

32
27



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

"FARMACODEPENDENCIA"

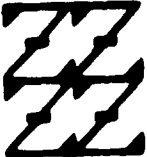
**INFORME FINAL
DE SERVICIO SOCIAL**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA**

P R E S E N T A :

ALEJANDRO SOLER MONTALVO

**U N A M
F E S
Z A R A G O Z A**



**LA UNAM Y LA
FES ZARAGOZA**

MEXICO, D. F.

1996

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A mis padres

Con quienes he compartido
fracasos y éxitos que la
vida nos ha deparado.
. Gracias! por su apoyo.

A tí, Laura

Agradezco infinitamente
que a lo largo de este
proyecto, me hayas acompañado
y asesorado para la
exitosa culminación del
mismo.

A mis hijas Alejandra y Laura

Con amor, porque
representan el motivo e
impulso de mi superación
constante.

A mis hermanos

Comparto con ustedes
este logro en mi vida.

A mis sobrinos

Con el deseo de verlos
convertidos en hombres y
mujeres de bien.

A mis suegros

Con admiración y respeto.

A mis cuñados

Con el aprecio de
siempre, con la
seguridad de que este
logro es compartido.

A ustedes

Roberto, Ricardo, Chuchín,
Lupita y Martín. El deseo
de un futuro mejor.

A mis amigos

Estela Reyes G.,
Miguel Angel Paredes S.,
Ricardo Yañez H.,
Antonio Silva M.,
Mario Romero Ch. y
Leticia Pérez T.
Por el interés
que se hizo manifiesto
a lo largo de estos años.

Agradesco a mis profesores

Quienes con entusiasmo
e interés compartieron sus
valiosos conocimientos.

Especialmente a:

Mtro. Eliud Escobedo Escobedo

Lic. Norma Guzmán Méndez

Lic. Luz Isabel Barcenas Pozo

Lic. Laura Álvarez Sánchez

Lic. Alberto Patiño Ramírez

Este mundo y el mundo de allá incesantemente
están produciendo nacimientos: cada causa es
una madre, y su efecto es el hijo.

Una vez nacido el efecto, también él se convierte
en una causa y da nacimiento a efectos
maravillosos.

Esas causas son generación tras generación,
pero hace falta un ojo muy perspicaz para ver
los eslabones de su cadena.

RUMI

INDICE

	Pág.
Prólogo.....	10
Introducción.....	12
Cap. I Objetivos.....	16
Objetivos del Programa de Servicio Social de la Carrera de Psicología, 16. Objetivos del Programa de los Centros de Integración Juvenil, 17. Objetivos Particulares del Pasante, 18.	
Cap. II Marco Teórico.....	20
Informe individual sobre el consumo de drogas, 35. Datos sobre el consumo de drogas, 37. Comparación entre los casos captados por Instituciones de Atención a la Salud y los casos captados por Instituciones de Procuración de Justicia, 40. Casos captados por Centros de Integración Juvenil, 52. Tendencias del consumo de drogas (comparación de los resultados obtenidos en las tres evaluaciones), 52.	
Cap. III Características Generales de la Población donde se Realizó el Servicio Social.....	55
Delegación Cuauhtémoc.....	58

Cap. IV Características Generales de la Institución donde se Realizó el Servicio Social.....	68
Antecedentes Históricos, 68. Política Institucional, 69. Recursos Humanos, 72. Organización Interna, 73. Recursos Materiales, 73.	
Cap. V Actividades Desarrolladas.....	75
Actividades Realizadas.....	
Actividades de Terapia.....	
Descripción de las Pláticas.....	
Cap. VI Resultados.....	80
Resultados de Psicoterapia.....	80
Resultados de las Pláticas.....	81
Cap. VII Análisis.....	84
Cap. VIII Conclusiones.....	109
Cap. IX Recomendaciones.....	110
Marco Conceptual.....	112
Anexos.....	123
Bibliografía.....	135

PROLOGO

El Servicio Social es un compromiso que ha contraído todo estudiante de una carrera profesional y técnica. Y se realiza mediante la prestación de servicios que redunden en beneficio inmediato de las comunidades, como una etapa de preparación profesional y técnica; por lo tanto, sujeta a las necesidades docentes, necesidades más bien de tipo práctico, encaminadas al desarrollo profesional del estudiante.

Es de suma importancia que el Servicio Social, no sólo se conciba como una formalidad impuesta por las autoridades universitarias; puesto que además de un requisito, éste constituye un valioso elemento en la formación profesional de todo estudiante, y que además se ve enriquecido por el cúmulo de experiencias tanto positivas como negativas, producto de este trabajo.

En lo particular, resultó sumamente inquietante la idea de trabajar con pacientes farmacodependientes; pues se consideró que docentemente era un campo que muy poco se había abordado.

La institución elegida para la prestación de Servicio Social, fué el Centro de Integración Juvenil, local "Tlatelolco". Mismo que al inicio de este período, brindó grandes expectativas de trabajo, que en el transcurso del mismo, se vieron satisfechas.

Por otra parte, agradezco a mis padres y hermanos por el apoyo brindado a lo largo de toda la carrera, lo cual permitió que llegase a esta etapa profesional, que no significa el fin; sino el principio de una labor encaminada al servicio de la comunidad en general.

INTRODUCCION

La farmacodependencia es considerada actualmente, como uno de los principales problemas que enfrenta la sociedad mexicana, problema que ha aumentado y se ha extendido a partir de los años sesentas, y al cual esta sociedad tiene la obligación de conocer primero, para después prevenirlo, erradicarlo o bien controlarlo.

En esta época, la adicción entre los jóvenes se caracteriza por el uso de una variedad de sustancias, a veces en forma sucesiva, y otras simultáneamente. En el presente, no es la adicción narcótica en sí lo más característico, sino la conducta adictiva con la cual reaccionan muchos niños adolescentes a las tensiones, tanto objetivas como subjetivas a que se ven sometidos. Unos y otros han demostrado un ingenio notable para descubrir sustancias inverosímiles que producen intoxicaciones u otros efectos físicos y mentales deseados, y que a menudo conducen a la farmacodependencia. Entre los adultos la farmacodependencia también ha causado estragos; aunque con el tipo de droga más tradicional, como lo es el alcohol.

El abordar este fenómeno, es la intención del presente reporte, mismo en el que primeramente, se hace alusión a un marco teórico, que revela la esencia del fenómeno farmacodependencia. Se describe además el trabajo terapéutico que se realiza en los Centros de Integración Juvenil, como tratamiento psicológico, además del trabajo realizado

con la comunidad.

Posteriormente, se hace una descripción general, de la población en beneficio de la cual se trabajó, planteando la localización geográfica de la delegación Cuauhtémoc, además se describen los servicios generales con los que cuenta, y se proporcionan datos generales sobre vivienda y servicios públicos, tales como: comunicación, transporte, educación, salud y seguridad social, medio ambiente, y otros servicios; se señala también, aunque de manera general la administración y finanzas de la misma.

En el apartado siguiente, se plantean las características de la institución donde se realizó el servicio social, tales como la política de la institución; organización de funciones; y el análisis particular del centro local Tlatelolco y sus recursos, tanto materiales como humanos.

En el capítulo de actividades, se describen las funciones desarrolladas en general, para posteriormente particularizar en las actividades de terapia; en este mismo capítulo, se dedica un apartado a la descripción de las pláticas que se proporcionaron durante este período de servicio social.

Posteriormente se plantean los resultados obtenidos tanto del trabajo terapéutico, como del trabajo realizado con la comunidad.

El análisis que en este trabajo se plantea, está basado en los

resultados de todo el servicio prestado durante este período, mismo que dió pie, para realizar tanto las conclusiones como las sugerencias, que se presentan casi al final del presente reporte. Al final del mismo se proporciona un corolario conteniendo las definiciones médicas de este fenómeno, las cuales son mencionadas en este trabajo además de ser de uso común.

Cabe mencionar, que es recomendable para trabajos posteriores, realizar una investigación exhaustiva, más que basarse en un mero reporte. Una investigación que enfrente la actividad meramente terapéutica, o bien, el fenómeno de la farmacodependencia abordándolo desde el aspecto psicológico, social y biológico.

Lo anterior se plantea ante la detección de la necesidad de este tipo de trabajos realizados con población mexicana, sobre el fenómeno de la farmacodependencia. Contando con este tipo de material se optimizaría el servicio a la comunidad, ante la demanda de prevenir y atacar el problema de la farmacodependencia.

Por otra parte cabe señalar que en el año de 1985 se creó un programa contra la farmacodependencia derivado de la ley general de Salud de 1984, se encomendó al Instituto Mexicano de Psiquiatría, a través de su Centro de Información y Documentación en Farmacodependencia (CIDF), la formación de un Sistema de Registro.

El objetivo del sistema es proporcionar un diagnóstico sobre el

fenómeno de la farmacodependencia en México, a fin de conocer las principales características y tendencias del consumo de drogas, detectar oportunamente los cambios ocurridos en el mismo bajo una perspectiva de salud, y estimar la trayectoria del problema en México.

I

OBJETIVOS

A. Objetivos del programa de Servicio Social de la Carrera de Psicología (1).

Los objetivos se han planteado a dos niveles: Nivel Institucional y Nivel Estudiantil.

NIVEL INSTITUCIONAL

- 1) Propiciar situaciones de aplicación a la práctica psicológica que permita relacionar al psicólogo como profesionalista de la conducta, comprometido con la solución de problemas nacionales.
- 2) Adecuar el perfil profesional del psicólogo a los problemas prioritarios nacionales.
- 3) Propiciar situaciones que permitan detectar formas concretas de intervención psicológica como medios alternativos de docencia.
- 4) Propiciar situaciones de intervención que permitan implementar técnicas de investigación psicológica al análisis de la pro-

(1) Manual para la elaboración del informe final del Servicio Social de la carrera de Psicología de la ENEP, Zaragoza. México, 1983.

biométrica nacional y de la eficiencia de la carrera de psicología, para formar profesionales de utilidad.

NIVEL ESTUDIANTIL

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

B. Objetivos del Programa de los Centros de Integración Juvenil

(2).

- a) Investigación de los diversos aspectos de la farmacodependencia, sobre todo, en la prevención.

(2) Centros de Integración Juvenil (mecanograma), México, 1981.

- b) Enseñanza y divulgación de los conocimientos pertinentes sobre la prevención y tratamiento de la farmacodependencia.
- c) Prevención del problema de la farmacodependencia.
- d) Detección precóz de la farmacodependencia y la identificación de grupos de alto riesgo, buscando adecuada atención para los mismos.
- e) Diagnóstico precóz e integral de la farmacodependencia, para su tratamiento en consulta externa y su orientación; o bien, su eventual canalización a diversos centros terapéuticos y de rehabilitación.
- f) La colaboración con las instituciones, grupos y organizaciones públicas o privadas que enfrenten el problema de la farmacodependencia.

C. Objetivos Particulares del Pasante.

- a) Conocer el trabajo interdisciplinario en demandas reales de la comunidad; en este caso, la lucha contra la farmacodependencia.
- b) Desarrollar habilidades teóricas y prácticas en el abordaje de la farmacodependencia.

- c) Cooperar de manera profesional-activa, para prevenir y atacar el fenómeno de la farmacodependencia.
- d) Conocer la problemática por la que el individuo se ve inducido a recurrir a las drogas.
- e) Conocer la relación terapeuta-paciente, en el trabajo con farmacodependientes.
- f) Contar con los elementos suficientes para la elaboración de un reporte formal.
- g) El cumplimiento del trabajo, mediante el servicio social, exigido por la F.E.S., Zaragoza.

II

MARCO TEORICO

El interés por el conocimiento de sustancias capaces de actuar sobre las condiciones naturales del hombre es tan antiguo como la humanidad misma. El uso de drogas ha existido desde los tiempos más remotos, bien sea relacionado con prácticas y ritos religiosos o como respuesta a la búsqueda de estados psíquicos especiales o de ambas situaciones.

En el curso de la historia, se ha reconocido la existencia de plantas medicinales que al ser ingeridas desarrollan efectos de una importancia para la mente humana y el comportamiento del individuo. Por eso su uso llegó a constituir una práctica común entre los pobladores de todos los confines del mundo y fue notable el conocimiento empírico que se tuvo de las cualidades de esas plantas.

La búsqueda de estados mentales especiales se fundamenta en el deseo del hombre por trascenderse a sí mismo. Las limitaciones en el campo de las sensaciones, percepciones, imágenes, conocimiento, etc., han impulsado al hombre al descubrimiento e invención de aquello que le dé un plus que le permita rebasar sus límites naturales. Ese deseo, incluso, a menudo lo acompaña la búsqueda del placer, de la supresión del dolor. Los griegos, por ejemplo, hablan con frecuencia del estado de ataraxia (o disposición) mediante el cual se obtenía un estado de equilibrio dinámico, producto del bienestar físico y espiritual. Este

equilibrio es algo que el hombre contemporáneo anhela, amenazado como está por los continuos altibajos de la vida; su actitud emocional, aunque no es privativa de nuestra época, nunca ha sido tan intensa y penetrante como ahora.

Lo que sí resulta interesante destacar es que el uso de la droga fue considerado como problema social hasta la época actual, en que se convierte en una enfermedad de la comunidad. La función benéfica de las drogas en su inmensa variedad, naturales y sintéticas, está de sobra reconocida cuando su uso es correcto. No obstante, este beneficio se ve ensombrecido por el daño que su abuso ocasiona. La tolerancia que desarrolla el organismo y la dependencia al uso significan la apertura a la tragedia física, psíquica y social que acompaña a la farmacodependencia. El uso de estas sustancias se ve acrecentado por el reciente conocimiento -por parte de la generalidad de la población- de algunos productos derivados de las mencionadas plantas, conocimiento no siempre adecuado y completo que provoca, por lo mismo, que el uso sea impropio y creciente entre los jóvenes. Este es un hecho que dá al asunto un interés de gran importancia social. Porque algunas de esas plantas contienen principios farmacológicos que producen efectos diversos sobre el Sistema Nervioso Central y sobre algunas funciones de la mente y de la conducta humana que le confieren a la práctica una condición especial, con demasiada frecuencia peligrosa.

La farmacodependencia -esa es nuestra preocupación- entre los jóvenes parece expresar una falla importante de los sistemas sociales

contemporáneos, pues es un problema en el que inciden factores psicofisiológicos, socioeconómicos, culturales e históricos cuyo escrutinio es necesario. Evidentemente, cada uno de ellos ofrece perspectivas para intentar la modificación de los patrones de expresión del fenómeno o alterar su curso y promover el sano desarrollo de la personalidad de los individuos como integrantes del cuerpo social.

Es cierto que los procesos de urbanización asociados al desarrollo económico, los desajustes sociales, la automatización creciente, etc., son elementos que favorecen la aparición de desajustes psicológicos; pero es un proceso evolutivo que no se puede frenar. Por otra parte, no es extraño que el crimen organizado, la violencia en las calles, la delincuencia juvenil, la producción, tráfico y abuso de las drogas y muchas otras manifestaciones de la conducta social se hagan coincidir como expresiones de una adaptación inadecuada a las normas culturales establecidas, aunque poco sabemos sobre los factores precisos que determinan su aparición y nuestro interés se dirija a la búsqueda de medios efectivos para su control. Numerosos autores que buscan una explicación han encontrado que cuando aparece un comportamiento inadecuado, generalmente existe un estado de anomia social y se presenta un enajenamiento psicológico (3).

Se ha observado que el estado de anomia o falta de unidad cultural, ocurre fundamentalmente en sociedades cambiantes, heterogéneas e inestables. En situaciones de este tipo surge un clima de desconfianza

(3) Llanes Jorge, Crisis Social y Drogas, Ed. Concepto S.A., México, 1982.

y los individuos se ven afectados al sentirse extraños en este mundo que no les proporciona seguridad.

En esta línea de pensamiento se explica que cuando la crisis cultural es más evidente, se observan índices de comportamiento desviado más elevados. Por lo general, cuando una sociedad niega la angustia provocada por situaciones de este tipo, o no es consciente de sus dimensiones, aparecen sintómicamente en el orden social, o cuando menos fácilmente pueden aparecer, comportamientos calificados como desviados, tal es el caso del alcoholismo y la drogadicción.

La farmacodependencia viene a ser así un comportamiento desviado, desaprobado por la sociedad y considerado inadecuado. El individuo farmacodependiente por esa presión a menudo se retrae de la sociedad y llega a mostrar incluso manifestaciones de rechazo hacia ella y hacia sus valores.

Las culturas en donde los valores, las sanciones y las actitudes de la sociedad para sus integrantes están bien establecidos y son aceptados, los fenómenos antisociales (como la drogadicción) presentan una baja considerable. Por lo contrario, en los medios en que las normas establecidas no son funcionales y no se promueve su cambio, se da un malestar general que provoca el abandono de esas reglas. Cuando la discrepancia entre los objetivos y metas de una cultura es muy grande, se habla de que hay anomia social, o sea el proceso de desintegración de los sistemas culturales. Tal normatividad inoperante en una civi-

lización determinada hace que la misma pierda su eficacia en el control social, pudiendo, llegar a la anarquía. Los fenómenos de farmacodependencia se dan, pues, en situaciones de anomia social y de rompimiento de valores. Por ello puede decirse que la utilización de drogas florecerá de modo inevitable en un medio que tiene por núcleo social una ética de "todo es lícito" (4).

El problema del abuso de drogas se agrava por aferrarnos en negar que somos una sociedad "drogada" en el sentido más amplio, es decir, enajenada. La enajenación significa perderse a sí mismo en el "otro". Así pues, en un ambiente en que el sujeto se pierde a sí en lo que le rodea, fenómenos como el de la farmacodependencia vienen a ser una de tantas manifestaciones de la enajenación misma. La pérdida del control sobre el medio que nos rodea, el aislamiento del hombre en su soledad, el sentido peyorativo de la burocratización de la sociedad, el resquebrajamiento de las instituciones primarias, tales como el matrimonio, la familia y la cultura misma, etc.; e instituciones secundarias, como las creadas por el estado para la organización de las funciones del país; los cambios sociales vertiginosos y la pérdida del significado del hombre por el abuso de la tecnología, contribuyen a producir un estado de infelicidad.

En nuestra época la rapidéz precipitada con que se produce el cambio en todas las áreas y la inseguridad que provoca el hecho de no tener

(4) Ibidem

estructuras sólidas con que enfrentarlo, así como el señalamiento de objetivos culturales sin ofrecer los medios suficientes para alcanzarlos, conducen a una ansiosa búsqueda de la propia identidad y la autenticidad. todo ello permite afirmar que vivimos en medio de un caos cultural que, a nuestro juicio, es de carácter internacional.

En este mundo, no tan sólo cambiante sino tan extensamente informado a través de los medios de comunicación masiva, ya no existen problemas locales, todos son universales. Ello hace, por ejemplo, que los problemas de la juventud sean cada día más semejantes en Londres, Nueva York, Sidney y México.

