Prevención Primaria, en donde trabajo el pasante a lo largo de la realización del servicio social.

Se describen así mismo, las características generales de la Institución, donde se realizó el servicio social, los servicios que presenta a la comunidad, (dándosele mayor importancia a los proyectos preventivos, dado que fué el área donde trabajó el pasante) su organización, la descripción de sus recursos humanos y materiales, la ubicación geográfica del municipio de Ciudad Nezahualcóyotl, su demografía, sus servicios etc.

Finalmente se presentan los resultados de las actividades realizadas durante el servicio social, haciéndose también un análisis sobre las mismas y sobre las limitaciones encontradas a lo largo del servicio social.

CAPITULO I.

MARCO CONCEPTUAL.

" LA PREVENCIÓN EN FARMACODEPENDENCIA ".

Antes de enfocar nuestra atención sobre el tema principal que es la "Prevención en Farmacodependencia", es necesario revisar algunos conceptos teóricos importantes.

1.1. Definiciones en Farmacodependencia.

1.1.1 Farmacodependencia.

Esta definición y las que mencionaremos más adelante, las aporta la Organización Mundial de la Salud (OMS), y son aceptadas en casi todo el mundo. Así pues, la "Farmacodependencia es el estado Psíquico y a veces Físico, caracterizado por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible por tomar el fármaco en forma continua ó periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces, para evitar el malestar producido por la privación". (CEHEF, 1980).

En primer termino, la definición establece que, para que exista farmacodependencia, es necesario que un ser vivo entre en contacto con un fármaco. Necesitamos por lo tanto, conocer lo que se entiende por fármaco.

1.1.2 Fármaco ó Droga.

"Droga ó Fármaco es toda sustancia que, introducida en el organismo vivo, puede modificar una ó más de sus funciones". (CIEEF, 1980). Es decir, un fármaco es una sustancia ajena al organismo que al entrar en él, altera alguna de sus funciones normales.

En segundo lugar, la definición de farmacodependencia afirma que esta consiste siempre en un estado psíquico especial, y que, en el caso de ciertas drogas, puede haber además cambios en el 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 el fármaco.

Estos conceptos hacen necesario conocer otras definiciones. Pues existen dos grandes tipos de Dependencia, según la droga que se consuma:

1.1.3 Dependencia Física.

"Dependencia Física ó Adicción es un estado de adaptación biológica que se manifiesta por trastornos fisiológicos más o menos internos cuando se suspende bruscamente la droga". (CIEEF, 1980).

Cuando existe Dependencia Física, el organismo se acostumbra a la droga y la necesita para vivir. Entonces, si bruscamente se deja de to-

mar la droga, ocurren trastornos fisiológicos, como alteraciones en la frecuencia cardíaca; en la presión arterial y en la respiración; sudoración; vómitos; delirios; convulsiones; pérdida de la conciencia etc. Las alteraciones pueden ser leves ó graves, e incluso pueden llegar a provocar la muerte. Todos estos trastornos fisiológicos, producidos al suspender bruscamente un fármaco que produce Dependencia Física, se conocen en conjunto como "Síndrome de Abstinencia". (CENEF, 1980).

1.1.4 Dependencia Psíquica.

El segundo tipo de Dependencia, producido por el uso de algunas drogas en forma continua, es la Psíquica ó Habitación, la cual es "El uso compulsivo de una droga sin desarrollo de Dependencia Física, pero que implica también un grave peligro para el individuo". (CENEF, 1980).

Es decir, en la Dependencia Psíquica no se producen trastornos fisiológicos al suspender bruscamente la droga, sin embargo el individuo siente la necesidad de tomar la droga, necesidad que no puede reprimir.

Este consumo compulsivo provoca alteraciones en la mente de la persona que varía según la droga.

1.1.5 Tolerancia.

Cualquiera de los dos tipos de Dependencia a que hemos hecho referen

cia, puede o no, acompañarse de otro fenómeno llamado tolerancia.

"Tolerancia es la adaptación del organismo a los efectos de la droga lo que implica la necesidad de aumentar la dosis para seguir obteniendo resultados de igual magnitud". (CEMEF, 1980).

Como se ve, cuando una persona consume una droga que provoca tolerancia, tiene que tomar cada vez mayor cantidad de droga a fin de seguir sintiendo el mismo efecto. Esta situación encierra un grave peligro, pues la dosis puede llegar a aumentar a tal grado que provoca una intoxicación.

1.1.6 Abuso.

Por último, es necesario conocer una definición más, la de abuso: "Abuso es el consumo de una droga en forma excesiva, persistente ó esporádica, incompatible o sin relación con la terapéutica médica habitual". (CEMEF, 1980).

Es importante también, conocer los cuatro grados de farmacodependencia, ya que resulta fundamental distinguirlos uno del otro, pues cada uno tiene características propias y se manejan de forma diferente.

1.2. Grados de Farmacodependencia.

1.2.1 Farmacodependiente Grado I ó Experimental.

Los experimentadores son usuarios que se inician a la farmacodepen-

dencia por simple curiosidad. "Consumen droga en forma muy esporádica - con la finalidad de satisfacer su curiosidad". (Llanes, 1982).

1.2.2 Farmacodependiente grado II ó Social.

Los usuarios sociales u ocasionales; "Consumen drogas solamente - cuando estan en grupo". (Llanes, 1982). El consumo de las drogas tiene en ellos una finalidad de pertenecer a un grupo, a revelarse contra los valores sociales o establecidos, resolver conflictos pasajeros de la adolescencia o simplemente seguir una moda.

1.2.3 Farmacodependiente grado III ó Funcional.

"Los farmacodependientes funcionales son aquellos usuarios que necesitan tomar drogas para poder funcionar en la sociedad". (Llanes, 1982).

Se trata de personas que han creado una dependencia tal a una droga que no pueden realizar ninguna actividad si no la consumen, sin embargo a pesar de su dependencia, siguen funcionando en la sociedad, y solo presentan trastornos cuando no pueden consumir la droga.

1.2.4 Farmacodependiente grado IV o Disfuncional.

"Los farmacodependientes disfuncionales son personas que han dejado de funcionar en la sociedad". (Llanes, 1982). Toda su vida gira en torno a las drogas y su actividad entera la dedican a conseguirlas y consumirlas.

De acuerdo con el anuario estadístico más reciente del Centro de In-

tegración Juvenil "Netzahualcoyotl", (1983). Reporta que en ese año se clasificaron a 318 pacientes, de los cuales el 40.25 % eran farmacodependientes Funcionales (Grado III), el 25.47% eran farmacodependientes Sociales u Ocasionales (Grado II), el 18.55% pertenecían al Grado IV ó Disfuncional, el 5.35% al Grado I ó Experimental y el 10.8 % eran Ex-Adictos. (CLJ, 1984).

En cambio las estadísticas que reportan las investigaciones realizadas por el Instituto Mexicano de Psiquiatría, En Monterrey, México y el sur del Distrito Federal, en una muestra de 3,408 personas. El porcentaje más alto se localizó en el Grado II ó Social con un 50%. Seguido por el Grado III ó Funcional con un 38.4% y en tercer lugar el Grado IV ó Disfuncional con un 11.4%. Por último con un .2% el grado I ó Experimental. (I.M.P., 1984) (Ver Anexo No. 1).

1.3 CAUSAS DE LA FARMACODEPENDENCIA.

Otro punto importante a tocar son las causas que propician la farmacodependencia. Estas se dividen en:

A). Causas Individuales:

- Frustración ante situaciones Específicas.
- Sentimientos de soledad, inseguridad, incomprensión, agresividad, etc.

- Estados de Depresión, Angustia, etc.
- Sensación de Hambre no satisfecha.
- Algún Problema de personalidad. (Este tipo de problemas aparece con mayor frecuencia en las personalidades Antisociales). (DSM-III).
- Los cambios sufridos durante la etapa de la Adolescencia.
- Experimentar sensaciones nuevas, etc.

B) Causas Familiares:

- Desintegración Familiar.
- Falta de comunicación entre los miembros de la familia.
- Familia Numerosa.
- Padres alcohólicos ó drogadictos.
- Ausencia de alguno de los padres. Etc.

C) Causas Sociales:

- Deseo de pertenecer a un grupo.
- El desempleo tanto en los padres, como en los jóvenes lo cual acarrea un bajo ingreso familiar y la consecuente frustración de las necesidades básicas del hombre, como desnutrición y disputas familiares, etc.
- La inmigración y el consecuente choque cultural en donde las -

creencias religiosas, los valores, las normas y reglas de origen, se esfuman para dar paso a nuevas, creando un cheque ó contradicción en las personas.

- Falta de Alternativas Escolares, Deportivas, Culturales, Etc.
- Hacinamiento.
- Influencia de los medios masivos de comunicación.
- Disponibilidad de algunas drogas. (Tiaher, Cemento, etc.)

Es importante mencionar que éstas, son tan solo algunas de las causas que aparecen con mayor frecuencia en este problema, pero que aún se desconocen muchas otras, que de manera directa ó indirecta la afectan.

1.4 Clasificación de las drogas:

Existen varias maneras de clasificar las drogas: pueden agruparse de acuerdo al sistema o parte del cuerpo humano sobre el que actúan, a su estructura física ó a sus propiedades químicas, al mecanismo químico por medio del cual actúan y a su efecto fundamental ó a la acción que ejercen en contra de enfermedades ó sistemas particulares. (CIV, 1983).

Ahora bien, nuestro interés principal se relaciona con las propiedades de las drogas que alteran el estado Mental ó Psíquico de una persona. Y de aquellas drogas que se utilizan para evadir la realidad en forma ilícita.

Se dividen estas drogas, en tres amplias categorías, de acuerdo al tipo de acción ó reacción que producen. Aquéllas que estimulan, las que deprimen y un grupo Mixto ó Misceláneo de las que pueden provocar ambas ó ninguna de estas reacciones. (CLJ, 1983).

Los estimulantes, son drogas que alteran el estado mental, acelerando la acción del Sistema Nervioso Central y consecuentemente su actividad funcional. Estas drogas pueden ser utilizadas por vía oral, inyectadas ó por inhalación. Tienen algunos usos médicos. Producen una posible Dependencia Física y una Dependencia Psicológica alta. (CLJ, 1983).

Los Depresores, como su nombre lo indica deprimen ó disminuyen la actividad mental y corporal, pueden ser administradas por vía oral, inyección ó inhalación. Producen tanto Dependencia Física como Psíquica. (CLJ, 1983).

Las Misceláneas ó Mixtas son drogas de las cuales es necesario aclarar que lo que se sabe de su mecanismo de acción es poco. Estas son drogas como los hongos, el payoto, etc. Pueden ser administradas por vía oral, ó inyectada, no producen dependencia física pero sí dependencia psíquica.

Así pues, a continuación mencionaremos tres formas de clasificar estas drogas, tomando en cuenta la acción de los fármacos sobre el Sistema Nervioso y sus manifestaciones clínicas.

(I)

(CEMEF, 1980).

ESTIMULANTES:

Aminas Simpaticomiméticas
Amfetamina
Dextroamfetamina
Metilamfetamina
Cocaína
Alucinógenos & Psicomiméticos
LSD (Acido Lisérgico)
Mezcalina, Psilocibina
Marihuana.

DEPRESORES:

Hipnóticos Sedantes
Barbitúricos:
Barbital
Fenobarbital
No Barbitúricos:
Hidrato de Cloral
Hidrato de Butil Cloral
Etanol (Alcohol)
Ansiolíticos
Clordiazepóxido
Diazepam
Meprobamato
Metacualona
Analgésicos Narcóticos
Morfina
Codeína
Pentascolina
Inhalantes (Grupo Especial)
Xileno
Tolueno
Acetona
Eter
Oxido Nitroso (etc.)

OTROS:

Antihistamínicos
Difenhidramina
Anticolinérgicos & Parasimpaticolíticos
Escopolamina
Atropina
Antiparkinsonianos

(II)

Tomado de un artículo publicado en el C R E A., 1985.

Derivados naturales del Opio: Heroína, Morfina.

ESTUPEFACIENTES: Derivados sintéticos de los opiáceos: Meperidina, Metadona, etc. (Depresores).

Derivados de la Cocaína. (Estimulantes).

PSICOLEPTICOS: Hipnóticos, Sedantes Neurolépticos, (Depresores).

PSICOMANÉPTICOS: Anfetaminas, Cafeínas, Nicotina, Tiuramina. (Estimulantes).

PSICOTROPICOS:

PSICODISLEPTICOS: LSD, Cannabis, Mezcalina, Psilocibina (Hongos). (Estimulantes).

POR INHALACION: Cemento plástico, Eter, Acetona, Gasolina, etc. (Depresores).

(III)

(IMP, 1981).

ANFETAMINAS.

ESTIMULANTES: COCAINA.

ALUCINOGENOS: MARIHUANA.
LSD.
MEZCALINA.
PSILOCIBINA.

ALCOHOL.

DEPRESORES: BARBITURICOS.

TRANQUILIZANTES.

MORFINA, HEROINA, CODEINA.

INHALANTES: Cemento, Tincher, Acetona, Gasolina, ETC.

MIXTAS O MISCELANEAS: ALUCINOGENOS.

SUSTANCIAS VOLATILES.

MARIHUANA.

Es importante mencionar que la clasificación antes mencionada (III), es la que se utiliza con mayor frecuencia en las exposiciones sobre farmacodependencia dirigidas a Maestros, Padres de Familia y Personas de la Comunidad por su estructura sencilla, lo cual facilita su entendimiento.

Dentro de los ESTIMULANTES, se encuentran principalmente tres grupos:

1. El de las Aninas ó Anfetaminas, las cuales aceleran la actividad mental y producen estados de excitación; como agitación psicoemotiva, euforia; estados de alerta; presentando también algunos síntomas físicos como: taquicardia, dilatación pupilar, elevación de la presión arterial, transpiración ó escalfrietas, náuseas ó vómitos. Los efectos conductuales desadaptativos se dan en la capacidad del juicio crítico, interferencia en el funcionamiento social ó laboral. ETC., Por lo regular estas sustancias se toman por vía oral ó intravenosa. (DSM-III 1983).

2. El segundo grupo lo constituye la Cocaína, la cual puede administrarse por vía intravenosa, fumarse, ó aspirarse por la nariz. Los síntomas Psicológicos más frecuentes son: Agitación Psicoemotiva, euforia, etc. Los síntomas físicos pueden ser: Taquicardia, dilatación pupilar, aumento de la presión arterial, escalfrietas ó sudoración, náuseas y vómitos. Presentando por lo regular efectos conductuales desadaptativos como peless, deterioro de la capacidad del juicio e interferencia en la actividad laboral. (DSM-III 1983).

El tercer grupo lo componen los alucinógenos. Las principales manifes-

taciones son las características cambios perceptivos, síntomas físicos y efectos de desadaptación conductual provocados por la ingestión reciente. Los cambios perceptivos incluyen una intensificación subjetiva de las percepciones, ideas delirantes, alucinaciones ó sinestésias - (P.E. Ver colores, cuando hay un sonido fuerte). Todo ello tiene lugar en un estado de alerta o insomnio.

Las ideas delirantes pueden provocar distorsiones de la imagen del propio cuerpo. Los síntomas físicos incluyen dilatación pupilar, taquicardia, sudor, palpitaciones, visión borrosa, temblores e incoordinación.

Los efectos de inadaptación del comportamiento pueden manifestarse con una fuerte ansiedad ó depresión, temor a perder algo, además hay un deterioro de la capacidad del juicio, interferencia en las actividades laborales y sociales. (DSM-III 1983).

Los depresores, comprenden básicamente cuatro grupos de los cuales el primero está formado por:

1. Los hipnóticos sedantes, tales como los barbitúricos y el Alcohol.
2. El segundo grupo está formado por los ansiolíticos o tranquilizantes menores tales como el Diazepam, Clordiazepóxido, Metacualona, Etc.

Estos dos grupos por su acción, presentan los siguientes síntomas psicológicos: Labilidad Afectiva, Desinhibición de los impulsos agresivos y

sexuales, irritabilidad. En tanto que los síntomas físicos son: Marcha inestable, deterioro de la atención y la memoria, incoordinación, etc.

Los efectos conductuales desadaptativos son deterioro de la capacidad del juicio, de la actividad laboral y social, etc. (DSM-III, 1983).

3. El tercer grupo lo conforman Los Analgésicos Narcóticos u Opiáceos tales como la Morfina, Codeína, Heroína, etc. Los síntomas Psicológicos más frecuentes son la euforia, apatía y retardo psicomotor. Los síntomas neurológicos son la somnolencia, deterioro de la capacidad de atención y memoria. Además hay interferencia con la actividad laboral ó social y fra caso para hacer frente a las responsabilidades. (DSM- III, 1983).

4. El cuarto grupo lo Constituyen los Inhalantes. Las sustancias volátiles, que se desprenden de estos productos son principalmente solventes orgánicos como combustibles, acetónas, disolventes, etc. Estas sustancias provocan generalmente un estado de ebriedad y cierta euforia que se acompaña frecuentemente de somnolencia, temblores, dolor de cabeza, vómito - y aún convulsiones y hasta la muerte. (CEMEF, 1980).

Por último se encuentran los Antihistamínicos, los Anticolinérgicos y los Antiparkinsonianos. El primer grupo produce resequedad bucal, mareos, cefalea, anorexia, náuseas, vómitos, diarrea, alucinaciones, alteraciones en la memoria y convulsiones. El segundo grupo se acompaña de alucinaciones

nes, ideas delirantes, excitación, confusión mental, fatiga, taquicardia, etc.

El tercer grupo produce pérdida de la memoria, ideas delirantes, - alucinaciones, náuseas, vértigos, vómitos, etc. (CENEF, 1980).

Es importante mencionar que los inhalantes y la marihuana son las drogas que se utilizan con mayor frecuencia en CD. Netzahualcoyotl.

Los inhalantes y disolventes volátiles ubicados en el grupo de los depresores, son sustancias químicas y sus representantes más importantes son el pegamento ó cemento, gasolina, tñner, aceténa y líquido de encendedores.

En tanto que la marihuana se encuentra clasificada dentro del grupo de los alucinógenos. De esta planta se pueden utilizar sus hojas, la resina de la planta llamada hashish (más potente que la misma hoja) y el aceite de Marihuana, ya sea fumándose ó masticándose. (CEJ, 1983).

1.5 Drogas utilizadas con mayor frecuencia.

En cuanto a la frecuencia con que son utilizadas estas drogas se encontró lo siguiente:

Durante 1983, en el Centro de Integración Juvenil Netzahualcoyotl, la droga que más se detectó fuerén los inhalantes, con un 42.28% seguida por

la marihuana o cannabis con un 35.7% y en tercer lugar el alcohol con un 12.15% (CIJ, 1984)

El Instituto Mexicano de Psiquiatría en la Revista "SALUD MENTAL"- volumen 8, junio 1985, reporta que la droga más utilizada la ocupa la marihuana, seguida por los inhalantes, y que en tercer lugar lo ocupan las anfetaminas y los sedantes. Además manifiestan que las drogas que están teniendo mucho auge y forman un verdadero peligro son los alucinógenos tales como el LSD, y la Psilosibina.

Estos mismos datos aparecieron en el diario Uno Más Uno en su edición del martes 2 de julio de 1985, donde el Secretario de Salud, Dr. Guillermo Soberón Acevedo, presentó el Programa contra la Farmacodependencia ante el Presidente de la República. (Ver anexo No. 2).

1.6 Tratamiento utilizado en los Centros de Integración Juvenil y en las Investigaciones del Instituto Mexicano de Psiquiatría.

Los centros de Integración Juvenil, se han esforzado por diseñar un plan de acción terapéutico cuyo objetivo principal, sea el de lograr una máxima eficiencia dentro del contexto de la mayor brevedad y economía del tiempo posible. El paciente al acudir por primera vez, al Centro, se le realiza una entrevista que cumple objetivos diagnósticos. Si él diagnos-

tico es otro, diferente al de farmacodependencia, se le canaliza a otras Instituciones Especificas de Salud Mental.

Si el paciente es Farmacodependiente grado I ó II pasa a grupos de orientación para prevenir que pase a los siguientes grados. Si el paciente resulta ser farmacodependiente grado III ó IV, entra a tratamiento.

A todo paciente se le aplica una bateria de test, los cuales pueden ser el Waiss, Bender, Machover, MMPI, Frases Incompletas. Además se les hace un exámen físico y neurológico por el Psiquiatra de cada Centro local.

El tipo de Tratamiento específico consiste en aplicar la Psicoterapia Breve Individual, Familiar o bien grupal. (CIJ, 1977)

" La Psicoterapia es una Interacción verbal o de alguna otra manera simbólica de un terapeuta con un paciente, guiado por una serie de conceptos integrados ordenadamente y dirigidos hacia un cambio beneficioso en el paciente.". (Bellak, Small, 1960).

El análisis de la Transferencia conflictual se considera como el aspecto curativo básico del proceso, en el cual se produce dentro de la situación analítica una repetición de la relación original con los padres ó con otras personas allegadas. (CIJ, 1982).

En tanto que en el Instituto Mexicano de Psiquiatría, se han desarrollado desde 1979, tres diferentes alternativas de tratamiento diseñadas para la rehabilitación de niños y jóvenes (7 a 25 años) farmacodependientes. A través de un Programa Comunitario de Consulta Externa. La posición de este modelo de rehabilitación es fundamentalmente Analítica-Conductual, por lo que se utilizan en cada una de las alternativas de tratamiento, técnicas y procedimientos derivados de la teoría del Aprendizaje. (I. M. P.1984).

Actualmente el Programa cuenta con tres alternativas de tratamiento, todas ellas encaminadas a la rehabilitación del farmacodependiente, a través de una modalidad de consulta externa que se ofrece en un Centro Comunitario. Sin embargo, cada alternativa difiere entre sí en cuanto a su aproximación al problema del abuso de drogas, y a la duración e intensidad del tratamiento.

La primera alternativa del tratamiento es la que fue desarrollada en el año de 1979. La duración de este tratamiento es de ocho meses aproximadamente, por lo que se le ha denominado: "Tratamiento a largo Plazo". Este incluye los siguientes servicios terapéuticos:

- A) Regularización Académica, que tiene como objetivo regularizar al sujeto en las diversas materias escolares a fin de que obtengan -

su Certificado de Primaria o Secundaria. Esta regularización se lleva a cabo integrando al sujeto de Educación Intensiva para adultos de la S.E.F.

- B) Orientación Vocacional-Laboral: cuyo objetivo es, primeramente - orientar al sujeto vocacionalmente y remitirlo a las instituciones educativas apropiadas y, posteriormente entrenarlo en las - habilidades necesarias para conseguir y mantenerse en un programa laboral.
- C) Consejo Psicológico-Individual-Familiar, que tiene como objetivo enseñar al sujeto y a su familia, estrategias para la solución de problemas personales, familiares y sociales, a través del análisis de la situación que propicia el surgimiento de problemas; de la generación de opciones para su solución; del análisis de las consecuencias de cada opción; de la selección de la opción más apropiada y finalmente, de la simulación de las conductas o habilidades invlucradas en la solución de problemas.
- D) Actividades Deportivas y Recreativas, que tienen como objetivo enseñar al sujeto a utilizar adecuadamente su tiempo libre, además de que permiten motivarlo para que asista y concluya su tratamiento.

Como puede observarse, esta primera alternativa de tratamiento está encaminada a establecer conductas y habilidades socialmente deseables; y a eliminar o controlar todas aquellas que le impiden al sujeto integrarse a las actividades que usualmente realizan los jóvenes de su edad y de su comunidad. Al llegar a cabo todo esto, también se amplía el repertorio conductual del sujeto y se le involucran en actividades tan diversas que, en un momento dado, le resultan incompatibles con el consumo de drogas.

La segunda alternativa es el "Tratamiento a Corto Plazo", que tiene una duración de un mes aproximadamente. Esta alternativa fue diseñada en 1982. En ella se procura que el sujeto presente un periodo de abstinencia a las drogas en el menor tiempo posible, por lo que su aproximación al problema de abuso de drogas es de manera directa y con resultados a corto plazo. Los servicios terapéuticos que ofrece esta alternativa son:

- A) Terapia Aversiva Verbal, que tiene como objetivo cambiar el valor positivo de las drogas a través de la Asociación de estímulos desagradables con la conducta de consumo de drogas, a fin de que el sujeto evite en lo sucesivo seguir consumiéndolas.
- B) Terapia de Relajación, que por un lado se trata de suprimir los efectos desagradables de la Terapia Aversiva Verbal, y por otro

lado, trata de enseñar al sujeto a relajarse y a utilizar este recurso como una alternativa a la farmacodependencia. Es decir, en ella se procura que el sujeto utilice la relajación en lugar de consumir drogas.

C) Consejo Psicológico- Individual, cuyo objetivo es desarrollar en el sujeto medidas de autocontrol que le permitan identificar las situaciones que le llevan a consumir drogas y evitar dichas situaciones. El tipo de consejo Psicológico es el mismo que se emplea en el "Tratamiento a Largo Plazo".

Finalmente, la tercera alternativa es el "tratamiento Combinado" que tiene una duración de nueve meses y que está integrado por la combinación de ambos tipos de tratamiento.

1.7 Aspectos Legales de la Farmacodependencia.

Antes de pasar a tocar el punto de Prevención en Farmacodependencia, es necesario revisar algunos aspectos legales.

Como principio general, se establece que las personas que tiene relación con drogas "peligrosas" (que hacen daño tanto física, psíquica y emocionalmente) sin autorización, presuntamente están cometiendo un delito.

Estas personas pueden o no ser farmacodependientes; sin embargo, es importante precisarlo, pues en ocasiones, cuando se trata exclusivamente de posesión o adquisición de droga, la circunstancia es determinante para considerar si existe o no delito. (Código Sanitario).

Al referirse a las personas que tratan con drogas sin estar autorizadas, se hace por cuanto al Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos y sus reglamentos autorizan la compra, posesión, tráfico, elaboración, transporte, etc., de sustancias psicotrópicas y estupefacientes para fines médicos, o bien para investigaciones científicas, es decir puede haber instituciones o personas que realicen actos lícitos con drogas.

De acuerdo con nuestra legislación:

(Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos y sus reglamentos; Código Penal para el Distrito Federal en materia de fuero común y para toda la República, en materia de fuero federal; y Código Federal de Procedimientos Penales).

Las personas que realicen actos con drogas peligrosas sin estar autorizadas legalmente pueden ser:

- a) Presuntos responsables de delitos contra la salud, en materia de estupefacientes y Psicotr6picos.
- b) Farmacodependientes (habituales o con la necesidad de consumir drogas peligrosas).
- c) Sujetos que incurren en ambas conductas.

Estas actitudes pueden graficarse de la siguiente manera:

El sujeto activo puede ser

Presunto delincuente	habitudo o con la necesidad de consumir drogas.	persona en la que se manifiestan las dos conductas.
	Consideración Legal	
Puede estar cometiendo un delito contra la salud.	Puede ser un enfermo	Se lo considera presunto responsable de un delito contra la salud.

El Ministerio P6blico Federal debera Determinar:

Ejercicio de la acci3n penal ante un juez federal.	Dejarlo en libertad y a disposici3n de la autoridad sanitaria - federal para su rehabilitaci3n.	Ejercitar acci3n penal por las modalidades del delito que resulten, sin perjuicio de que intervengan la autoridad sanitaria federal para el tratamiento del sujeto.
--	---	---

Como se advierte, por regla general, la persona que tiene relación con drogas sin estar autorizadas presuntamente delinque; en conductas - de habituados al uso de estupefacientes o psicotrópicos o con la necesidad de los mismos puede no existir la comisión de un delito, pero invariablemente el Ministerio Público Federal, con el auxilio de la autoridad sanitaria, deberá comprobar plenamente esta situación.

El Código Penal de aplicación federal señala que no existe delito - cuando la adquisición o posesión de estupefacientes o psicotrópicos es en cantidad estrictamente necesaria para el propio consumo del sujeto, quién desde luego, deberá tener el hábito o la necesidad de su consumo; en estos casos, el Ministerio Público Federal ni detendrá, ni ejercitará acción penal; únicamente pondrá al sujeto a disposición de la autoridad sanitaria - federal para su tratamiento rehabilitatorio. (último párrafo del artículo 198 del Código Penal aplicable en el Distrito Federal en materia de fuero común y para toda la república, en materia de fuero federal.)

Esta determinación, sólo puede dictarla la autoridad competente que, en el caso, es el Ministerio Público Federal, en auxilio del cual deben actuar los funcionarios del Ministerio Público del fuero común, los policías preventivos y judiciales, locales y federales de todo el país, así como las demás autoridades a que se refiere el artículo 49 de la ley de la Procuraduría General de la República, cuidando observar el procedimiento y los términos que, en el caso, previenen el citado artículo 49 y 50 de la ley alu-

dida.

1.7.1 Presuntos responsables del delito contra la salud.

Toda persona o autoridad que se encuentre frente a algún caso de -
trato con drogas peligrosas, como tráfico, producción, siembra, transporte,
etc., deberá denunciarlo ante el Ministerio Público Federal o, en caso de
urgencia, ante cualquier funcionario o agente de policía (Artículo 116 del
Código Federal de Procedimientos Penales.)

Solamente el Ministerio Público Federal, auxiliado por las autorida-
des sanitarias, puede determinar si existe delito que perseguir en materia
de estupefacientes y sustancias psicotrópicas; esos delitos contra la salud
se encuentran tipificados en el Código Penal para el Distrito Federal en ma-
teria de fuero común y para toda la República, en materia de fuero Federal
(Artículos 194,195,196, 197 y 198).

Las autoridades, en general, son auxiliares del Ministerio Público Fe-
deral en la acción investigadora y persecutoria de los delitos. Por lo tanto,
si el Ministerio Público Federal no se encuentra en el lugar, aquéllas perso-
nas pueden iniciar las averiguaciones en su auxilio; pero deberán, dentro
de las 24 horas siguientes, hacerlo de su conocimiento, así como remitirlo
al o a los detenidos que hubiere (Artículo 117 del Código Federal de Proce-
dimientos Penales).

Existo, desde luego, la posibilidad de que tanto particulares como autoridades encuentren en flagrante delito a una persona. Entonces pueden detenerlo inmediatamente y entregarlo al Ministerio Público Federal, lo mismo que los datos al respecto.

El Ministerio Público Federal, al iniciar su averiguación, si tiene conocimientos de que una persona ha hecho uso indebido de estupefacientes o psicotrópicos, se pondrá en contacto con la autoridad sanitaria federal para determinar la intervención que ésta debe tener en el caso; si resulta que la averiguación se refiere a adquisición o posesión de estupefacientes o psicotrópicos y se precisa que esa conducta tiene por finalidad exclusiva el uso personal del indicado, y que éste tiene el hábito o la necesidad de consumir esa droga no se hará consignación a los tribunales.

Esta situación deberá comprobarse siempre mediante el dictamen de la autoridad sanitaria federal, en el que se especifique la existencia del hábito o necesidad del sujeto de consumir estupefacientes o psicotrópicos, droga a que se refiere ese hábito o necesidad y la cuantificación de la necesaria para su consumo. Desde luego, el dictamen pericial también deberá señalar los caracteres organolépticos o químicos de la sustancia, presuntamente peligrosa.

Si además de la adquisición y posesión de estupefacientes ó psicotrópicos necesarios para su consumo, el inculpado ha incurrido en cualquier otra de las modalidades del delito contra la salud, como transporte, suministro, venta, importación, exportación, etc.

Se ejercerá acción penal en su contra sin perjuicio de que inter venga la autoridad sanitaria federal para curarlo durante el proceso.

(Artículos 523, 524, 525, 526 y 527 del Código de Procedimientos Penales).

Las sanciones variarán desde prisión de 6 meses hasta 15 años, según sea el caso. O bien de multas hasta por cincuenta mil pesos ó más.

1.8 "La Prevención en Farmacodependencia".

Después de revisar algunos conceptos sobre farmacodependencia carezco nuestra atención sobre la "Prevención", ya que sin duda alguna, es por medio de estrategias preventivas, como se puede disminuir é evitar que este problema siga en aumento, afectando la vida de nuestra sociedad.

Tras la palabra Prevención, pueden esultarse diferentes conceptos. En muchas ocasiones no existe una diferenciación adecuada entre Prevención, Intervención y Tratamiento. En este sentido, la OMS distingue entre Prevención Primaria, Secundaria y Terciaria que corresponden a los conceptos de Prevención, Intervención y Tratamiento. (OMS, 1974).

La etimología de la palabra Prevención, (Prevenir: Pro Venire, antes de venir) hace referencia a las actuaciones que intentan que el problema no aparezca o, al menos que disminuyan sus efectos.

Así pues, "Prevenir, tomar las medidas precisas para evitar o reducir un mal". (vaga, 1983). Es decir, poner en acción los medios y medidas apropiadas para impedir la aparición de una dependencia de droga en los individuos.

1.8.1 Niveles de Prevención.

Como antes se mencionó, se habla de Prevención Primaria, Prevención - Secundaria y Prevención Terciaria.

1.8.1.1 Prevención Primaria:

La prevención primaria, se refiere al período anterior al problema, se dirige a los no consumidores y a los usuarios sociales u ocasionales. El objetivo es "Evitar la aparición del proceso o problema". (OMS,1974).

Las acciones que la Prevención Primaria debe cubrir se basan en un sistema de información y educación; es decir en la elaboración de programas con contenidos de información ó educación. Como afirman algunos teóricos la meta sería "Educar para la vida " lo cual se traduce en el mejoramiento de las relaciones familiares, interpersonales y de la interacción social.

Informar y Educar, en su momento y convenientemente, dirigiéndose a la población en "Riesgo", (personas con altas probabilidades de caer dentro de la farmacodependencia) así mismo, a los padres de familia, maestros líderes de opinión, al personal de salud, etc.

También es necesario acatar las disposiciones legales sobre la producción de fármacos, revisar, analizar y modificar todo lo existente en materia de drogas, ya sean naturales o sintéticas; buscar autorizaciones de legislación sanitaria, civil y penal; intentar establecer medidas de control sobre la venta de fármacos y sustancias químicas en los expendios comercios, farmacias; y no disminuir la represión contra la producción y el tráfico de drogas; todo esto reforzado con los conocimientos de la investigación biomédica, epidemiológica, clínica y psicosocial. (CENEF. 1981).

1.8.1.2 La Prevención Secundaria:

La prevención secundaria ó Intervención tiene por objetivo "Descubrir y acabar con un trastorno, proceso ó problema lo antes posible y -remediarlo". (OMS, 1974).

Intenta ante todo la detección precoz del consumo. Así como la atención de sus posibles consecuencias, aquí las acciones serían: La capacitación del personal profesional adecuado (Médicos, Psicólogos, Psiquiatras, Trabajadoras Sociales etc.), fomentar la coordinación entre las instituciones de salud ya existentes con la idea de hacer expédito y fácil el inicio del tratamiento, realizar un programa de detección de casos, y generar

una serie de alternativas que pudieran sustituir el consumo de drogas, tales como: el desarrollo de actividades artísticas, creativas, culturales, políticas, recreativas, de investigación y todas aquéllas que pueden brindar bienestar al individuo.

1.8.1.3 Por último la Prevención Terciaria ó Tratamiento:

Pretende "Detener ó retardar la evolución de un trastorno, proceso ó problema y de sus consecuencias". (CHU, 1976). Se dirige a los ya dependientes de drogas de forma Física y/ó Psíquica. Abarca problemas sociopsiquiátricos, terapia y rehabilitación psicológica, así como la readaptación social y profesional. Cabe señalar como alternativa la desintoxicación y el tratamiento posterior.

Tener claros estos niveles ayudará a programar las experiencias educativas o reeducativas más adecuadas a cada situación, objetivos, contenidos y actividades serán totalmente diferentes en cada nivel. (Ver Anexo, 3).

1.8 .2 Estrategias de Prevención.

De acuerdo con Helen Nowlis. (1975), existen cuatro principales estrategias de prevención que corresponden a otros modelos explicativos sobre la interacción entre la droga, el individuo y el medio ambiente:

El Modelo Etico-Juridico, el Modelo Médico ó Sanitario, el Modelo Psicococial y el Modelo Sociocultural.

1.8.2.1 Modelo Etico-Juridico:

Coloca el énfasis sobre la droga, como el agente activo que afecta a un individuo a quién hay que proteger manteniendo a la droga lejos de él. (Cárdenas, 1974).

Aquí la farmacodependencia se plantea como un problema legal. La estrategia de prevención basada en este modelo se enfoca fundamentalmente hacia la oferta de drogas a través de la represión del narcotráfico; la fiscalización de la fabricación y la distribución de productos causantes de dependencia; el aumento en el costo de estos productos; el castigo ó la amenaza de castigo por la producción, venta y consumo de drogas ilícitas, etc.

Esta estrategia de prevención también incide sobre la demanda actual y potencial, mediante campañas de información en las que se destacan los efectos nocivos de las drogas y las penas en que se incurre por venta, uso y posesión.

Este tipo de prevención parte del supuesto de que "el castigo y la amenaza de castigo, impedirán la adopción de una conducta punible". (Pollin, 1981).

Suposición que conduce a la promulgación de leyes, sin embargo, -
diversas investigaciones sobre el comportamiento señalan que el castigo
solo resulta efectivo como elemento disuasivo si se aplica de manera re-
gular y amplia, lo cual en un momento dado puede llegar a implicar la -
violación de otros valores más importantes para cierta sociedad.

Por otra parte, la información basada en este modelo suele provocar
un efecto contraproducente al agudizar entre los usuarios reales ó poten-
ciales un sentimiento de rebeldía o de oposición a las medidas represivas.

1.8 .2.2 Por otro lado, el Modelo Médico ó Sanitario, ve a la droga
como un agente infeccioso, este modelo aplica el esquema de historia natu-
ral de la enfermedad, para su explicación y prevención de la farmacodepen-
dencia.

Dicho esquema, parte de la existencia de tres grandes grupos de fac-
tores que explican la aparición de la enfermedad; es decir, cuyo equilibrio
va a dependerse el estado de salud ó enfermedad en el individuo, dichos -
factores son: factores del agente, factores del huésped y factores del -
ambiente. (Droga-Individuo-Medio ambiente).

Estos factores se encuentran interactuando en forma equilibrada en el
nivel prepatogénico (antes de la enfermedad). Este es uno de los dos niveles

existentes en el esquema natural de la enfermedad, y el otro; el patogénico (la enfermedad) representa el punto en el cual el equilibrio se rompe. (Calderón, 1980). En este último nivel se localiza un horizonte clínico por debajo del cual la dolencia permanece asintomática, para una vez rebasado dicho horizonte ocasionar signos y síntomas.

En el nivel prepatogénico, se aplica la Prevención Primaria, la cual abarca diversos géneros de acciones; en el patogénico, esto es, una vez insertada la enfermedad, se aplican la prevención secundaria y terciaria.

La farmacodependencia en este modelo se previene como un problema de salud pública y al farmacodependiente se le ve como un individuo capaz de transmitir el agente infeccioso. Este modelo emplea todos los recursos médicos y sanitarios que van desde los narcóticos antagonistas hasta campañas de prevención que brindan información sobre los daños a que se expone el individuo que consume droga. (Llanes, 1982). Todo lo anterior como una especie de vacunación.

1.8.2.3 El Modelo Psicosocial:

A diferencia de los otros modelos, otorga la importancia al individuo dentro de la triada; agente, huésped y ambiente.

La farmacodependencia es vista como una forma más de comportamiento desviado y la estrategia de prevención de este modelo es aplicable no solo

a problemas relacionados con la drogadicción, sino a todo tipo de situaciones que impliquen una conducta destructiva. El modelo Psicosocial está interesado en el contexto, en cuanto a la influencia de las actitudes y del comportamiento observable de otras personas en forma individual o social, desde la familia hasta la colectividad.

La estructura de prevención se basa en la premisa de que el consumo ó falta de consumo de drogas forman conductas complejas y de que la farmacodependencia es siempre la manifestación de ciertas necesidades del individuo. (Mendoza, 1980).

1.8.2.4 El Modelo Sociocultural, centra su atención sobre el medio ambiente y a la farmacodependencia, se le considera como un problema social. Según este modelo el consumo de drogas es provocado por problemas sociales donde adquiere gran importancia la reacción de una sociedad ante dicho consumo. (LLanes, 1982).

En nuestra sociedad, la farmacodependencia se vista como una conducta desviada que provoca daños al individuo, tanto por el comportamiento mismo como por la reacción de la sociedad.

Así pues, las causas de la farmacodependencia deben rastrearse más que en categorías psicológicas, en condiciones sociales de presión, pobre-

za, hacinamiento, destrucción, migraciones, urbanizaciones, industrialización, desempleo, etc.

La estrategia de prevención que se basa en este modelo, considera - como su meta, no tanto la adaptación del individuo a la sociedad, como la adaptación de la sociedad al individuo y sus necesidades. Dentro de este marco, las medidas preventivas están encaminadas a modificar las instituciones, particularmente educativas, elevar el nivel de vida, hacer del trabajo una actividad más estimulante y menos enajenante, a reducir la aceptabilidad social de las drogas lícitas y a transformar la vida para que sea más satisfactoria y haya menos necesidad de consumir fármacos. (CIJ, 1984)

Como se ve, el Modelo Ético-Jurídico de Prevención, se propone alejar a la droga del individuo. El Médico ó Sanitario alejar al individuo de la droga y a los usuarios de los no usuarios. El Psicosocial, alejar el individuo de la droga y adaptar al individuo a la sociedad. El Sociocultural transformar el ambiente y adaptar la sociedad al individuo. (IMP, 1981).

Cualquier estrategia de prevención, que desee tener éxito, debe tomar en consideración estos cuatro aspectos. No es posible seguir instrumentando campañas preventivas que se enfoquen aisladamente hacia la droga, el individuo ó el medio ambiente.

Es necesario integrar las cuatro estrategias de prevención antes descritas, en un modelo que aborde en forma cabal el complejo universo multifactorial de la farmacodependencia.

Al tratar de formular un modelo así, es necesario descartar en primer término el trasplante mecanicista de estrategias surgidas en otros países. La experiencia extranjera ciertamente debe aprovecharse, pero es indispensable que los modelos de prevención respondan a las necesidades concretas de cada sociedad.

Por otra parte, debe señalarse que dichos modelos varíaran necesariamente de acuerdo con las clases sociales a las que se pretenden aplicar, pues las condiciones, causas, los patrones, las motivaciones y aún los efectos del consumo de drogas, son distintos en los diferentes estratos socioeconómicos.

1. 8.3 Modelo Integral de ^Prevención en Farmacodependencia.

Tomando en cuenta estas situaciones, es posible elaborar un modelo integral de prevención primaria en farmacodependencia. (I.M.P., 1981).

Y dentro de este modelo, existen dos grandes grupos de medidas:

1. 8.3.1 Las Medidas indirectas, las cuales se refieren a los esfuerzos que en gran escala influyen sobre las condiciones políticas y económicas de la sociedad y que transformen la calidad de vida, los valores y las normas de los individuos que viven en ella. (por ejemplo: generar fu

tes de trabajo, educar para mejorar el nivel de vida, etc).

1.8.3.2 Las otras son las medidas directas las cuales a su vez se subdividen en:

- a) Específicas; las cuales comprenden a la información y a la educación, las cuales deben abarcar a diversos públicos bien definidos como padres de familia, maestros, alumnos de diversos grados, grupos de alto riesgo, usuarios, etc.

Los objetivos, contenidos y los medios que se utilicen serán elegidos de acuerdo con las necesidades de cada grupo.

Otro tipo de medidas específicas se inscriben en el campo de la Salud Pública, aplicando reglamentos para drogas, estableciendo un sistema de inspección de recetas médicas, tratando y rehabilitando a usuarios a fin de reforzar la Prevención Primaria en grupos no afectados, etc.

Además cuentan aquí las medidas jurídicas de fiscalización y de represión de narcotráfico, así como las acciones de investigación biomédica y psicosocial.

- b) Medidas No Específicas: son aquellas que pretenden ofrecer alternativas al consumo de drogas. Tales como actividades deportivas, artísticas, culturales, deportivas, etc. (Ver Anexo No. 4).

Como es obvio, la aplicación práctica de este modelo integral, requiere de la actuación multidisciplinaria que incluya a Psicólogos, Sociólogos, Trabajadores Sociales, Maestros, Promotores Comunitarios de Salud, Médicos, ex-adictos. etc.

Además, tales acciones deberán realizarse necesariamente dentro del ámbito comunitario, a fin de promover el desarrollo individual y social mediante el ataque a las causas profundas de la farmacodependencia.

Bajo estas premisas se fundan las acciones preventivas que han sido iniciadas por el Instituto Mexicano de Psiquiatría y por los Centros de Integración Juvenil. (IMP, 1981)

Y como respuesta a estas acciones preventivas, surgió un grupo anti-drogas, formado por ex-adictos de la colonia de Santa Fé. A este grupo - lo dirigían algunos Psicólogos del Centro de Integración Juvenil "Tlatelolco". Entre las actividades que desarrollaban estaban la de:

- a) Reunirse periódicamente para planear actividades.
- b) Hacer propaganda de sus actividades en la colonia.
- c) Organizar eventos tales como: Fiestas, reuniones, Kerness, etc. para evitar la farmacodependencia.
- d) Invitar a farmacodependientes a pertenecer al grupo y desarrollar las actividades del grupo.

Desgraciadamente, no se pudo obtener mayor información de este grupo, debido a que desapareció por diversos motivos, entre los cuales está el de la poca motivación que se les daba para seguir con sus actividades - otra era la deficiente organización con que contaban. etc.

De ahí la importancia que les debemos dar a esta clase de organizaciones, pues son un potencial que debemos utilizar en contra de la farmacodependencia.

Para obtener esta pequeña información se acudio a la Delegación Alvaro Obregón, Centro de Integración Juvenil Tlatelolco y por último al CREA.

1.8 .3.3 La información y la Educación Dentro del Modelo Integral.

Dentro de nuestro modelo integral de Prevención en Farmacodependencia, la información y la educación juegan un papel muy importante.

Por un lado, la información la cual debe ser manejada con cautela, - pues múltiples experiencias en otros países han demostrado que la información indiscriminada en materia de farmacodependencia provoca más daños que beneficios. (DINEMS, 1982).

Más allá de la mera información, es necesario propiciar procesos de educación cuyo contenido debe ser selectivo de acuerdo a las necesidades del grupo al que vaya dirigido.

Constituye un grave error identificar la información con la educación - y de acuerdo con el Comité de Expertos de la OMS en farmacodependencia, "La información comprende el envío de un mensaje en un sentido único, - que no suele permitir al receptor el planteamiento de preguntas, la acla ración de problemas o malentendidos, ni las manifestaciones de sus pro pios intereses y preocupaciones". (IMP, 1981).

Todo lo contrario pasa en la educación, la cual posibilita la comu nicación en dos direcciones, existiendo un proceso de aprendizaje.

Bien empleada, la información resulta un instrumento de la educación.

La educación requiere el planteamiento de programas educativos que - proporcionen no solo conocimientos, sino también valores, creencias y ac titudes que se opongan al abuso de drogas. (Vega, 1983)

Hay que señalar en líneas generales, los objetivos que la educación tiene como instrumento preventivo dirigido a la comunidad: (Vega, 1983)

- a) Distribuir una información de base sobre el tema para niños, pa-
dres, educadores y comunidad en general.
- b) Promover una mejor comprensión de los problemas causados por las
drogas.
- c) Proponer a los jóvenes, soluciones y alternativas capaces de res-
ponder a sus necesidades y aspiraciones.