La exposición de este panorama, aunque breve nos permite comprender más fácilmente que para tratar de explicar las causas por las que el comportamiento farmacodependiente se ha extendido vertiginosamente en los últimos años, necesitamos partir de hecho de que los tipos de desviación que aparecen de cada sociedad dependen de los factores socio-culturales existentes en ella y de las influencias a que está expuesta. Así, en el caso de la farmacodependencia, podemos hablar de por lo menos dos tipos de factores que presionan al individuo y a los grupos para desarrollar un comportamiento farmacodependiente: a) factores macrosociales, cuya influencia abarca a la sociedad toda y llega a los individuos en forma indirecta, a través de las instituciones; y, b) grupos sociales e instituciones cercanas cuya influencia abarca a ciertos individuos y llega a ellos en forma directa.

Respecto al primer punto, vemos que las necesidades materiales y culturales de la sociedad son satisfechas en una escala mayor que nunca, si bien lo son de acuerdo a los intereses del sistema y los grupos de poder que lo controlan. Este estado de cosas que se observa en la sociedad puede describirse como la unidad inseparable resultante de los sistemas de productividad y destrucción de bienes y servicios, por un lado y, por otro, como la satisfacción de necesidades y represión de la libertad individual para someter al hombre al sistema.

La problemática como producto de las condiciones de la época contemporánea parece tener su manifestación más obvia aunque no exclusiva en el joven adolescente. Por razones biológicas el adolescente se ve compelido a ejecutar acciones diversas, si éstas tienen o no una derivación adecuada dependerá del ambiente sociocultural en el que se desenvuelve el sujeto. Porque el adolescente es la viva imagen del individuo en transición, cuyo problema básico es encontrar su identidad y, por lo tanto, la distinción de sí en y con el mundo que lo rodea (5). El establecimiento de valores morales y éticos, la elección de vocación, de los amigos, etc., son otros tantos problemas que lo afectan. Esta situación, sin embargo, es afín a todo joven, y por ello es todavía más crítica e incomprensible esa pregunta sin respuesta puesto que tanto inquieta: ¿por qué son susceptibles algunos de ellos a la drogadicción y por qué otros no? Las respuestas parecen intuirse, pero lo cierto es que no hay una lo suficientemente reveladora ni que pueda considerarse como

(5) Llanes, Jorge, La juventud y las drogas, Ed. Concepto S.A., México, 1982

la llave que permita encontrar la solución adecuada al problema.

Es evidente que se requiere de una liberación de la sociedad; lo saben los jóvenes quienes lo plantean y buscan solucionario de maneras muy diversas.

En los países latinoamericanos, en los que grandes núcleos de población viven en la insalubridad y la miseria, el cambio social radical es necesario. Sin embargo, las posibilidades de tener una influencia eficaz en cuanto a las decisiones básicas es cada vez más remota. Los jóvenes resisten este hecho y manifiestan su rebeldía en diversas formas, pero al no disponer de los instrumentos ni tener posibilidad de resolver los problemas importantes del mundo, sus manifestaciones pueden desembocar en la agresión a sí mismos. La imposibilidad, pues, de actuación en el exterior se convierte en autodestrucción. En este sentido la farmacodependencia puede ser interpretada como una expresión bizarra de tal rebeldía, cuyos miembros constructivos se ven obstaculizados. La explosión demográfica, la pobreza, la contaminación, la aglomeración urbana y un holocausto nuclear potencial, que son algunos de los sucesos promotores de ansiedad, parecen demasiado abrumadores para el joven y el adolescente de hoy y una situación "ideal" que fomenta los "paraísos artificiales".

Es obvio que no existe una causa única para el consumo de drogas; sin embargo, el abuso de ellas puede ser visto como parte del problema que significa la carencia de roles auténticos propiciada por la enajenación. Las razones por las que el adolescente o joven utiliza

fármacos alteradores de la mente son diferentes y múltiples, pero es evidente que la autoafirmación y la rebeldía propias del proceso de desarrollo y encuentro social del joven conforman un factor significativo. Para el joven, si no hay mañana, es mejor disfrutar tanto como sea posible los deleites del hoy, incluyendo los placeres de las drogas. Desde luego, también incluye esa degeneración filosófica que señala: "lo que pongo en mi cuerpo es asunto mío", y el hecho de que en la búsqueda de su identidad el adolescente se solaza generalmente con lo prohibido, escudándose tras el argumento de que se trata de su conducta privada y "que no perjudica a nadie" (6).

El uso no médico de plantas psicotrópicas o de sus principios activos puede tener su origen en infinidad de propósitos, desde la simple curiosidad del joven mal aconsejado, pasando por la inadecuada indicación médica, hasta el abuso, resultante de toda una variedad de condiciones mentales patológicas. La familia, las instituciones docentes y la naturaleza de esta sociedad que hemos creado y cuya publicidad insiste en forma enfática en el placer, las conquistas sexuales y las comodidades en general, limitan el desarrollo sano e integral del individuo que necesita válvulas de escape, muchas veces negativas, como la farmacodependencia. El escrutinio de esta situación es mucho más difícil si tomamos en cuenta que los efectos en el individuo son muy diversos, y que están sujetos no sólo a la austancia empleada, la dosis y la resistencia del usuario, sino también a la actitud con la que se toma

(6) Llanes, Jorge, La Juventud y las Drogas, Ed. Concepto S.A., México, 1982

y muchos otros aspectos; de ahí la diversidad de los efectos, que van desde un estado transitorio de bienestar hasta las alucinaciones y en algunos casos desafortunados, la perturbación mental permanente o incluso la muerte.

Se sabe, asimismo, que la farmacodependencia actual, a diferencia de la del pasado, es un problema de politoxicomanía. Antes, un individuo adicto, lo era a una sola droga; hoy su uso no se restringe a una sino que recurre a varias, bien sea en forma simultánea o escalonada, e incluso se ha insistido en señalar que ocurre un encadenamiento de las de un aparente menor peligro hasta las de potencial más fuerte.

El mejor enfoque para el tratamiento y la rehabilitación consiste en abordar el problema en forma multidimensional, procurando el logro de metas jerárquicamente establecidas en un programa de acción pluri-profesional en el que se adopte con seriedad el valor específico de cada aspecto y se reconozcan los evidentes hechos que cada disciplina brinda como aportación en su comprensión y solución. El fin último y primero de toda acción en este terreno es el de cerrar el círculo prevención-rehabilitación en la existencia y conservación de un estado de salud, entendido éste en su más moderno sentido de creciente bienestar físico, mental y social. El farmacodependiente con un problema de esta naturaleza debe, de forma inmediata o mediata, como fin último, ser tratado y rehabilitado para alcanzar el objetivo de guiarlo a la salud, a la autonomía creciente, al desarrollo humano auténtico. La salud es para cada ser humano un fin, y para la sociedad a la que pertenece

un medio, un componente para su desarrollo, un factor decisivo en la conjunción de los esfuerzos que condicionan el bienestar social.

La farmacodependencia es un flagelo que afecta el derecho a la salud de la población y no una acción de privilegios. La motivación del que combate la farmacodependencia ha de fundarse en que se trata de un deber social que no puede eludirse y que tiene una prioridad y metas bien definidas en sus diferentes sectores programáticos.

En la prevención de la incidencia y gravedad de las complicaciones se han elaborado programas útiles con el fin de detectar prontamente los síntomas y manifestaciones conductuales que llevarían a pensar que un individuo consume drogas, lo mismo que al ejercicio de medidas de atención de la conducta y de primeros auxilios (7).

La farmacodependencia puede ser un problema agregado a cualquier tipo de persona. Pero en nuestra posición, por este hecho, esa es una persona enferma y como tal hay que atenderla. Se necesita una mejor comprensión de las actitudes mentales de los usuarios y las condiciones que influyen en el fenómeno del uso de las drogas. Si bien todos los elementos culturales actúan como agentes precipitantes del consumo inadecuado de fármacos, existe otro que sólo sostiene la situación, es la estigmatización del farmacodependiente, influenciada por las interpretaciones erróneas de los aspectos legales, haciendo que se equipare

(7) Llanes, Jorge, Prevención de la farmacodependencia, Ed. Concepto S. A., México, 1982

al consumidor de drogas a un criminal o vicioso que no merece la ayuda del resto de la sociedad. Esta actitud dificulta la rehabilitación, al impedir la integración del farmacodependiente a su medio (8).

Sin embargo, investigadores, médicos y la sociedad en general, son cada vez más conscientes de que la drogadicción es un cáncer producto de las sociedades actuales y de las que las soluciones deben ser orientadas, desde un punto de vista más objetivo hacia la persona, hacia el individuo (9).

Si bien el problema de la farmacodependencia incumbe a la sociología, a otras disciplinas y a sectores de la vida pública; en forma particular interesa a la psicología. Es de suma importancia que el psicólogo penetre en la naturaleza humana, en su conocimiento y múltiples relaciones, de tal suerte que pueda comprender no sólo una enfermedad o un enfermo aislado, sino al conjunto de realidades que se relacionan con el ser humano, su grupo y su ambiente; y si la enfermedad se ha manifestado en el individuo, tratarla y atender al enfermo. Aquí conviene mencionar algunos criterios que no por sabidos se cumplen. Así, por ejemplo, se insiste en que, en la medida de lo posible, someterse a un tratamiento debe ser un acto voluntario por parte del farmacodependiente y no un acto coercitivo. Esta situación se presenta con frecuencia en todos

(8) C.I.J., Organo Informativo, Revista Farmacodependencia, Año I - Número 4, Oct., 1982.

(9) S.S.A., Problemas Comunes de Salud Mental, Instituto Mexicano de Psiquiatría, México, 1981.

los servicios de consulta externa de atención salud. Las causas son innumerables y van desde razones de tipo geográfico, es decir, el recorrer grandes distancias con las necesarias y molestas dificultades de transporte el tiempo utilizado para ello, etc., hasta otro tipo de razones de índole particular. Tenemos que tomar en cuenta que el joven farmacodependiente tiene sus razones para utilizar la droga (desgraciadamente en muchos casos ni ellos mismos lo saben) (10). En la etapa diagnóstica, puede y debe actuarse paralelamente para despertar la conciencia del enfermo para que se enfrente a su enfermedad. La coerción resta fuerza terapéutica y disminuye las posibilidades de éxito del tratamiento (11).

Este fenómeno social no puede ser controlado mediante actitudes represoras o de castigo. En años recientes se ha llegado a criterios más comprensivos, más amplios; y se ha entendido que la promulgación y aplicación de leyes significa el control del problema. Este aspecto es de particular importancia, pues lamentablemente todavía hay quienes opinan que asumir una actitud represiva es el mejor enfoque a su solución. Sin embargo, los hechos revelan que no hay nada más equivocado; así que deben multiplicarse los esfuerzos para que tales prácticas sean abolidas; esto desde luego, en referencia al usuario, y no al traficante, para el cual se debe aplicar la ley en forma rigurosa por fomentar uno de los grandes flagelos de la sociedad.

(10) C.I.J., Organó Informativo, Revista Farmacodependencia, Año I - Número 3, Junio, 1982.

(11) C.I.J. Curso de Capacitación 1.3.1. Psicoterapia Breve, México, 1983.

Sin embargo, si se toma en cuenta que el fenómeno presenta problemas en el orden legal, y que las leyes están encaminadas a la protección y buen funcionamiento de las sociedades, no se puede negar la validez del derecho como ciencia, ni tampoco dejar de escuchar las aportaciones del mismo en cuanto a la farmacodependencia. Lo que se pretende recalcar es que respecto al usuario, los esfuerzos deben estar más encaminados hacia la prevención que a la represión; porque se piensa que es equivocado reprimir una conducta cuyo origen es muy complejo y que además está estrechamente relacionada con una serie de factores del orden establecido. La experiencia ha enseñado que la represión ha dado pocos buenos resultados, a veces incluso, contrarios. El consumo por lo general está prohibido, matizado por lo desconocido, de lo que todo el mundo habla y nadie conoce; es decir, la droga es un tabú (12).

De lo anteriormente expuesto, puede deducirse que los esfuerzos deben dirigirse a la prevención de tal fenómeno desde un enfoque social; desde luego sin descuidar la atención de quienes ya padecen los estragos de este cáncer social.

Por lo tanto cabe mencionar, que en nuestro país, en el año de 1985 se creó un programa contra la farmacodependencia -derivado de la Ley General de Salud de 1984-, en donde se encomendó al Instituto Mexicano de Psiquiatría, a través de su Centro de Información y Documentación en Farmacodependencia (CIDF), la tarea de "Formar y coordinar

(12) Llanes, Jorge, Crisis Social y Drogas, Ed. Concepto, S.A., México, 1982

un grupo de trabajo que elabore el diagnóstico del sistema de registro de estadísticas de salud relacionadas con la farmacodependencia".

Para cumplir con esta tarea, el CIDF ha invitado a diversas instituciones que tienen contacto con usuarios de drogas o que cuentan con registros estadísticos acerca del fenómeno, a formar parte del sistema. El CIDF ha revisado los diversos indicadores empleados en las instituciones, y en algunos casos ha sugerido la inclusión de otros indicadores. Asimismo, se han revisado los indicadores reportados como relevantes en investigaciones realizadas en México y en otros países, así como los indicadores propuestos por la Organización Mundial de la Salud.

Con base en esta revisión, se creó la cédula titulada "Informe Individual sobre el Consumo de Drogas", cuyo objetivo es recavar información sobre las principales variables relacionadas con la farmacodependencia, a fin de obtener un diagnóstico del problema. Dicha cédula es aplicada periódicamente.

Los resultados obtenidos en las primeras aplicaciones (Septiembre de 1986 y Junio de 1987) se encuentran en los reportes correspondientes, mismos que se han entregado a las instituciones participantes.

Los resultados más importantes de la tercera evaluación (Noviembre de 1987) se presentan a continuación:

Informe Individual Sobre el Consumo de Drogas

Principales Resultados

(Noviembre, 1987)

Instituciones Participantes

- Un total de 41 Instituciones de Atención a la Salud y Procuración de Justicia participaron en la tercera evaluación del Sistema de Registro de Información.
- En total se registraron 411 casos de usuarios de drogas, durante el mes de noviembre de 1987.
- Las Instituciones de Atención a la Salud captaron el 62.5% de los casos y las Instituciones de Procuración de Justicia, el 37.5%.
- Unidad de Tratamiento para varones, hospitales de urgencias y Consejo Tutelar, son después de las instituciones de tratamiento de farmacodependencia, las que mayor porcentaje de casos registran entre sus ingresos.

Para efecto de identificar las instituciones participantes en el sistema de registro de información en farmacodependencia, así como a los usuarios de drogas (casos) registrados con respecto al total de ingresos por institución y a la distribución del total de usuarios de drogas registrados por institución, ver anexos 1, 2 y 3.

Casos Captados por todas las Instituciones

Características Demográficas de los Usuarios de Drogas

El perfil típico del usuario de drogas captado por el Sistema es

el siguiente:

Hombre (86.4%), de 15 a 19 años (45.1%), soltero (72.9%), de nivel socioeconómico bajo (58.1%), subempleado o trabajador eventual (36.2%).

El porcentaje de mujeres consumidoras de drogas ha aumentado en cada evaluación, alcanzando en la tercera evaluación un porcentaje de 13.6%.

La edad de los casos alcanza un pico importante en el rango de 15 a 17 años, en el que está casi la mitad de los casos captados. El segundo rango de importancia es el de 20 a 24 años; el número de consumidores disminuye a partir de esa edad.

En cuanto al nivel socioeconómico se observa un incremento importante de usuarios de nivel socioeconómico medio (40.5%) respecto a la evaluación anterior. Sin embargo, aún predomina el nivel socioeconómico bajo (58.1%).

El 74.4% de los casos tiene un nivel de escolaridad entre primaria incompleta y secundaria incompleta. Sólo 2.6% no tiene escolaridad alguna, y 5.2% cuenta con educación superior.

Un importante porcentaje (25.7%) reportó no tener ocupación. Si se suma el porcentaje de desempleados con el de subempleados y trabajadores eventuales, se observa que 61.9% de los casos captados no tienen un ingreso fijo, ello sin contar a amas de casa y estudiantes; es decir, sólo 27.2% cuenta con empleo fijo o práctica profesional.

DATOS SOBRE CONSUMO DE DROGAS

- USO ALGUNA VEZ EN LA VIDA -

Inhalables son el tipo de droga más utilizado (59.6%), seguidos por la marihuana (58.6%), el alcohol (50.6%), el tabaco (45.7%), los tranquilizantes (13.1%), los alucinógenos (6.1%), y la cocaína (3.9%).

Todas las drogas son consumidas principalmente por hombres. Las drogas en las que la proporción de mujeres es más alta son los sedantes hipnóticos (33.3%), los tranquilizantes (29.6%); "otras drogas" (26.7%) y estimulantes (21.4%). La proporción de mujeres consumidoras de marihuana (6.2%) es la mitad de la proporción de mujeres consumidoras de inhalables (12.3%); los inhalables son más consumidos por mujeres que la marihuana.

En cuanto a la edad de los usuarios, se observa que las drogas que tienen usuarios más jóvenes (menores de 14 años), son los inhalables (19.5%) y el tabaco (10.0%). También se observan usuarios de edades tempranas (menores de 14 años) aunque en menores porcentajes en la marihuana, la cocaína, los tranquilizantes, los alucinógenos y el alcohol.

Las mujeres consumidoras de tabaco, alcohol y marihuana tienden a tener mayor edad que los consumidores masculinos de dichas drogas; lo mismo se aplica a los alucinógenos.

Los usuarios de inhalables (ambos sexos) caen principalmente en el rango de 15 a 19 años, al igual que los hombres consumidores de alucinógenos y marihuana y los consumidores de estimulantes (ambos sexos).

Los consumidores de sedantes hipnóticos, tranquilizantes y "otras drogas" tienden a ser los de mayor edad.

- USO EN EL ULTIMO AÑO -

Las drogas más usadas en el último año siguen el mismo orden que las reportadas en el rubro "Uso alguna vez en la vida". En promedio, el 80% de los usuarios que reportan "uso alguna vez en la vida", reportan haber empleado las drogas en el último año. Exceden este porcentaje, además el alcohol y el tabaco, los inhalables (87.4%).

- USO EN EL ULTIMO MES -

El orden de las drogas más empleadas durante el mes previo a la evaluación (uso actual) cambia con respecto al "uso alguna vez en la vida" y el "uso durante el último año": el alcohol (35.0%) y el tabaco (40.1%) son más empleados que la marihuana (34.3%); los inhalables (44.3%) siguen siendo el tipo de droga más empleado.

Al comparar el rubro "uso alguna vez en la vida" con "uso en el último mes", se observa que el 74.3% de los usuarios de inhalables, el 58.5% de los usuarios de marihuana, el 30.0% de los usuarios de cocaína, el 59.5% de los usuarios de alucinógenos, el 100% de los usuarios de otros opiáceos, el 87.7% de los usuarios de tabaco y el 69.0% de los usuarios de alcohol consumieron dichas drogas durante el mes previo a la evaluación. En promedio, el 73.0% de quienes reportaron "uso alguna vez en la vida", utilizaron drogas durante el último mes lo cual indica que el Sistema está captando altos porcentajes de usuarios actuales.

- EDAD DE INICIO POR TIPO DE DROGA -

La edad de inicio más frecuente en el consumo de marihuana, cocaína, alucinógenos, estimulantes y tranquilizantes, es en el rango de los 15 a 19 años. La edad de inicio de consumo de inhalables comienza a edades más tempranas (12 a 19 años) y la heroína se extiende a edades más tardías (15 a 24 años).