- d) Desmitificar el fenómeno de las drogas en los jóvenes y -
desdramatizar el pánico de los padres y educadores.
- e) Establecer mecanismos de formación de educadores y personas
que puedan influir en las diferentes comunidades y regiones.
- f) Promover la transformación personal y social.
- g) Suscitar y coordinar la acción comunitaria para la humaniza-
ción de todo el medio.
- h) Proveer de recursos adecuados.
- i) Tener en cuenta, la realidad en la que vive el individuo, las
relaciones que establece con su medio cultural, social, fami-
liar, religioso, escolar, recreativo; el clima que le rodea y
que le lleva a crearse necesidades, y a identificarse con los
fenómenos del grupo en que participa.

Se entiende así, que la educación sobre las drogas es una educación
para la vida, la cual intenta llegar al desarrollo integral de la persona.

Tiene como objetivo principal el desarrollo de las facultades físicas,
intelectuales y morales de los educandos de forma que actúen más positiva-
mente. (Vega, 1983)

Todo programa educativo debe tomar en consideración varios parámetros. (I.M.P., 1981).

En primer termino, debe establecerse objetivos claramente definidos.

En segundo lugar debe establecerse el caracter del problema, la auténtica preocupación de la comunidad y el público a quien se destina.

En tercer lugar distinguir entre aquéllos en quienes se desea disminuir o evitar el consumo de drogas y aquéllos otros en quienes se busca crear interés por el problema, presentándoles conocimientos precisos sobre el tema por medio de un Programa de Capacitación que les permitan hacer frente a los problemas de la farmacodependencia.

En cuarto lugar el autor debe poseer un nivel adecuado de credibilidad de acuerdo al aspecto concreto del tema que se desea enfatizar.

En quinto lugar el mensaje o mensajes deben realizar incitaciones positivas, más que enfatizar en forma alarmista los efectos negativos de los fármacos.

Y por último hay que tener en cuenta que los programas eficaces de prevención requieren esfuerzos sostenidos y a largo plazo. Los esfuerzos limitados y a corto plazo no suelen lograr, por lo general, el resultado deseado y suelen incluso ser contraproducentes. (CML, 1980)

Tomando en cuenta los parámetros anteriores, la educación sobre las drogas debería incluirse en los planes de estudio de las escuelas.

Los niños deben ser iniciados en el conocimiento de la forma de acción y los efectos de los productos químicos que invaden cada vez más al mundo moderno. Los profesores que imparten la educación relacionada con las drogas deben recibir una formación especial, que les permita exponer los materiales según las necesidades de los alumnos y no en base a programas rígidos; conducir la discusión y las preguntas que surgen; evitar los intentos moralizadores, y propiciar un proceso activo de aprendizaje indispensable para que la educación sobre las drogas resulte efectiva.

En esta forma, el niño irá adquiriendo la capacidad de adoptar decisiones documentadas y congruentes con su sistema de valores en desarrollo.

Por todo ello, la escuela puede jugar un papel decisivo en la prevención, mediante la promoción del crecimiento, desarrollo, maduración y socialización de los jóvenes, además de la detección temprana y el manejo de problemas emocionales. (Vega, 1983).

De muy poco servirían todos los esfuerzos educativos, si ellos continúan siendo contrarrestados por las prácticas publicitarias que fomentan

el consumo de fármacos de abuso como el alcohol, el tabaco y los medicamentos que modifican el estado de ánimo. (LLanes, 1982).

La farmacodependencia es, sin duda, un proceso extremadamente complejo, muchas de cuyas variables son todavía desconocidas. Por lo tanto, las medidas preventivas deben diseñarse de acuerdo a esta complejidad.

1.8 .3.4 Creación de Alternativas al consumo de drogas.

En la farmacodependencia no es posible descubrir una vacuna milagrosa. Es necesario echar mano de una educación, creando alternativas.

Sin duda, la creación de alternativas es el aspecto más decisivo en la prevención de la farmacodependencia.

No es a base de la persuasión ni del amedrentamiento como se evitará el uso de drogas. Es necesario ofrecer a los usuarios actuales o potenciales, alternativas que resulten más satisfactorias para ellos que la farmacodependencia.

Las alternativas al uso de drogas incluyen aquellas actitudes, valores, orientaciones, experiencias, tipos de vida, oportunidades, actividades, propósitos y programas viables y constructivos, que pueden prevenir o disminuir la farmacodependencia proporcionando mayor satisfacción de la -

la que produce el abuso de droga. (Ver anexo, 4).

Las estrategias de prevención basadas en las alternativas pretenden generar, mejores opciones que respondan a las legítimas necesidades y aspiraciones de los individuos. Por lo tanto, las alternativas deben corresponder a los motivos profundos que llevan al individuo a consumir drogas.

Esto lleva a la necesidad de comprender las verdaderas causas individuales y sociales del consumo y no a limitarse a la mera manifestación del consumo. En la medida en que descubramos tales causas, podremos diseñar alternativas más apropiadas para cada individuo y grupo.

Como señala Helen Nowlis, 1975, las motivaciones para el consumo de drogas son muy variadas y responden a diversas situaciones personales y sociales. En consecuencia, las modalidades de alternativas serán igualmente numerosas, y deberán abarcar "Los campos Físico, sensorial, afectivo, interpersonal, intelectual, evolutivo, creador, estético, vivencial, filosófico y sociopolítico.

En términos generales, todas las alternativas deberán llenar las siguientes características:

- a) Responder a las causas profundas que propician la farmacodependencia. Por ejemplo: el sentirse útil, comprendido, querido, etc.

- b) Ser más efectiva que el consumo de droga, para satisfacer las necesidades del individuo.
- c) Contribuir a fortalecer la identidad y la independencia individual.
- d) Ofrecer participación activa.
- e) Dar oportunidad de responsabilidad y compromiso.
- f) Proporcionar un sentimiento de identificación.
- g) Resultar incompatible con el abuso de drogas.
- h) Promover el desarrollo integral del individuo y de la sociedad en la búsqueda de formas de convivencia más justas y satisfactorias.

Para que estas actividades sean atractivas deben satisfacer una ó más de las necesidades humanas básicas, que forman el núcleo del comportamiento individual y de grupo, y que a menudo guardan relación con el consumo de drogas.

Estas alternativas deben promoverse a tres niveles; el individual, familiar y social.

En lo individual, resulta indispensable poner a disposición de los jóvenes salidas creadoras, tales como las actividades artísticas, culturales, políticas y deportivas. Como ejemplos pueden citarse actividades artísticas -

tales como la danza, la pintura, la escultura, las artesanías, y la literatura. Las actividades de servicio social, como trabajar en dispensarios y - servicios de medicina preventiva; la recreación física y el deporte; la capacitación en algún tipo de trabajo, y la participación sociopolítica.

A nivel familiar, deben implantarse programas para un aprovechamiento integral del tiempo libre que posibilite la convivencia y el afianzamiento de los nexos entre todos los miembros de la familia.

Por último, en el nivel social deben instrumentarse los cambios necesarios que ofrezcan una alternativa a las causas sociales de la farmacodependencia.

En este nivel, la prevención de la farmacodependencia no puede verse - como una acción aislada, sino que debe inscribirse dentro de una estrategia global de desarrollo. Abatir los niveles de desempleo, mejorar el estado nutricional, dotar de una vivienda digna, terminar con la insalubridad y el - hacinamiento.

Prevenir la farmacodependencia es transformar las condiciones individuales y sociales que la propician, a través de la educación, de las alternativas creadoras, de una nueva forma de vida, etc.

1.8.3.3 Algunas medidas en la elaboración de Programas.

Es importante mencionar que antes de implementar todo programa preventivo es necesario realizar una evaluación para determinar el alcance y el carácter del uso ilícito de drogas y los problemas conexos.

Identificar los servicios o los programas existentes y de las lagunas que deben colmarse.

Determinar el nivel actual de coordinación e ideación de mecanismos para ampliarlo a otros programas pertinentes.

Definir los objetivos y las prioridades de los programas y de los grupos a los que se destina cada programa.

Elegir las medidas apropiadas y determinar los costos de ejecución a diversos niveles.

Identificar los recursos disponibles (Financieros, Humanos, Materiales etc.), el nivel de los compromisos garantizados y proyección de medidas dentro de este marco.

Establecer programas de capacitación del personal según proceda.

Además a veces es pertinente aplicar programas pilotos, en marcos cronológicos preestablecidos, evaluar los resultados y modificar el programa cuando sea necesario. También es importante la retroalimentación tanto del personal de los programas como de las personas que lo reciben. (ONU, 1981).

Para finalizar, es importante mencionar que el papel que juega el Psicólogo en la elaboración y ejecución de un Modelo ó Programa de Prevención, es tan importante como la de cualquier otro profesionalista interesado o relacionado con la solución del mismo.

Ya que puede dar valiosas aportaciones desde su punto de vista de formación, tanto a nivel Prevención como de Tratamiento. Así como la realización de investigaciones tanto a nivel individual (Estudio de casos) ó Comunitario, que indiquen el camino a seguir.

CAPITULO II.

OBJETIVOS.

Los objetivos generales del Programa de Servicio Social de la -
carrera de Psicología se plantean a dos niveles: Nivel Institucional y
Nivel Estudiantil. (Programa de Servicio Social, Coordinación de Psico-
logía. E.N.E.P. ZARAGOZA.)

2.1 Nivel Institucional.

- 2.1.1 Propiciar situaciones de aplicación de la práctica Psicológica que permita relacionar al Psicólogo como profesional de la conducta, comprometido con la solución de -
problemas nacionales.
- 2.1.2 Adecuar el perfil Profesional del Psicólogo a los proble-
mas nacionales prioritarios.
- 2.1.3 Propiciar situaciones que permitan detectar formas concre-
tas de intervención psicológica como medios alternativos
de docencia.
- 2.1.4 Propiciar situaciones de intervención que permitan imple-
mentar técnicas de investigación psicológica al análisis
de la problemática y de la eficiencia de la carrera de
Psicología para formar profesionales de utilidad.

2.2 Nivel Estudiantil.

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

Los objetivos específicos del Programa de Centros de Integración - Juvenil que se han establecido para el desarrollo del Servicio Social - son los siguientes:

2.3 Objetivo General: Formar recursos humanos como multiplicadores de la Acción Preventiva en la Comunidad y en los Proyectos de la Institución.

2.3.1 Capacitar y supervisar a los voluntarios y pasantes en materia de prevención de la farmacodependencia, de tal modo que pueda participar activamente y con un buen nivel profesional en los proyectos del Área de Prevención.

2.3.2 Capacitar a voluntarios de la comunidad de acuerdo a su nivel educativo y al papel que desempeñan en esta, como respuesta a su apoyo a proyectos preventivos. (Guías técnicas, 1933)

Objetivos Personales:

2.4 Objetivo General: Conocer y aplicar los principales conceptos teóricos y de tratamiento, sobre el problema de la farmacodependencia.

Objetivos Específicos:

2.4.1 Conocer a fondo el problema de la farmacodependencia.

2.4.2 Adquirir los principales conceptos teóricos sobre la farmacodependencia.

2.4.3 Aplicar dichos conocimientos para la solución de dicho problema.

2.4.4 Proporcionar tratamiento a pacientes farmacodependientes.

CAPITULO III.

CARACTERISTICAS GENERALES DE LA
POBLACION E INSTITUCION DONDE SE
REALIZO EL SERVICIOSOCIAL.

3.1. Población ó Delegación Política.

3.1.1 Aspecto geográfico :

" El municipio de Ciudad Nezahualcóvotl se localiza a solo 9 Kilómetros al oriente de la capital de la República Mexicana." (Justo, A. 1970-1972).

Se encuentra limitado de la forma siguiente:

Al Norte: Con los Municipios de Ecatepec y Texcoco.

Al Sur : Con el Distrito Federal (Delegación Tlaxpala) y el Municipio de la Paz (Los Reyes) .

Al Este : Con los Municipios de Atenco, Texcoco y Chimalhuacán.

Al Oeste: Con el Distrito Federal (Delegaciones de Ixtacalco y Gustavo A. Madero, en la zona federal del Aeropuerto Internacional Benito Juárez.

Acorde con los datos proporcionados por el Departamento de Estadísticas y Estudios Económicos de la Dirección de Promociones, el municipio cuenta con una extensión de 62.4 Kilómetros cuadrados.

El clima predominante de Ciudad Nezahualcóvotl es templado, se mezcla con lluvias en verano; y su temperatura promedio es de 16° C. al año.

La catocera municipal se ubica a los $19^{\circ} 24' 59''$ de latitud -
norte, y a los $99^{\circ} 01' 56''$ de longitud oeste del meridiano de -
Greenwich.

" Los terrenos que ocupan el municipio de Netzahualcoyotl se en-
cuentran en una pequeña depresión que antiguamente era el lago de -
Texcoco y que se sitúa a una altura media de 2,400 metros sobre el -
nivel del mar; levemente inferior a la altitud de la capital de la -
república; que se extiende a su costado occidental". (Justo, A. 1970-
1972).

El sistema hidrológico de la región está constituido por el lago
de Texcoco, reducido a una muy pequeña parte de lo que fué original-
mente. En la actualidad, toda la sección norte de Ciudad Netzahualco-
yotl, se encuentra protegida por el llamado Bordo Xochinca, que im-
pide que en temporadas de lluvia suba el nivel del agua e inunde el
área habitada como antes sucedía.

La región carece de man tiales, ojos de agua ó venederos de cual-
quier tipo.

3.1.2 Aspecto Demográfico.

El municipio de Ciudad Nezahualcoyotl, se encuentra asentado en lo que fuera el vaso del lago de Texcoco, y se extiende a lo largo - del lado norte de la Calzada Ignacio Zaragoza. En la década de los 30s, los comuneros de Chimalhuacan vendieron sus parcelas a particulares, - quienes más tarde fraccionarían formando colonias de tipo popular y - cuyos lotes fueron vendidos a personas de escasa preparación e insuficientes recursos económicos, sin llenar por lo general los requisitos legales en las operaciones de compra-venta.

Al principio de la Década de los 40s., la población era muy escasa y se concentraba en el poblado de San Juan Pantitlán; sin embargo a - partir de 1946, año en que el Departamento del Distrito Federal (D.D.F.) prohíbe la creación de nuevos fraccionamientos dentro de su área, empieza a crecer en forma significativa.

A partir de esa fecha la población de las colonias del vaso de Texcoco, como se empiezan a conocer entonces, crecen sin control alguno - y sin el mínimo de servicios como son el agua, drenaje, alumbrado, etc.

La falta de servicios básicos, la inseguridad y el aumento constante y sin precedentes de la población, empieza a ser alarmante; - surgen las primeras asociaciones de colonos tales como "La Federación de colonos del vaso de Texcoco" "La Asociación General de Colonos"; "La Federación de Padres de Familia"; "El Frente Único de Comerciantes" etc. Qué más tarde formarían la "Unión De Fuerzas", como actual ente se le llama a la plaza cívica, para crear la formación del municipio que desde 1957 había sido solicitada por la "FEDERACION DE COLONOS " del Vaso de Texcoco, sin éxito alguno.

Como respuesta a la solicitud hecha por las diversas agrupaciones para crear el municipio, el Gobernador del Estado, El Dr. Gustavo Baz Prada (1957-1963) y siendo Secretario General de Gobierno el Dr. Jorge Jiménez Cantú, ordena hacer un estudio integral sobre los aspectos económicos, sociales y políticos de las colonias; finalmente la cuadragésima primera legislatura local, mediante el decreto número 93, crea el 23 de abril de 1963 el municipio 120, con la denominación de "Ciudad Netzahualcovotl". con la finalidad de que la población pudiera resolver autónomamente los diversos problemas económicos políticos y administrativos que venía padeciendo. (Nuitron, 1975).

Así pues, en la actualidad el total de la Población en ciudad - Netzahualcoyotl es de 1, 341. 230 habitantes, siendo del sexo masculino 666.106 habitantes y del sexo femenino 675,124 habitantes. (X Censo General, 1980).

En la actualidad el total de la población trabajadora en Ciudad Netzahualcoyotl es de 483,215 personas de las cuales 446,044 pertenecen al - sexo masculino y 37,171 al sexo femenino. (S.S.A., 1980) (Ver Anexo, 5).

"La población económicamente activa sale a trabajar a la zona metropolitana de la ciudad de México y particularmente a la zona norte". (De la Rosa, 1978).

Según datos del Gobierno del Estado de México, en 1980 la población económicamente activa estaba formada por el 45% de la población total.

Los plenamente ocupados eran solamente el 53%, el resto o era desempleado o tenía un trabajo eventual, o sea el 47%. (Ver anexos, 6 y 7).

De los que tienen empleo el 79% sale de la ciudad a trabajar y el - resto se queda, ocupándose en el comercio, la construcción, servicios - y otras actividades no clasificadas.

3.1.3 Vivienda:

La urbanización de Ciudad Netzahualcoyotl consistió en un principio, en un trazo a cordel para lotificar 62.4 kilómetros cuadrados en 150 mil lotes con un promedio de 150 metros cuadrados cada uno, y asignar espacios para calles y servicios públicos: Escuelas, Mercados, Iglesias, - Áreas Verdes, etc.

Los fraccionadores vendieron terrenos sin servicios urbanos y fue - mediante gestiones de las organizaciones de colonos que se instalaron - algunos de los servicios.

"En la actualidad se puede decir que todas las viviendas cuentan con agua, luz y drenaje". (De la Rosa, 1978) (Ver Anexo, 8).

Y el material con que están construidas las viviendas en su mayoría es: Muros: casi todos son de tabique; Pisos: predominan pisos de cemento, Techos: varía mucho, los hay desde concreto o loza, hasta lámina de asbesto o de cartón. (Ver Anexo, 9).

En total existen 214,132 viviendas particulares, 208,784 construcciones fijas, 4,203 viviendas móviles, etc. (X Censo General, 1980).

(Ver Anexo, 10).

3.1.4 Servicios:

Existen 21 pozos que abastecen de agua a la ciudad y su tubería abarca una extensión de 294, 648.82 mts. lineales de diversos diámetros; el número de tomas instaladas es de 153,000 y de estas 1,600 cuentan con medidores, absolutamente toda la ciudad goza de este servicio, tanto el abastecimiento de agua como el mantenimiento del sistema de desague está a cargo de la comisión estatal de aguas y saneamiento. (Justo, 1970-72)

En cuanto a alumbrado público, existen 14,500 lámparas que consumen 250 WATTS y cubren un área de 57 metros cuadrados cada uno. Se encuentran distribuidas en la siguiente forma; en las calles cada 80 mts. y en avenidas cada 40 mts. El tipo de alumbrado es el llamado vapor de mercurio; y en la actualidad, aproximadamente el 95 % de la ciudad cuenta con este servicio. Puede afirmarse que todas las casas cuentan con el servicio. (Justo, 1970-72)

Así mismo, el municipio tiene 1,000 Kms. de calles y avenidas; a la fecha se han pavimentado 1,950.000 metros cuadrados, que representan 400 Kms., o bien el 40 % aproximado del total de calles de ciudad Netza

hualcoyotl. (Justo, 1970-72)

En Ciudad Netzahualcoyotl existen 6 Bibliotecas Públicas, 5 Municipales y 1 de la Secretaría de Educación Pública. Se ubican de la manera siguiente: En la casa de la cultura "DR. Jorge Jiménez Cantó"; en la delegación Administrativa "Carlos Hank Gonzalez; en la colonia Maravillas; en la Plaza "Unión de Fuerzas, en la Secretaría de Educación Pública en la colonia Pavón.

El único museo de la Ciudad se encuentra en la casa de la cultura, inaugurada en el año de 1981, y es un museo de la zona Lacustre del Valle de México. (Huitrón, 1975)

"Existen cinco centros deportivos municipales administrados por el Ayuntamiento, cinco unidades recreativas construidas en los camellones de las avenidas Pantitlan y Chimalhuacán, integradas con canchas de frontón y pistas de patinaje. Existe también un modulo deportivo en el bordo Kochiaca. En la Clinica del I.N.S.S. ubicada en la Av. Carmelo Pérez existe también un Centro deportivo. (Justo, 1970-72)

La comunidad cuenta con un Hospital General, 7 Centros de Salud, 3 Estancias infantiles y un Centro Odontopediátrico, además de las 2 - Clinicas del I.N.S.S. y el Sistema de desarrollo integral dela Familia .

La U.N.A.M. tiene establecidas en la zona 5 Clínicas Multidisciplinarias que prestan diversos servicios a la comunidad, 1 Centro de Integración Juvenil, 13 Centros Comunitarios pertenecientes al Programa de atención a población marginada en zonas urbanas S.S.A.

En Ciudad Netzahualcoyotl se encuentran reunidos un gran número de elementos causantes de enfermedades y desórdenes tanto físicos como mentales por un lado, las pésimas condiciones ecológicas reinantes entre las que se pueden mencionar las insuficiencias de agua potable y drenaje la descarga de aguas negras provenientes del D.F. y de la misma ciudad sobre el lago de Texcoco, la falta de recolección de basura; una gran cantidad de animales domésticos sin vacunar; la abundancia de expendios de antojitos y otros alimentos sin estar vigilados por el control sanitario correspondiente etc. Están amenazando constantemente la salud de los habitantes.

En otro aspecto, encontramos factores sociales que dan lugar a fenómenos tales como la drogadicción, el alcoholismo, la prostitución, la delincuencia etc. En realidad esos factores son causa efecto de los mismos problemas sociales entre estos factores podemos mencionar algunas como la desintegración familiar, la falta de trabajo y escuelas; el bajo índice cultural etc.

Todo lo anterior se viene a complementar con las no menos pésimas condiciones económicas que poseen los habitantes, lo cual hace que sean menos superables éstos problemas.

En Ciudad Netahuacoyotl sus habitantes mueren principalmente por enfermedades que técnicamente no representan ningún problema a la ciencia médica, sino que son consecuencia de la pobreza, la desnutrición y la falta de atención. La atención por parte del seguro cubre a solo una tercera parte de la población, el resto de los habitantes recurre a médicos particulares los cuales en muchas ocasiones solo explotan a quienes tienen necesidad de ellos, o bien recurren a la automedicación.

(De la Rosa, 1978)

3.1.5 Educación:

Existen en Ciudad Netzahualcoyotl un total de 341, 894 personas del sexo masculino que son alfabetas, y un total de 322,755 personas alfabetas del sexo femenino.

En cuanto al total de personas del sexo masculino analfabetas son, 116, 180 y 222,110 personas analfabetas del sexo femenino. (X Con so General, 1980) (Ver Anexos, 11, 12, 13).

La Educación es impartida por el estado y la federación. Existe un total de 473 escuelas de todos los niveles académicos en donde se in cluyen centros preescolares y extraescolares de educación. (Justo, 1970-72) (Ver Anexo, 14).

3.1.6 Medios de Comunicación:

Ciudad Netzahualcoyotl. se encuentra comunicada al sur, con la carretera México-Puebla en un tramo de 8 kilómetros aproximadamente, por el norte de la región y a lo largo del Bordo de Kochiaca pasa la Via Tano la cual se comunica con la carretera México-Puebla a la altura del Km. 14 No existe ninguna vía férrea que llegue o salza de la Ciudad, tampoco e xisten aeropuertos.

"Existen cuatro líneas de autobuses, 26 sitios de taxis" (Justo, 1970-72)

Funciona una oficina central de correos que se encuentra ubicada en la Av. Chimalhuacán, Colonia Benito Juárez, con 9 agencias sucursales ubicadas en las colonias la Perla, Metropolitana, las Águilas, Pavón y Vergel de Guadalupe, que se instalaron en 1981. Además existe una oficina central de telégrafos en la Av. Adolfo López Mateos, y tres agencias sucursales, ubicadas en la Colonia Floresta, Reforma y Ampliación Vicente Villada. Las líneas telefónicas que existen son totalmente insuficientes, sólo se encuentran instalados entre particulares y públicos 20,000 teléfonos y una caseta de larga distancia ubicada frente a la Plaza Union de Fuerzas. A la Ciudad llega todo tipo de periódicos y revistas existentes en el Distrito Federal, no existen estaciones de radio o televisión, sin embargo, se captan con facilidad las estaciones que se transmiten desde el Distrito Federal. (Justo, 1970-72)

3.2. Institución donde se realizó el Servicio Social.

3.2.1 Antecedentes históricos:

En los Centros de Integración Juvenil (C.I.J.), la concepción sobre el fenómeno de la farmacodependencia, así como las estrategias de abordaje para el logro de sus objetivos, son producto de un esfuerzo de trece años, tiempo que permitió corroborar o rectificar medidas y acciones relacionadas con el desarrollo de actividades en materia de prevención, tratamiento, rehabilitación, investigación y docencia.

(C.I.J.. 1982)

El proceso para llegar a conformar el modelo de atención, validado desde la práctica, que actualmente manejan los C.I.J. se llevó a cabo en varias etapas.

De 1970 a 1972, ante la existencia de una fuerte demanda social para que el fenómeno de la farmacodependencia fuera controlado surge de la misma comunidad una respuesta, esto es, un grupo organizado: Damas Publicistas, A.C. que funge como portavoz de dichas demandas. Es así como realiza un gran esfuerzo para sensibilizar al Gobierno Federal y a la sociedad sobre la existencia del problema así como del desarrollo acelerado del mismo pero, sobre todo, de la necesidad de establecer medidas conjuntas para evitar su evolución.

Como primer paso se crea el Centro de Trabajo Juvenil Dakota, - contando con un equipo técnico formado por psiquiatras, psicólogos y Trabajadores Sociales, incorporándose también un reducido número de voluntarios que colaboraban en actividades paramédicas y administrativas, así como de promoción y captación de recursos.

Es importante mencionar que en esta etapa existía un desconocimiento de la naturaleza del fenómeno, así como de su magnitud real en el país, pues se carecía de información estadística específica.

El enfoque de trabajo se centró en la actividad asistencial, prestando el servicio de consulta externa a farmacodependientes desde una concepción exclusivamente psiquiátrica.

De 1973 a 1976 se presentó como situación predominante la necesidad de apoyo técnico y financiero por parte del Gobierno Federal, en tanto que la demanda del servicio rebasó la capacidad de respuesta de los recursos existentes. Cabe mencionar que el 2 de octubre de 1973 - cambió su nombre por el de Centros de Integración Juvenil, A.C.

El crecimiento de la Institución fue acelerado y al final de la etapa se contaba con 29 Centros en la República Mexicana (9 en el área metropolitana y 20 en el interior). En 1975 se creó por decreto presidencial el Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia (CEMEF

con el fin de realizar actividades de investigación que apoyaran y orientaran la operación de los Centros de Integración Juvenil.

En este periodo las investigaciones sociales realizadas por CENEF brindan un panorama general sobre la incidencia y prevalencia del fenómeno, lo cual conduce a establecer las bases de un enfoque biopsicosocial que pretende trascender el ámbito estrictamente clínico. Se fortalece el equipo interdisciplinario y se inicia la sistematización del trabajo voluntario, con una marcada tendencia a insertarlo en la actividad asistencial.

Así mismo, al hacerse patente la necesidad de acudir a las poblaciones incipientemente afectadas o con alto riesgo de serlo se inicia el desarrollo de actividades preventivas realizadas extramuros, Para informarles sobre el problema y sus consecuencias.

Sin embargo, esta actividad no estaba estructurada en forma global por lo que no permitía enfrentar el fenómeno integralmente, ni evaluar los esfuerzos realizados.

Por su parte, la tarea asistencial continúa desarrollándose enfocada hacia el tratamiento individual de pacientes farmacodependientes y se amplía también en esta etapa a la atención de problemas de salud -

mental en general. En este sentido la demanda del servicio se multiplica en forma desproporcionada a los recursos existentes en ese momento, no obstante el apoyo del Gobierno Federal y de una activa respuesta de la comunidad que se empieza a organizar en las localidades donde se ubica cada Centro de Integración Juvenil.

Este período de intenso crecimiento, tanto conceptual como operativo, se caracteriza también por la celebración de convenios inter-institucionales a nivel nacional e internacional a fin de promover la coordinación de acciones entre los diversos sectores afectados más directamente por el problema que nos ocupa, y facilitar información suficiente sobre el panorama general de la farmacodependencia en México así como de los primeros registros estadísticos, que servirían en el futuro como indicadores para la evaluación del fenómeno.

De 1977 a 1980, técnicamente se caracteriza por el fuerte impulso que se da en toda la Institución a los proyectos preventivos.

Se pretendía desarrollar ese tipo de acciones desde una perspectiva psicosocial es decir, considerar las necesidades de la población con la que se trabajaba y propiciar su participación en la generación de alternativas para solucionar el problema. Con el tiempo, estos plantea-

mientos de base condujeron al desarrollo de actividades de promoción de la salud y por tanto, de prevención inespecífica, perdiéndose de esta manera la especificidad de la tarea de los C.T.J.

El modelo de tratamiento utilizado en este período se basaba fundamentalmente en técnicas psicodinámicas a largo plazo; en el campo de la rehabilitación se implantaron programas de educación abierta así como algunos talleres de capacitación laboral.

Dado el nivel de atención y la gran variedad de campos de actividad se hizo notoria la carencia de recursos humanos especializados, por lo que se inició un proceso sistemático de enseñanza mediante la capacitación en las áreas básicas: Clínica y Preventiva, a través de sistemas de supervisión. Se realizaron investigaciones bio-médicas y se iniciaron las sociales basadas en criterios, objetivos y metodología de tipo epidemiológico.

Es pertinente, mencionar el hecho de que, en esta fase, tanto las acciones preventivas como las asistenciales carecían del soporte de un modelo de atención integral de salud pública. De tal forma se aplicaron diversas estrategias e instrumentos de trabajo, sin poder llevar a cabo el control de actividades y la sistematización pertinente, que preserva-

rá el quehacer técnico dentro de los marcos institucionales. Contribuyó a esto la dinámica natural de la población por su necesidad de servicios de salud en general y en específico de los de salud mental, ya que si bien el objetivo de los C.I.J. en el plano de lo formal estaba definido, la comunidad demandaba a la Institución un servicio más amplio y una mayor cobertura.

Así mismo, es en esta etapa donde se manifiestan concretamente las diferentes formas de participación comunitaria, a través de aportaciones en efectivo, en especie y en servicio. Sin embargo, por la ausencia de parámetros y criterios normativos para la organización y funcionamiento de los diferentes tipos de voluntarios, existió dificultad para integrarlos productivamente a las actividades de la entidad.

En esta época continúa la celebración periódica de reuniones nacionales con el fin de intercambiar experiencias de los Centros ubicados a lo largo de la república, así como encuentros internacionales que refuerzan el establecimiento de convenios de colaboración y asesoría con organismos nacionales y del extranjero.

Así, desde 1980 integré su estructura programática y su información financiera a la del sector Salud y a partir de agosto de 1982, al formar parte como Institución asimilada al sector paraestatal del área de salud. Su órgano ejecutivo máxime, el Patronato Nacional, que do integrado por representantes de la comunidad y de las Secretarías de Gobernación; Salubridad; Educación; Trabajo y Previsión social ; Asentamientos Humanos y Obras Públicas, además Programación y Presupuesto que son las entidades rectoras del Gobierno Mexicano que participa en la solución del problema. (CLJ. 1982)

3.2.2 Servicios que presta a la Comunidad.

De acuerdo al enfoque social y sanitario que considera tanto a la salud y a la enfermedad como al individuo y a la población, desde un punto de vista social en cuenta al origen y las consecuencias de la farmacodependencia, los Centros de Integración Juvenil prestan sus servicios - dentro de un modelo de atención que tiene las siguientes características:

La atención al problema parte de necesidades locales detectadas por la propia comunidad:

Definida el área de influencia y de acción, los servicios les brinda un equipo interdisciplinario de psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales donde cada miembro, desde su disciplina específica, ve con un enfoque médico-social al paciente farmacodependiente, a la familia y a la comunidad en la que actúa.

La prevención es el área prioritaria de nuestra actividad, trascendidiendo el espacio intramuros para desarrollarse en el año mismo de la comunidad.

Estas acciones preventivas-sanitarias se retroalimentan desde dos vertientes. Una con la presencia activa de la comunidad y otra por proyectos de investigación social y estudios epidemiológicos aplicados a nuestro campo de acción y a un modelo de evaluación sistemático.

El paciente farmacodependiente que llega espontáneamente al Centro

o que es captado a través del trabajo comunitario, recibe atención clínica de tipo ambulatorio integrando al núcleo familiar. El tratamiento ambulatorio se realiza de acuerdo a normas y según lo amerite cada caso, mediante psicoterapia breve individual y/o familiar y farmacoterapia; además de las correspondientes actividades de diagnóstico y de pruebas psicológicas.

Dicho modelo terapéutico se extiende también, como el modelo preventivo, fuera del ámbito físico institucional, en tanto que llega a la familia del paciente con un relevamiento socioeconómico y con visitas domiciliarias para el seguimiento del caso y su eventual rescate ante inasistencias o interrupción del tratamiento.

Cuando el paciente requiere ser hospitalizado para su tratamiento, permanece en las Unidades de Internamiento y una vez superada la etapa aguda participa de manera activa en todas las actividades grupales (terapéuticas, recreativas y culturales), que se tienen programadas.

Después del período de internación pasa a consulta externa para continuar en tratamiento ambulatorio hasta su recuperación.

Desde el enfoque terapéutico ya se contemplan las posibilidades futuras para trabajar con el paciente y la familia en la rehabilitación del mismo.

En la fase preventiva y en la de rehabilitación es muy importante el apoyo del voluntariado, quien junto con el equipo técnico brinda alternativas para los programas y proyectos específicos; y por último y dada la necesidad de actualización científico-técnica de nuestro personal, así como la permanente supervisión de casos clínicos individuales y familiares en psicoterapia, se mantiene un programa de capacitaciones continuo fundamentalmente dirigido a la prevención y al tratamiento. (C.I.J. 1982)

Así pues, como se mencionó anteriormente, los proyectos preventivos de la farmacodependencia que manejan los Centros de Integración Juvenil forman una de las áreas prioritarias en cuanto a servicios que otorga la Institución a la comunidad y en los cuales el pasante de Psicología tiene un papel muy importante para el desarrollo de los mismos, por lo que a continuación se describirán cada uno de ellos.

3.2.2.1 Proyecto: Información Pública Periódica (I.P.P.)

JUSTIFICACION:

El cúmulo de situaciones que cotidianamente se presenta a la población en general puede ocultar su relación con el fenómeno del uso y abuso de drogas, ya sea en la propia comunidad, en la familia, etc. El conocimiento de la relación Realidad-Use de drogas es precisamente, el punto de partida para el desarrollo de la sensibilización, promoción de los -

Centros de Integración Juvenil y la motivación a participar en acciones preventivas específicas o inespecíficas. (Proyectos preventivos, 1984)

OBJETIVOS:

Objetivo General: Informar a la población abierta acerca del consumo de drogas.

Objetivos Específicos:

- Brindar información sobre los aspectos y factores relacionados a la farmacodependencia como problema social y de salud, realización de juntas informativas con grupos de la población.
- Sensibilizar a la población sobre el problema de la farmacodependencia.
- Promover a los Centros de Integración Juvenil como Institución dedicada a la Prevención, Tratamiento y Rehabilitación de la farmacodependencia.
- Promover los diferentes proyectos preventivos.
- Motivar a la población a participar activamente en ellos.
- Lograr recursos humanos propios de la comunidad para los proyectos preventivos.

METODOLOGIA:

La metodología que sigue este proyecto dependen del número y características de los asistentes, así como de los recursos del Centro Local: (Conferencias, Dinámica Grupal, Teatro, Etc.). Se elaboró un Programa considerando los temas que se demanden, los horarios en los cuales se pueda reunir la asistencia considerada como idónea, posteriormente se contacta un lugar para realizar las juntas, se realizan las juntas procurando que los asistentes se involucren, para lograr su participación en otras actividades preventivas. Posteriormente se registran y reportan las actividades del proyecto observando el número de juntas realizadas, la cobertura, el tipo de exposición y el efecto que causó en los asistentes.

ESTRATEGIAS:

En este proyecto se usa como estrategia la información, enviando mensajes precisos sin exageraciones ni sensacionalismos, por parte de una persona que domina el tema por su preparación académica y experiencia. Estableciendo en la exposición la comunicación en "doble vía"; expositor-asistentes-expositor. (Proyectos Preventivos, C.I.J., 1984)

Los grupos de edad a los que se dirige el proyecto es a población abierta comprendida entre los 15 y 55 años de edad.

RECURSOS:

A) Humanos: Se designa a un miembro del equipo médico-técnico como responsable y se apoyará en el equipo médico-técnico, así como de los Pasantes y Voluntarios.

El equipo de trabajo se encarga de: Diseñar, elaborar y distribuir las cartulinas de promoción de dicho proyecto, llevar el diario de campo, verificar las citas, exponer o moderar la discusión bajo la observación del responsable, los pasantes y/o voluntarios pueden participar en estas actividades según experiencia, conocimientos, y habilidades.

B) Materiales: Se utilizan carteles y folletos, posters, proyecciones, elaboración de diapositivas, rotafolios etc.

3.2.2.2 Proyecto: Escuelas.

JUSTIFICACION:

Condición indispensable para que el hombre sea capaz de aprovechar y desarrollar optimamente sus potencialidades y para que pueda framar el derrotero de su propio destino, es el conocimiento claro y objetivo de su realidad global (Social, familiar e individual) y su dinamica en la que aquel se desarrolla.

Ahora bien, el niño y el púber se construyen a través de sucesivas identificaciones sobre todo con los modelos que le ofrecen los adultos más cercanos a él: sus padres y maestros, de quienes adoptan un cúmulo de ideas, actitudes y valores con los que se formarán una manera de concebir el mundo y de hacer frente a la vida.

Si esta serie de ideas, actitudes y valores así como la forma en que estos son transmitidos por los adultos no propician o promueven la formación de una postura positiva ante la vida y la convicción de desarrollar en forma óptima las potencialidades humanas, las generaciones del presente y futuro del país repetirán los mismos esquemas del pasado impidiéndose con ello el acceso a mejores niveles de vida y de autorrealización. Lo anterior, convierte en urgente al hecho de que el adulto también conozca y sea consciente tanto de las situaciones y procesos que retrasan o detienen, como los que impulsan al hombre en su devenir histórico hacia la consecución del bienestar físico-mental, individual y social.

Centros de Integración Juvenil tomó a la Farmacodependencia como problema de Salud Pública en cuya aparición intervienen tanto elementos de la realidad social como de la situación individual, y en función de esto ha instrumentado en proyección escuelas en el que se

atienden a niños, mujeres y adultos a fin de prevenir la aparición del uso-abuso de fármacos. (Proyectos Preventivos, C.I.J., 1984)

OBJETIVOS:

Objetivo General: Promover la Salud integral Física y Mental en ,
v desde las escuelas, ofreciendo a los diferen-
tes sectores de la población escolar toda la infor
mación pertinente acerca de las situaciones y pro
blemas que inducen al consumo de drogas y difundir
los servicios que Centros de Integración Juvenil
ofrecen.

Objetivos Específicos:

- Informar a los alumnos -partiendo de la realidad y dinámica social familiar e individual en que se encuentra- Acerca de situaciones condicionamientos y procesos que pueden conducir al uso y abuso de drogas. Promover entre ellos los servicios que ofrecen el Centro local.
- Informar a los padres de familia -Partiendo de la realidad y dinámica social, familiar e individual en que se encuentran tanto ellos como sus hijos- Acerca de las situaciones, condicionamientos y pro
blemas que pueden generar el uso y abuso de drogas y motivarlos a

alcanzar los niveles de orientación y capacitación que se ofrecen en otros proyectos.

- Informar a los maestros -tomando como punto de partida la realidad y dinámica social, familiar e individual en que se encuentran. - ^Acerca de las situaciones, condicionamientos y procesos que pueden conducir al uso y abuso de drogas y motivarlos a adquirir los niveles de orientación y capacitación que se ofrecen en otros proyectos preventivos. (Proyectos preventivos, C.I.J., 1984)

METODOLOGIA:

La dirección del Centro local asignará los recursos humanos del personal de base y de pasantes y/o voluntarios que integrarán el equipo de trabajo. Constituido el equipo de trabajo, este deberá planear, establecer las metas de trabajo y programar actividades:

- Según el número de escuelas primarias y secundarias comprendidas en la zona de influencia del Centro local.
- Según el número de miembros que integran el equipo de trabajo.
- Según los días laborales estipulados en el calendario escolar.
- Según el trabajo realizado en años anteriores.

La población que se atiende con el proyecto abarca:

- Alumnos de 5o. y 6o. año de primaria, así como de los tres grados de secundaria, cuyas edades fluctúan entre los 8 a y los 15 años.
- Padres de familia y maestros: adultos de 20 años en adelante.

La forma de trabajo se establece en base a las características específicas de la población atendida y de acuerdo a las habilidades de los miembros del equipo de trabajo.

3.2.2.) Proveedor: Comunidad.

JUSTIFICACION:

Las comunidades asemejan al crisol donde se amalgaman diversos procesos macrosociales. Son el ámbito socio-social donde la familia produce y reproduce las condiciones sociales. (salud, educación etc.) sin faltar un solo día. El mero hecho de la cercanía física, ligado a la frecuencia con que se comparten problemas cuya solución exige esfuerzos colectivos genera relaciones entre los habitantes que terminan por trascender las causas que los originaron.

Así, la comunidad es, más que un conjunto de individuos o familias que viven en determinada zona, una serie de relaciones que comprenden a la mayoría de los habitantes al grado que lleva a constituirse como el lugar donde se tienen la mayor parte de las interacciones, que por

otro lado no se limitan al momento y espacio específico de su ocurrencia, y es todo esto lo que hace que la comunidad sea un factor determinante en la vida de los individuos. (Proyectos Preventivos, C.I.J., 1984)

OBJETIVOS:

Objetivo General: Promover y motivar la autoestima como medio para que la misma comunidad genere instancias organizativas que le procuren mejores condiciones de salud mental y prevenir así, las situaciones y motivos que inducen al uso y abuso de drogas dentro de su ámbito socio-geográfico específico.

Objetivos específicos:

- Organizar y capacitar a líderes de la comunidad sobre las situaciones y motivos que pueden conducir al consumo de drogas, así como de las medidas preventivas que pueden instrumentar.
- Sensibilizar y motivar a la población de la comunidad, a colaborar y participar en el desarrollo del proyecto.
- Supervisar y asesorar a la comunidad y a los líderes en capacitación sobre el desarrollo del P E P A (Programa de Estrategias -

Preventivas de Apoyo), como un ejercicio de Auto-Organización.

METODOLOGIA:

La Dirección del Centro Local y el equipo de trabajo seleccionarán las comunidades en las que se desarrollará el proyecto a lo largo de un año, tomando en cuenta las características generales de la comunidad, si existe demanda e interés en que se desarrolle el proyecto en esa zona; tras seleccionar las comunidades seguirá una etapa de conocimiento de éstas por el equipo de trabajo y viceversa, puede realizarse en esta etapa, un diagnóstico en el que conviene que participen los miembros de la comunidad; con todo esto puede comenzar la detección de líderes, grupos ya organizados e instituciones y pueden generarse las primeras relaciones de colaboración.

La capacitación de líderes, piedra angular del proyecto, puede comenzar en la misma etapa de conocimiento-diagnóstico; dicha capacitación más que girar en torno a las drogas mismas, conviene que abarque aspectos como la propia realidad de la comunidad y de su relación con el consumo de drogas, discusión de alternativas concretas y en general, aquellos problemas que los preocupan y que se relacionan con la salud y la farmacodependencia.

En este proceso de capacitación, es preciso realizar dinámicas grupales que permitan promover actitudes más cercanas a la salud mental, a través de la toma de conciencia de la complejidad de problemas como el de consumo de drogas. (Proyectos Preventivos, C.I.J., 1984)

La población atendida será llamada como de alto riesgo, es decir que tienen mayores probabilidades de llevar a la farmacodependencia.

Las edades fluctúan entre los 18 y 55 años.

3.2.2.4 Proyecto : Grupos Organizados.

JUSTIFICACION:

Fue característico del proyecto Orientación a Concurrentes atender la demanda de estudiantes que solicitaban información, material de apoyo etc., con objeto de cumplir ciertos requisitos académicos.

En la mayoría de los Centros de Integración Juvenil locales el abordaje usual fue individual -Dada la premura con la que se presentó la demanda- y el consenso es que la estrategia era informar, salvo algunas excepciones en que se trascendió hasta llevar a la orientación.

Por otro lado, se aprecia que proporcionar este tipo de servicios a nivel individual, pero bajo el encuadre de un proyecto dirigido a grupos y no a individuos, resulta costoso e ineficaz desde la consideración de las limitaciones de la información, en cuanto a estrategia -

preventiva dadas las condiciones en que surge la demanda.

El motivo más importante que influyó en la determinación de modificar el proyecto, surgió del análisis de la farmacodependencia como problema de salud. Todo esto planteó la necesidad de ampliar el impacto de la institución, incidiendo indirectamente en las condiciones generales de salud y además, de la manera más eficiente y efectiva. (Proyectos Preventivos., C.I.J., 1984)

OBJETIVOS:

Objetivo General: Lograr la participación de personas estratégicas en la creación de mejores condiciones de Salud Mental y con esto, prevenir las situaciones y motivos que propician el uso y abuso de drogas.

Objetivos Específicos:

- Orientar a Grupos Organizados acerca de su situación respecto al uso y abuso de drogas.
- Capacitar a estos grupos sobre las alternativas que pueden instrumentar.

METODOLOGIA:

El equipo de trabajo y responsable, estructurarán el plan de trabajo para cada grupo en orientación y capacitación, tomando en cuenta:

- El universo de trabajo

Integrado por aquellos grupos de la población que representan - multiplicadores de la acción preventiva y que tienen influencia estratégica en el campo de la salud mental. Por ejemplo en el Sector Salud (médicos, Psicólogos, Trabajadores Sociales, Ltc.)

En el sector Profesional (Profesionistas del área humanística)

Sector Laboral (Funcionarios, Líderes institucionales etc.)

Sector educativo (Personal de la SEP)

Otros sectores (Grupos, Líderes, Organizaciones civiles etc.)

- En cuanto al contenido de los programas así como a las técnicas a instrumentar serán las necesidades y características de cada grupo tanto como la capacidad y creatividad del personal del equipo médico técnico que participe, quienes la determinen.

3.2.2.5 Proyecto: Orientación Familiar Preventiva. (OFP)

JUSTIFICACION:

Característica esencial de la vida, es el cambio. Cambio en todos los órdenes de aquella: lo social, lo familiar, lo individual. Una mirada superficial a cualquiera de las situaciones de la vida humana, da cuenta de ello: La familia, como agrupación de individuos, no ha escapado a esta dinámica del cambio. Investigaciones diversas dan cuenta de su carácter de permutabilidad tanto su estructura como en su organiza-

ción a lo largo de la historia de la humanidad, dependiendo del sistema social que el hombre ha instrumentado para satisfacción de sus necesidades. En la actualidad, toda una gama de fenómenos han incidido al interior del grupo familiar: la crisis económica, la crisis de valores, la influencia de los medios masivos de información etc. y la forma en que ha afectado, es consecuentemente diversa. Uno de los fenómenos que más destaca y cuyos efectos al interior de la familia son evidentes, ha sido la participación creciente de la mujer en los procesos económicos lo que, si bien a tenido repercusiones positivas tanto para el grupo como para ella individualmente, a su vez le ha exigido no descuidar la vida del hogar, la educación de los hijos y la atención al marido. Al mismo tiempo ha tenido lugar una redistribución de roles y funciones; el padre ya no es más el único sosten económico, por ejemplo.