- AÑO DE INICIO POR TIPO DE DROGA -

Los años de mayor incidencia son los comprendidos entre 1985 y 1987 para todas las drogas excepto para "otras drogas". Destaca especialmente la incidencia en 1985 - 1987 de sedantes hipnóticos (75.0%), alucinógenos (69.6%), cocaína (61.5%), estimulantes (60.0%) e inhalables (59.4%).

Tienen consumidores con años de inicio previos a la década de los 70's, los tranquilizantes, alcohol, tabaco, alucinógenos, marihuana e inhalables.

- CASOS QUE INICIARON EL CONSUMO EL ULTIMO MES -

Los alucinógenos (28.0%), los sedantes hipnóticos (16.7%) y la cocaína (12.5%), tuvieron altos porcentajes de usuarios que se iniciaron en el consumo de estas drogas durante el mes previo a la evaluación.

- TIPO DE USUARIO -

Del total de casos captados por el Sistema, el 28.0% son usuarios experimentales, el 32.5% son usuarios leves, el 19.5% moderados y el 19.4% son usuarios altos.

- TIPO DE USUARIO POR DROGA Y POR SEXO -

El uso de cocaína (73.3%), "otras drogas" (73.6%), heroína (66.0%), estimulantes (61.5%), alucinógenos (60.0%) y sedantes (50.0%) tiende a ser experimental.

Alcanzan los mayores porcentajes de usuarios altos los estimulantes (23.5%), los inhalables (17.9%) y la marihuana (17.5%).

Inhalables, heroína, otros opiáceos, sedantes, tranquilizantes y "otras drogas" tienen porcentajes de usuarios moderados mayores al 20.0%.

Al realizar el análisis por sexo, se observa que los usuarios altos de cocaína, alucinógenos, estimulantes y tranquilizantes, son hombres en su totalidad. Sólo hubo usuarias altas de inhalables (13.6%) y marihuana (7.1%).

El uso de heroína y otros opiáceos, a pesar de su elevado potencial adictivo, tiende a ser experimental o moderado. sin embargo, estos resultados deben ser interpretados con cuidado, dado el bajo número de consumidores de dichas drogas que fueron captados.

- TIPO DE USUARIO (CONSUMO GENERAL) POR TIPO DE DROGA -

(El tipo de usuario clasificado según el consumo general se refiere al patrón de consumo más alto alcanzado por alguna de las drogas que utiliza un sujeto. Si por ejemplo, un sujeto utiliza marihuana y cocaína,

y para la primera sigue un patrón de uso moderado y para la segunda uno alto, se le clasifica como usuario alto, sin que por ello indique que específicamente el consumo de marihuana o de cocaína sea alto, por lo que al realizar el cruce de variables aparecerá tanto en el rubro de marihuana como en el de cocaína como consumidor alto, es decir, se refiere al consumo general y no específico de cada droga).

Al realizar este análisis se observa que, los usuarios de cocaína tienden a ser consumidores altos (43.8%), al igual que los de heroína (50.0%).

Lo cual indica que si bien el patrón de consumo de estas drogas específicamente tipo de usuario no es alto, los sujetos que las utilizan tienden a ser consumidores altos de alguna o algunas otras drogas, lo cual podría significar que un predictor del consumo de cocaína y heroína es un patrón de uso alto en alguna otra droga.

Los usuarios de inhalables y tranquilizantes tienden a ser menos experimentales, es decir, los usuarios de estas drogas presentan patrones de consumo más altos que los de las demás drogas.

- NUMERO DE DROGAS EMPLEADAS POR USUARIO -

El 64.0% de los casos registrados reportó haber utilizado una sola droga, el 26.6% dos drogas; el 6.3% tres drogas y el 3.1% restante cuatro drogas o más. El promedio de drogas utilizadas por sujeto es de 1.5 drogas.

- MOTIVO DE INGRESO A LA INSTITUCION (POR SEXO) -

Los principales motivos de ingreso a la institución, fueron los siguientes: tratamiento de farmacodependencia o alcoholismo (37.8%), robo/intento de robo/robo y lesiones (21.1%), accidentes y violencias (9.6%), intoxicaciones (8.6%), "otros delitos" (6.3%) y daños contra la salud (6.1%).

Del total de hombres usuarios captados por el Sistema, el 40.0% ingresó por tratamiento de farmacodependencia o alcoholismo, el 24.3% por robo/intento de robo/robo y lesiones, el 9.4% por accidentes y violencias, el 7.0% por intoxicaciones, 6.7% por daños contra la salud, otro 6.7% por otros delitos; el 3.5% por faltas administrativas y el 2.4% restante por otros motivos.

El orden de los principales motivos de ingreso de las mujeres, es un tanto diferente: el 23.5% de las mujeres ingresó por tratamiento de farmacodependencia o alcoholismo, el 19.2% por suicidio y tentativa de suicidio, otro 19.2% por intoxicaciones, el 11.5% por accidentes y violencias, el 7.7% por problemas de conducta, 5.8% por faltas administrativas, 5.8% por padecimientos orgánicos y el 7.3% restante por otros motivos.

- MOTIVOS DE INGRESO A LA INSTITUCION POR TIPO DE DROGA -

El 100% de los usuarios de heroína y otros opiáceos ingresaron por tratamiento de farmacodependencia o alcoholismo.

En general predominó dicho motivo de ingreso en casi todas las drogas, lo cual se explica por el alto porcentaje que representan los casos captados por las instituciones de tratamiento de farmacodependencia (34.2%).

Sin embargo, sobresalen los siguientes datos: el principal motivo de ingreso de los consumidores de alucinógenos y tabaco fue robo/intento de robo/ robo y lesiones (39.1% y 37.6% respectivamente).

El ingreso por robo es menos importante en los consumidores de drogas de uso médico.

El delito de robo fue también el segundo motivo de ingreso en importancia para consumidores de marihuana, inhalables y alcohol, mientras que un importante porcentaje de usuarios de cocaína y estimulantes ingresó por accidentes y violencias; para los usuarios de tranquilizantes sobresale el ingreso por intoxicación y en los consumidores de "otras drogas" el suicidio o intento de suicidio.

- TIPO DE PROBLEMA MAS IMPORTANTE-

Los problemas que los usuarios consideran más importantes relacionados con el consumo de drogas, sean como causa o efecto del mismo, son principalmente los familiares (30.5%), seguidos por los problemas de salud (13.3%), los problemas legales (6.4%) y los problemas económicos (6.0%). El 35.0% de los usuarios reportó no tener ningún problema relacionado con el consumo de drogas.

Al realizar el análisis por tipo de droga, se encuentra que los problemas familiares son los más importantes para los usuarios de marihuana, inhalables, tranquilizantes, alucinógenos, sedantes, alcohol y tabaco; mientras que para los usuarios de cocaína tienen más importancia los problemas de salud, y para los de heroína y otros opiáceos los problemas legales (aún cuando estos casos fueron captados por instituciones de atención a la salud); los usuarios de estimulantes y "otras drogas" dan tanta importancia a los problemas de salud como a los familiares.

El tipo de problema familiar más frecuente reportado por los usuarios de todas las drogas analizadas fue "incomprensión, regaños y discusiones".

Los usuarios de tranquilizantes obtuvieron el porcentaje más alto de problemas de salud; sobresalen los padecimientos psiquiátricos y mentales.

El 100% de los usuarios de heroína reportaron problemas legales (detención). También fue alto el porcentaje de usuarios de inhalables que reportó este tipo de problemas (38.5%).

El problema laboral más frecuentemente reportado fue la pérdida de empleo; sin embargo, el porcentaje más alto de este tipo de problema fue 16.7% (cocaína). Al parecer aún cuando la tasa de desempleo entre los usuarios es muy alta, éstos no la relacionan con el consumo de drogas.

Asimismo, el porcentaje de problemas económicos tampoco es elevado,

a pesar de la proporción de usuarios que pertenecen al nivel socioeconómico bajo. También llama la atención que éstos sean más reportados por los consumidores de tranquilizantes, que por los usuarios de inhalables.

Los problemas académicos son los menos reportados, el más frecuente, es el desinterés o abandono de estudios.

- PERFIL DEL USUARIO POR TIPO DE DROGA -

INHALABLES

El 87.8% de los usuarios de inhalables son hombres y el 12.2% son mujeres; el 70.0% de ellos tiene menos de 19 años de edad; 64.1% pertenece al nivel socioeconómico bajo y 35.9% al medio. Un 40.0% tiene una escolaridad menor a primaria completa, y un 40.0% no tiene ocupación; el 50.9% de los usuarios de inhalables inició el consumo de éstos antes de los 15 años y 40.0% lo hizo entre los 12 y los 14 años. El 75.0% de los que reportan uso de inhalables alguna vez en la vida, los usaron durante el mes previo a la evaluación. El 59.4% de los usuarios inició el consumo de inhalables entre 1985 y 1987.

Los inhalables más utilizados son en orden decreciente, el tiner (35.7%), el pegamento (31.9%) y el "activo" (23.0%). El 47.8% de los usuarios de inhalables ha utilizado marihuana.

MARIGUANA

El 93.8% de los consumidores de marihuana son hombres y el 6.2%

son mujeres. Los rangos de edad más afectados son los de 15 a 19 años y 20 a 24 años; el 53.2% pertenece al nivel socioeconómico bajo y 44.4% al nivel medio; los niveles de escolaridad más reportados son primaria completa y secundaria incompleta. En cuanto a ocupación, el 34.8% son subempleados o trabajadores eventuales, 26.6% empleados o comerciantes y 24.7% desempleados. El 54.9% inició el consumo de esta droga entre los 15 y los 19 años. El 70.0% de los que reportan uso de marihuana alguna vez en la vida la usaron durante el mes previo a la evaluación.

El 44.3% de los usuarios inició el consumo de marihuana entre 1985 y 1987.

TRANQUILIZANTES

El 70.4% de los usuarios de tranquilizantes son hombres y el 29.6% son mujeres. En cuanto a los rangos de edad, el porcentaje más elevado es para el de 15 a 19 años y a partir de esa edad decrece paulatinamente, pero continúan siendo usados después de los 30 años en mayor porcentaje que otras drogas. Las edades más altas explican también que haya mayor porcentaje de casados entre los usuarios de tranquilizantes; el 66.7% pertenece al nivel socioeconómico bajo, por lo que es la droga con mayor porcentaje de ese nivel (ligeramente superior a inhalables), sin embargo, el porcentaje de usuarios de tranquilizantes desempleados (sin ocupación), es bajo (15.0%); la mayoría está constituida por subempleados o trabajadores eventuales. La edad de inicio más frecuente en el consumo de este tipo de droga es entre los 15 y los 19 años (40.5%) seguida por el rango de 20 a 24 años. El 65.0% de los que reportaron haber usado

tranquilizantes alguna vez en la vida los consumieron durante el mes previo a la evaluación. El 47.2% de los usuarios de tranquilizantes iniciaron el consumo de éstos entre 1985 y 1987.

COCAINA

El 93.7% de los usuarios de cocaína son hombres y el 6.3% son mujeres; el rango de edad más frecuente es el de 20 a 24 años (31.3%) seguido por los de 15 a 19 años y 25 a 29 años; es el tipo de droga con el porcentaje de usuarios de nivel socioeconómico alto más elevado (20.0%), sin embargo, la mayoría (66.7%) de los usuarios de cocaína son de nivel socioeconómico medio y el 13.3% restante de nivel bajo. El 41.7% de los usuarios de cocaína cuenta con educación superior y el 33.3% está constituido por profesionistas. El 61.5% se inició en el consumo de esta droga entre los 15 y los 19 años de edad; sólo el 33.0% de los que reportaron el uso de esta droga alguna vez en su vida la utilizaron durante el mes previo a la evaluación. El 61.5% inició el consumo de cocaína entre 1985 y 1987.

HEROINA

(Los casos de consumo de heroína captados por el Sistema, durante la segunda evaluación fueron solamente dos, por lo que estos datos deben interpretarse con cuidado).

El 100% de los usuarios de heroína son de sexo masculino. El rango de edad va de los 15 a los 24 años (100%). El 100% es de nivel socioeconómico medio, con una escolaridad de primaria completa y sin ocupación

alguna.

La mitad de los casos de heroína iniciaron el consumo de esta droga entre los 12 y los 14 años y la otra mitad entre los 15 y los 19. El patrón de consumo de heroína reportado fue experimental (50.0%) y moderado (50.0%). El 50.0% de los usuarios inició el consumo de heroína entre 1982 y 1984 y el otro 50.0% entre 1985 y 1987.

COMPARACION ENTRE LOS CASOS CAPTADOS POR INSTITUCIONES DE ATENCION
A LA SALUD Y LOS CASOS CAPTADOS POR INSTITUCIONES DE PROCURACION
DE JUSTICIA

Las instituciones de atención a la Salud (hospitales psiquiátricos, centros de tratamiento para farmacodependientes y hospitales de urgencias) captaron el 62.5% de los casos, mientras que las Instituciones de Procuración de Justicia (Agencias Investigadoras del Ministerio Público, Consejo Tutelar, Dirección de Ejecución de Sentencias, Unidad de Tratamiento para Varones) captaron el 37.5%.

Al comparar las características demográficas de los casos registrados por ambos tipos de instituciones, se observa que las instituciones de Atención a la Salud captan mayor porcentaje de mujeres (16.7%) que las instituciones de Procuración de Justicia (8.4%) y estas últimas captan usuarios más jóvenes y de nivel socioeconómico más bajo, con menor escolaridad y mayor porcentaje de subempleados y trabajadores eventuales.

En cuanto al "uso alguna vez en la vida" se observan algunas diferencias: el porcentaje más alto en las instituciones de Procuración de Justicia fue para el tabaco (72.0%), (el cual fue reportado con mucha mayor frecuencia que en las instituciones de Salud); le siguen los inhalables (60.4%), la marihuana (55.8%), el alcohol (51.9%) y los alucinógenos, que fueron dos veces más reportados en las instituciones de Procuración de Justicia.

En las instituciones de Salud el orden fue un tanto diferente: en primer lugar la marihuana (60.3%), en segundo los inhalables (59.1%) seguidos por el alcohol (49.8%), el tabaco (30.0%), los tranquilizantes (18.7%) y "otras drogas" (5.9%). Estas instituciones captaron todos los casos de heroína y otros opiáceos, y la mayoría de los casos de tranquilizantes, "otras drogas" y sedantes hipnóticos.

Al realizar el análisis por sexo sobresale que las instituciones de Atención a la Salud captan mayores porcentajes de mujeres en todas las drogas, excepto sedantes hipnóticos, estimulantes y tranquilizantes.

Los porcentajes de usuarios actuales (último mes) son muy similares en ambos tipos de instituciones, excepto en el caso de los alucinógenos, que son más usados en las instituciones de Procuración de Justicia, al igual que el tabaco, mientras que en las instituciones de Atención a la Salud, se observa un mayor uso actual de tranquilizantes.

En cuanto al inicio en el consumo de drogas, en el caso de los

usuarios de inhalables, marihuana, cocaína, tranquilizantes, alcohol y tabaco, captados por instituciones de Procuración de Justicia, se inician en el consumo a menores edades. Asimismo, los usuarios captados por este tipo de institución son de más reciente inicio en el consumo de todas las drogas, especialmente alucinógenos e inhalables.

Las instituciones de Atención a la Salud captan más usuarios moderados y altos que las instituciones de Procuración de Justicia para todos los tipos de drogas.

Al comparar los perfiles por tipo de droga entre los usuarios de ambos tipos de institución, se encuentra lo siguiente:

INHALABLES

Siguiendo la tendencia general, las instituciones de Procuración de Justicia captan un porcentaje ligeramente menor de mujeres usuarias de inhalables. Los usuarios de inhalables en este tipo de institución son más jóvenes, de más bajo nivel socioeconómico y menor escolaridad. Sin embargo, los usuarios de inhalables captados por instituciones de Atención a la Salud, en mayor porcentaje no tienen ocupación. Se inician en el consumo de inhalables con más frecuencia, que su contraparte, entre los 12 y 14 años y con menos frecuencia antes de los 12 años; tienden a consumir "activo" en mayor proporción. También son usuarios de marihuana en más alto porcentaje.

Tienen patrones de consumo de inhalables más altos que los de los

usuarios de este tipo de droga, que son captados por instituciones de Procuración de Justicia.

MARIGUANA

Al igual que los usuarios de inhalables, existe entre los usuarios de mariguana captados por instituciones de Procuración de Justicia un menor porcentaje de mujeres; son usuarios más jóvenes, de nivel socioeconómico más bajo, de menor escolaridad y con menor porcentaje de desempleo. Se inician en el consumo de esta droga a edades ligeramente tempranas y, principalmente entre los años de 1985 y 1987 (66.4%).

También tienen un patrón de consumo menos alto que su contraparte en instituciones de Atención a la Salud.

TRANQUILIZANTES

Los usuarios de tranquilizantes captados por instituciones de Atención a la Salud, son de mayor edad, con edades de inicio más tardías y años de inicio más temprano, tienen un patrón de consumo de tranquilizantes más alto que su contraparte en instituciones de Procuración de Justicia.

COCAINA

A diferencia de los usuarios de cocaína captados por instituciones de Atención a la Salud, los usuarios de esta droga captados por instituciones de Procuración de Justicia son hombres en su totalidad, de menor edad, menor nivel socioeconómico, menor escolaridad y menor porcentaje de desocupados; se inician, asimismo a edades más tempranas y tienden

a tener patrones de consumo de esta droga menos experimentales.

- CASOS CAPTADOS POR CENTROS DE INTEGRACION JUVENIL -

Las diferencias más importantes entre los casos captados por los Centros de Integración Juvenil y los casos captados por todas las instituciones (promedio) son las siguientes:

Los Centros de Integración Juvenil captan en su mayoría (75.2%) usuarios de nivel socioeconómico medio y ningún caso de nivel socioeconómico medio alto.

Un mayor porcentaje (72.9%) de sus casos consume inhalables, en tanto que captan un porcentaje significativamente menor de usuarios de alucinógenos. Asimismo, captan a la mayoría de los usuarios de opiáceos y otras drogas.

Los Centros de Integración Juvenil captan también un mayor porcentaje de usuarios actuales (último mes) de marihuana e inhalables que el total de instituciones y un mayor porcentaje de usuarios moderados y altos.

- TENDENCIAS DEL CONSUMO DE DROGAS (COMPARACION DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LAS TRES EVALUACIONES) -

Características demográficas

El porcentaje de mujeres ha aumentado en cada evaluación.

La edad de los usuarios se ha mantenido sin grandes cambios.

En la tercera evaluación hubo un incremento importante de casos de nivel socioeconómico medio.

En cuanto a la escolaridad, se observan como datos sobresalientes una ligera disminución de los casos sin escolaridad y un ligero aumento de los casos con estudios profesionales. En lo que respecta a ocupación, se observa un incremento de casos con ingreso fijo (empleado, comerciante o profesionista).

Uso de drogas

En la tercera evaluación, el uso "alguna vez en la vida" de inhales y tabaco mostró ligeros aumentos. Se observó un incremento más pronunciado en el consumo de alucinógenos; sin embargo, el uso actual (último mes), de esta droga no aumentó.