Lo anterior, ha propiciado además la aparición de una serie de situaciones tales como: Mayor abandono real de los hijos, ruptura en la comunicación con ellos y con la pareja, etc., a lo cual se añaden las presiones económico-sociales de los lugares de trabajo, de la escuela y de otras organizaciones que generan un proceso de continuas frustraciones e inseguridades e incrementan los niveles de ansiedad, confusión, agresividad, mismos que por lo general son descargados en el seno familiar,

produciendo así un desequilibrio en su interior y obstaculizando en sus miembros el establecimiento de un desarrollo armónico y estable. Una vez instaurado el desequilibrio y la desorganización en el grupo familiar los individuos pueden reaccionar de muchas formas, una de ellas es el consumo de drogas. Los C.I.J. ante este panorama, entiendo y aborda el fenómeno de la farmacodependencia como problema de salud pública, cuya aparición está determinada por el engranaje de factores sociales, familiares e individuales como consecuencia de esto, ha instrumentando el proyecto Orientación Familiar Preventiva que ofrece elementos que los ayudan a manejar adecuadamente los procesos familiares que pueden desencadenar la aparición del uso-abuso de fármacos en cualquiera de sus miembros. (Proyectos Preventivos, C.I.J., 1984)

OBJETIVOS:

Objetivo General: A partir de la realidad social, familiar e individual que vive, proporcionar a la familia elementos que la ayuden a prevenir la aparición del fenómeno de la farmacodependencia en su seno y orientarla acerca de las alternativas que pueden instrumentar para tal efecto.

Objetivos específicos:

- Orientar acerca de las situaciones, procesos y motivos que pueden inducir a cualquiera de los miembros de la familia al uso y abuso de drogas.
- Orientar acerca de las alternativas sociales, familiares e individuales que pueden instrumentar a fin de evitar la aparición del fenómeno en cualquiera de ellos.

METODOLOGIA:

El primer paso es designar al equipo de trabajo y al responsable de este proyecto.

La Orientación Familiar Preventiva estará dirigida básicamente a la población sana y aquellos que por su problemática individual familiar y social se encuentren en riesgo de propiciar posibles casos de farmacodependencia entre los miembros de sus familiares. Las edades de la población fluctuara entre los 18 y los 50 años.

También se pueden incluir a este rubro al farmacodependiente nivel I (Es el experimentador) y a su familia.

Se tenderá a privilegiar la organización de grupos cerrados no mayores de 12 personas. El responsable coordinará las sesiones de orientación. Los pacientes podrán funcionar como coterapeutas u observadores.

3.2.2.6 Proyecto: Voluntariado y Personal en Servicio Social.

JUSTIFICACION:

Uno de los recursos más importantes con los que cuentan los Centros de Integración Juvenil, son los voluntarios y pasantes. Su participación en los proyectos preventivos de la farmacodependencia es imprescindible, colaborando comprometidamente en el desarrollo de la institución.

Siendo un recurso tan importante al encontrarse involucrados de tal forma, resulta conveniente proporcionarles herramientas teórico-metodológicas necesarias para que puedan participar más efectivamente en cada actividad además de colaborar positivamente en su formación profesional. Por otro lado también es necesario plantear que cada pasante y/o voluntario puede representar desde su práctica profesional, un multiplicador de las acciones preventivas, aún cuando va no forme parte de los recursos Humanos de la Institución. (Proyectos Preventivos, C.I.J., 1984)

OBJETIVOS:

Objetivo General: Formar recursos humanos como multiplicadores de la acción preventiva en la comunidad y en los proyectos de la institución.

Objetivos Específicos:

- Capacitar y supervisar a los voluntarios y pasantes en el área de prevención de la farmacodependencia, de tal modo que puedan participar activamente y con un buen nivel profesional en los proyectos del área de prevención.
- Capacitar a voluntarios de la comunidad de acuerdo a su nivel educativo y al papel que desempeñen en ésta, como respuesta a su apoyo a proyectos preventivos.

METODOLOGIA:

Los responsables de cada proyecto de prevención serán quienes capaciten y supervisen a los voluntarios y pasantes asignados al proyecto a su cargo. Los temas de trabajo se estructurarán de acuerdo a las necesidades y vicisitudes de las actividades de cada voluntario o pasante, distinguiendo siempre las actividades de investigación, lectura y discusión del material bibliográfico de este proyecto.

3.2.2.7 Proyecto: Recepción.

Objetivo: Tiene como finalidad registrar los datos generales del concurrente que solicita consulta en los centros locales. De ser farmacodependiente o familia, será canalizado a los proyectos de: Diagnostico

Psicoterapia Familiar u Orientación Familiar a Farmacodependientes;
en caso de no serlo será canalizado a la institución adecuada. (Guías
Técnicas, Instructivos de operación, 1983)

Cada proyecto que integra el programa de prevención tiene defi-
nida su estrategia: por esta razón, cuando resulte pertinente superar
la deberá recurrirse al que resulte adecuado.

A continuación se muestran los proyectos con su estrategia.

PROYECTO / ESTRATEGIA	INFORMACION	ORIENTACION	CAPACITACION	OTRA
ESCUELAS	+			
INFORMACION PUBLICA PERIODICA	+			
GRUPOS ORGANIZADOS		+	+	
ORIENTACION FAMILIAR PREVENTIVA		+		
VOLUNTARIADO Y PERSONAL DE SERVICIO SOCIAL			+	
CAPACITACION A COMUNIDAD				+

3.2.3 Organización Interna.

La organización general de los Centros de Integración Juvenil - se muestra en el anexo número 15 , y las funciones que cumple cada una de sus diferentes dependencias son las siguientes:

- Asamblea de Asociados: Determinan las grandes acciones a seguir por la Institución de acuerdo a las necesidades de la comunidad para lograr los objetivos y vigilar el cumplimiento de éstos.
- Comisión de vigilancia: Asesora a la de asociados en el proceso de toma de decisiones, vigilando a posterior el Plan-Programa-Presupuesto de la Institución.
- Patronato Nacional: Establece las pautas de administración para la Institución.
- Comité Técnico Consultivo: Garantiza que los programas aprobados cumplan con todos los requisitos de carácter técnico-médico.
- Dirección General: Determina e implanta políticas y programas con la aprobación del Patronato Nacional para alcanzar el objetivo institucional.
- Dirección Adjunta: Determina programas técnico-médico con la -

- aprobación de la Dirección General para proporcionar los servicios de Salud en coordinación con las Instituciones del sector.
- Coordinación de Comunicación: Vincular el trabajo de la Institución en un sistema que permite la información oportuna y veraz para el cumplimiento de los lineamientos de imagen institucional.
 - Coordinación de Planeación: Apoyar al nivel máximo de Dirección el proceso de toma de decisiones desarrollando la planeación, organización y evaluación de la operación de la institución.
 - Dirección de Patronatos: Lograr la participación de la comunidad, para la consecución del objetivo institucional.
 - Dirección Médica: Proporciona a los Centros Locales las normas técnico-médicas necesarias para la prestación de los servicios institucionales, de acuerdo a los programas autorizados por los órganos superiores, asesorando y supervisando su operación.
 - Subdirección de Servicios Técnicos: Desarrolla planes y programas para normatizar las actividades de prevención, tratamiento, rehabilitación y capacitación, así como de investigación en farmacodependencia.
 - Departamento de Prevención: Establece los lineamientos generales en

materia de prevención de la farmacodependencia y las normas para el desarrollo de las actividades correspondientes en los Centros locales.

- Departamento de Tratamiento y Rehabilitación : Establece los lineamientos generales en materia de tratamiento y rehabilitación de la farmacodependencia y las normas para el desarrollo de actividades correspondientes en los Centros locales.
- Departamento de Capacitación: Da lineamientos de enseñanza y capacitación, tanto intra como extra institucional en apoyo a las actividades de los Centros Locales.
- Departamento de Investigación: Conocer la demanda de Servicios de la Institución mediante la investigación social y clínica que impacta a las diferentes áreas responsables.
- Centros locales: Llevan a cabo programas de prestación de servicios de prevención, tratamiento y rehabilitación, y capacitación observando las normas y procedimientos establecidos. (Manual de Organización de Centros de Integración Juvenil, Departamento de Organización y Sistemas, México. 1982)
- Por último la Dirección de Administración: que controla el origen y aplicación de los recursos humanos, financieros y materiales

de la institución, mediante la política, procedimientos y sistemas de control administrativo establecidos.

Los Centros Locales están organizados como se muestra en el anexo número 16. Lo constituye:

- La Dirección.
- Area de Trabajo Social.
- Area de Psicología.
- Area de Psiquiatría.
- Servicios Administrativos.
- Pasantes de Servicios Social y Voluntariado.
- Servicios Generales.

3.2.4 Recursos Humanos y Materiales.

Durante la realización del Servicio Social la institución cuenta con el siguiente personal.

1 Director del Centro (Psicólogo)

4 Psicólogos.

1 Médico Psiquiatra.

3 Trabajadoras Sociales .

3 Voluntarios.

4 Pasantes de Psicología en Servicio Social.

2 Pasantes de Trabajo Social en Servicios Social.

1 Secretaria Recensionista.

1 Conserje.

Y las funciones del personal técnico de los Centros de Integración Juvenil son las siguientes. (Guías Técnicas, Tomo I)

El Director del Centro Local como responsable ante la dirección general de los Centros de Integración Juvenil, coordina, organiza, asesora supervisa y evalúa el desarrollo y funcionamiento de los centros locales.

El Psicólogo: Elabora el llenado de hoja de recepción.

- elabora historia clínica.

- elabora reingreso.

- Aplica pruebas Psicológicas.
- Da Psicoterapia Breve.
- Tiene Grupos de Orientación a familiares de farmacodependientes.
- Canaliza en caso necesario.
- Investiga e interpreta tanto el nivel y campo social del paciente.
- Realiza seguimiento de acuerdo al plan terapéutico.

- Psiquiatra:**
- Elabora el llenado de hoja de recepción.
 - Elabora Historia Clínica.
 - Elabora reingreso.
 - Realiza Examen neurológico y físico.
 - Da tratamiento farmacológico.
 - Psicoterapia breve.
 - Tiene grupos de orientación a familiares de farmacodependientes.
 - Brinda atención al paciente de alto riesgo.
 - Atiende interconsultas.
 - Solicitud de estudios de laboratorio y gabinete a juicio del médico.

Trabajador Social: - Llenado de la hoja de registro.

- Acompañar al paciente durante su flujo por el Centro, desde su entrada hasta su salida, con fines de orientación.
- Elabora estudios socioeconómico.
- Realiza rescate de pacientes.
- Anota las citas de los pacientes.
- Grupos de Orientación a familiares de farmacodependientes.
- Aplicación de cédulas de deserción.

Pasantes de Medicina:

- Exploración Neurológica y física.
- Coterapeuta en los grupos de orientación

Pasantes de Psicología:

- Aplicación de pruebas psicológicas.
- Coterapeuta en los grupos de Orientación

Pasantes de Trabajo Social:

- Apoyo a la Trabajadora social en:
- Acompañar al paciente durante su flujo

por el centro hasta su salida, con fines de orientación.

- Rescate de nacientes.
- ~~Có~~oterapia en los grupos de Orientación.
- Aplicación de la Cédula de deserción.

Recursos Materiales:

La institución Centro de Integración Juvenil "Metzahuacovotl" ubicada en Pancho López 197, Esquina Amanecer Ranchero, colonia Benito Juárez. Cuenta con una construcción que consta de una planta baja y un primer piso.

En la planta baja del edificio se encuentra la sala de espera, la recepción, tres cubículos destinados a Trabajo social, una sala de lectura, dos baños y una bodega de papelería.

En el piso de arriba se encuentra la Dirección, cuatro consultorios para psicología, un consultorio para Psiquiatría, dos áreas para usos didácticos, una cocina y dos baños.

En la sección de anexos se muestran los croquis de la ubicación de la Institución dentro de la comunidad y la forma en que están organizados los recursos materiales correspondientes al edificio o construcción.

(Anexos, 17, 18, 19).

El equipo con que cuenta la Institución consta fundamentalmente

de:

9 Escritorios

45 Sillas Aproximadamente

5 Mesas para uso didáctico

2 Pizarrones

Tests: Bender,

WAISS,

Frases Incompletas,

1 Biblioteca

Papelaria; hojas, lápices, plumines, etc.

Guías Técnicas.

CAPITULO IV.

ACTIVIDADES DESARROLLADAS.

Antes de revisar las actividades desarrolladas durante el Servicio social, se describirá a la población que se atendió durante este período.

4.1 Población Atendida.

Durante la estancia en el Centro de Integración Juvenil "Netzahualcoyotl", se atendió a un total de 963 personas, de ambos sexos y de diferentes edades, residentes todas de Ciudad Nezahualcoyotl.

De esta población, 60 eran alumnos de Primaria. De los cuales 30 pertenecían al 6o. grado. Con una edad aproximada entre los 10 y 14 años.

Los otros 30 lo formaban alumnos del 1er. grado (Población adulta Primaria Nocturna), con una edad variable entre los 20 y 50 años.

A nivel Secundaria, se atendió a un total de 500 alumnos de los tres grados. Con una edad entre los 11 y 17 años aproximadamente. 100 del 1er. grado, 250 del 2o. grado y 150 del 3er. grado.

En la Escuela Normal, se atendieron a 100 alumnos con una edad aproximada entre los 15 y 18 años. 45 de ellos correspondían al 1er. grado y 55 al 2o. grado.

En cuanto a los padres de familia, se atendieron a 200 de ellos con hijos de secundaria. Su edad fluctuaba entre los 35 y los 55 años.

Además, se atendieron a 18 más, con hijos farmacodependientes. (Su edad variaba entre los 35 y 55 años).

Finalmente, en el Proyecto Recepción, se recibieron a 85 pacientes de los cuales 15 eran de la. vez, 65 estaban en tratamiento y 5 eran de reingreso. (Ver Anexo No. 20).

A todas estas personas (excepto a los últimos 85 que eran pacientes) se les proporcionaron una serie de pláticas sobre farmacodependencia y - Prevención, (Ver Anexo No. 21). Dichas pláticas fueron solicitadas en las oficinas del Centro de Integración Juvenil "Netzahualcoyotl", al área de Prevención, por los Maestros y Padres de Familia ó bien, por el responsable de los proyectos preventivos, es decir que el Psicólogo encargado de tales proyectos, promovía estos servicios en las Instituciones Portientes.

Dichas pláticas se manejarón a nivel Prevención, y los Proyectos Preventivos que se hicieron cargo de esta población son: El Proyecto "Escuelas" que abarco a los alumnos (Todos niveles) y a los padres de estos. El Proyecto "Orientación a Familiares de Farmacodependientes" (O.F.P.D.) y por último el Proyecto "Recepción", que incluyó a los 85 pacientes tanto de

la vez, tratamiento y reingreso. A los cuales se les canalizó al área - de tratamiento para ser tratados por Psicólogos del Centro.

4.2 Actividades Desarrolladas.

Las actividades realizadas durante el servicio social, se describen a continuación, por meses, para una mejor comprensión de las mismas.

AGOS:

Durante este mes, las actividades se centraron en el conocimiento general del Centro de Integración Juvenil "Netzahualcoyotl"; de su organización, funciones, etc. Así mismo se revisaron dos materiales de lo que es, la farmacodependencia, clasificación, efectos, etc.

También se nos presentaron a los responsables de los cinco proyectos preventivos que manejan los Centros de Integración, de los cuales se nos asignarían por lo menos tres. Estos proyectos son el de "Escuelas," "Información Pública Periódica", "Orientación Familiar Preventiva", "Orientación a concurrentes", "Capacitación a la Comunidad ". Posteriormente se le asignaron al pasante los proyectos de Escuelas, Orientación Familiar Preventiva e Información Pública Periódica", (Los cuales se cambiarían posteriormente por los de "Recepción" (Nuevo Proyecto) y Orientación a familiares de farmacodependientes.

Posteriormente, se inició con la estructuración de pláticas sobre - farmacodependencia, historia, grados, función de los Centros de Integración Juvenil, etc.

Finalmente, se asistió como observador a dos sesiones de las pláticas que se imparten en el Proyecto "Orientación Familiar Preventiva", - las cuales son impartidas por un Psicólogo del Centro.

Cabe aquí hacer algunas aclaraciones sobre las pláticas que se impartieron en el proyecto : "Escuelas"

La 1a. se refiere a que, fueron impartidas en diferentes Escuelas, tanto de Primaria, Secundarias y Normales, dentro del área de Ciudad Nezahualcoyotl.

La 2 a. se refiere a que, son una descripción por escrito de algunos de los puntos más importantes que se trataron durante su exposición - a alumnos y padres de familia. Y que éstas fueron, tan solo una guía para darlas, ya que se trato en lo posible, de que no se dieran de una manera rígida o repetitiva, sino adecuarlas al nivel cultural de las personas.

La 3a. hace referencia a que estuvieron dirigidas por un Psicólogo - del Centro, responsable del Proyecto. El cual decidió los puntos a tocar.

La 4a. es que el fin de estas pláticas es el de Informar y no Educar.

SEPTIEMBRE:

En este mes, se asistió a una conferencia sobre Salud Mental, impartida por el Psiquiatra del Centro de Integración, además se dieron cuatro pláticas a padres de familia con hijos farmacodependientes. La 1er. plática consistió en el establecimiento de Rapport, con el objeto de establecer un ambiente de confianza entre los mismos padres y los expositores, en la 2a. sesión se habló sobre el tema Amigos y la influencia de estos sobre nuestro comportamiento, la 3er plática se refirió al manejo afectivo que los padres de familia toman con respecto al problema de farmacodependencia y por último se tocó el tema adolescencia, enfatizando los cambios físicos y psíquicos de esta etapa. Así mismo se estructuraron más pláticas para alumnos de secundaria, se hicieron franelografos, y dibujos a cartulina para dar mayor claridad a las pláticas.

También se asistió a una Jornada Cultural del DIF. al poblado de Tulyehualco, representando a los Centros de Integración Juvenil, ahí se da información de las funciones y servicios que prestan a la Comunidad. Por último se expusieron 2 pláticas con alumnos de 2o. y 3o. de secundaria, y dos más a padres de familia con hijos de secundaria.

OCTUBRE:

En este mes se dieron 16 pláticas en diferentes escuelas secundarias cuatro en el 1er. grado, ocho en el 2o. grado y seis más con alumnos del 3er. grado. También se dieron dos pláticas a los padres de los mismos.

Y por último se asistió como observador a 2 pláticas impartidas por un Psicólogo de base a alumnos del último grado de Normal. (Normal # 27).

NOVIEMBRE:

Se asistió a tres cursos de capacitación (SEMINARIOS) impartidos en El Centro de Integración por un Psicólogo del mismo. Los temas tratados fueron: Promoción Popular y Lucha de Clases, Uso de sustancias Psicoactivas en diferentes culturas, Clasificación de drogas.

Se hicieron dibujos en cartulina para el proyecto Escuelas. También se elaboro y repartió en la misma colonia (Benito Juárez), propaganda sobre pláticas de sexualidad que serían impartidas por otros dos pasantes de Psicología en el mes de diciembre. Se dió una plática a alumnos del 6o. grado de Primaria, y otra en una escuela nocturna de Primaria y Alfabetización. Finalmente se dieron otras dos pláticas en la Escuela Normal # 27 - a dos grupos de 1o. y 2o. respectivamente.

DICIEMBRE:

En este mes, bajó el nivel de actividades, dado que la mayoría de pacientes, padres de familia y personas que solicitaban los servicios - de los diferentes proyectos dejaron de asistir debido a las vacaciones y las fiestas navideñas, lo único que se realizó fué: Corregir en orden - alfabetico el Directorio de otras Instituciones que prestan sus servicios a la comunidad, como Alcoholicos anónimos. Se asistió a una serie de pláticas sobre Sexualidad impartidas por otros dos pasantes de Psicología en el mismo centro.

ENERO:

En este mes junto con otro pasante de Psicología, se reestructuró y organizó la biblioteca del Centro de Integración, elaborandose un temario de los libros y revistas que componen la biblioteca.

FEBRERO:

En este mes, se nos asignaron a todos los pasantes tanto de Psicología como de Trabajo Social, un nuevo Proyecto el de "Recepción" en el cual el pasante recibe a los pacientes tanto de la. vez, tratamiento y reintegro para que en su caso se habrá su expediente, se canalice con su terapeuta, y se anoten sus citas. También se asistió a 2 sesiones de tipo administrativo

con el personal de base del Centro, y a cuatro cursos de capacitación - impartidos por el Psiquiatra del Centro en los cuales se revisaron los temas de Marihuana e Inhalantes. En recepción se atendieron a 20 pacientes en Tratamiento.

MARZO:

En este mes solo se trabajó en recepción atendiendo a 20 pacientes de los cuales 15 eran de la. vez y 5 de reingreso.

ABRIL:

En este mes se atendieron a 45 pacientes en recepción, todos en tratamiento, también se elaboraron carteles de propaganda para las pláticas impartidas en Orientación Familiar Preventiva.

MAYO, JUNIO Y JULIO:

Durante estos tres meses el nivel de actividades asignadas a los pasantes decayeron por varias razones. La 1a. fué el cambio de Director del Centro de Integración, la 2a. fué el cambio de responsables de proyectos, la 3a. fué la poca demanda de tratamiento y de las pláticas impartidas en el proyecto Escuelas, que es donde el pasante tiene más actividades, por la demanda de este servicio.

CAPITULO V.

RESULTADOS.

Los resultados obtenidos a través de la realización del servicio social en el Centro de Integración Juvenil "netzahualcoyotl", son los siguientes:

En total se atendieron a 963 personas (a nivel Prevención). Dándose 32 pláticas preventivas. Todo esto de la manera siguiente:

En el Proyecto "Escuelas", se impartieron 28 pláticas a 360 personas.

A nivel Primaria: Se dieron 2 pláticas. Una a 30 alumnos de alfabetización de 1er. grado (población adulta). Y la otra a 30 alumnos del 6o. grado.

A nivel Secundaria: Se impartieron 20 pláticas, de las cuales 4 fueron dadas a 100 alumnos del 1er. grado, 5 a 250 del 2o. grado y 7 a 150 alumnos del 3er. grado. Y por último se dieron 4 más a 200 padres de familia de los tres grados.

En la Escuela Normal: Se impartieron un total de 2 pláticas.

Una para 45 alumnos del 1er. año, y la otra para 55 alumnos del 2o. grado. (Ver anexo No. 22)

En cuanto al Proyecto "Orientación a Familiares de Farmacodependientes", (C.F. FD.). Se atendieron a un total de 18 padres de familia, dándoseles 4 pláticas.

En la 1a. sesión, asistieron 7 padres de familia, en la 2a. sesión asistieron 5 de ellos, en la 3a. sesión asistieron 4, y en la 4a. sesión asistieron 2 .

En el Proyecto "Recepción". Se recibieron y atendieron a 85 pacientes, de los cuales 15 eran pacientes de la. vez, 65 pacientes estaban en tratamiento y 5 pacientes eran de reingreso. Los resultados obtenidos en estos dos Proyectos, se encuentran en tablas en el anexo No. 23.

En cuanto al Proyecto "Información Pública Periódica". (IPP), se realizaron dibujos en cartulina, franelógrafos, rotafolios, etc. para apoyar la exposición de las pláticas. También se elaboró y repartió propaganda sobre las pláticas que imparten los Centros de Integración Juvenil.

Se asistió a 10 Seminarios de Capacitación, sobre farmacodependencia.

Estas, fuerón impartidas por Psicólogos del Centro de Integración Juvenil.

Pero los resultados más importantes que se lograron, no son a nivel cuantitativo, sino cualitativo, ya que por medio de estas pláticas en diferentes Instituciones tanto a Nivel Primaria, Secundaria, Normal y Padres de Familia. Se logró dar mayor difusión de los objetivos y funciones de los Centros de Integración, en cuanto a la solución de la farmacoddependencia. Así como el papel que juega un Psicólogo tanto a Nivel Prevención y Tratamiento en la solución de este problema.

Pero sobre todo se logró, despertar interés en la gente, por obtener más conocimientos sobre la farmacoddependencia y de la importancia de esto para poder prevenirla. Y aún más, porque en determinado momento estas personas se convierten en agentes multiplicadores en cuanto a Prevención.

Este interés, sobre todo por parte de los padres de familia, se pudo observar cuando finalizaban las pláticas, pues pedían los horarios de las pláticas preventivas, que se imparten en el Centro De Integración en el Proyecto de Orientación Familiar Preventiva y en el Proyecto de Orientación a Familiares de Farmacoddependientes.

CAPITULO VI.

ANALISIS.