Disminuyó el porcentaje de usuarios "alguna vez en la vida" de marihuana y, especialmente, estimulantes y sedantes hipnóticos. Las demás drogas se mantuvieron sin cambios importantes.

Los porcentajes de uso durante el mes previo a la evaluación (usuarios actuales) de todas las drogas disminuyeron o se mantuvieron estables respecto a la evaluación anterior (Junio, 1987).

Nota: Dado que realizar un análisis exhaustivo de toda la información recopilada sería sumamente extenso y no necesariamente del interés de todos los lectores, este reporte incluye tan solo los datos

más relevantes.

Datos más específicos, datos sobre otras drogas o datos sobre otros cruces de variables pueden ser solicitados directamente al Centro de Información y Documentación en Farmacodependencia del Instituto Mexicano de Psiquiatría.

III

CARACTERISTICAS GENERALES DE LA POBLACION DONDE SE REALIZO EL SERVICIO SOCIAL

1.- La República Mexicana.

La palabra México, se divide etimológicamente en dos raíces:
Mexi - Nombre del Dios Huitzilopochtli y, Co - que significa lugar.

El nombre oficial de nuestro país es Estados Unidos Mexicanos.

Políticamente, México forma parte de Norte América, pero geográficamente, a América del Norte, así como a América Central.

Sus límites son: al norte con EEUU., al sureste los países Guatemala y El Salvador, al este el Golfo de México y al oeste y sur, el Océano Pacífico.

La República Mexicana está integrada por treinta y un estados y un Distrito Federal.

2.- Distrito Federal

La ciudad de México, antigua Tenochtitlán de los Aztecas, corazón cultural y económico de nuestro país, se acuna al sureste de la cuenca del Valle de México, ésta se encuentra ubicada en la parte central de la República Mexicana.

El límite del Distrito Federal lo forman, al sur el Estado de Morelos y, por las partes norte, este y oeste, lo rodea el Estado de México.

3.- Delegación Cuauhtémoc (13).

3.1. Marco de Referencia

Antecedentes

La delegación Cuauhtémoc se caracteriza por presentar dos esferas socioeconómicas, una periférica con población de altos y bajos ingresos y, otra central, con población de ingresos medios.

El área periférica es fundamentalmente habitacional. Por un lado, en ella viven grupos sociales de bajos ingresos, con predominio de una elevada tasa de crecimiento demográfico y, con dispersión o inexistencia de equipamiento y servicios; por otro lado, coexisten zonas residenciales de los sectores de altos ingresos con supravit de servicios, infraestructura y centros comerciales.

El área central representa el 25% del total urbanizado en el Distrito Federal. Concentra el 69% de las actividades económicas administrativas del Distrito Federal.

(13) Monografía de la delegación Cuauhtémoc, durante la campaña del C. Presidente de la República Mexicana Miguel de la Madrid Hurtado, México, 1982.

3.1.2 Localización y Superficie.

La delegación Cuauhtémoc se localiza en la parte central del Distrito Federal, cuenta con una superficie de 33.0 Km², que representa el 2.2% de la superficie total del Distrito Federal y, ocupa el décimo tercer lugar en cuanto a extensión.

Colinda al norte con las delegaciones Azcapotzalco y Gustavo A. Madero; al sur con las delegaciones Benito Juárez e Iztacalco; al este con la Venustiano Carranza y al oeste con la delegación Miguel Hidalgo (anexo 4).

3.1.3 Uso del Suelo.

La delegación Cuauhtémoc tiene un alto grado de urbanización y la población se puede clasificar como moderna urbana. Es decir, no existe en esta demarcación propiedades cuyo destino sea para actividades del sector primario, sino más bien, para la habitación, industria, servicios y comercio.

Sus áreas verdes son mínimas, con 3.1 millones de M², y representa el 9.5% del total de su superficie (anexo 5).

3.1.4 Población.

El crecimiento poblacional en la delegación no presenta una línea ascendente, sino todo lo contrario, ya que en 1970, había una población

de 927 243 habitantes, y para 1980 ésta descendió a 855 662 personas; de éstas, el 53.4% eran mujeres y el 46.6% eran hombres. La tasa de crecimiento resultó negativa en 0.38% debido principalmente al cambio en los usos del suelo: de habitación pasó a comercial y de servicios.

La densidad de la población fué en 1970 de 259.7 habitantes por hectárea, sin embargo para 1980 desciende a 208.7 personas por hectárea, expulsión que se acentúa principalmente entre las gentes de escasos recursos económicos que no pueden entrar al costoso mercado de la habitación vertical en rentas o condominio.

La población económicamente activa para 1980 fué de 302 656 personas, de éstas, el 23% se dedicó al sector industrial y el 77% al comercio y los servicios. Del total de la población económicamente activa, el 75% trabaja en la delegación y el 25% fuera de ella.

3.1.5 Vivienda.

En 1980 la delegación contaba con 216 305 viviendas, distribuidas en 33 colonias que ocupaban el 62% de la superficie total, cuyo promedio de habitantes por vivienda fué de cuatro personas, cifra inferior a la de 1970, que fué de 5.2 personas por habitación.

3.2. Servicios Públicos.

3.2.1 Educación.

En materia educativa para 1980, la delegación contaba con 85 escuelas preescolares y 140 escuelas primarias, con esta infraestructura la demanda es superada en más del 30%.

El requerimiento de escuelas técnicas está cubierto en 21.8%, el 66% de este servicio lo prestan instituciones privadas y el 34% el sector público. Cuenta además con 62 escuelas secundarias que cubren también la totalidad de la demanda. Asimismo, cuenta con 13 escuelas de nivel medio superior pertenecientes a la U.N.A.M., I.P.N. y el sector privado, 12 normales y una escuela superior.

3.2.2 Salud y Seguridad Social.

En 1978 la delegación contó con 93 Centros de Salud, 292 Clínicas de Seguridad Social y 385 consultorios que representaron el 22% de los existentes en el Distrito Federal; asimismo el número de camas en sanatorios y hospitales oficiales y privados, representó el 63% de las existentes en el Distrito Federal.

3.2.3 Recreación, Cultura y Deporte.

La delegación tenía en 1980 0.56M²/Hab., de parques y jardines; sin embargo la cifra es baja, ya que se considera que la relación conveniente debe ser de 2.5M²/Hab. Existen 123 bibliotecas y 21 teatros de los 36 existentes en el Distrito Federal; 154 salas para proyección cinematográfica y 41% del total de museos instalados en el D.F.

En equipamiento para el deporte cuenta con varios centros, entre los que destacan: El Deportivo Guelatao, propiedad del Departamento del Distrito Federal y el Frontón México entre otros. Cabe mencionar que existe gran cantidad de gimnasios y clubes deportivos de carácter privado.

3.2.4. Vialidad y Transporte

La delegación cuenta con un gran número de vías importantes como Av. Reforma, Av. Insurgentes, Av. Chapultepec, Rivera de San Cosme, Tlalpan, Misteriosa, Calzada de Guadalupe, Fray Servando Teresa de Mier y 8 ejes viales.

En la delegación se encuentra el Centro Histórico de la Ciudad; en él, se presenta el mayor problema de circulación, dada la gran afluencia de vehículos, por su gran número de intersecciones viales conflictivas y puntos de congestionamiento en las horas llamadas "pico".

La demanda de transporte público está satisfecha por la gran cantidad de líneas de autobuses y peseros que tienen como destino o paso esta delegación. Asimismo, es atravesada por las líneas del metro 1, 2 y 3.

3.2.5. Medio Ambiente

La contaminación del aire a causa de la emisión de gases presenta

un índice muy alto, debido a la concentración de actividades comerciales, de servicio y administrativas.

La emisión de ruidos también alcanza grados muy altos de contaminación, llegando en ocasiones a sobrepasar los 100 decibeles, cuando el supuesto máximo tolerable es de 80.

La falta de agua es otro problema, ya que cerca de 193 000 habitantes se encuentran sin este servicio, lo que obviamente genera problemas sanitarios.

La delegación se caracteriza como ya se dijo, por la carencia de espacios abiertos y áreas verdes y por un deterioro general de fachadas de casas y edificios, así como por un exagrado número de vehículos.

3.2.6 Otros Servicios.

La delegación cuenta con 6 agencias del ministerio público, 2 reclusorios administrativos, 3 batallones o sectores de policía y un batallón de granaderos.

La delegación Cuauhtémoc es una de las que concentra el mayor número de instalaciones para la administración pública, justicia y seguridad.

En lo referente al comercio, absorbe el 24.2% de los supermercados y el 56% de las unidades comerciales del ISSSTE que existen en el D.F.

La infraestructura de la delegación consta de una red de agua potable que, aunque antigua, es suficiente. Sin embargo, el servicio domiciliario no satisface adecuadamente a las zonas populares. La transmisión de energía eléctrica se realiza mediante 4 líneas, con 21 alimentadores que satisfacen las necesidades de la delegación.

3.3. Administración y Finanzas.

3.3.1 Administración.

El Departamento del Distrito Federal presenta una estructura administrativa integrada por una jefatura, un consejo consultivo y una comisión interna de Administración y Programación, tres Secretarías Generales "A", "B" y de Obras Públicas, Servicios de una Oficialía Mayor y una Contraloría General.

De la Jefatura del Departamento del Distrito Federal, dependen la junta local de Conciliación y Arbitraje, el Tribunal de lo Contencioso Administrativo, el Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal y la Procuraduría General de Justicia, las Comisiones de Desarrollo Urbano del Distrito Federal, la Coordinadora para el Desarrollo Agropecuario del Distrito Federal, la Tesorería, la Dirección General de Policía y Tránsito, la Dirección General de Relaciones Públicas y la Contraloría General.

De la Secretaría General de Gobierno "A" depende la Dirección General Jurídica y de Gobierno, la Dirección General de Reclusorios y Centros

de Rehabilitación Social, la Dirección General de Registro Público de la Propiedad y del Comercio y la Dirección General del Trabajo y Previsión Social.

De la Secretaría General de Gobierno "B", depende la Dirección General de Protección Social y Servicio Voluntario, la Dirección General de Promoción Económica, la Dirección General de Turismo, la Dirección General de Servicio Público de Voltaje Electrónico y las delegaciones Políticas.

De la Secretaría General de Obras y Servicios dependen la Dirección General de Obras Públicas, la Dirección General de Planificación y la Comisión de Vialidad y Transporte Urbano.

De la Oficialía Mayor dependen la Dirección General de Servicios Administrativos, la Dirección General de Información, Análisis Estadístico, Programación y Estudios Administrativos; la Dirección General de Servicios Médicos, la Dirección General de Promoción Deportiva y el Almacén para los Trabajadores del Departamento del Distrito Federal.

La autoridad en la delegación Cuauhtémoc está representada por el Delegado Político, que es nombrado por el Jefe del Departamento del Distrito Federal. Los delegados son los responsables directos de proporcionar los servicios que señala el reglamento interior del Departamento, así como los reglamentos y disposiciones jurídico-administrativas.

El delegado cuenta con un grupo de asesoría, que lo apoya en aspectos técnicos y administrativos para mejorar las actividades de las distintas unidades que integran la delegación.

Los ciudadanos se encuentran representados ante el gobierno de la ciudad por el Consejo Consultivo, integrado por 24 000 Comités de Manzana, 1 000 asociaciones de Residentes y 16 Juntas de Vecinos, mismos que conforman la estructura vecinal de las delegaciones.

La Unidad Administrativa, por su parte, se encarga de la Administración de los recursos humanos, materiales y presupuestales, así como de proporcionar los servicios de apoyo. Para su operación se han establecido las oficinas de Personal, Abastecimiento, Programación, Presupuesto y Contabilidad y Servicios Generales.

3.3.2 Finanzas.

Por ser el Distrito Federal, el reflejo de la problemática de México en global, sobre todo en materia de asentamientos humanos. El gobierno destinó un presupuesto general, a fin de satisfacer en lo posible la necesidad de esta población.

En 1980, la delegación Cuauhtémoc, recibió del Departamento del Distrito Federal, 736.0 millonea de pesos. La programación del Departamento del Distrito Federal, congruente con los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo Urbano del D.F., indica que los programas prioritarios

absorbieron el 86.6% del presupuesto asignado a la delegación; aplicandose principalmente a los siguientes programas: administración del Departamento del Distrito Federal, 167 millones de pesos; mejoramiento urbano, 344.7 millones de pesos; regularización de la tenencia de la tierra, 1.6 millones de pesos; vivienda 0.4 millones de pesos; agua potable, 6.0 millones de pesos; drenaje y tratamiento de aguas negras 14.2 millones de pesos; imagen urbana, saneamiento urbano y limpieza, 42.0 millones de pesos; equipamiento para la educación en los niveles preescolar, primaria básica, secundaria general y media tecnológica, 17.0 millones de pesos, e infraestructura y equipamiento para la vialidad 48.1 millones de pesos.

El apoyo otorgado a la administración de la delegación en 1980 fué de 382.4 millones de pesos; destinandose 366.9 millones de pesos a sueldos, salarios y prestaciones, y para la compra de bienes y servicios 15.5 millones.

Por último, la inversión realizada por la delegación ascendió a 353.6 millones de pesos; de éstos 347.0 se destinaron a la construcción de obras públicas y 6.6 millones a la adquisición de maquinaria y equipo.

El Centro de Integración Juvenil Tlatelolco es el encargado de atender y dar servicio a las colonias que comprende la Delegación Cuauhtémoc, que son las siguientes:

COLONIAS

- Santa María Insurgentes

- San Simón Tolnahuac
- Peralvillo
- Valle Gómez
- Ex Hipódromo de Peralvillo
- Maza
- Felipe Pescador
- Atlampa
- Unidad Tlatelolco
- Santa María la Ribera
- Buenavista
- Guerrero
- Morelos (Ampliación Morelos)
- San Rafael
- Revolución
- Centro
- Cuauhtémoc
- Juárez
- Roma
- Doctores
- Obrera
- Tránsito
- Esperanza
- Condesa
- Hipódromo de la Condesa
- Roma Sur
- Centro Urbano Benito Juárez

- Buenos Aires
- Algarín
- Vista Alegre
- Paulino Navarro
- Ampliación Asturias
- Asturias

IV

CARACTERISTICAS GENERALES DE LA INSTITUCION DONDE SE REALIZO EL SERVICIO SOCIAL

1.- Antecedentes Históricos de los Centros de Integración Juvenil

La Secretaría de Salubridad y Asistencia, después de haber observado el alto número de pacientes con problemas de farmacodependencia, que se encontraban hospitalizados en esta institución, consideró necesario crear un lugar en el que los pacientes pudieran continuar con su tratamiento en consulta a nivel externo. Se le encomendó al Dr. Guillermo C. Narváez, Director de Salud Mental y a las Damas Publicistas de México A. C., encabezado por la Sra. Ma. Eugenia Moreno, la creación de un Centro de cubriera esta demanda.

Como primer paso se creó 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 promoción y captación de recursos.

La tarea asistencial entre 1973-1976, continúa desarrollandose enfocada hacia el tratamiento individual, del paciente farmacodependiente y, se amplia también en esta etapa a la atención de problemas de salud mental en general.

En los subsiguientes años, el modelo de tratamiento utilizado en el 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.

Ya para 1979, ante la fuerte demanda de tratamiento psicológico, se propuso y aceptó la Psicoterapia Breve, como terapia oficial de los Centros.

La labor de los Centros de Integración Juvenil, fué incluida en el Plan Nacional de Salud, y se fijó como meta institucional la creación de un centro para cada delegación del Distrito Federal primero y, después, uno para cada estado de la República Mexicana. Meta que fué cumplida satisfactoriamente.

En la actualidad, se cuenta con once centros distribuidos en el Distrito Federal y uno en Ciudad Nezahualcóyotl; veinticinco centros más están distribuidos en el resto de la república.

2.- Política Institucional

Ante el surgimiento del primer Patronato Nacional, el centro cambia de razón social y se convierte en Centro de Integración Juvenil A.C., independizándose así del subsidio y supervisión de la S.S.A.; así, ante la inclusión de las labores de los centros en el Plan Nacional de Salud, surgen objetivos de trabajo propios e independientes, integrando su

información financiera a la del sector salud, formando parte del área paraestatal de la misma. Así, su órgano ejecutivo, el Patronato Nacional, quedó integrado por representantes de la comunidad y de las secretarías

de: Gobernación

Salubridad

Educación

Trabajo y Previsión Social

Asentamientos Humanos

Obras Públicas

Programación y Presupuesto

La Asamblea de Asociados, es la representativa de la comunidad. En cuanto a los presidentes del Patronato Nacional, el Presidente de la República es el responsable de la asignación de este puesto, así como el de los representantes de comisión de vigilancia. El Patronato se encuentra integrado por cinco representantes del gobierno federal y cinco de los patronatos locales, formando estos diez elementos la estructura organizacional de los centros (14).

El Patronato Nacional es también el encargado de designar el nivel ejecutivo de los centros, mismo que está compuesto por Direcciones (Anexo 6).

a) Dirección General. Encargada del cuidado y de la coordina-

(14) Política Institucional, C.I.J., México, 1983.

ción de la operacionalidad de la
Institución.

b) Dirección Médica. Es la encargada de la vigilancia
y operación de la prestación de
servicios de esta índole.

c) Dirección de Patronatos. Es la encargada de coordinar las
actividades de la comunidad.

d) Dirección de Administración. Es la encargada de coordinar
y planear la comunicación con unidades
de apoyo.

El nivel operativo está integrado por órganos desconcentrados terri-
torialmente y descentralizados por función, responsabilidad y prestación
de los servicios en: Direcciones, Patronatos y Centros Locales.

Cada centro tiene su patronato local, un grupo de voluntarios y,
personal técnico que está formado por un médico psiquiatra, tres psicólogos
y dos trabajadoras sociales; además del personal administrativo. Esta
plantilla se incrementa según las necesidades del área de acción del
centro y de sus posibilidades económicas (15).

(15) Martínez Malo Jesús. Anteproyecto de Trabajo del Centro de Inte-
gración Juvenil "Tlatelolco". México, 1980.

3.- Recursos Humanos

El Centro Tlatelolco, cuenta con la siguiente planilla:

- La Directora, encargada de coordinar y supervisar las labores del personal de base y pasantes de cualquiera de las áreas, que se desarrollaban en el centro.
- Psicólogo Clínico, su labor se limitaba al trabajo terapéutico, tanto a nivel individual como grupal.
- Psicóloga, encargada de la coordinación del proyecto escuelas, encaminado a difundir y prevenir el fenómeno de la farmacodependencia; esta función era alternada con la de proporcionar psicoterapia individual.
- Trabajadora Social, responsable de realizar estudios sociofamiliares y algunos rescates; ésta participaba además, en el proyecto de proporcionar la información pertinente, a quienes llegaran al centro solicitándolo y en la información pública periódica en algunos centros culturales; para este proyecto, realizaba además, cronogramas bien estructurados, conteniendo fecha y lugar en la que se impartiría la información.
- La secretaria, era la encargada de recibir al paciente, buscar su expediente y personalmente pasarlo con el terapeuta. Además, desde luego, de realizar las tareas administrativas pertinentes

para el buen funcionamiento del centro.

- El centro contaba además, con una persona encargada de realizar el aseo del local, así como de desarrollar funciones de mensajero.

Los pasantes de psicología ('), eran coordinados, supervisados y asesorados tanto por la Directora, Lic. en Psicología Mirna Salcido Reyna, como por la psicóloga Ma. Tereza Robles, mismas que autorizaban la participación de los pasantes en proyectos realizados por trabajadoras sociales, con las cuales se colaboró.

4.- Organización Interna

Cabe mencionar, que el trabajo desarrollado se hacía en equipo, ésto, con el afán de buscar interdisciplinariamente la fórmula más adecuada para la prevención y lucha contra la farmacodependencia. El anexo 7, muestra el organigrama interno de las funciones del centro local "Tlatelolco"; funciones separadas en la gráfica, pero que al fin y al cabo se unen en la práctica.

5.- Recursos Materiales

El centro local "Tlatelolco", cuenta con un inmueble pequeño, pero

(') Durante este periodo de servicio social, eramos los únicos pasantes de todas las áreas, por lo tanto, tuvimos oportunidad de trabajar tanto en el área de psicología, como era nuestra verdadera intención; como en el área de trabajo social.

práctico y funcional, está compuesto por un pasillo que funciona como sala de recepción, en ésta, labora la secretaria; se cuenta también con una habitación que ha sido empleada para desarrollar las actividades referentes a trabajo social; las actividades de psicología individual, son desarrolladas en la habitación contigua a la de trabajo social; el consultorio psiquiátrico, se localiza enseguida del consultorio psicológico; al fondo del local se encuentra la dirección y junto a ésta, una habitación bastante grande en relación con las demás, es empleada como sala de juntas y para psicoterapia grupal. En el anexo 8, se muestra claramente, con acotaciones por metros, el croquis del local.

Se cuenta además, con cinco escritorios, cuatro medianos y uno grande; una máquina de escribir; un gabetero conteniendo los expedientes de los pacientes y un stánd conteniendo libros, las pruebas psicológicas Sacks, Bender, Machover y Waiss, así como la papelería que mensualmente enviaban de oficinas centrales para el trabajo tanto administrativo como profesional; hay además una mesa de exploración; una video cassetera y un aparato televisor; un teléfono; ocho sillas de plástico y tres de madera.

V

ACTIVIDADES DESARROLLADAS

1.- Actividades Realizadas

En este apartado, se describirá de manera breve y general, las actividades realizadas en el período de servicio social de la carrera de Psicología. Para mejor claridad, se describirán las mismas por trimestre.

Primer Trimestre

Al principio de este período, la Directora del Centro local Tlatelolco dispuso que el grupo (formado por dos elementos) de pasantes de la carrera de Psicología, realizaran una investigación bibliográfica sobre farmacodependencia; alternadamente, acompañaban a algún profesional de base del centro, a dar este tipo de pláticas, esto con el fin de que se fuesen familiarizando con la situación y, además, servía como modelo para la preparación de las futuras pláticas. En ningún momento se limitó para responder preguntas o hacer alguna intervención, sólo se hizo la recomendación de que si se participaba durante la exposición de pláticas, se hiciera con plena seguridad de lo que se decía, por lo tanto, se debía contar con la información precisa. Sobre todo porque había pláticas que no eran precisamente de farmacodependencia, así que era necesario manejar información extra y algunos otros elementos como claridad y accesibilidad del lenguaje.

Las pláticas se incrementaron, sobre todo en el Centro Hidalgo del Seguro Social, así como en el ISSSTE de la colonia Guerrero; estas actividades fueron alternadas con labores referentes al mantenimiento del orden de la biblioteca de este Centro de Integración Juvenil.

Al iniciarse el período escolar S.E.P., aumentó la actividad en cuanto a la exposición de las pláticas, sobre todo a nivel secundaria.

En el Centro, se dedicaba un día a la semana para la revisión de casos clínicos y además para la discusión de las sesiones bibliográficas que enviaban las oficinas generales de los centros.

Además, durante este primer trimestre, la actividad relativa a terapia fué desarrollada con dos niños farmacodependientes; uno de ocho y otro de nueve años.

La labor de difundir el mensaje del centro se continuó, haciendo convenios en escuelas, tanto primarias como secundarias, así como en otros centros culturales.

Por lo que detectamos en las exposiciones de las pláticas sobre farmacodependencia, el auditorio necesitaba además, conocer y aclarar algunas cuestiones sobre adolescencia, por lo tanto, también preparamos y expusimos este tema, procurando relacionarlo de manera directa con el fenómeno de la farmacodependencia; este tipo de pláticas se daba, sobre todo, en el Centro Hidalgo del Seguro Social, porque éste comprendía

un auditorio compuesto en su mayoría por mujeres amas de casa y por lo que detectamos, con la necesidad de conocer más sobre la farmacodependencia y adolescencia en relación con la familia.

Segundo Trimestre

Durante el segundo trimestre, las pláticas sobre farmacodependencia aumentaron tanto en las escuelas como en los centros culturales IMSS e ISSSTE.

En el Centro, seguía la revisión de historias clínicas, la revisión y análisis de las sesiones bibliográficas, así como la revisión de otros materiales sobre farmacodependencia, mismos que se discutían a manera de seminario y que enriquecían a la propia experiencia que durante tres meses de trabajo se había adquirido; los temas no eran impuestos y eramos precisamente los pasantes, los que en base a nuestras necesidades proponíamos el mismo.

En este período, se trabajó en terapia con un paciente farmacodependiente durante tres meses, tiempo señalado por la psicoterapia breve, misma que fué utilizada en este caso.

La atención a la comunidad se inició en este período, las labores eran encaminadas a difundir el problema de la farmacodependencia y concientizar a la comunidad de la responsabilidad que como miembros de la misma habían contraído, haciéndoles notar así, la necesidad de su participación para la prevención de la misma. Nuestro objetivo era

pues, sensibilizar a la comunidad, comprometiéndola así a participar en esta labor, para controlar y/o reducir dentro de sus posibilidades el problema de la farmacodependencia.

Durante los últimos tres meses, se participó más activamente en la información a concurrentes, a estos, se les daba la plática sobre farmacodependencia, se les aclaraban las dudas y además se les proyectaba un video referente al mismo fenómeno, dirigido principalmente a adolescentes.

De manera esporádica, también se participó en la estadística de las actividades del personal del centro, esta tarea se desarrollaba supervisada por la trabajadora social, encargada de este trabajo.

De manera alternada con las pláticas, los seminarios y la atención a un paciente, se llevó a cabo la elaboración de un mapa de la delegación Cuauhtémoc, mismo que debía contener tanto las colonias comprendidas por ésta, así como el señalamiento de calles y lotes. Cabe mencionar que este fué un trabajo arduo y que requirió de bastante dedicación, sobre todo, por la falta de experiencia de quienes lo elaboramos.

En resumen, las pláticas proporcionadas sobre farmacodependencia fueron: 12 de información, 24 de prevención y 12 de orientación familiar (anexo 9).

2.- Actividades de Terapia

Durante el primer trimestre de trabajo en el Centro de Integración Juvenil "Tlatelolco", fueron dos los pacientes atendidos, se trató de dos menores de edad, de ocho y nueve años de edad respectivamente. Ambos pacientes eran hermanos huérfanos, al cuidado de una tía.

El menor de los niños, dos meses atrás de su ingreso al centro, había inhalado por curiosidad e imitación cemento, así que este paciente fué clasificado en el grado I, de la farmacodependencia, que es el experimental.

El hermano mayor, aunque había abandonado (o por lo menos no había sido descubierto por su tía inhalando nuevamente el fármaco) la droga, por los datos proporcionados por el niño y la tía del mismo, fué clasificado en el grado II de la farmacodependencia, que refiere al usuario social u ocasional.

Por instrucciones de la Directora del centro, antes de iniciar cualquier estrategia terapéutica, se les aplicó a ambos pacientes una batería psicológica compuesta por las siguientes pruebas:

PRUEBA	AREA QUE EXPLORA
Wisc-R	Inteligencia
Bender	Maduración Mental
	Personalidad
Sacks	Personalidad
H.T.P.	Personalidad

La prueba del Wisc-R fué aplicada y estandarizada con población mexicana, la prueba en sí, es la misma que el Wisc, pero se modificaron los criterios de evaluación de acuerdo con nuestra cultura.

Esta prueba psicológica está formada por dos escalas: una verbal y otra de ejecución; y cada una de ellas está compuesta por seis subpruebas, mismas que fueron aplicadas en su totalidad (16).

Específicamente, esta prueba fué aplicada con el fin de obtener el coeficiente intelectual de ambos pacientes.

Para la calificación y evaluación de la prueba Bender, se hizo en dos partes, en la primera, se requirió del cálculo de la edad mental, para tal objetivo, se recurrió a la tabla que al respecto propuso Elizabeth Kopplitz, basado en la prueba original de Lauretta Bender, modificada para la evaluación de la madurez mental del niño. La otra parte, fué la dedicada a la exploración de la personalidad, aunque de manera somera por contar con el apoyo de las pruebas Sacks y H.T.P., que examinan la misma área.

Como ya se mencionó, se aplicaron las pruebas Sacks y H.T.P., esta aplicación se efectuó bajo una previa capacitación por parte de la psicóloga clínica, Directora del Centro de Integración Juvenil Tlatelolco,

(16) Wisc-R.

pues en este local, se carecía de la bibliografía pertinente de estas pruebas.

Una vez terminada la evaluación de ambos pacientes, se elaboró un reporte psicológico referente a esta fase, mismo que fué enviado a la Clínica de la Conducta en el Distrito Federal, a la que fueron canalizados ambos pacientes.

Al comenzar el segundo trimestre de trabajo en el centro local Tlatelolco, se inició, también, la atención a un nuevo paciente.

Con éste, se procedió durante la primer entrevista a realizar el importante rapport y así, establecer los lazos empáticos, a la vez, se llenaron los datos personales que se requirieron para el expediente, siendo necesarias tres entrevistas más para obtener todos los datos que el mismo expediente requería, tales como los referentes al examen mental: Orientación, Atención, Memoria, Percepción, Capacidad de Cálculo y Abstracción, Lenguaje y Curso del Pensamiento y Contenido del Pensamiento.

En cuanto a las entrevistas, se procuró crear las condiciones necesarias (psicológicas) para una entrevista fecunda. Durante las entrevistas se procuró evaluar en el paciente algunos rasgos de personalidad, para sobre los mismos, establecer un diagnóstico, mismo que se realizó bajo la supervisión de la psicóloga clínica del centro.

Se evitaron las condescendencias y familiaridades, no se buscó la amistad del paciente (que por cierto fué muy ofrecida); esto se evitó con el fin de no situarse afectivamente con el mismo. De esta manera se vigiló la distancia social, tratando de no influir en las sanciones sociales o presiones, que sobre este paciente se pudiesen ejercer; esto con el fin de evitar la dependencia por parte del paciente al terapeuta por un lado y, por otro, evitar la contratransferencia.

Este paciente fué clasificado en el grado III de la farmacodependencia, que define al sujeto que necesita de la droga para funcionar en la sociedad.

Este paciente fué dado de alta, luego de treinta y dos sesiones de psicoterapia; después de que mediante una evaluación realizada tanto por el paciente como por el terapeuta, se detectaron cubiertas la mayoría de las metas propuestas al inicio del tratamiento.

Durante este segundo trimestre, la atención a familiares de farmacodependientes, se realizó una vez por semana. Atendiendo aproximadamente a trea familias por cada sesión de orientación. Las labores fueron encaminadas a proporcionar las herramientas psicológicas necesarias para el adecuado manejo del farmacodependiente en el núcleo familiar.

En estas sesiones, la participación del pasante era meramente directiva, motivando a los integrantes de cada familia (el número promedio de elementos en cada familia fué de cuatro) a exponer su problemática

familiar; aunque ésta en un principio, no se centrara en el fenómeno de la farmacodependencia, para de esta manera, llegar al punto de interés en la dinámica familiar y detectar si el farmacodependiente es el agente causal o sólo el síntoma de una familia enferma.

Al finalizar cada sesión, se elaboraba un reporte tanto de la actividad de orientación a familiares de farmacodependientes, como a la psicoterapia individual; mismo que era supervisado por la Psicóloga Directora del centro.

De manera general, se han descrito las actividades de terapia, realizadas por el pasante de la carrera de Psicología, en el Centro de Integración Juvenil "Tlatelolco".

Las principales características demográficas de los pacientes atendidos pueden consultarse en el anexo 10.

3.- Descripción de las Pláticas

Describir las actividades referentes a la exposición de pláticas, resulta una tarea compleja, sobre todo si se toma en consideración que el público a quienes se les proporcionó era diverso.

Sin embargo, antes de exponer alguna plática sobre farmacodependencia, se recibió capacitación por parte de todo el personal, tanto del área de psicología como del área de trabajo social. Además, por iniciativa

propia se buscó el enriquecimiento teórico de la información previamente recibida. Desde luego, para la elaboración de estas pláticas, se tuvieron que cubrir ciertos criterios, como los siguientes:

- 1) La adecuada presentación del personal encargado de proporcionar la información.
- 2) La elaboración de una introducción con el fin de sensibilizar al auditorio, para de esta manera lograr su mayor atención. En ésta se vertían, además, ciertos conceptos indispensables para la comprensión del fenómeno farmacodependencia.
- 3) Una exposición clara de los tipos de fármacos más comunes en nuestra sociedad, así como las probables causas de la aparición de este fenómeno.
- 4) Posteriormente se recurría a las propias experiencias del auditorio mediante una invitación a su participación, para discutir sobre los efectos de las drogas en el sistema nervioso, así como las alternativas existentes en caso de sufrir este problema de manera personal, algún miembro o amistad de la familia.
- 5) Como quinto y último paso, se resolvían las dudas y se exhortaba al auditorio a participar en la lucha contra la farmacodependencia. Se proporcionaba la dirección del centro, invitándoles

a acudir a éste para recibir información y/u orientación de todo tipo, no sólo farmacodependencia.

Ante la situación anteriormente descrita de la diversidad de auditorio, los Centros de Integración Juvenil, dividieron el tipo de pláticas en tres niveles:

- a) Maestros
- b) Padres de Familia
- c) Alumnos

Para el primer nivel, se abordaba esta problemática de manera sumamente abierta, provocando además, la participación de estos profesionistas, tanto en el análisis del problema, como en el desarrollo de estrategias para luchar contra el fenómeno. Esto resultó en muchos casos, sumamente fructífero, en cuanto a la organización de estos profesores con la comunidad.

En el segundo nivel, que corresponde al de los padres de familia, se procuraba acentuar en los aspectos psicológicos indispensables para la salud mental de las familias del auditorio.

Es importante considerar el importante potencial de la familia para prevenir los problemas de farmacodependencia, potencial que no posee ninguna otra institución social, ya que la educación que proporciona a sus miembros puede ser el recurso más prometedor para prevenir el

abuso de drogas.

No debe perderse de vista que en la medida en que el sistema familiar se encuentra desequilibrado y trastornado, creará en sus miembros una vulnerabilidad hacia las influencias antisociales; es decir, provocará en el joven susceptibilidad hacia la adicción de un comportamiento desviado como es el consumo inadecuado de drogas.

El proceso familiar debe poseer un clima de honestidad, atención, respeto mutuo, comprensión y amor; y de esta manera proporcionar un lugar seguro para que sus integrantes puedan liberar la frustración, ventilar la hostilidad y expresar sus sentimientos positivos. La comunicación sincera ayuda a que la familia se convierta en el centro donde se resuelven los problemas personales y, en un lugar en el que se brinda la seguridad de un desarrollo normal. El ejemplo de los padres, bien puede ser el elemento educativo que permita la prevención de la farmacodependencia.

Tomando en cuenta las consideraciones anteriormente hechas y bajo la premisa descrita, se exponía el problema de la farmacodependencia a este tipo de auditorio.

En cuanto al tercer nivel, que corresponde al de alumnos, se planteó la necesidad de enriquecer las pláticas con una estrategia "educativa", más que de información. Esta estrategia requirió motivar la participación del auditorio, para de esta manera salvar los problemas que implica

la información.

La educación es un aspecto importante, ya que la información debe ser manejada con cautela, pues sin quererlo, se puede propiciar la curiosidad por el consumo de drogas. Por ello los maestros, los padres de familia, los médicos y todos aquellos en posibilidad de educar, tienen en la información un arma de dos filos que deben manejar con sumo cuidado, por lo que este tema no puede tratarse de manera general, sin tomar en consideración el grado de conocimiento del individuo o del grupo. En la educación no debe enfatizarse el aspecto negativo de la farmacodependencia. Tampoco debe asumirse una actitud moralista o amensazadora. En vez de tratar de llenar a los jóvenes con demasiada información sobre los peligros de la farmacodependencia, los educadores deben mencionar en un tono positivo ciertas actitudes que pueden resultar más satisfactorias para ellos que el consumo de drogas.

Por otra parte, no fueron las pláticas sobre farmacodependencia, las únicas que se expusieron; pues fueron elaborados y expuestos temas como:

Familia,

Adolescencia y

Desarrollo del niño.

Estas cuestiones fueron abordadas, ante la necesidad manifiesta del grupo de padres de familia, de conocer aspectos que aunque no son

observables de manera objetiva, si van de la mano con la farmacodependencia; así, pláticas sobre familia y adolescencia fueron expuestas a maestros y padres de familia. En cuanto a las pláticas sobre el desarrollo del niño, fueron expuestas a personal médico, ésto ante la demanda de tal población. Para ilustrar la clase y magnitud de la demanda captada por las diversas instituciones que como parte de sus servicios ofrecen atención a la farmacodependencia, puede consultarse el anexo 1.

VI

RESULTADOS

1.- Resultados de Psicoterapia

Este apartado, hace alusión a los resultados obtenidos en la terapia proporcionada durante este período de Servicio Social.

Realmente, no se puede hablar de una intensa actividad en esta área, pues dos de los pacientes fueron canalizados inmediatamente después de la fase de evaluación, a la Clínica de la Conducta; esto fué decidido debido a que ambos niños ya eran exfarmacodependientes, su actual problema principal era comportamental.

Un tercer paciente, fué atendido de manera subsecuente. Durante las primeras sesiones de psicoterapia, el paciente continuaba con su habitual consumo de drogas (bebedor alcohólico e inhalador), ésto, afortunadamente, era normal, sobre todo por que el paciente llegó, aunque voluntariamente, con ciertas resistencias que evidenciaba al responder evasivamente o tratando abiertamente de seducir al terapeuta y evitar, así, su coerción o crítica.

Sin embargo, a partir de la sexta sesión, el paciente informó de su decisión de abandonar el fármaco, abandono que logró satisfactoriamente, por lo menos, hasta la culminación del contrato terapéutico, pues debido a que el período de Servicio Social concluyó, ya no se pudo realizar

una fase de seguimiento del caso. Si bien, lo anterior no fué posible, si pudimos pronosticar su readaptación social y productiva; pues logró romper con problemas de índole interpersonal, que obstruían en su desarrollo, pues este problema le había provocado constantes abandonos de empleo, precisamente, provocados por su inestabilidad emocional, que a la vez fué causa y sostén de la farmacodependencia.