La realización del Servicio Social, es un período más de preparación que tiene como elemento determinante de su existencia su vinculación a la Sociedad y a la participación activa experimentando sus problemas y planteando soluciones. Es una etapa de vital importancia en la formación de todo profesionista, pues, se pone a prueba la validez y eficacia de los conocimientos adquiridos en la escuela, así como la capacidad personal para dominarlos y aplicarlos.

Partiendo del hecho de que el Servicio Social es una forma de compensar a la Sociedad, de su participación en la formación profesional, cabe señalar entonces, la importancia que adquieren las actividades que se realizan en favor de ésta.

Así pues, es útil mencionar la importancia o no, que el Servicio Social ha tenido en la formación del pasante, enfatizando su actividad-práctica como un elemento fundamental.

Si la práctica es el medio de contrastar las explicaciones teóricas que se dan a los fenómenos de estudio observados, dentro de una realidad inmediata, resulta entonces importante que la práctica sea el medio más útil de validar nuestros conocimientos.

Es por esto, que cabe mencionar que la realización del Servicio Social, no proporcionó del todo un completo ejercicio de la práctica - que se esperaba, en cuanto a aplicar los conocimientos teóricos en Terapia. Siendo estos únicamente reducidos a el área de Prevención.

Así pues, después de revisar cada una de las actividades realizadas durante el período comprendido en el Servicio Social, enfocadas - únicamente hacia el área de prevención, se puede analizar el cumplimiento de los objetivos tanto del Programa del Servicio Social, del Programa de Centros de Integración Juvenil y de los objetivos planteados por el pasante.

En cuanto a los objetivos que marca el Programa del Servicio Social a nivel Institucional:

Se creó que no se cubrieron totalmente dado que, los objetivos establecen una participación totalmente activa por parte del pasante, en el pleno ejercicio de la práctica Psicológica, en cuanto a la forma de detectar, participar y solucionar los principales problemas que aquejan a la Sociedad en la que no participa. (En este caso, en particular sobre el problema de Farmacodependencia en Ciudad Nezahualcoyotl).

Ya que se nos insertó en una Institución en donde al pasante se le considera un ente pasivo, el cual solo debe apogarse a las situaciones de intervención que se le asignan.

Además nunca se nos brindaron oportunidades de implementar técnicas de investigación para analizar la problemática abordada.

Tal vez el perfil del Psicólogo de ENEP-ZARAGOZA sea el adecuado para tratar de solucionar problemas Nacionales Prioritarios, pero se le debe enfrentar a estas situaciones para probarlo.

Por otro lado a Nivel Estudiantil, también no se puede decir que se cubrieron totalmente pues;

Solo se realizaron acciones concretas en una sola área (Prevención) y no se puede hablar de tener un dominio operacional ó de tener un conocimiento integral del problema abordado. Dado que hace falta la intervención de acciones de investigación y de aplicación terapéutica.

También, para poder decir que se aplicaron los conocimientos teóricos adquiridos durante la carrera.

En cuanto al cumplimiento de los objetivos establecidos por el Pro-

grama de Centros de Integración Juvenil.

Se puede decir que si se cubrieron en la medida en que se fijan adiestrar al pasante como agente multiplicador de la acción preventiva en Los diferentes Proyectos Preventivos en Comunidad. Esto es, que los Centros de Integración Juvenil proporcionan, a los pasantes capacitación en el área de Prevención, de tal modo que se participa en los diferentes Proyectos de esta área.

Y por último, al hablar del cumplimiento de los objetivos fijados por el pasante para realizar su Servicio Social, se puede hablar de que estos se cubren parcialmente ya que:

Se aprenden conceptos teóricos sobre farmacodependencia y se aplican tales conocimientos en el área de Prevención.

Así pues, el punto por el cual no se cubren totalmente tales objetivos, reside en la No aplicación terapéutica a pacientes farmacodependientes, dada la diferencia de orientación psicológica entre los Centros de Integración Juvenil y el Pasante de ENEP-ZARAGOZA. Esto último fué uno de los impedimentos para la satisfacción de los objetivos fijados por el pasante, pero por otro lado, esto se vió recompensado por los conocimientos

tos teóricos adquiridos sobre la farmacodependencia, lo cual da como resultado una visión más o menos completa del problema.

Así pues, aún y cuando no se cubrieron totalmente los objetivos fijados a un principio, se puede decir que se logró bastante en el área de Prevención ya que a través del trabajo realizado en los diferentes proyectos preventivos se difundió en la comunidad algunos conocimientos generales sobre farmacodependencia acrecentando el interés por saber más sobre este problema.

Los obstáculos y/o limitaciones encontradas durante la realización del Servicio Social son las siguientes:

Por parte de la Institución: Una limitación que tiene la Institución y que es bien importante, es la poca información que existe en Ciudad Netzahualcoyotl, sobre las funciones de los Centros de Integración Juvenil. Esta falta de difusión implica que sea reducido el número de pacientes que asisten al Centro, así como el número de personas interesadas en la solución del problema y por lo tanto el bajo nivel de actividades asignadas a los pasantes.

Por otro lado, lo más importante está en la imposibilidad que le dan al pasante al no permitirle dar Terapia a pacientes farmacodependientes.

Por parte de la Escuela: La poca información acerca de los Programas de las Instituciones para realizar el Servicio social. En el presente caso, se dió una información en la Escuela, sobre las actividades que se realizarían en los Centros de Integración Juvenil, en las cuales entraba la acción terapéutica lo cual no se llevó a cabo.

Por parte de la Comunidad: Falta de información y por lo tanto interés por la solución del problema.

Por parte del Pasante: La apatía por trabajar solamente en el área de Prevención.

Por lo anterior, se puede ver claramente que la realización del Servicio Social no fué del todo una experiencia satisfactoria debido a la limitación en que se encontró el pasante, para actuar tan solo en el área de Prevención.

CAPITULO VII.

CONCLUSIONES.

Después de haber analizado la importancia del Servicio Social - en el Desarrollo Profesional y de las actividades enfocadas en el área de prevención, se puede Concluir lo siguiente:

El problema de la farmacodependencia es un fenómeno complejo que afecta a todo el país y a todas las clases sociales. Se debe estudiar tomando en cuenta los factores que integran a un individuo como son los individuales, familiares y sociales. Así como los elementos biológicos psíquicos y sociales. Considerando que estos factores y elementos actúan de manera distinta para cada individuo.

Y para llegar a una comprensión adecuada del fenómeno es necesario estudiarlo desde diversos enfoques científicos. El enfoque multidisciplinario que adopta la Institución es adecuado al tratar el problema en sus aspectos sobresalientes. Sin embargo, puede ser útil ampliar este enfoque con los puntos de vista de disciplinas afines como pueden ser la Sociología, la Antropología Social, etc. Es posible que con lo anterior se pueda llegar a una comprensión más completa de lo que significa el problema y de lo que puede hacerse para prevenir y solucionarlo.

Si bien, es cierto que las actividades realizadas durante la realización del servicio social, estuvieron enfocadas en el área de prevención,

no son suficientes para poder afirmar que con ellas se está evitando la aparición de este problema pues hace falta la inclusión de los conocimientos esenciales sobre fármacos nocivos en los Programas Escolares Normales de los diferentes Niveles Educativos, también la elaboración y evaluación de materiales informativos y educacionales adecuados para los Programas Educativos.

Promover las actividades formativas escolares y extracolegiales que se requieren para el desarrollo pleno de las nuevas generaciones.

Capacitar al personal directivo y docente escolar para que aborde en forma adecuada los problemas de farmacodependencia que se presentan en su zona de influencia.

Se necesita también una comunicación funcional de la Escuela con las Instituciones Legales y Sanitarias para canalizar los problemas que requieren de atención especializada.

Finalmente difundir y promover las actividades recreativas, culturales, deportivas y asistenciales comunitarias.

Por otro lado, si bien es cierto que existe diferencia en cuanto a las técnicas que utiliza o que pretende utilizar el pasante de ENEP-ZARAGOZA, no debe ser motivo para no dar terapia a farmacodependientes,

sino todo lo contrario y dar la oportunidad para probar que con otras técnicas se puede dar solución a este tipo de problemas.

Es por esto que al tener una amplia gama de posibilidades, alguna de ellas resultará la más viable a resolver el problema.

En resumen, se pretende adecuar la técnica a la persona, no viceversa. Y si tiene un repertorio básico, con más facilidad se podrá elegir alguna de ellas.

CAPITULO VIII.

PROPUESTAS.

Por parte de la Escuela: Informar al Pasante de una manera amplia acerca de los lugares en que puede realizar el Servicio Social, dando posibilidad de que los pasantes en Servicio e los que ya terminarán comuniquen sus experiencias a aquéllos en vías de iniciar el suyo, además confirmar con las diferentes Instituciones de que se les permitirá a los pasantes trabajar en todas las áreas que la componen. Y no restringir a sí su desenvolvimiento en la misma.

Por parte de la Institución: Alentar y apoyar con adecuada supervisión la participación del pasante y el permitir usar sus técnicas adn y cuando sean diferentes de las de la Institución. Evaluar las habilidades y conocimientos del pasante a fin de utilizarlos con el mayor provecho. Además incrementar sus esfuerzos para captar gente interesada en el problema, así como incrementar las labores de difusión acerca del problema.

Por parte de la Comunidad: Informarse acerca del fenómeno y aceptar su responsabilidad en el mismo. Concientizar el problema, las causas que lo originan y las acciones que lo solucionen. Difundir información para su solución.

Por parte del pasante: Informarse perfectamente de cual es la naturaleza del problema, que es lo que él puede hacer y hacerlo. Realizar -

labores de concientización entre la comunidad acerca del problema y de sus causas. Proponer iniciativas debidamente sustentadas. Por otro lado, informarse perfectamente de, qué es lo que esperan de su servicio tanto en la Escuela, La Institución, la Comunidad y él mismo. Considerando la importancia de esta etapa de su formación y tratar de obtener el mayor provecho posible.

BIBLIOGRAFIA.

1. Anuario Estadístico de los Centros de Integración Juvenil, Año 1983, Julio, de 1984.
2. Bellak, H.D., Small, S.D., Psicoterapia Breve y de Emergencia, Edit., Paz-México. Comexam S.A., México, 1980.
3. Calderón Harvaes, Guillermo. Salud Mental Comunitaria. Un nuevo enfoque a la Psiquiatría. Edit. Trillas, México, D.F.
4. Cárdenas de Ojeda, Olga. Tomicamania y Narcotráfico. Aspectos Legales Fondo de Cultura Económica, México, 1974.
5. Centros de Integración Juvenil. Guías Técnicas de Operación. Programas Apartados, 1983.
6. Centros de Integración Juvenil. Una Respuesta Integral al Fenómeno de la Farmacodependencia. México, 1984.
7. Centros de Integración Juvenil. Proyectos Preventivos, México, 1984.
8. Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos, México, 1980.
9. Código Federal de Procedimientos Penales, México, 1980.
10. Comité de Expertos en Farmacodependencia. Informe No. 20, Organización Mundial de la Salud. (OMS). Ginebra, 1974.
11. CEMIF, Fármacos de abuso. Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia.
12. Cooper, David. Psiquiatría y Antipsiquiatría. Buenos Aires, Argentina 1976.
13. Conferencias Científicas. CEMIF. Núm 12, 1980.
14. De la Rosa Medallín, Martín. Praxis Popular y Lucha de Clases. Análisis de un caso. Servicios Educativos Populares A.C.
15. Departamento de Estadística del Sistema de Salud de Ciudad Nezahualcóyotl. (SSA) México, 1980.
16. DSM-III. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, American Psychiatric Association, Nasson, S.A. 1983.

17. BINEMS, UNESCO, FNUFUID. "Qué Hacer". Orientación Escolar para Prevenir el uso indebido de drogas. Proyecto BINEMS- UNESCO- FNUFUID.
18. Huitrón, Antonio. Netzahualcoyotl. Misoria y Grandesa de una Ciudad. Gobierno del Estado de México, Toluca, 1975.
19. Instituto Mexicano de Psiquiatría. El Maestro ante el Problema de las drogas. Secretaría de Educación Pública, México, 1981.
20. Instituto Mexicano de Psiquiatría. I Reunión sobre Investigación y Enseñanza. México, 1982.
21. Instituto Mexicano de Psiquiatría. II Reunión sobre Investigación y Enseñanza. México, 1982.
22. Justo, A.A., A Brava Partida. Historia de la Ciudad Netzahualcoyotl - Edo. de México. Praxis y Relaciones Públicas del Gobierno Municipal de Ciudad Netzahualcoyotl, 1970-1972.
23. Llames, Jorge. Comunicación y Drogas. Edit., Concepto, S.A. México, 1982.
24. Llames, Jorge. La Sociedad ante el Abuso de Drogas. Edit., Concepto, S.A. México, 1982.
25. Llames, Jorge. Prevención de la Dependencia. Edit. Concepto, S.A. México, 1982.
26. Hendosa, Ramón. El Papel del Educador ante el Problema de las Drogas. Poble del río, Editor, Madrid, 1980.
27. Novlis, Helen. La Verdad sobre la Droga. Edit. UNESCO, 1975.
28. Organización de Naciones Unidas. Libro Básico sobre Medicina para Resu- cif La demanda ilícita de drogas. Nueva York, 1980.
29. Organización de Naciones Unidas. La participación del Público en los Programas para la Prevención del uso indebido de drogas, y la reintegración social de los consumidores de drogas. Nueva York, 1980.
30. Pellin, William. La Prevención del Abuso de Drogas. Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas. Nueva York, 1981.

31. Periódico UHO MAS UHO. Martes 2 de Julio de 1985.
32. Revista Salud Mental. Volumen 8, año 8, Número 2, Julio de 1985.
33. Vega Fuente, Ananda. Los Educadores ante las drogas. Edit., Santillana, Aula XXI, Madrid, España 1983.
34. X Censo General de Población y Vivienda. 1980. Estado de México, Volumen 1., Tomo 15, México, 1984.

A X E X O S .

ANEXO No. 1

GRADOS DE FARMACODEPENDENCIA DETECTADOS EN CENTROS DE INTEGRACION
JUVENIL "NETZAHUALCOYOTL".

TOTAL GRADOS DE FARMACODE- PENDIENTES.		GRADO I	GRADO II	GRADO III	GRADO IV	EX- ADICTOS					
NUM.	DISP. %	NUM.	DISP. %	NUM.	DISP. %	NUM.	DISP. %				
318	100	17	5.35	81	25.47	128	40.25	59	18.55	33	10.8

GRADOS DE FARMACODEPENDENCIA DETECTADOS EN LAS INVESTIGACIONES DEL
INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRIA.

NUESTRA NUM.	GRADO I	GRADO II	GRADO III	GRADO IV.
3,408	.2 %	50 %	38.4 %	11.4 %

ANEXO No. 2

DRUGAS UTILIZADAS CON MAS FRECUENCIA POR LOS FARMACODEPENDIENTES
CAPTADOS POR LOS CENTROS DE INTEGRACION JUVENIL "NETZAHUALCOYOTL".

1er. LUGAR	INHALANTES	42.28 %
2o. LUGAR	MARIHUANA	35.70 %
3o. LUGAR	ALCOHOL	12.15 %
4o. LUGAR	DEPRESORES	5.82 %
5o. LUGAR	NARCOTICOS	1.77 %
6o. LUGAR	ALUCINOGENOS	1.52 %
7o. LUGAR	ANALGESICOS NO OPTACEOS	0.51 %
8o. LUGAR	ESTIMULANTES	0.25 %

DRUGAS DETECTADAS CON MAYOR FRECUENCIA EN LAS INVESTIGACIONES DEL
INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRIA.
PUBLICADO TAMBIEN EN EL DIARIO UNO MAS UNO.

1er. LUGAR	MARIHUANA
2o. LUGAR	INHALANTES
3o. LUGAR	ANFETAMINAS Y SEDANTES

ANEXO No. 3

TIEMPO	ACTIVIDAD	TERMINOLOGIA
ANTES DEL ABUSO	EDUCACION. INFORMACION. ALTERNATIVAS.	PREVENCION PRIMARIA.
EN EL PRINCIPIO DEL ABUSO	INTERVENCION EN EL MOMENTO DE CRISIS. DIAGNOSTICO PRECOZ. RECURSOS DE URGENCIA. ORIENTACION EN LA CRISIS.	PREVENCION SECUNDARIA.
DESPUES DEL ABUSO	TRATAMIENTO. INSTITUCIONALIZACION/DESIN- TOXICACION.	PREVENCION TERCIARIA.

ANEXO No. 4

NIVEL DE EXPERIENCIA	MOTIVOS CORRESPONDIENTES (EJEMPLOS)	POSIBLES ALTERNATIVAS (EJEMPLOS)
FISICO	DESEO DE SATISFACCION FISICA, RELAJACION FISICA; ALIVIO DE ALGUNA ENFERMEDAD, DESEO DE MAYOR ENERGIA, MANTENIMIENTO DE DEPENDENCIA FISICA.	ATLETISMO, DANZA, EJERCICIO, CAMINATAS, DIETA, ENTRENAMIENTO EN MATERIA DE SALUD, CUALQUIER TRABAJO AL AIRE LIBRE.
SENSORIAL	DESEO DE ESTIMULAR LOS ORGANOS DE LOS SENTIDOS, NECESIDAD DE ESTIMULACION SENSUAL Y SEXUAL, DESEO DE AUMENTAR LAS SENSACIONES.	ENTRENAMIENTO DE CONOCIMIENTO SENSORIAL, EXPERIMENTACION SENSORIAL DE LA NATURALEZA.
EMOCIONAL	CONSULTO PARA ALGUNA AFLICCIÓN PSICOLÓGICA, INTENTO DE RESOLVER ALGUN PROBLEMA PERSONAL, ALIVIO PARA EL MAL HUMOR, ESCAPE A LA ANSIEDAD, LIBERACION DE LOS SENTIMIENTOS.	PSICOTERAPIA, TERAPIA DE GRUPO, INSTRUCCION PSICOLÓGICA DEL DESARROLLO PERSONAL.

INTERPERSONAL	ACEPTACION ENTRE EL GRUPO DE AMIGOS, ROMPER CON BARRERAS INTERPERSONALES PARA "COMUNICARSE" EN ESPECIAL EN FORMA VERBAL, DEJARIC A FIGURAS AUTORITARIAS, ESTRECHAR LOS LAZOS DE UNA RELACION, RELAJACION DE UNA INHIBICION INTERPERSONAL, RESOLUCION DE DUDAS INTERPERSONALES.	GRUPOS DE ENCUENTRO Y DE SENSIBILIZACION, TERAPIA DE GRUPO, INSTRUCCION EN HABITOS SOCIALES, SOCIEDAD DE UNO - MISMO A TRAVES DE ALGUN TIPO DE ENSEÑANZA, CONSEJO INTERPERSONAL, HACER ENFASIS EN LA AYUDA A OTRAS PERSONAS CON PROBLEMAS A TRAVES DE LA EDUCACION.
SOCIAL	PARA PROMOVER EL CAMBIO SOCIAL, ENCUENTRO DE UNA SUBCULTURA - PROPIA PARA ADAPTARSE A CONDICIONES DE VIDA COMO POBREZA, HIGINIA PLETO, DESEMPLERO ETC.	SERVICIO SOCIAL, ACCION HUMANITARIA CON CAMBIOS SOCIALES.
INTELLECTUAL	PARA ESCAPAR AL ABURRIMIENTO MENTAL, ESTAR FUERA DE LA CURIOSIDAD INTELLECTUAL Y RESOLVER PROBLEMAS.	ESTIMULO INTELLECTUAL A TRAVES DE LA LECTURA, DE LA DISCUSION, DE LOS JUEGOS CREATIVOS Y LOS ACERTIJOS.
CREATIVO Y ESTETICO	PARA MANEJAR LA CREATIVIDAD, PARA ACOMENTAR EL GOCE DEL ARTE YA PRODUCIDO, PARA DISPUTAR LAS PRODUCCIONES IMAGINADAS MENTALMENTE.	INSTRUCCION NO PROFESIONAL Y/O APRECIACION DEL ARTE, LA MUSICA, EL DRAMA, LA ARTESANIA, TRABAJO MANUAL JARDINERIA, ESCRITURA, CANTO.

FILCSOFIIC

PARA DESCUBRIR VALORES SIGNIFICATIVOS, PARA A BANCAR LA NATURALEZA DEL UNIVERSO, PARA EN- CONTAR UN SENTIDO A LA VIDA, PARA AYUDAR A ESTABLECER UNA IDENTI- DAD PERSONAL, PARA ES- TABLECER UNA ESTRUCTU- RA EN LA QUE SE CREA.

DISCUSIONES, SEMINA- RIOS, CURSOS SOBRE EL SIGNIFICADO DE LA VI- DA, MEJORACION GUIA DA DE SISTEMAS DE VA- LORES ETC.

ANEXO No. 5

POBLACION DE 12 AÑOS Y MAS. GRUPOS CINCUENALES DE EDAD SEGUN CONDI- CION DE ACTIVIDAD Y SEXO.				
GRUPOS DE EDAD	ACTIVOS		INACTIVOS	
	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
De 12 a 14 años	5,170	2,933	49,084	51,859
15 a 19	41,427	20,395	36,461	59,636
20 a 24	57,782	24,504	8,243	44,753
25 a 29	48,852	16,939	2,238	36,642
30 a 34	40,359	11,914	1,190	29,118
35 a 39	33,294	9,813	947	24,303
40 a 44	25,841	7,152	822	18,403
45 a 49	20,073	5,552	826	15,425
50 a 54	13,548	3,695	867	11,061
55 a 59	9,517	2,391	1,084	8,165
60 a 64	5,009	1,237	11,087	5,616
65 a 69	3,135	89	1,303	4,438
70 a 74	1,608	483	1,198	3,254
75 y mas	1,405	460	1,332	4,533
TOTAL	426,044	37,171		
	463,215			

ANEXO No. 6

RELACION ECONOMICAMENTE ACTIVA Y OCUPACION SEGUN RAMA DE ACTIVIDAD

	A	M	I	G	C	CO	E	S
Profesionales	19	28	431	16	201	63	595	1,063
Técnicos y personas Esp.	29	5	1127	57	874	418	1290	5777
Maestros afines	4	-	31	-	12	11	11	5437
Trabajadores del aire	8	5	542	-	37	98	271	1594
Funcionarios públicos	-	-	7	-	6	3	1	48
Gerentes	6	3	476	-	29	506	110	155
Administradores agrp.	12	-	1	-	-	-	-	3
agricultores	1887	73	-	-	-	99	-	2
operadores de maq.	40	-	73	-	1	2	2	55
Supervisores de obreros	5	140	1338	-	206	90	-	6
Artesanos y obreros	365	29	17,740	-	4,108	601	33	216
Vendedores dependientes	183	3	3323	143	612	6288	261	1370
Vendedores Ambulantes	275	-	6750	10	44	3399	16	8571
Empleados, servicios	17	3	4479	-	3	6794	2991	-
Trabajadores domesticos	199	-	207	5	198	88	447	-
Operador, transporte	20	21	857	-	11	804	4	4383
Proteccion y vigilancia	72	3	97	23	88	172	44	444
No especificado	28	8	293	11	134	122	190	345

A = CAZA, AGRICULTURA, GANADERIA

M = EXPLOTACION DE MINAS

I = INDUSTRIAS MANUFACTURERAS

G = GAS, ELECTRICIDAD, AGUA

C = CONSTRUCCION

CO = COMERCIO

E = ESTABLECIMIENTOS FINANCIEROS

S = SERVICIOS COMUNALES

ANEXO No. 7

POBLACION ECONOMICAMENTE
ACTIVA.

RAMA DE ACTIVIDAD ECONOMICA	POBLACION ECONOMICA- MENTE ACTIVA.
Agricultura, ganaderia, pesca	3,255
Explotacion de minas	306
Industrias manufactureras	110,940
Electricidad, gas y agua	680
Construccion	29,221
Transporte, Comunicacion	23,210
Comercio, mayoreo y menudeo	65,460
Establecimientos	
Financieros	9,056
Servicios Comunales	57,872
Actividades Insuficientemente especificadas	122,667
Desocupados que no han trabajado	2,960

TIVIENDAS PARTICULARES, DISPONIBILIDAD DE ENERGIA ELECTRICA Y AGUA ENTUBADA, SEGUN DISPONIBILIDAD Y TIPO DE DRENAJE.