Ante la situación terapéutica, el paciente logró salvar, o por lo menos logró darse cuenta de las partes insanas, que de alguna manera impedían su plena realización, bajo este conocimiento le resultó más sencillo manejar aspectos que antes le resultaban dolorosos. Logró así, una relación de pareja estable (situación que durante cuatro años atrás no se daba; consiguiendo además un trabajo estable y bien remunerado).

Antes de dar por terminada la psicoterapia, se le comunicó al paciente con cinco sesiones de anticipación, que sería dado de alta, ésto con el fin de que el paciente se fuese preparando a una próxima y definitiva separación; por lo tanto, se empezaron a realizar una serie de evaluaciones de los logros obtenidos a lo largo de las sesiones, ésto con el objetivo de enaltecer la confianza en sí mismo y a la vez fomentar su independencia.

En general, el paciente durante la última sesión, manifestó su satisfacción por el tratamiento y los logros alcanzados.

2.- Resultado de las Pláticas

Los resultados de esta actividad, fueron realmente fructíferos, puesto que la mayoría de las pláticas durante el período de servicio social logró la difusión de un problema nacional, producto de la propia sociedad y del sistema productivo en que vivimos.

Mediante estas pláticas, se crearon además, lazos de unión con otras instituciones, que aunque en menor medida por no dedicarse exclusivamente a esta labor, también aportan facilidades para el óptimo desarrollo de la difusión del fenómeno farmacodependencia.

De las pláticas expuestas a profesores, se obtuvo una magnífica respuesta por parte de éstos. La respuesta se manifestó, mediante acciones reales, mediante su participación, en el trabajo comunitario. Toda esta participación se logró ante la sensibilización de la que fueron objeto, por parte de los pasantes y equipo técnico del centro local Tlatelolco; haciéndoles recapacitar sobre el papel de estos profesionales en la sociedad y su labor educativa en la formación de ciudadanos sanos, tanto física como mentalmente.

Fué un grupo de profesores (formado por cinco elementos), los que voluntariamente asistieron al centro, para recibir la capacitación necesaria para fungir como líderes comunitarios, cuya labor sería, la difusión del centro y su labor, a la vez de la detección y capacitación de nuevos líderes que fueran cubriendo más zonas de la delegación Cuauhtémoc. Esto se considera que fué un gran avance, pues la delegación

Cuahtémoc comprende bastantes colonias y, por lo tanto, comunidades a las que no es posible llegar, por falta, principalmente, de tiempo y personal especializado, nuestras actividades se reducían a unas cuantas colonias, mediante la visita a la mayoría de sus escuelas tanto primarias como secundarias.

Se puede calificar de buenos los resultados de las pláticas a padres de familia, por una parte, asistían con el fin de recibir información para resolver cuestiones de otra índole, es decir, que no fuese de farmacodependencia, pero ya en el centro, contábamos con una serie de guías a fin de resolver o canalizar, los casos que se presentaran y que no fuesen de farmacodependencia. Además, hubo personas que asistieron con el fin de incorporarse a las actividades de algún grupo de la comunidad, para la lucha contra la farmacodependencia, es importante aclarar, que estos casos fueron extraordinarios, pues realmente son pocas las personas que realmente se preocupan por luchar contra este fenómeno.

Las exposiciones brindadas en escuelas a padres de familia, no sólo fueron sobre farmacodependencia, pues además se abordaron temas como: la familia, la adolescencia y desarrollo infantil. El objetivo de estas pláticas, fue la de brindar a los encargados de mantener la sanidad familiar los suficientes elementos para cubrir satisfactoriamente tal labor; desde luego que este objetivo no pudo ser evaluado de manera inmediata, pero fue evidente el interés que se manifestó mediante la participación del auditorio, tanto para enriquecer el tema, como por

las preguntas formuladas. Además, se trabajó más de una vez con el mismo auditorio, y no se registró deserción, lo cual demostró, el interés de los participantes en todos estos temas relacionadas con el fenómeno de la farmacodependencia. Además, se procuraba la evaluación, al motivar la participación con aportación de temas ya vistos, y sus exposiciones se notaban enriquecidas, a diferencia de cuando no existía la previa educación al respecto, que les procuraba aportaciones prácticas en el manejo adecuado en el ámbito familiar.

En cuanto al trabajo con alumnos, hubo respuestas bastante satisfactorias, pues mostraron interés ante la exposición de un tema de algo con lo que se enfrentaban día con día, en las calles, en sus hogares, y hasta los medios de comunicación abordaban el fenómeno, como parte integral en la vida y actividad del ser humano. Su interés y conocimientos al respecto, realmente resultaban sorprendentes, en muchas ocasiones, se les vio más motivados que incluso a los adultos.

Como resultado de esta difusión de centros, algunos niños acudieron al local, solicitando orientación de otro tipo, y solamente algunos, sobre todo alumnos del nivel secundaria, acudieron a solicitar mayor información, para cubrir tareas escolares.

VII ANALISIS

Las causas individuales y sociales de la farmacodependencia, están actuando sobre un número cada vez mayor de personas. Cada día son más numerosos los grupos humanos que deben emigrar del campo a la ciudad, en donde se encuentran con una realidad de pobreza, hacinamiento, desempleo, desnutrición, industrialización y miseria. Para estos núcleos, el consumo de ciertas drogas constituye una forma quizá explicable, pero indudablemente destructora, de huir de un ambiente terrible y amenazador. Se cierra entonces el círculo vicioso. El inmigrante del campo que ha perdido ya los nexos culturales que le conferían cierta estabilidad y cierta satisfacción vital, en su lugar de origen, se enfrenta ahora a una realidad ajena y destructiva que lo impulsa a consumir drogas, pero este consumo lo enferma, destruyendo así su posibilidad de transformar ese ambiente y de hacerlo más humano. Entonces el ambiente sigue orillándolo a la farmacodependencia. Este proceso se evidencia con mayor claridad en los individuos más sensibles a esta realidad destructiva: en los niños y en los jóvenes.

También entre los jóvenes de las clases medias y alta, existe cada vez más un mayor grado de desadaptación, de falta de comunicación familiar, de falta de oportunidad para realizar acciones creadoras.

Finalmente, no sólo se registra un incremento entre los jóvenes

farmacodependientes; sino también, entre los adultos.

Las crecientes tensiones sociales, el carácter cada vez más deshumanizado de la vida urbana y la incapacidad para hacer frente a los problemas, favorecen la aparición de la farmacodependencia.

Además, el costo social en términos de desperdicio humano, de accidentes, de sobredosis y de delitos para conseguir la droga, es tan grande que nos impone también, la obligación de prevenir la farmacodependencia. Esta acción no sólo corresponde a las instituciones encargadas del control de este problema, las cuales deben actuar en perfecta coordinación, sino que, además, es necesaria la participación de aquellas personas que por su ubicación social están en las mejores condiciones para influir positivamente sobre la comunidad.

La farmacodependencia es un problema extremadamente complejo, causado por problemas biológicos, psicológicos y sociales, que se entrelazan en múltiples formas causales. Por ello, su prevención no puede lograrse mediante acciones que ataquen solamente un aspecto del problema.

En todo caso, no se trata de eliminar el consumo de drogas por sí mismo, sino las causas que lo provocan. Aún si se logra acabar totalmente con la disponibilidad de las drogas, el hecho de no combatir las causas, determinaría que los usuarios buscasen otro tipo de conductas igualmente destructivas; como la farmacodependencia. Así pues, si queremos prevenir el consumo de drogas, tendremos que modificar las causas

individuales y sociales de su consumo.

Este periodo de servicio social, brindó la oportunidad de descubrir por la práctica misma, muchos de los elementos componentes del fenómeno farmacodependencia, y de la misma manera, descubrir además de por la vía de la práctica, mediante la teoría, los elementos de este problema que en nuestras manos está manejar, y aquellos que requieren de un trabajo colectivo por parte de la comunidad, así como de los profesionistas de nuestro país.

Así puea, este trabajo fué satisfactorio para el pasante, así como para la institución, ya que mediante el mismo fueron cubiertos todos y cada uno de los objetivos. En cuanto a los objetivos planteados por la escuela, fueron también cubiertos en su totalidad. Los objetivos de las tres instancias serán evaluados a continuación.

- Los Objetivos del Programa de Servicio Social de la Carrera de Psicología se cubrieron de la siguiente manera:

Obj. 1) Que se refiere a la aplicación práctica de los conocimientos del pasante, que le permita relacionarse como profesional de la conducta, comprometido con la solución de problemas nacionales.

Este, fué cubierto mediante el trabajo sobre un problema Nacional, como lo es la farmacodependencia. Problema

sobre el cual, fué necesario recurrir a los conocimientos teóricos para un mejor abordaje del mismo.

- Obj. 2) Se refiere a la adecuación del perfil profesional, a los problemas nacionales prioritarios.

Durante el servicio social, se atendió un problema nacional prioritario, la farmacodependencia, adecuando toda la formación profesional, a la atención de ese fenómeno.

- Obj. 3) Este pretende que se logren formas concretas de intervención psicológica como medios alternativos de docencia.

Mediante las actividades terapéuticas, así como las intervenciones en el trabajo comunitario; fué posible no sólo reafirmar lo ya aprendido en teoría; sino que además fué un campo de nuevas experiencias y, por lo tanto, de aprendizaje.

- Obj. 4) Propiciar situaciones de intervención que permitan implementar técnicas de investigación psicológica al análisis de la problemática nacional y de la eficiencia de la carrera de psicología para formar profesionales de utilidad.

El trabajo, primero teórico y luego práctico, para el abordaje tanto comunitario como individual (terapia a

farmacodependientes), de alguna manera permitieron el desarrollo del pasante a fin de contribuir a la formación profesional del mismo.

- **Objetivos a Nivel Estudiantil**

Obj. 1) Plantea el desarrollo de habilidades para la realización de acciones concretas que demuestren el dominio operacional y el conocimiento integral de un concepto dado.

Este objetivo fué cubierto desde una fase temprana del servicio, de lo contrario, no hubiese sido posible el trabajo tanto terapéutico, como el comunitario.

Obj. 2) Este pretende la aplicación en la práctica de los aspectos operacionales relevantes a la información teórica adquirida e integrada durante la carrera.

Desde luego, este objetivo no sólo fué cubierto, sino además necesario, para el logro de un mejor servicio a la población en beneficio de la cual se trabajó.

Obj. 3) Desarrollar habilidades que permitan abstraer y generar información relevante a partir del análisis y aplicación de las diferentes dimensiones de un concepto dado.

A lo largo de todo el servicio social, fué posible el

desarrollo de habilidades que permitieron el análisis y aplicación de nuevos conceptos, sobre todo, a nivel de terapia individual.

- Por otro lado, los Objetivos del Programa de los Centros de Integración Juvenil, se cubrieron de la siguiente manera:

Obj. a) Investigación de los diversos aspectos de la farmacodependencia, sobre todo, en la prevención.

Este objetivo fue cubierto, pues constituyó no un requisito, sino una necesidad, sobre todo para el trabajo comunitario.

Obj. b) La divulgación del fenómeno farmacodependencia, así como los conocimientos sobre prevención y tratamiento, además de temas relacionados.

Este objetivo fue cubierto mediante el trabajo realizado sobre todo en las escuelas.

Obj. c) Prevención de la farmacodependencia.

En trabajo realizado en el proyecto escuelas, así como la atención e información concurrentes, además de todas las actividades desarrolladas en el Centro, eran encaminadas a ese fin.

Obj. d) Este pretende la detección precóz de la farmacodependencia, buscando adecuada atención para los mismos.

Desde luego, este objetivo fué cubierto en el trabajo de identificación de grupos de alto riesgo, así como con el trabajo práctico con los mismos.

Obj. e) Diagnóstico precóz e integral de la farmacodependencia, para su tratamiento en consulta externa y su orientación; o bien, su eventual canalización a diversos centros terapéuticos y de rehabilitación.

Este objetivo fué plenamente cubierto, mediante el trabajo de evaluación y tratamiento; además de que fué necesario mediante una previa evaluación, canalizar a los pacientes a otro centro especializado.

- Los Objetivos Particulares del Pasante, fueron cubiertos de la siguiente manera:

Obj. a) Mediante este objetivo se pretendía conocer el trabajo interdisciplinario en demandas reales de la comunidad; en este caso, la lucha contra la farmacodependencia.

El trabajo entre gente dedicada al mismo objetivo, independientemente de su área o profesión, permitió descubrir

la importancia del trabajo interdisciplinario, que al fin se reditua, en un mejor servicio a la comunidad.

Obj. b) El desarrollo de habilidades teóricas y prácticas en el abordaje de la farmacodependencia.

Para trabajar, tanto con comunidad como en terapias individuales, fué necesario hacer una previa revisión bibliográfica -revisión que desde luego, permitió el desarrollo en el nivel teórico-, posteriormente, fué posible llevar a la práctica, a situaciones reales, el bagaje adquirido.

Obj. c) Cooperar de manera profesional-activa, para prevenir y atacar el fenómeno de la farmacodependencia.

El trabajo realizado a través del periodo de servicio social, requirió de profesionalismo y constante actitud activa a fin de cubrir las necesidades de prevenir y atacar la farmacodependencia.

Obj. d) Conocer la problemática por la que el individuo se ve inducido a recurrir a las drogas.

La bibliografía pertinente, así como el trabajo práctico, sobre todo en las terapias familiares, permiten descubrir una gama de elementos de tipo económico, psicológico e

individual, que de alguna manera marcan el tipo de problemáticas más comunes.

Obj. e) Conocer la relación terapeuta-paciente, en el trabajo con farmacodependientes.

Durante el periodo de servicio social, no se tuvo la oportunidad de contar con pacientes suficientes como para lograr un enmarque general de las características de esta relación; sin embargo, se cubrió con este objetivo, pues el trabajo realizado con un paciente, dejó ricas experiencias en este campo.

Obj. f) Contar con los elementos suficientes para la elaboración de un reporte formal.

Estos elementos, fueron logrados a lo largo del trabajo realizado, en el Centro de Integración Juvenil "Tlatelolco".

Obj. g) El cumplimiento del trabajo, mediante el servicio social, exigido por la F.E.S. Zaragoza.

Este último objetivo se cubrió sin mayor dificultad, pues el servicio social, no se debe concebir como una exigencia cuando es un deber que no enriquece en experiencia profesional.

VIII

CONCLUSIONES

La historia de la humanidad puede comprenderse como la biografía del hombre en lucha por su porvenir. Los individuos como los pueblos, viven para el mismo empeño: realizarse constantemente en lo que creen es la libertad aspirando a vivir en ésta y por ella.

Ahora bien, tal persistencia la garantiza la juventud con su edad y vivencias rápidas, vulnerables en las que el germen alberga todo: la esperanza se hace promesa; el estudio, acto: la avidez, constancia; la realidad, la idea, y responsabilidad insalvable, la vocación. Sin embargo, el diario acontecer con sus infinitas posibilidades, envuelve a los jóvenes y trata de atraparlos con sus formas más atractivas: ambición de gloria, afán de riqueza, facilidad del deleite o improvisación en el ejercicio del poder. En este contexto, el tráfico de drogas constituye, un crimen contra la humanidad; un proyecto de muerte en contra de nuestra niñez y juventud.

Actualmente, se lucha por el reconocimiento de la comunidad, del problema de la farmacodependencia como propio, a fin de que participe para afrontarlo. La comunidad queda, por lo tanto, como un espacio donde se conjuga la acción del fenómeno, así como la reacción para el abatimiento del mismo.

Las labores por ampliar el ámbito y la eficacia de las actividades preventivas y de tratamiento -incluidas la rehabilitación, el postratamiento y la reintegración social- al coordinarlas cada vez más con los servicios de salud del Estado mexicano, utilizando más eficientemente los recursos que éste y los particulares nos proporcionan, e involucrando a la sociedad en su conjunto para combatir con éxito, el fenómeno de la farmacodependencia, representan las estrategias de lucha común, por acabar con tan grave mal.

Aún falta largo camino por recorrer pero este modelo, sin duda, ofrece la posibilidad de lograr el respeto a la integridad del joven-libre, justo, democrático y responsable para así fortalecer su proyecto de vida.

Los programas de salud, la coordinación interinstitucional y la participación de la población no sólo es posible, sino que, en la actualidad, a partir de un amplio conocimiento de la naturaleza y características de los problemas de salud, la colaboración directa de la población emerge como una necesidad apremiante.

Desde lo organizacional, la participación de las comunidades forma un ingrediente vital, ya que en la medida en que la población se incorpore en el proceso de atención de problemas específicos, se hace posible la suma y coordinación de esfuerzos de grupos formales e informales, profesionales y no profesionales, encaminados a conocer las necesidades reales y sentidas como tales, por la población.

La necesidad de incluir a la participación comunitaria en las acciones tendientes a combatir el fenómeno de la farmacodependencia, se hace mucho más explícita cuando se retoma la interpretación de este fenómeno como un síntoma producto de una situación disfuncional en un individuo, un grupo o una comunidad, donde los sujetos afectados no son más que los portavoces de la patología social. Dicho de otra manera, son los emergentes del grupo social al que pertenecen y hacen explícita la incapacidad de dicho grupo para establecer los mecanismos viables y las alternativas adecuadas que favorezcan el desarrollo de las capacidades -físicas, psicológicas y sociales- de sus miembros en forma productiva y creadora, de tal forma que los habilite para enfrentar su realidad en forma activa sin necesidad de buscar falsas salidas, impregnadas de pasividad, intentos inmovilizados por fuertes tendencias autodestructivas.

Los farmacodependientes deben ser concebidos desde una perspectiva macrosocial como parte de un todo en las que ellos ponen de manifiesto, aquellas conductas o actitudes no deseables como comportamiento social usual. La exteriorización de este tipo de conducta o hábitos, no sólo nos demuestra la existencia de un problema de salud en un individuo o conjunto de individuos, sino que además, en forma simultánea pone en entre dicho los usos, los valores y las relaciones sociales existentes en esa comunidad a la que pertenecen los sujetos ya identificados como "problemas".

De esta manera, resulta obvio que desde esta concepción, el hecho de formar parte de un grupo o contexto social que tiene problemas de

farmacodependencia, hace que cada uno de sus integrantes sean co-participes directos o indirectos, tengan parte, en la solución del mismo, mediante el planteamiento de alternativas y el desarrollo de acciones directas y coherentes.

En cuanto al campo microsocia, la familia tiene una influencia determinante en la estructuración de la personalidad de cada miembro de la misma.

Cuando en una familia las relaciones normales se hallan alteradas a causa de un conflicto y no se encuentra una solución adecuada al mismo, el conjunto familiar experimenta un monto importante de sufrimiento que puede ser expresado por todo el grupo o por alguno de sus miembros. La forma más sana de enfrentar el sufrimiento es identificarlo y tener la posibilidad de dar curso a su expresión sin la aparición de síntomas. Cuando no puede plantearse de esta manera, el grupo familiar o alguno de sus miembros expresa el sufrimiento a través de diversas manifestaciones, las cuales funcionan como evitadoras o negadores de la problemática que les afecta.

La propia cultura mexicana, ha determinado ciertas características provocadoras de patologías en sus miembros, es común encontrar familias en las que el padre tiene muchas dificultades para acercarse cariñosamente a su compañera y a sus hijos, ya que su formación y cultura le señalan que demostrar ternura o interés es un indicador de falta de hombría. Es así como este sujeto se muestra lejano y frío, o en el

peor de los casos, se ausenta de la familia como si no le importara.