CON TUBERIA DE DRENAJE

Municipio, disponibilidad de energía eléctrica y agua entubada.	Total viv. Part.	Conectada a fosa Séptica.	Conectada a drenaje público	Desagua al suelo	No esp.	Sin Tub. de drenaje.
NETZAHUALCOYOTL	214,132	695	197,407	291	6,734	5,025
Disp. agua entub.	201,698	631	190,048	254	6,256	4,089
Dentro de la Viv.	125,843	303	119,292	138	4,802	2,121
No en la Viv. pero sí en el Edif.	73,976	307	69,279	109	1,404	2,679
No en la Viv. pero sí llave pública	1,865	21	1,477	7	50	936
No disp. de agua	9,719	64	7,359	37	478	-
No especificado	2,725	-	-	-	-	4,387
Disp. de energ. eléctrica	206,009	555	193,616	280	6,557	3,632
Disponen de agua	197,431	596	186,576	248	6,109	-
Dentro de la Viv.	123,807	289	117,568	136	4,706	999
No en la Viv. pero sí en el Edif.	71,979	288	67,585	106	1,356	2,491
No en la Viv. pero sí llave pública	1,645	19	1,423	6	47	142
No disp. de agua	8,578	59	7,040	32	448	755
No disp. de enrg. eléctrica	3253	25	2,546	7	97	558
Disp. de agua entub.	2,357	22	2,337	4	92	390
Dentro de la Viv.	1,215	7	1,036	2	50	114
No en la Viv. pero sí en el Edif.	1,483	13	1,259	2	40	164
No en la Viv. pero sí llave pública	159	2	42	-	2	112
No disp. de agua	396	3	607	3	5	168
No Especifica de Energía Eléctrica	4,870	15	1,245	4	80	80
Disp. de agua entub.	1,400	13	1,135	2	55	67
Dentro de la Viv. No. pero sí en el Edif.	821	7	688	-	46	8
No en la Viv. pero sí llave pública	514	6	435	1	8	24
No disp. de agua	745	2	110	2	25	13
No especificado	2,725	-	-	-	-	-

ANEXO No. 9

MATERIAL PREDOMINANTE EN PISOS Y PAREDES SEGUN MATERIAL
PREDOMINANTE EN TECHOS.

MATERIAL EN TECHOS

Material en pisos y pa- redes	Total vivien- das particula- res.	Lamina de Cartón	Palma madera	Lamina Asbesto	Teja	Losa
TIERRA	9,908	6,739	29	13,583	135	50,190
Lamina de cartón	1,420	981	5	34	1	69
Madera	396	350	2	1	-	13
Lamina de asbesto	195	70	2	-	-	2
Tabique tabicón	7,908	5,200	18	9	4	39
Mat. no Esp.	58	34	-	9	4	39
CEMENTO O FIERRE	15,814	40,729	221	283	51	45,223
Lamina de cartón	2,175	1,394	7	1	-	32
Madera	634	451	9	-	-	4
Lamina de asbesto	1,445	151	17	688	7	387
Tabique tabicón	152,457	38,443	177	28,396	191	83,888
Mat. no Esp.	526	140	1	50	1	130
MOSAICO U OTRO	41,442	627	23	1,013	40	39,293
Lamina de cartón	52	51	1	-	18	1
Madera	48	20	9	14	-	4
Lamina de asbesto	112	7	2	38	-	53
Tabique tabicón	41,015	569	10	942	37	39,015
Mat. no esp.	65	207	8	111	6	627
PISO NO ESPECIFICA- DO	4,688	-	-	-	-	37
Lamina de cartón	220	51	1	-	-	8
Madera	8	1	1	-	-	-
Lamina de asbesto	83	2	-	13	-	3
Tabique tabicón	1,220	140	5	93	4	588
Mat. no esp.	3,112	11	-	4	-	24

VIVIENDAS Y OCUPANTES POR MUNICIPIO TIPO Y CLASE DE VIVIENDA.		
MUNICIPIO TIPO Y CLASE DE VIVIENDA	VIVIENDAS	OCUPANTES
Netzahualcoyotl	216,269	1,341 230
Viviendas Particulares	214,132	1,327 589
Construcción fija	208,784	1,294 279
Vivienda móvil	4,203	25 901
Refugio como vivienda	1,145	7 409
Viviendas Colectivas	2,137	13 641
Hotel, pensión etc.	1,034	6 526
Hospital, Clínica	16	72
Orfanatorio, hospicio	55	418
Internado escolar	9	93
Convento, seminario	8	47
carcel, prisión	8	47
Otra clase	1,007	6 438

POBLACION DE 15 AÑOS Y MAS. GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD Y SEXO SEGUN CONDICION DE ALFABETISMO. MUNICIPIO DE NETZAHUALCOYOTL.				
Grupos de Edad	Alfabetas	Alfabetas	Analfabetas	Analfabetas
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
T O T A L	341,894	322,755	116,180	222,110
De 15 a 19 años	76,616	77,788	18,367	47,966
De 20 a 24	64,451	65,731	15,764	3,526
De 25 a 29	49,350	49,575	1,700	4,006
De 30 a 34	39,874	36,701	1,675	4,331
De 35 a 39	32,334	28,772	1,904	5,344
De 40 a 44	24,502	26,354	1,761	5,201
De 45 a 49	19,172	15,775	1,727	5,232
De 50 a 54	12,819	10,669	1,596	4,656
De 55 a 59	9,471	6,228	1,430	3,600
De 60 a 64	5,101	4,175	1,010	3,176
De 65 a 69	7,769	6,858	2,712	7,119

ANEXO No. 12

POBLACION DE 6 a 14 AÑOS Y GRUPOS DE EDAD SEGUN CONDICION DE ASISTENCIA Y GRADO AL QUE ASISTE A LA PRIMARIA.

Munic. y grupo de edad	Pobl. 6a14 años	Total	1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	No Esn.	No Asist.	No Exp.
Netra.	361992	231476	9766	43578	41943	38959	34 727	31601	19498	80139	40377
6-8	136262	92594	7895	36269	22910	6222	-	-	7810	21985	21683
9-11	116689	48010	1401	6486	17302	27935	24590	12486	3594	8236	10438
12-14	109046	40872	470	823	1931	4802	10137	19115	-	55918	8256

ANEXO No. 13

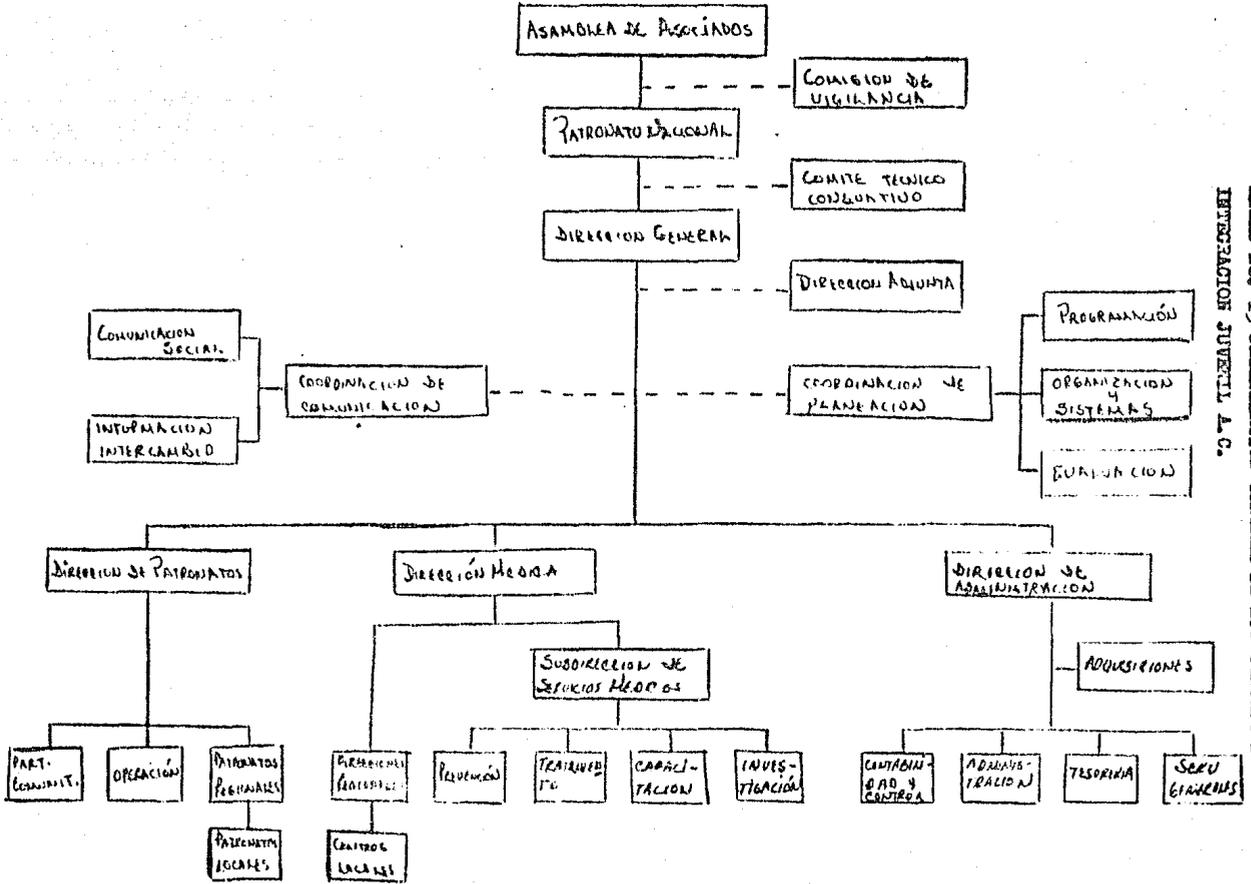
POBLACION DE 6 a 14 AÑOS QUE NO ASISTE A LA ESCUELA PRIMARIA,
SEXO Y GRUPOS DE EDAD, SEGUN CAUSAS DE INASISTENCIA A
PRIMARIA.

Munic., sexo y grupos de edad.	Pobl. de 6 a 14 años que no asiste.	Primaria terminada	Esc. con Prim. Incompleta	Esc. Lejana	No hay cubo.	Trabaja ayuda a la Fam.	Incapac. para Estudiar
Metz.	90,139	58,123	2953	436	1351	1303	1803
6-8 años	21,985	—	1027	199	994	159	841
9-11	82,360	3,226	1217	130	211	250	468
12-14	59,918	54,897	711	107	146	894	494
HOMBRES	44,477	28,174	1365	173	671	570	889
6-8 años	10,955	—	510	35	496	65	411
9-11	4,136	1,644	523	52	116	119	248
12-14	29,380	27,135	362	21	59	386	230
MUJERES	45,668	29,344	1490	258	680	733	914
6-8 años	11,030	—	517	104	498	94	430
9-11	4,100	1,582	624	78	95	131	220
12-14	30,538	27,762	349	76	87	501	264

ANEXO No. 14

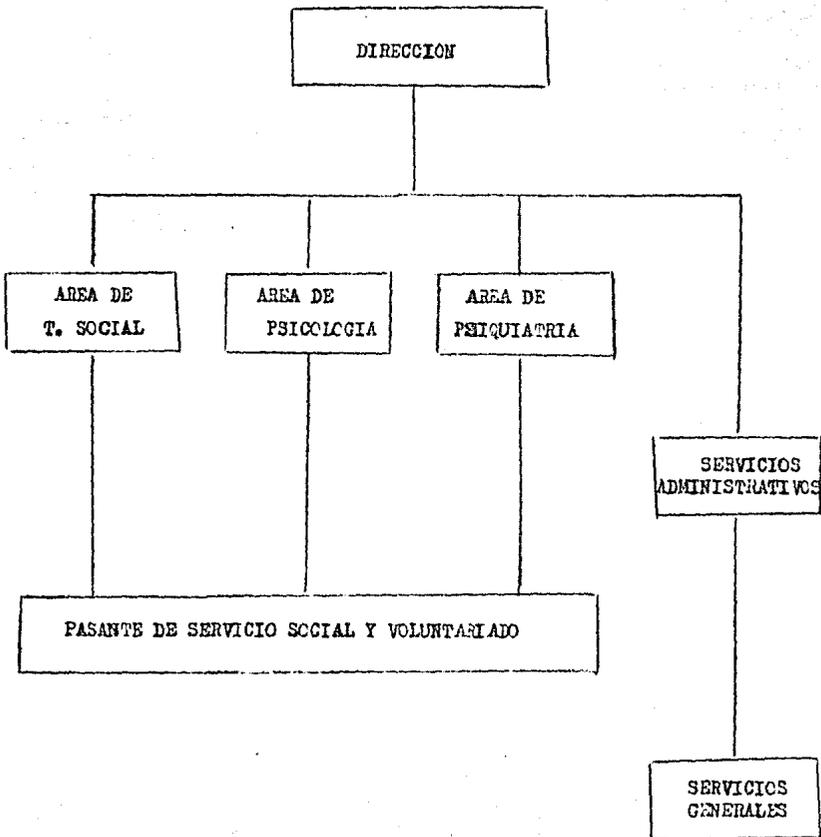
CLASIFICACION DE ESCUELAS EXISTENTES EN
CIUDAD NEZAHUALCOYOTL.

ESCUELAS	TOTAL
Jardines de niños (Estatal, Federal y Particular)	22
Primarias Federales	195
Primarias Estatales	110
Primarias Particulares, Sistema Federal	13
Primarias Particulares, Sistema Estatal	8
Secundarias Federales	27
Secundarias Estatales	24
Secundarias Técnicas	7
Telesecundarias	14
Secundarias Particulares	20
Normales para maestros	3
Normales para Educadoras	1
Colegio de Bachilleres	1
Preparatoria (UAEM)	1
Escuela de Enfermería (UAEM)	1
Centro de Bachillerato Tecnológico Industrial y de Servicios	1
Centro de Estudios Tecnológicos	1
C O N A L E P	1
E.N.E.P. "ARAGON" (U.N.A.M.)	1
Centros de Educación Extraescolar	21
Escuela de Capacitación para el trabajo	1
	<hr/>
T O T A L	473

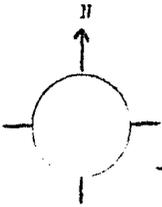


ANEXO NO. 16

ORGANIZACION INTERNA DEL CENTRO DE
INTEGRACION JUVENIL "NETZAHUALCOYOTL".

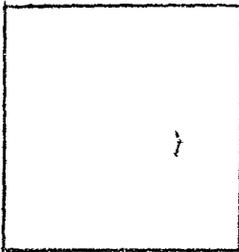


UBICACION DEL
CENTRO DE INTEGRACION JUVENIL
"NETZAHUALCOYOTL"



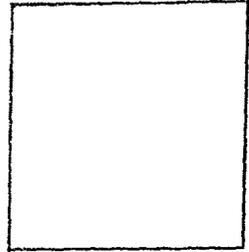
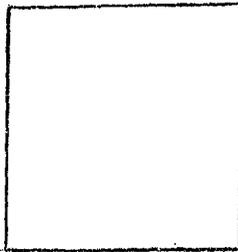
CUARTA AVENIDA O AVENIDA MORELOS

A
V
·
A
D
D
O
L
F
O



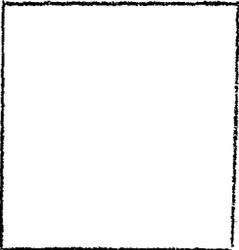
B
A
R
C
A

D
E



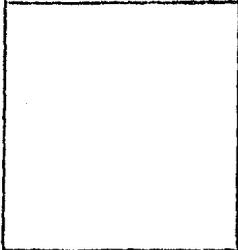
L
C
P
E
Z

M
A
T
E
O
S



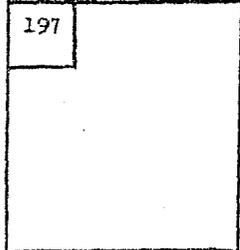
C
R
O

AMANECER RANCHERO

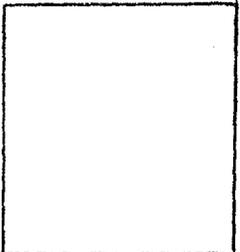


P
A
N
C
H
O

L
O
P
E
Z



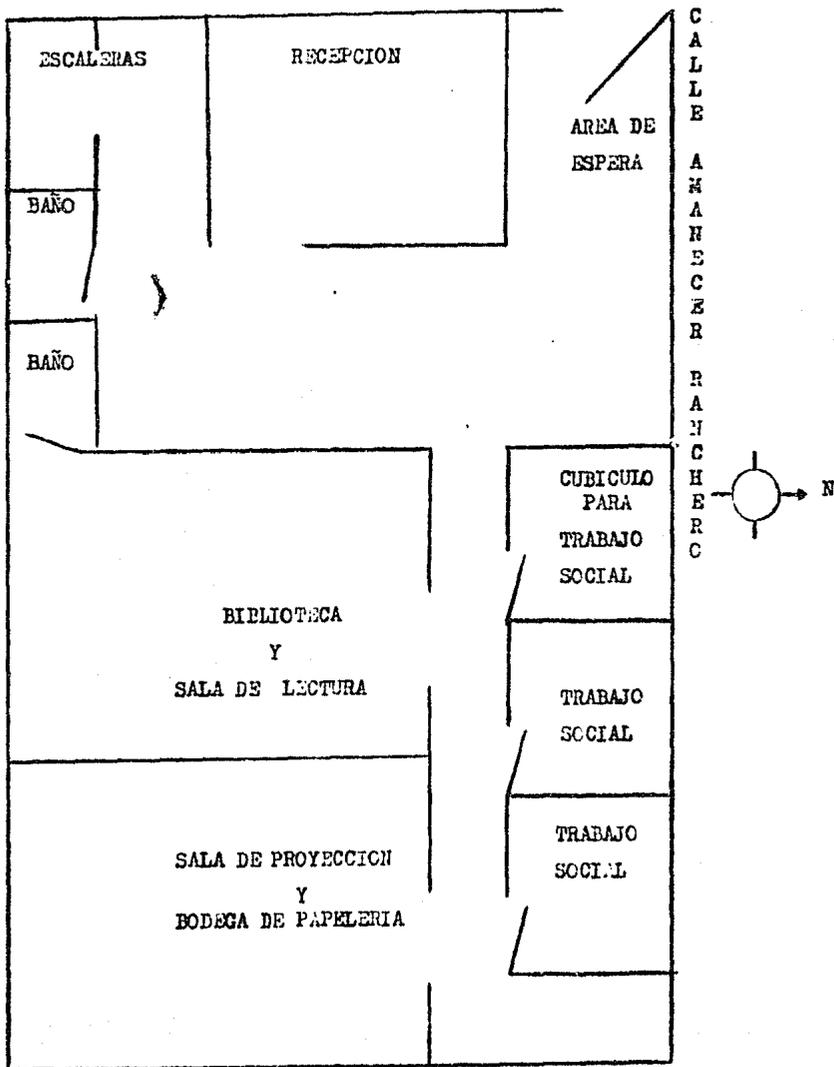
CIRILO LINDO



AVENIDA CHIMALHUACAN

CROQUIS DE LA PLANTA BAJA
DEL C.I.J. "NETZAHUALCOYOTL"

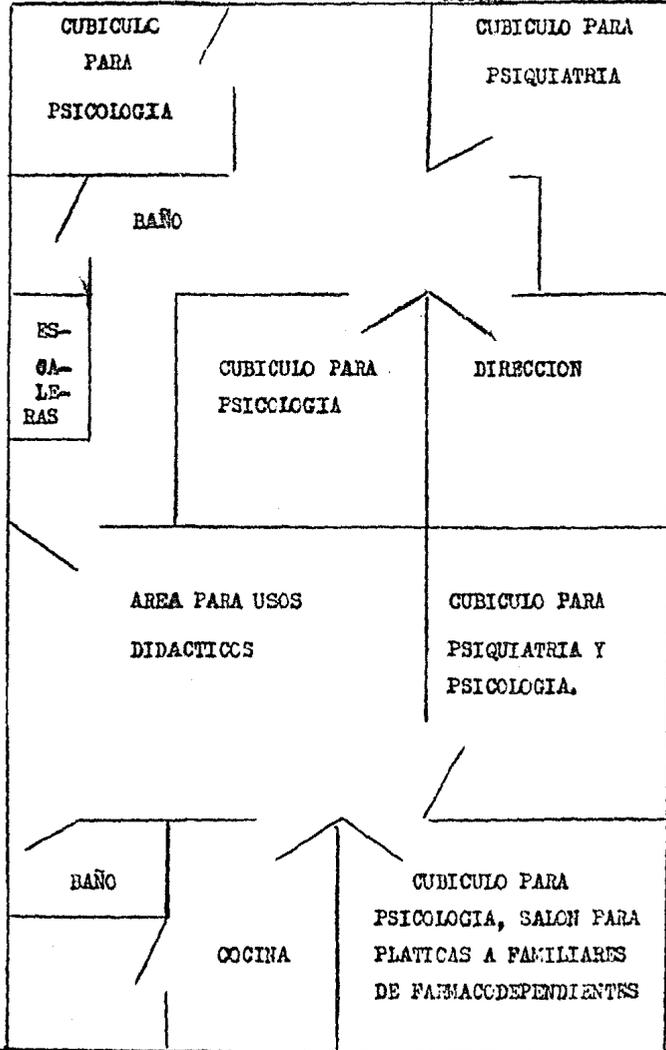
CALLE PANCHICO LOPEZ



ANEXO No. 19

CROQUIS DEL PRIMER PISO DEL C.I.J.
"NETZAHUALCOYCTL"

CALLE PANCHO LOPEZ



ANEXO No. 20
POBLACION ATENDIDA EN:

ALUMNOS ATENDIDOS EN EL PROYECTO "ESCUELAS".

P R I M A R I A .				
TOTAL DE ALUMNOS ATENDIDOS	1er. grado No. Alumnos	EDAD APROX.	6o. grado No. Alumnos	EDAD APROX.
60	30	20-50	30	10-14

S E C U N D A R I A .				
TOTAL DE ALUMNOS ATENDIDOS	1er. grado No. Alumnos	2o. Grado No. Alumnos	3o. grado No. Alumnos	EDADES APROX.
500	100	250	150	11-17

N O R M A L .			
TOTAL DE ALUMNOS ATENDIDOS	1er. grado No. Alumnos	2o. Grado No. Alumnos	EDADES APROXIMADAS
100	45	55	15-18

PADRES DE FAMILIA ATENDIDOS EN LOS

PROYECTOS: "ESCUELAS Y ORIENTACION A

FAMILIARES DE FARMACODEPENDIENTES."

TOTAL DE PADRES	EDAD APROX.	No. PLATICAS	PROYECTO
200	35-55	4	" ESCUELAS ".
18	35-55	4	" ORIENTACION A FAMILIARES DE FARMACODEPENDIENTES."

PACIENTES ATENDIDOS EN EL PROYECTO

"RECEPCION".

TOTAL DE PACIENTES	1a. VEZ	TRATAMIENTO	REINGRESO	EDADES APROX. ENTRE
85	15	65	5	14 a 25

ANEXO No. 21

ESTRUCTURA DE LAS PLÁTICAS DIRIGIDAS A ALUMNOS DE NIVEL PRIMARIA (6o. grado) y NIVEL SECUNDARIA (1o, 2o, y 3er grado).

Buenas tardes venimos del Centro de Integración Juvenil Netzahuacoyotl, y les vamos a dar una plática sobre drogadicción. Para comenzar mi nombre es... y soy psicóloga.

Ahora bien, tenemos 50 minutos de los cuales 35 minutos serán para que yo les platique acerca de la farmacodependencia y los 15 restantes - para que expongan sus dudas.

Comenzaremos esta plática diciendo que utilizaremos el nombre de - FARMACODEPENDENCIA, para denominar a la drogadicción. La definiremos - como el estado de necesidad, física o psíquica producida al tomar una - droga, que trae como consecuencias cambios en nuestro comportamiento. Aunado a este concepto tenemos el de DROGA. Qué es una droga ? es cualquier sustancia química que afecta a una persona de manera que le origina cambios emocionales o de comportamiento, también junto con la farmacodependencia están los conceptos de DEPENDENCIA que son dos la DEPENDENCIA FISICA que consiste en que el cuerpo necesita la droga, y la DEPENDENCIA PSÍQUICA que es la necesidad psicológica de tener la droga para sentirse bien.

Cualquiera de estos tipos de dependencia pueden ir acompañados de otro fenómeno llamado TOLERANCIA la cual consiste en la necesidad de tomar mayor cantidad de droga para obtener los mismos efectos.

También es importante hablar del SÍNDROME DE ABSTINENCIA, el cual ocurre al suspender la toma de la droga y produce grandes cambios físicos en el individuo. Como última definición trataremos el concepto de USO y ABUSO DE LA DROGA. El primer término se refiere al consumo de una droga bajo prescripción médica, y el segundo término se refiere al uso continuo y en forma desmedida de una droga.

Ahora bien han de saber que el uso de las drogas tiene una larga historia, y que se le utiliza y ha utilizado de diferentes formas en diferentes épocas. Así pues se cree que las primeras veces que se empleó la droga fué muchos miles de años antes de Cristo, con el opio y la marihuana, las cuales se empleaban en los ritos antiguos como ofrendas a sus dioses en diferentes culturas. Se usó en ceremonias religiosas y en otras celebraciones importantes. Otro uso que se le dió fué con el fin de resistir el cansancio producido por el trabajo a que era sometido el hombre, a las temperaturas extremas, al hambre y el dolor.

En las guerras se les inyectaba morfina a los heridos para tener fuerzas, energía y valor en los combates, también se le utilizaba para curar el insomnio, las alteraciones nerviosas y estomacales, pero como no se conocían sus efectos para esos tratamientos, muchas personas se hacían adictas a ellas, perjudicandoles sobremedida.

Aquí en México su uso no es reciente ya que antes y después de la conquista se usaban diferentes drogas con fines terapéuticos, adivinatorios y para rituales. La primera referencia que se tiene acerca del abuso de drogas en México data desde 1588, poco a poco se fué extendiendo y hacia fines del siglo XIX el uso de drogas no se había considerado como un problema internacional, pero al desarrollarse las ciencias y la tecnología el problema se hizo más grande y exigió la cooperación mundial para tratar de establecer controles a este respecto. Dentro de las ciencias en particular la industria química, incrementó al mercado sustancias químicas para tratamientos médicos, dando como resultado que poco a poco se fuera popularizando el ingerir cualquier droga, para calmar cualquier malestar, físico o mental, así tenemos que se usan fármacos, tanto para aliviar un dolor de muelas, para olvidar problemas y relajarse en situaciones de crisis, haciéndose cada vez más difícil el control del abuso de drogas.

Ahora bien, la farmacodependencia es un problema que no respeta sexo edad ni clase social. Aparece lo mismo en hombres, mujeres, niños y jóvenes. Pero aún así se han hecho muchas investigaciones al respecto y se ha

llegado a la conclusión de que los adolescentes son los más propensos a adquirir este problema.

Las motivaciones para consumir drogas también varían entre los jóvenes, se puede dar como una forma de experimentar sensaciones nuevas, de pertenecer a un grupo, de manifestar rebeldía, de estimulación para poder trabajar o simplemente combatir el ocio.

Existen formas muy diferentes de consumir droga, se reconocen cuatro distintos grupos que son; el FARMACODEPENDIENTE GRADO UNO U EXPERIMENTAL que son las personas que la consumen solamente por curiosidad una sola vez ó dos cuando mucho, el FARMACODEPENDIENTE GRADO DOS O SOCIAL. Aquí caen - las personas que utilizan la droga para pertenecer a un grupo, estableciendo así la aceptación del grupo. el FARMACODEPENDIENTE GRADO TRES O FUNCIONAL son aquellas personas que necesitan tomar droga para funcionar en sociedad. Estas personas llegan a tal grado que para hacer cualquier actividad necesitan la droga. A pesar de tomarla todavía funcionan en la sociedad y solo presentan trastornos cuando dejan de tomarla. el FARMACODEPENDIENTE GRADO CUATRO O DISFUNCIONAL, como su nombre lo indica son las personas que aun y cuando ingieren la droga ya no funcionan dentro de la sociedad. Toda su vida gira en torno a la drogas y la manera de conseguirlas sin importarle nada más. Pero ¿ Qué se puede hacer ante un caso de farmacodependencia según sea el grado? Bueno, ante el 1er. y 2o. grado, se debe ser comprensivo con el farmacodependiente, tanto los padres de familia como los maestros no deben alarmarse, ni mucho menos tomar medidas represivas pues se podrían causar más daños haciendo que el adicto se hunda más en el mundo de las drogas. Por el contrario se debe motivar al sujeto para realizar actividades constructivas, como culturales, deportivas o artísticas. En el caso de farmacodependientes grados tres y cuatro se deben canalizar para que reciban atención médica y psicológica ya que tanto a nivel físico y mental quedan destruidos por la droga.

Ahora bien se ha investigado sobre las causas que motivan para caer dentro de la farmacodependencia y se ha llegado a la conclusión de que son tres las causas principales y son: CAUSAS INDIVIDUALES las cuales pueden ser producidas por sentimientos de soledad en el individuo, estados de an

gustia y frustración, sentimientos de inseguridad, estados de depresión etc. CAUSAS O FACTORES FAMILIARES en las cuales entran la desintegración familiar, la falta de comunicación entre los miembros de la familia, la falta del padre ó la madre, problemas de alcoholismo dentro de la familia, el pertenecer a una familia numerosa, etc. LAS CAUSAS O FACTORES SOCIALES pueden ser el desempleo tanto de padres como de los demás integrantes de la familia, esto incrementa un bajo ingreso familiar y frustración de las necesidades básicas del hombre, también entraña la inmigración y por consecuencia un choque cultural, la falta de alternativas culturales, deportivas y recreativas, el hacinamiento, la influencia de los medios masivos de comunicación etc. En cuanto a los efectos que produce la droga, dependen del tipo de droga, el tiempo de usarla y el ambiente que rodea al individuo. En cuanto a las consecuencias que produce ser farmacodependiente las podemos dividir en cuatro clases; las FAMILIARES, donde se produce un rompimiento y falta de comprensión así como rechazo. SOCIALES, donde cada farmacodependiente es rechazado y señalado por los miembros de la sociedad. INDIVIDUALES, la persona se siente sola sin comprensión y busca refugio en las drogas para alejarse de sus problemas. LEGALES, estas se refieren a los castigos dados por la ley a aquellas personas que venden y consumen droga.

Por todo lo anterior vemos que es muy importante el PREVENIR este problema. Existe un refrán popular que dice "Más vale Prevenir que Lamentar" con esto tratamos de dar a entender que la mejor manera de prevenir la farmacodependencia es evitando que aparezca o se desarrolle como en el caso de las enfermedades. Entonces PREVENIR significa hacer todo aquello que permita evitar o detener la evolución de este fenómeno, en cualquiera de sus fases, para evitar su avance en estadíos de mayor destructividad personal o social. Para finalizar nuestra plática les diremos la función de los Centros de Integración Juvenil, esta institución pertenece al sector salud de cuyas actividades están dirigidas a la Prevención, tratamiento y promoción de la salud mental. (SOIK EN FARMACODEPENDENCIA).

El objetivo de la institución es ayudar a incorporar a la comunidad al individuo farmacodependiente, actualmente existen 22 centros de integración juvenil, 11 en el área metropolitana y 11 en provincia. En todos

Los centros contamos con una biblioteca abierta al público, así como - pláticas para orientar a los familiares de los farmacodependientes, y pláticas a padres de familia que no tiene dicho problema pero se interesan en saber como prevenirla. La ubicación del Centro de Integración Juvenil Netzahualcoyotl es la calle de Pancho López 197 esquina con amanecer rancharo. Colonia Benito Juárez. Telefono 7-65-07-96 con atención de 8:00 a 18:00 hrs. Además contamos con un equipo técnico formado por Psicólogos, Psiquiatras y Trabajadoras sociales.

Muy bien, ahora nos restan 15 minutos para que me espongan sus dudas o bien para que les repita algo que no hayan entendido.

ESTRUCTURA DE LAS PLATICAS DIRIGIDAS TANTO A PADRES
DE FAMILIA COMO A ALUMNOS DEL ULTIMO GRADO DE LA -
ESCUELA NORMAL.

Buenas tardes venimos del Centro de Integración Juvenil Netzahualcoyotl, y les vamos a dar una plática sobre drogadicción. Para comenzar mi nombre es ... y soy psicóloga.

Ahora bien, tenemos 50 minutos de los cuales 35 minutos ocuparemos para que yo les platique acerca de la farmacodependencia y los 15 restantes para que expongan sus dudas.

La farmacodependencia, nombre técnico de la drogadicción es un problema que afecta a toda la sociedad. Por ello su solución no puede seguir buscandose en la acción de pequeños grupos especialistas. Para combatir a la farmacodependencia se necesita de la participación consciente y activa de aquellas personas que diariamente entran en contacto directo con este problema; los padres de familia, los maestros, los médicos, enfermeras, policías, abogados, psicólogos etc. De ahí la importancia de ustedes (PADRES DE FAMILIA) (FUTUROS MAESTROS) recibir esta información.

La farmacodependencia constituye un fenómeno sumamente complejo donde intervienen muchos factores sociales e individuales. Siempre debemos tener en cuenta que cualquier caso de farmacodependencia esta determinado por tres unidades; 1) la droga misma y sus efectos; 2) la persona farmacodependiente con todas sus características físicas y psicológicas; 3) el medio ambiente, es decir el tipo de sociedad que rodea al individuo donde se genera este problema. Debemos tomar en cuenta que son muchas las motivaciones para consumir droga. Entre los jóvenes la farmacodependencia puede ser una forma de experimentar sensaciones nuevas, de poder pertenecer aun grupo, de manifestar rebeldía, de estimularse para poder preparar un examen o simplemente para combatir el ocio.

Otras personas usan drogas para no sentir hambre ó poder reducir de peso. Otras más emplean medicamentos para disminuir la angustia. Otras tantas necesitan consumir drogas para dormir, para trabajar, para descansar, en fin para hacer frente a las exigencias cotidianas de la vida.

También debemos considerar las situaciones sociales que propician la farmacodependencia. En primer lugar se encuentra la incomprensión, la desconfianza, la falta de oportunidad para los jóvenes etc. En segundo lugar tenemos a las grandes tensiones que produce la vida moderna. En tercer lugar, está la penetrante propaganda de las compañías farmacéuticas que representan a sus productos como la solución de todos los problemas de la vida moderna, con el único fin de vender en forma masiva.

Vemos pues, que la farmacodependencia es un fenómeno muy complejo. Para combatirlo es indispensable conocerlo. Un primer nivel de conocimiento consiste en saber como son las drogas y cual es la forma de reconocer a un farmacodependiente. Debemos aclarar, que la identificación definitiva de un fármaco de abuso sólo puede ser realizada en un laboratorio químico bien equipado. Además el diagnóstico autorizado de que una persona se encuentra bajo la influencia de una droga, solo puede ser emitida por un médico. Pero nosotros podemos contribuir decisivamente a dar el primer paso en el reconocimiento para ayudar así a la persona farmacodependiente. Una vez hecho este reconocimiento debemos saber que hacer con esa persona, hacia donde llevarla para ser tratado, como enfrentar el problema, como prevenirlo etc. No debemos olvidar que el farmacodependiente no es un delincuente sino una persona que en ocasiones se encuentra enferma ó que tiene múltiples problemas y que solo desea olvidarse de estos por medio de las drogas. Por eso nuestras acciones deben encaminarse a ayudarlo, y no a castigarlo.

Para lograr un mejor entendimiento de este problema, repasaremos algunos conceptos: Droga o Fármaco es cualquier sustancia química que afecta a una persona de manera que le origina cambios fisiológicos, emocionales y de comportamiento. EXPERIMENTACIÓN CON DROGAS: es el uso limitado de una droga con el propósito de probar efectos en el individuo. ABUSO DE DROGAS: uso desmedido de una sustancia química que perjudica a tal grado

la capacidad de funcionar del individuo, que da por resultado daños físicos, emocionales y psicológicos. EFLUJO DE LAS DROGAS: Es la experiencia personal que se tiene al tener cualquier sustancia química. El efecto de las drogas no se puede evitar o predecir como muchas personas suponen, varía en cada persona y en cada situación en que la droga sea utilizada. El efecto de la droga es el resultado de una compleja mezcla de factores; la propiedad química de la sustancia utilizada es uno de ellos, otro es la persona misma que utiliza la droga. Todo tiene alguna relación con el efecto final: La personalidad, los rasgos de carácter, la edad, la constitución, el metabolismo, las actitudes, el estado de ánimo y las expectativas.

Es importante saber exactamente lo que significa la farmacodependencia. El cual es el estado psíquico y a veces físico causado por la interacción entre un organismo vivo y una droga, caracterizado por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones que comprenden el impulso irreprimible de tomar el fármaco en forma continua ó periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por la privación. Así pues, es necesario conocer otros términos para comprender la definición anterior. Hay dos tipos de dependencia, la dependencia FÍSICA o adicción que es un estado de adaptación biológica que se manifiesta por trastornos fisiológicos más o menos intensos cuando se suspende bruscamente la droga. Esto es que el organismo se acostumbra de tal manera a la droga que cuando se deja de tomarla aparecen ciertos trastornos fisiológicos como son alteraciones en la respiración, sudoración, vómitos, delirios, convulsiones, pérdida de la conciencia, etc. Pueden ser leves o graves o incluso pueden provocar la muerte. Todos estos trastornos fisiológicos, producidos al suspender bruscamente la droga, se conocen como SÍNDROME DE ABSTINENCIA. El segundo tipo de dependencia es la PSÍQUICA la cual se caracteriza por el uso constante o compulsivo de una droga que implica también un grave peligro para la persona.

Cualquiera de los dos tipos de dependencia pueden o no acompañarse por otro fenómeno llamado TOLERANCIA, que es la adaptación del organismo a los efectos de la droga, lo que implica la necesidad de aumentar la dosis para seguir obteniendo resultados de igual magnitud, o sea que cuando una persona consume una droga que provoca tolerancia, tiene que tomar cada vez mayor cantidad de droga a fin de seguir sintiendo el mismo efecto. Ahora bien hay que tener en cuenta que el hombre está constituido por tres elementos importantes que son los biológicos, psicológicos y sociales, los cuales al entretejerse determinan la aparición de un individuo con características propias y diferentes de los demás.

Así pues aparece un individuo biopsicosocial al entretejerse estos tres elementos en un estado de equilibrio.

Estos componentes que constituyen al individuo se pueden sustituir por los elementos que influyen y determinan la aparición de la farmacodependencia. Estos elementos los agrupamos en factores o causas individuales, familiares, y sociales, los cuales al entretejerse determinan en el centro por donde se unen la aparición del individuo farmacodependiente. Las causas individuales pueden ser que la persona farmacodependiente se sienta sola, que tenga sentimientos de inseguridad y frustración, que se encuentre en un estado de angustia continua, de depresión, que tenga sentimientos de agresividad no satisfechos etc. Los factores familiares pueden ser la desintegración familiar, falta de comunicación entre los miembros de la familia, familia numerosa, padres alcohólicos, etc. Los factores sociales pueden ser el desempleo, tanto de los padres como de los demás miembros de la familia lo cual acarrea un bajo ingreso familiar; la consecuente frustración de las necesidades básicas del hombre, desnutrición y disputas familiares, la inmigración y el consecuente choque cultural en donde las creencias religiosas, los valores, las normas y reglas de origen se estumen para dar paso a las nuevas creando un choque o contradicción en las personas, pueden ser también la falta de alternativas escolares, deportivas, culturales y recreativas, pueden ser el hacinamiento (agrupación de personas en un lugar pequeño sin los mínimos servicios higiénicos e intimidad).

La influencia de los medios masivos de comunicación, anuncios publicitarios que en la televisión se observan e invitan al consumo de drogas como el alcohol y el tabaco, también entra que la disponibilidad de la droga. En México a pesar de que existe una ley de no vender sustancias volátiles (cemento, tinhor, acetón, éter, etc.) se venden en forma clandestina.

Ahora bien existen dentro de lo que es la farmacodependencia cuatro grupos o grados de farmacodependientes. En el primer grupo llamado FARMACODEPENDIENTE GRADO UNO O EXPERIMENTAL, entran todas las personas que por curiosidad toman la droga una o dos veces cuando mucho. El segundo grupo llamado FARMACODEPENDIENTE GRADO DOS O SOCIAL, entran aquellas personas que desean pertenecer a un grupo, y para esto se les pide que tomen droga. En el grupo tres o FARMACODEPENDIENTE GRADO TRES O FUNCIONAL entran aquellas personas que necesitan la droga para poder seguir funcionando normalmente dentro de la sociedad. En el grupo cuatro ó FARMACODEPENDIENTE GRADO CUATRO O DISFUNCIONAL, entran aquellas personas que han dejado de funcionar dentro de la sociedad, aún y cuando sigan tomando la droga, solo viven para conseguir la droga y consumirla. Ante los dos primeros grupos se debe ser comprensivo y no tomar medidas represivas pues se pueden causar más daños, se debe motivar a los jóvenes para que realicen actividades constructivas y recreativas ó culturales. En cuanto a los dos últimos, se necesitan cuidar para que reciban atención tanto médica como psicológica pues tanto a nivel físico como mental quedan destruidos por la droga. Ahora bien se han hecho muchas investigaciones sobre la frecuencia de aparición de este problema en cuanto a sexo, edad, ó condición social y se ha llegado a la conclusión de que este problema aparece más en los adolescentes sin importar la condición social ó el sexo.

La adolescencia es una etapa evolutiva en la cual se consolidan las experiencias adquiridas a lo largo de la niñez, las que van señalando el sentido futuro de una adolescencia integral. El adolescente tiene un conjunto de necesidades biopsíquicas y sociales que lo impulsan a actuar en busca de los satisfactores más apropiados, condicionada esta búsqueda por el medio ambiente social en que vive. El adolescente, motivado por

sus impulsos básicos, trata de integrarse y de armonizarse con el mundo que lo circunda, en el cual, en última instancia, será donde desarrolle su personalidad. La adolescencia viene a ser una etapa vital en la que se da una lucha, por lograr una mayor claridad, y orientación que le permitan el desarrollo maduro para la edad adulta. En esta etapa se da el despertar de las funciones sexuales y las complejas necesidades que con ellas se relacionan como parte nuclear de su propio desarrollo. El consumo de drogas en la juventud contemporánea ha adquirido dimensiones enormes que se llega a la pregunta de ¿Porqué se da tan frecuentemente este problema en la juventud? el consumo de nuestros días se presenta en dos características específicas no observadas anteriormente; 1) Existe una mayor aceptación social de la farmacodependencia. Es decir, que ha dejado de ser un problema de un grupo de individuos, una élite o grupos en total. 2) La incidencia en su consumo, también ha cambiado conforme pasan los años, pues en generaciones pasadas se consumían pocas drogas y solo en personas marginadas, en la actualidad el uso de drogas ha tenido mayor aceptación en los jóvenes y esta es una notable diferencia de generaciones anteriores. Pero qué se puede hacer al respecto?. En términos generales, las medidas adoptadas con objeto de lograr una prevención en la farmacodependencia son: 1) mejorar la calidad de vida en cuanto al grado de confort, espacio vital, limpieza, alimentación, oportunidades de superación personal etc. 2) Limitar la disponibilidad de las drogas, desde el control del cultivo de drogas, del narcotráfico, etc. 3) Reducir el interés por las drogas, entran en juego el papel de la familia y sus relaciones interpersonales, la escuela, los maestros etc. 4) Prevenir la incidencia y la gravedad de las complicaciones, hay que detectar preventivamente los síntomas y manifestaciones conductuales que llevarían a pensar que un individuo consume drogas así como tomar medidas de atención y de trasladar al individuo a un centro de ayuda. 5) Información y educación, todos los modelos preventivos del consumo de drogas, van en la información y en la educación un medio eficaz para combatir este problema, se recomienda que el educando juegue un papel activo y no solo reciba la información en forma pasiva o receptiva es decir que se ponga al individuo a reflexionar

y a discutir lo que se le informa. En lo que se refiere a la prevención por medio de la escuela, podemos resumir lo siguiente: 1) la inclusión de los conocimientos en los programas escolares normales de los diferentes niveles educativos. 2) Elaboración y evaluación de materiales informativos adecuados para los programas educativos. 3) Promoción de actividades formativas y escolares. 4) Capacitación del personal directivo y docente escolar, para que aborden en forma adecuada los problemas de farmacodependencia que se presenten en su influencia, 5) Difusión y promoción de actividades culturales, deportivas, recreativas, asistenciales etc. 6) Comunicación funcional de la escuela con las instituciones sanitarias para canalizar los problemas que requieren atención especializada. 7) Colaboración de maestros y padres de familia para la resolución del mismo.

La mejor forma de impartir la educación sobre drogas en las escuelas es a través de los maestros mismos y no de conferencias con algún profesionista, la mayoría de las veces desconocidos para los escolares. La educación impartida por los mismos maestros tiene la ventaja de surgir en un medio de confianza y consecuentemente más probable para que se establezca una verdadera y significativa comunicación. La edad para un programa específico sobre farmacodependencia parece oscilar entre los 11 y los 13 años dependiendo de las condiciones del ambiente, esto es, al término de la enseñanza básica y principio de la educación secundaria. Los profesores deben ser capacitados para esta responsabilidad, ya que la transmisión de conocimientos sobre farmacodependencia no es una tarea fácil para el educador. El educador debe tener un adecuado nivel técnico de información sobre las drogas, sus efectos, causas o factores precipitantes, así como es necesario que tenga conocimientos de las ciencias de la conducta para entender el desarrollo de la personalidad, así como de la dinámica familiar. Por último me resta decirles las funciones de los Centros de Integración Juvenil los cuales dirigen sus actividades en la prevención y tratamiento de los farmacodependientes. El Centro de Integración Juvenil Netzahuacoyotl se ubica en la calle de Rancho López y Amanecer Ranchero Colonia Benito Juárez. Teléfono 7-65-07-95. Cuenta con un equipo técnico profesional de Psicólogos, Psiquiatras, Trabajadoras Sociales.

ANEXO No. 22

RESULTADOS OBTENIDOS EN EL PROYECTO "ESCUELAS."

POBLACION ATENDIDA	No. PERSONAS	No. PLATICAS
PRIMARIA	60	2
SECUNDARIA	500	20
NOEMAL	100	2
PADRES DE FAMILIA	200	4
T O T A L	860	28

P R I M A R I A .				
TOTAL DE ALUMNOS	1o. GRADO No. Al.	No. PLATICAS	2o. GRADO No. Al.	No. PLATICAS
60	30	1	30	1

S E C U N D A R I A .						
TOTAL DE ALUMNOS	1o. GRADO	2o. GRADO	3o. GRADO	No. PLATICAS		
				1o.	2o.	3o.
500	100	250	150	4	9	7

N O R M A L .				
TOTAL DE ALUMNOS	1o. GRADO	2o. GRADO	No. PLATICAS	
			1o.	2o.
100	45	55		

ANEXO No. 23

RESULTADOS OBTENIDOS EN EL PROYECTO "ORIENTACION A FAMILIARES DE
PARANOSISCRIMINADOS".

TOTAL FAMILIARES	No. PLACAS	ASISTENCIA POR SESION			
		1a.	2a.	3a.	4a.
13	4	7	5	4	2

RESULTADOS OBTENIDOS EN EL PROYECTO "RECEPCION".

TOTAL PACIENTES	PACIENTES DE		
	1a. VEZ	TRATAMIENTO	REINGRESO
85	15	65	5