La mujer acostumbrada al abandono del hombre de la casa, vivirá con resignación su destino: la falta de apoyo masculino. Sentirá que ser mujer es estar eventualmente acompañada por su pareja. Sustituirá la presencia del hombre por la de los hijos que le garantizan, desde su natural dependencia infantil, no abandonarla.

De esta forma los hijos se ven ligados en gran medida a la madre y, tomarán como modelo femenino y masculino, el que los padres le ofrecen. Así, el varón al crecer repetirá como su padre la fuga de las relaciones afectivas. La niña se desarrollará sintiendo que ser mujer es tener sólo a veces la compañía de un hombre y se resignará al abandono. Su papel más destacado, respetado o natural, quedará limitado a ser madre; en esta función pondrá todas sus expectativas, triunfos y fracasos. De este modo la relación madre-hijo, padecen serias perturbaciones; el hijo crece dependiente e inseguro, con dificultades para resolver problemas o para enfrentar la vida en general.

Un modo de evidenciar esta inseguridad es el de buscar aparentes satisfactores que brinden desde afuera una imagen de fortaleza, o que sustraigan al sujeto de situaciones difíciles de resolver para él. Estos satisfactores pueden variar desde cierto tipo de rops, hasta el consumo de alcohol o drogas.

Otra de las problemáticas comunes, es el hecho de que en las familias

actuales se observa frecuentemente que ambos padres realizan actividades laborales o de estudio fuera del hogar.

Cuando existe buena comunicación y entendimiento, el grupo familiar acepta como algo natural y necesario el que los padres estén fuera de casa, gran parte del día, y si los hijos se ven atendidos en sus necesidades emocionales y materiales, el desarrollo familiar permanece estable. Por el contrario, si los padres perciben las actividades que realizan fuera de la casa como lo más importante en sus vidas, o este esfuerzo es vivenciado con desagrado y molestia, encontramos que ambas circunstancias les impiden prestar atención a las demandas de sus hijos, por lo que éstos se sentirán abandonados y sin una guía firme y conatante. Esta situación los puede llevar a buscar un grupo de amigos al cual integrarse para sentirse acompañados y poder satisfacer sus necesidades psicológicas de desarrollo.

Cuando la familia como contexto no está presente, y el grupo de amistades sustituye las funciones familiares, los jóvenes crecerán inseguros y en ocasiones presentaran conductas antisociales. Al verse afectado el grupo buscará restaurar el equilibrio, pero esto no siempre se logra de un modo eficaz y sano. Surgen entonces conductas muchas veces vividas como vergonzosas, motivo por el cual se tratan de ocultar. La farmacodependencia ea un ejemplo de este tipo de conductas.

El farmacodependiente con su síntoma evidencia el sufrimiento que no tiene que ver solamente con él, sino también con el grupo familiar

con el que se desarrolla.

Para concluir, en el presente informe también se proporcionan datos en cuanto a la tercera evaluación del sistema de registro de información en farmacodependencia por las instituciones de Atención a la Salud y de Procuración de Justicia que participan en este proyecto. Sin embargo, desafortunadamente nos damos cuenta que aún nos falta mucho por hacer para establecer una evaluación de la atención terapéutica de rehabilitación social que dichas instituciones ofrecen al usuario farmacodependiente, información que aún no se tiene a la mano en forma extensa.

IX RECOMENDACIONES

Sin duda, la creación de alternativas constituye la medida más poderosa en la prevención de la farmacodependencia. Se entiende por alternativas aquellas actividades que resulten más satisfactorias que la farmacodependencia para los usuarios actuales o potenciales.

La creación de alternativas se basa en el principio de que si se encuentra algo que satisfaga la misma necesidad mejor que la droga, los individuos dejarán de recurrir a los fármacos para satisfacer tal necesidad. Lo que se pretende, es proporcionar un modo más satisfactorio de vivir las experiencias que se buscan con las drogas y resolver las necesidades y los conflictos que propician su consumo. En general, las alternativas al consumo de drogas, deben promoverse a tres niveles:

Individual,

Familiar y

Social.

En lo individual, los jóvenes deben realizar actividades creativas que den salida a su energía, tales como el deporte, las actividades artísticas y culturales, la capacitación para algún tipo de trabajo, etc.

A nivel familiar, debe propiciarse el aprovechamiento del tiempo libre en actividades de interés común que fortalezcan la comunicación y convivencia entre todos los miembros de la familia.

Por último, en el nivel social, deben facilitarse los cambios necesarios que ofrezcan una alternativa a las causas sociales de la farmacodependencia. Las medidas más efectivas para combatir la farmacodependencia serán todas las acciones que tiendan a disminuir el desempleo, a mejorar el estado nutricional, a dotar de una vivienda digna y a terminar con la insalubridad.

En conclusión, la meta final de la prevención es crear una forma de vida, una vida donde los jóvenes tengan un papel definido y fructífero en la sociedad, donde puedan consagrarse a lograr una meta, librados de las trabas que les impiden su desarrollo integral.

MARCO CONCEPTUAL

Abuso de Fármacos:

Se ha definido el uso como el hecho de introducir en un organismo vivo, una sustancia mediante prescripción médica (17).

El término abuso, conlleva la desaprobación social por la cual denota el uso de cualquier fármaco de modo que se aparte de las normas médicas y sociales aprobadas en una cultura determinada. Generalmente ocurre por autoadministración, que puede no ser excesiva, persistente o esporádica (18).

Clasificación de Fármacos

Con criterio práctico y con el propósito de facilitar la explicación, se clasifica los fármacos capaces de producir dependencia en dos grandes grupos: a) estimulantes del Sistema Nervioso Central y, b) depresores del Sistema Nervioso Central.

En el primer grupo se incluye a los estimulantes psicomotores como

(17) Dr. Hernández, Ignacio, Terminología sobre Farmacodependencia. Curso de Capacitación 1.3.1 (Mecanograma), México, 1983.

(18) Ibidem.

las anfetaminas, la cafeína, la nicotina y la cocaína, y a los alucinógenos como la dietilamida del ácido lisérgico (LSD), la cannabis (marihuana), la mescalina (peyote) y la psilocibina (hongos alucinantes).

En el segundo grupo, quedan englobados los opiáceos, como la morfina, la codeína, etc., los hipnótico-sedantes barbitúricos y no barbitúricos como el pentobarbital, el alcohol, etc.; los anestésicos, como el óxido nitroso y los disolventes orgánicos como los tetracloruros de carbono, cetonas, ésteres, etc. (anexo 11).

Una característica importante de los estimulantes del Sistema Nervioso Central que los distingue de los depresores, es que las alteraciones psíquicas que producen, y que dan lugar al comportamiento antisocial, son una manifestación directa de los fármacos, y que los trastornos de conducta se presentan sin disminución de la capacidad física. De tal manera que el individuo intoxicado con estimulantes, se encuentra en un estado donde no tiene control de su actividad mental y su capacidad física es completa, o bien, está aumentada; situación que es peligrosa para sus semejantes. Se puede considerar que las drogas estimulantes, no producen dependencia física, ya que las manifestaciones que se presentan cuando se suspende su administración, generalmente son fatiga y depresión, no tienen ni la intensidad, ni la importancia médica de las que se observan durante el estado de carencia de depresores.

El efecto predominante de los depresores del Sistema Nervioso Central, es la disminución de las funciones físicas mentales, a diferencia de

los estimulantes, los depresores pueden producir disminución de la actividad motora y pérdida de la consciencia; por lo tanto ejercen un cierto control sobre la autoadministración.

Dependencia

Existen clasificados dos tipos de dependencia; la primera es la dependencia física, que se refiere al estado de adaptación biológica que se manifiesta por trastornos fisiológicos más o menos intensos cuando se suspende bruscamente la droga (19). Es decir, la dependencia física se refiere a un estado en que es necesario que la sustancia esté continuamente en el organismo, para que no aparezca el síndrome de abstinencia, que generalmente se acompaña del fenómeno de tolerancia.

El segundo tipo de dependencia es la psíquica o psicológica (habituación), que se define como el anhelo impulsivo que requiere la administración periódica o crónica de un fármaco, en busca del efecto placentero o alivio del malestar psíquico. No se producen trastornos fisiológicos al suspender bruscamente la droga.

Farmacodependencia

Es el estado psíquico y a veces físico causado por la interacción

(19) C.I.J., Serie de Información Técnica, (traducción de O.M.S.), México, 1981.

entre un organismo vivo y un fármaco, caracterizado por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible por tomar el fármaco en forma continua y periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por la privación (20).

Fármaco o Droga

Es todo agente químico (que no sea agua, oxígeno o alimentos), que al ser introducido al organismo, modifica o altera una o más de sus funciones normales, al producir cambios físico-químicos, que en algunos casos pueden tener efectos psicológicos. El término "droga" tiene también una connotación legal en México, siendo todas las sustancias que nuestra legislación señala bajo los términos "Estupescientes y Psicotrópicos" (21).

Grados de Farmacodependencia

Los grados de la farmacodependencia se han clasificado de la siguiente manera:

a) Grado inicial o experimental. Este grupo caracteriza a los sujetos que recurren a la droga por simple curiosidad; generalmente

(20) Ibidem.

(21) Dr. Hernández, Ignacio, Terminología sobre Farmacodependencia, Curso de Capacitación 1.3.1 (mecanograma), México, 1983.

el individuo que toma la droga en este nivel, sólo las conoce de oídas y por eso las prueba cuando llega el caso, teniendo como motivo principal para tal consumo inicial, la curiosidad o la presión de compañeros de escuela o de amigos. Casi siempre al quedar la curiosidad saciada, la mayoría de los consumidores de drogas ilícitas a este nivel, no vuelven a consumirlas.

b) Grado social u ocasional. Los usuarios sociales, son los que sólo consumen droga cuando están en grupo y tienen fácil acceso a la misma. Los individuos clasificados en este nivel, consumen la droga por motivos más bien sociales. Gran parte de este tipo de usuarios, no rebasa este nivel.

c) Grado habitual o funcional. Los individuos clasificados en este grado, necesitan de la droga para funcionar en la sociedad. Este nivel de consumo se distingue del disfuncional, por sus causas y por la intensidad de la necesidad.

d) Grado disfuncional. Este grado define a las personas que han dejado de funcionar en la sociedad. Toda su vida gira en torno a las drogas y sólo vive por y para consumir la droga, acompañado de compañeros de su misma condición.

Tolerancia

La tolerancia ocurre cuando después de ser administrada repetidamente

una dosis de un fármaco, produce efectos cada vez menores y hay que administrar dosis cada vez mayores para obtener los efectos que produjo la dosis original (*).

Actividades de Tratamiento

Psicoterapia Breve

La psicoterapia breve es una derivación de las terapias psicoanalíticas. Este modelo de terapia se basa en los mismos fundamentos teóricos del psicoanálisis; tales como el examen de la formación de la estructura psíquica del individuo y su función en la sociedad. Pero la psicoterapia breve posee características propias tales como (22):

a) En esta clase de psicoterapia la primera sesión es muy importante, ya que en ella es necesario establecer el interés del paciente en el tratamiento y obtener la mayor cantidad de información posible sobre la vida y los problemas del mismo.

El relato en la historia del paciente generalmente es más limitado y tiende a centrarse en el problema del momento. Si bien el terapeuta, para contribuir a ubicar dicho problema en un contexto histórico compren-

(22) C.I.J., Curso de Capacitación 1.3.1, Psicoterapia Breve, México, 1983.

(*) El orden alfabético fué alterado a partir de esta definición, debido a que antes de pasar a cualquier psicoterapia deben establecerse los conceptos ya descritos.

sible, buscará información general de los antecedentes, no incitará a la anamnesis en gran detalle, especialmente a lo relativo al desarrollo infantil. Tanto el relato de la historia como el relato mismo, permanecen centrados en su mayor parte en el presente.

b) Se trata de dar al paciente una razón válida que explique la causa de su problema y, así mismo, un método para resolverlo. A veces, el terapeuta puede dar una explicación directa, en tanto que otras puede ser más sutil e indirecto con objeto de crear en el paciente la impresión de que es él mismo el que logra la comprensión de su problema.

c) En cualquier terapia de la conducta el terapeuta es importante, pero en una de corta duración como ésta, su participación es mayor. Su papel es activo, no puede permitirse el lujo de escuchar pasivamente el relato del paciente. Debe orientar el relato a lo importante, debe evitar que divague el paciente y, además, tiene que aconsejarlo, orientarlo y dirigirlo.

d) Se hace necesario, por lo corto del tratamiento, que el terapeuta despierte en el paciente una transferencia positiva, que permita que la motivación del paciente se incremente y evite la deserción al inicio del tratamiento.

e) Se reconoce generalmente que muchos de los beneficios que el paciente obtiene en psicoterapia (especialmente en las formas breves), derivan de la oportunidad de quitarse de encima emociones dolorosas

(principalmente sobre situaciones que evocan resentimiento, culpa o vergüenza), es un medio de aceptación benevolente. De ahí que en esta terapia se fomente continuamente la catársis. Esta característica la comparte con todas las terapias basadas en el psicoanálisis.

f) Se establece un contrato terapéutico que contiene objetivos explícitos acerca de lo que se espera obtener con el tratamiento, este contrato es elaborado por el terapeuta y el paciente, con el objeto de mantener el interés de éste en la terapia y de que no se pierda el tiempo en aspectos de poca importancia ya que el tratamiento es corto.

Cabe aclarar que resultaría ilusorio de nuestra parte, que en un tiempo corto (3 meses propone el C.I.J.), el paciente pueda superar una serie de alteraciones que ha adquirido a través de su vida. Lo que más bien se pretende, es tratar de ubicar al individuo en la sociedad, para lograr así, una vida más armónica; esto se logra evaluando el nivel de las instancias psíquicas del individuo; en el caso del farmacodependiente, generalmente se encuentra un "yo" débil; desde luego que cuando el individuo se encuentra bajo los efectos de cualquier fármaco, esta evaluación, debido a la psicosis de origen endógeno que en este estado se presenta, no se puede realizar tal.

Además, en los Centros de Integración Juvenil, para el tratamiento de sus pacientes se han creado planes terapéuticos dirigidos a la familia, enfocando el abordaje de la misma hacia dos aspectos: la orientación

terapéutica y la psicoterapia familiar (23).

Ambas estrategias buscan, con la ayuda de un profesional especializado, apoyar psicológicamente a la familia para que logre resolver aquellos aspectos que perturban su evolución normal, y que pueda prestar ayuda tanto a la persona que usa drogas, como a su grupo de pertenencia.

La orientación terapéutica se realiza a través del proyecto de "Orientación a Familiares de Farmacodependientes", servicio que ofrece la institución a la comunidad, dirigido, como lo indica su denominación, a los familiares del farmacodependiente, independientemente de que este acuda o no al centro. El objeto del servicio es poder darle a los parientes del enfermo un espacio en el que, en forma conjunta con integrantes de otras familias, expresen sus sentimientos y dudas, intercambien opiniones y reciban orientación referente a la problemática que los angustia.

Los grupos de orientación a los familiares de farmacodependientes se reúnen semanalmente con un terapeuta capacitado para ayudarlos en el manejo de sus relaciones con el farmacodependiente.

El proyecto de Psicoterapia Breve Familiar, también localiza su acción en la familia del farmacodependiente, pero en relación a la proble-

(23) Revista, Farmacodependencia, Centro de Integración Juvenil. Año 1 - Número 4 - México, Octubre de 1982.

mática que el grupo presenta en los niveles más íntimos y profundos. Intenta de este modo ayudar al grupo en su interacción natural para, de esta manera, resolver aquellas situaciones que perturban su funcionamiento y creatividad. La realización de la Psicoterapia Breve Familiar requiere de un compromiso entre el terapeuta y la familia del paciente. Este compromiso consiste en asistir y participar en las citas concertadas conjuntamente una o dos veces por semana.

Existen una serie de factores interpersonales, familiares, del desarrollo, psicodinámicos, así como ambientales que determinan en uso de drogas.

En la literatura psicoanalítica, la conducta de los adictos a narcóticos fué descrita en términos de una fijación libidinal, con regresión a los niveles pregenital, oral o incluso niveles más arcaicos del desarrollo psicosexual. En particular, se subrayó la importancia del estado oral. La necesidad de explicar la relación entre abuso de drogas, defensa, control de impulsos, alteraciones afectivas y mecanismos adaptativos dió lugar a un cambio reciente en las formulaciones dinámicas, subrayando la psicología del Yo.

A menudo se ha considerado asociada una patología grave del Yo con el abuso de drogas y se ha considerado indicativa de alteraciones profundas del desarrollo.

Los problemas de la relación entre el Yo y los afectos aparecen

como un área clave de dificultades; estos problemas incluyen las experiencias afectivas, el control, la intensidad y la ambivalencia.

Existen signos de aviso posibles, pero no definitivos, entre los niños que caen posteriormente en la dependencia de las drogas. Estos signos de alto riesgo incluyen problemas sanitarios iniciales, problemas conductuales en la familia y la escuela, leves trastornos de conducta y falta de confianza en sí mismo, los niños de alto riesgo también reflejan una filosofía de la vida centrada en sí mismos, unida a concepciones antiautoritarias.

Parece que los propios padres han estado involucrados ellos mismos de forma profunda en el uso de drogas o fármacos prescritos o no prescritos, o alcohol.

En gran medida el síntoma de ingestión de drogas del niño es una derivación o reflejo de la actitud de toda la familia, de carácter inconsciente, centrada en sí misma y con frecuencia profundamente deshonesto.

Podemos concluir que atender terapéuticamente a la familia, comprendiendo las causas que motivan su sufrimiento, es ayudarla a que pueda resolverlas de acuerdo a su propio estilo y capacidad; y es también tratar al farmacodependiente desde y con su grupo de pertenencia, ya sea a través de la orientación o de la psicoterapia, propiamente dicha, sin olvidar de este modo, la importancia que la familia tiene, para cada uno de sus miembros.

ANNEX

ANEXO 1

INSTITUCIONES PARTICIPANTES EN EL SISTEMA DE REGISTRO DE INFORMACIÓN EN FARMACODEPENDENCIA

NOMBRE

SECRETARÍA DE GOBERNACIÓN

Consejo Tutelar para Menores infractores
Dirección General de Servicios Coordinados de Prevención y Readaptación Social
Dirección de Ejecución de Sentencias
Unidad de Tratamiento para Varones

PROCURADURÍA GENERAL DE JUSTICIA DEL DISTRITO FEDERAL

Agencia Investigadora No.-1
Agencia Investigadora No.-2
Agencia Investigadora No.-3
Agencia Investigadora No.-8
Agencia Investigadora No.-9
Agencia Investigadora No.-10
Agencia Investigadora No.-11
Agencia Investigadora No.-12
Agencia Investigadora No.-13
Agencia Investigadora No.-16
Agencia Investigadora No.-18
Agencia Investigadora No.-20
Agencia Investigadora No.-32
Agencia Investigadora No.-39

SECRETARÍA DE SALUD

Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez
Hospital Psiquiátrico Juan N. Navarro

SECTOR SALUD

Dirección General de Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal

Hospital General de Urgencias Balbuena
Hospital General de Urgencias La Villa
Hospital General de Urgencias Ruben Lofero
Hospital General de Urgencias Xoco
Lacotel

Agencia Investigadora No.-1
Agencia Investigadora No.-3
Agencia Investigadora No.-5
Agencia Investigadora No.-7

Centros de Integración Juvenil

Delegación Política de Tlalpan

Universidad Nacional Autónoma de México

Centro Comunitario Pediera

Hospital Central de Traumatología y Urgencias de la Cruz Roja Mexicana

FUENTE: Centro de Información y Documentación en Farmacodependencia
Instituto Mexicano de Psiquiatría, Noviembre 1987.

ANEXO 2

**USUARIOS DE DROGAS (CASOS) REGISTRADOS CON RESPECTO
AL TOTAL DE INGRESOS POR INSTITUCIÓN
(Durante el mes de noviembre de 1987)**

INSTITUCIONES	TOTAL DE INGRESOS REGISTRADOS N=4389	USUARIOS DE DRO- GAS (CASOS) REGISTRADOS	
		N=411	%
CONSEJO TUTELAR PARA MENORES INFRACTORES	414	71	17.1
DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS COORDINADOS DE PREVENCIÓN Y READAPTACIÓN SOCIAL			
Dirección de Ejecución de Sentencias	70	10	14.2
Unidad de Tratamiento para Varones	35	30	85.1
PROCURADURÍA GENERAL DE JUSTICIA DEL DISTRITO FEDERAL	721	43	5.9
HOSPITAL PSIQUIATRICO FRAY BERNARDINO ALVAREZ	309	14	3.5
HOSPITAL PSIQUIATRICO JUAN N. NAVARRO	120	2	1.0
HOSPITAL GRAL. DE URG. BALBUENA			
HOSPITAL GRAL. DE URG. LA VILLA			
HOSPITAL GRAL. DE URG. RUBEN LEÓN			
HOSPITAL GRAL. DE URG. XOCO LOCATEL	472	91	19.1
CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL	133	133	100.0
CENTRO COMUNITARIO PADIERNA	8	8	100.0
HOSPITAL CENTRAL DE TRAUMATOLOGIA Y URGENCIAS DE LA CRUZ ROJA MEXICANA	1996	9	0.4

FUENTE : Centro de Información y Documentación en Farmacodependencia Instituto Mexicano de
Psiquiatría, Noviembre 1987.

ANEXO 3

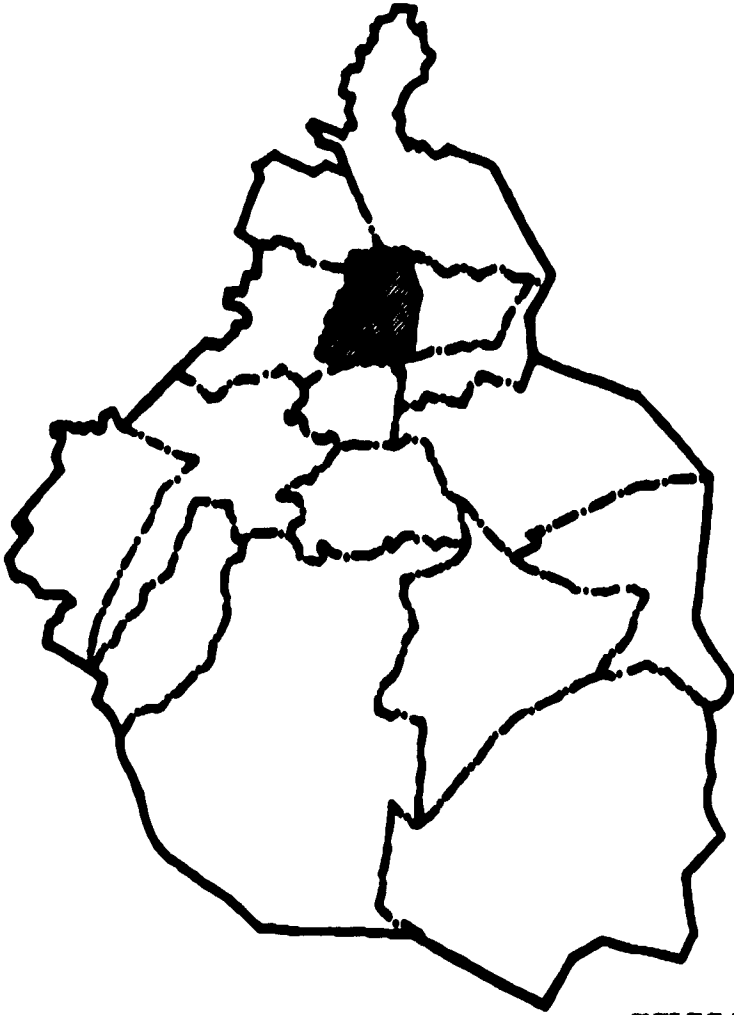
DISTRIBUCION DEL TOTAL DE USUARIOS DE DROGAS
REGISTRADOS POR INSTITUCION

INSTITUCIONES	N	%
Consejo Tutelar para Menores Infractores	71	17.3
Dirección de Ejecución de Sentencias	10	2.4
Unidad de Tratamiento para Varones	30	7.3
Agencia Investigadora No. 1	2	0.5
Agencia Investigadora No. 2	2	0.5
Agencia Investigadora No.3	3	0.7
Agencia Investigadora No. 5	1	0.2
Agencia Investigadora No. 8	1	0.2
Agencia Investigadora No. 9	2	0.5
Agencia Investigadora No. 10	2	0.5
Agencia Investigadora No. 11	2	0.5
Agencia Investigadora No. 12	1	0.2
Agencia Investigadora No. 13	1	0.2
Agencia Investigadora No. 14	1	0.2
Agencia Investigadora No. 16	2	0.5
Agencia Investigadora No. 18	2	0.5
Agencia Investigadora No. 20	3	0.7
Agencia Investigadora No. 32	2	0.5
Agencia Investigadora No. 39	6	1.5
Hosp. Psiq. Fray Bernardino Alvarez	14	3.4
Hosp. Psiq. Juan N. Navarro	2	0.5
Hosp. Gral. de Urgencias Balbuena	6	1.5
Hosp. Gral. de Urgencias La Villa	29	7.1
Hosp. Gral. de Urgencias Ruben Leñero	39	9.5
Hosp. Gral. de Urgencias Xoco	7	1.7
Leónel	10	2.4
Centros de Integración Juvenil Aragón	6	1.5
Centros de Integración Juvenil Cuahutlánc	10	2.4
Centros de Integración Juvenil Hidalgo	8	1.9
Centros de Integración Juvenil Nizamalpan	5	1.2
Centros de Integración Juvenil Nezahualcóyotl	21	5.1
Centros de Integración Juvenil Norte	16	3.9
Centro comunitario Padirna	8	1.9
Centros de Integración Juvenil A. Obregón	3	0.7
Centros de Integración Juvenil B. Juárez	7	1.7
Centros de Integración Juvenil Coyacacán	22	5.4
Centros de Integración Juvenil G. A. Madero	20	4.9
Centros de Integración Juvenil Ixtacalco	2	0.5
Centros de Integración Juvenil Tlalpan	1	0.2
Centros de Integración Juvenil V. Carranza	12	2.9
Hosp. Gral. de Traumatología y Urgencias de la Cruz Roja Mexicana	9	2.2
TOTAL	411	100.0

FUENTE : Centro de Información y Documentación en Farmacodependencia.
Instituto Mexicano de Psiquiatría, Noviembre 1978.

ANEXO 4

LOCALIZACION GEOGRAFICA



**DELEGACION
CUAUHTEMOC
D. F.**

ANEXO 5
USO DEL SUELO

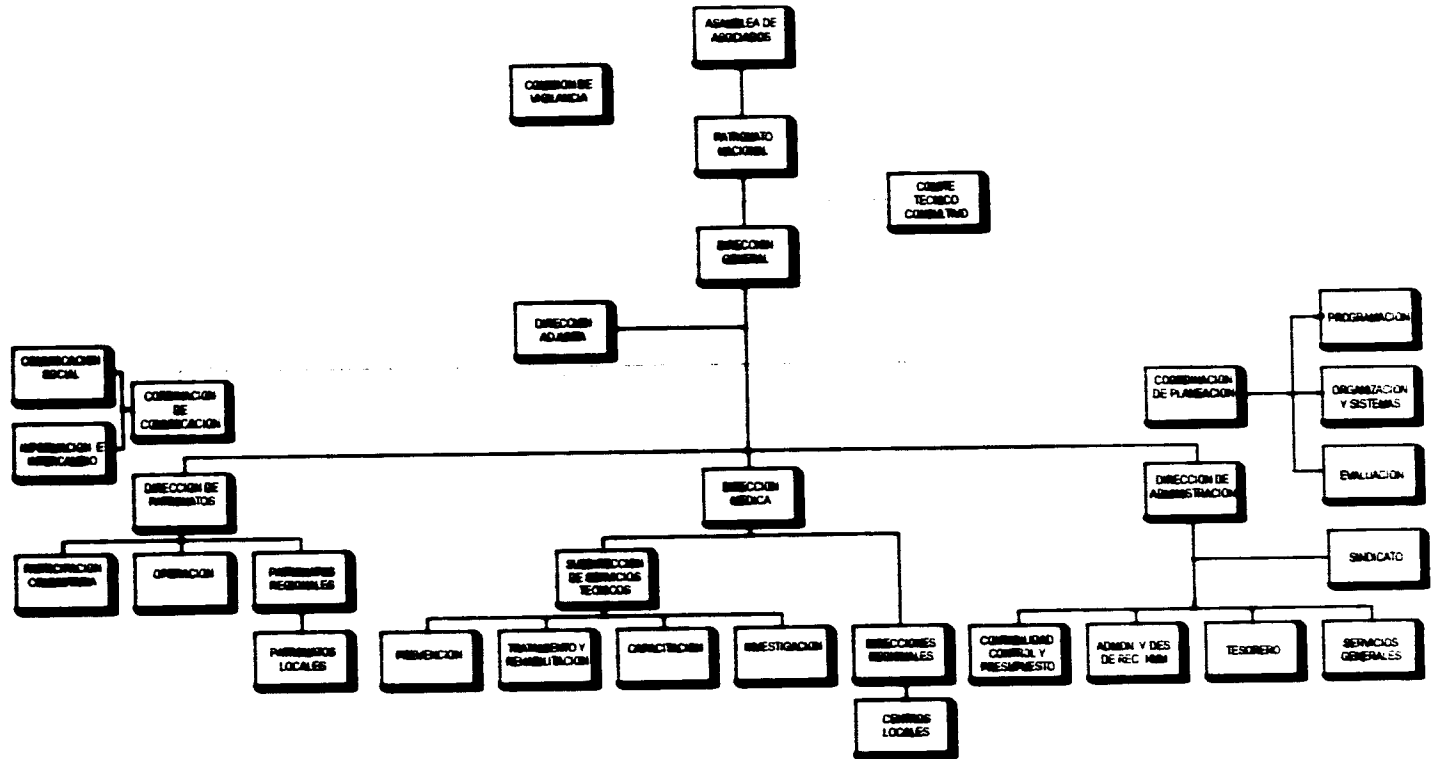


- HABITACIONAL.
- RECREATIVOS
- COMERCIALES Y DE SERVICIOS
- INDUSTRIALES Y DE OFICINAS
- DE ALOJAMIENTO Y TURISMO

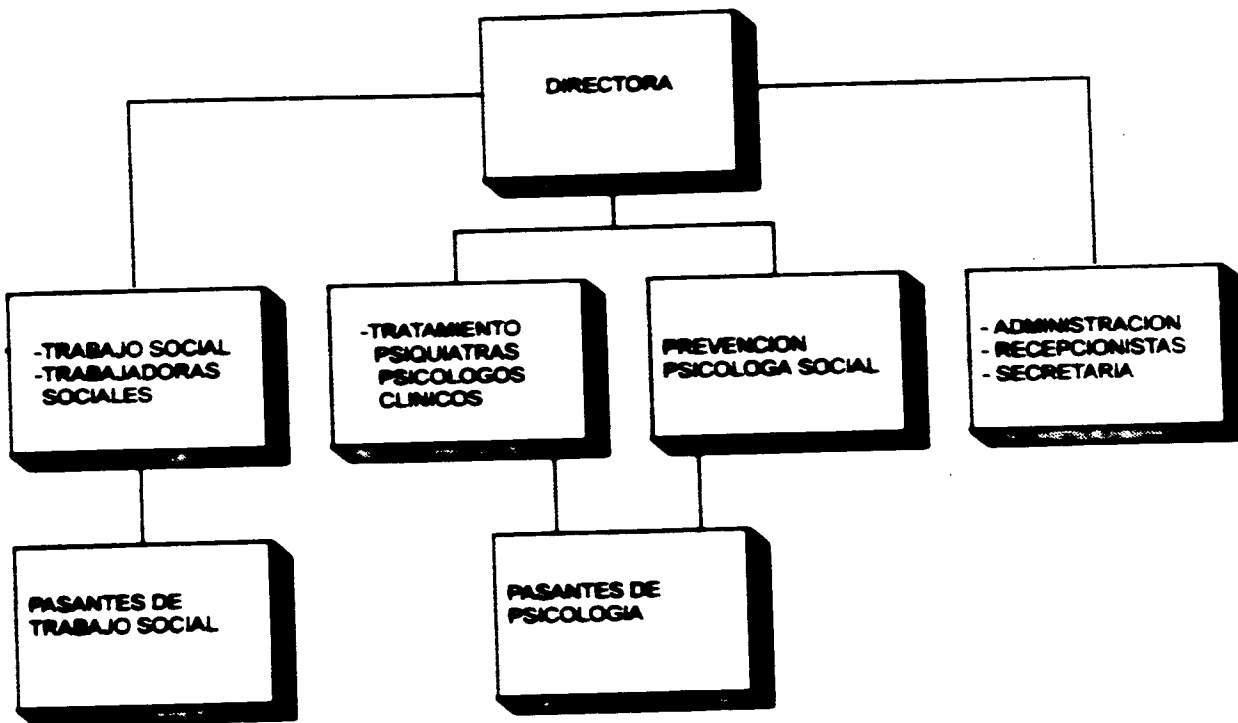
DELEGACION
CUAUHTEMOC
D. F.

ANEXO 6

ORGANIGRAMA GENERAL DE LOS CENTROS DE INTEGRACION JUVENIL



ORGANIGRAMA DEL C.I.J. TLATELOLCO

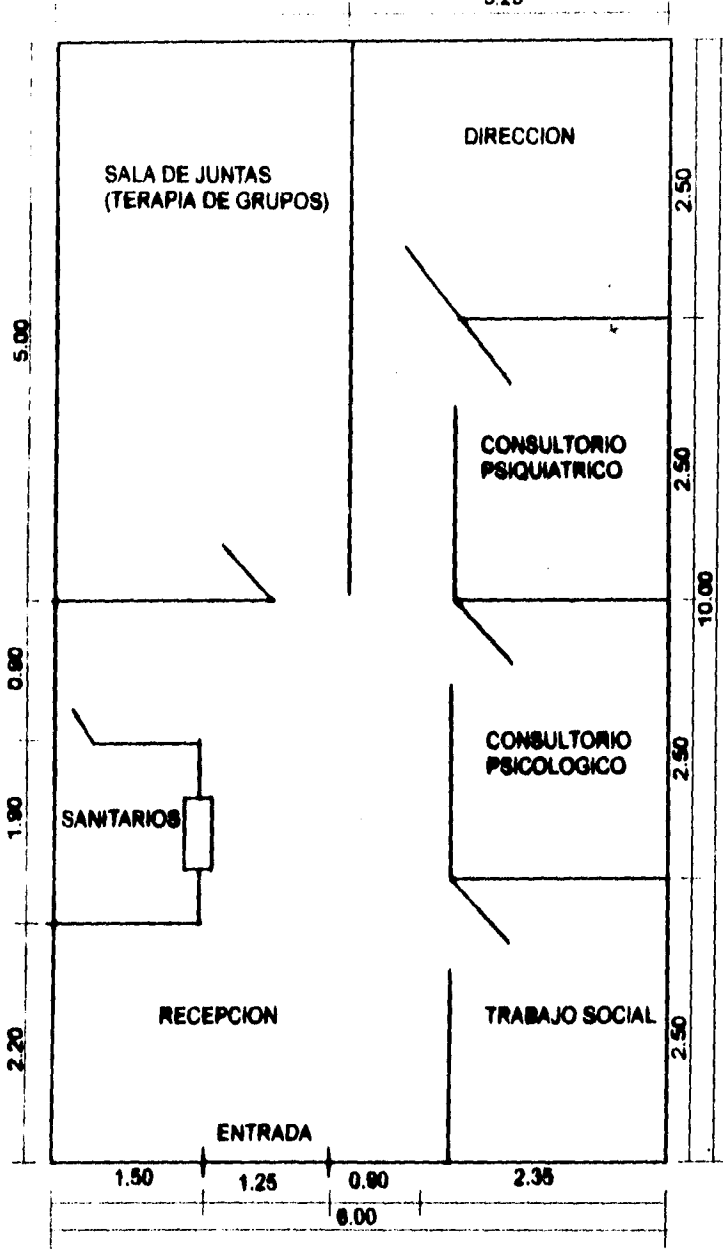


ANEXO B

CROQUIS DEL C. I.J. TLATELOLCO

2.75

3.25



ANEXO 9

TIPO	TEMA	Nº DE PLÁTICAS	AUDITORIO	Nº AMBIENTES
Información	Farmacodependencia	12	Estudiantes	85
Prevención de problemas conductuales	Farmacodependencia	9	Alumnos	360
		11	Padres	560
		4	Maestros	90
Orientación	Familia	4	Padres	140
	Adolescencia	4	Padres	140
	Adolescencia	2	Personal Médico	18
	Desarrollo del niño	2	Personal Médico	23

ANEXO 10**PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES TRATADOS**

EDAD	SEXO	ESCOLARIDAD ECONÓMICO	NIVEL SOCIO DEL PROBLEMA	TIEMPO DE EXISTENCIA
8 años	M	Ninguna	Clase Baja	2 Meses
9 Años	M	Ninguna	Clase Baja	18 Meses
32 Años	M	Secundaria, y una carrera corta en Radio Electrónica	Clase medio	7 Años

ANEXO 11

DRUGAS O FARMACOS CAPACES DE PROVOCAR DEPENDENCIA

Estimulantes:	Amfetaminas, Cocaína, Alucinógenos:	Marijuana LSD Mescalina Psilocibina
Depresores:	Alcohol, Barbitúricos, Tranquilizantes, Morfina, Heroína y Codeína, Inhalables.	

BIBLIOGRAFIA

- C. Cameron, Dale, La Verdad sobre las Drogas (mecanograma) Salud Mental, México, 1971.
- Castelnaovo- Tedesco, Prieto, Psicoterapia Breve, Depto. de Enseñanza de los C.I.J., Sesión Bibliográfica del mes de Julio 1987.
- CEMEF., Fármacos de Abuso, Prevención, Información y Manejo de Intoxicaciones, México, 1976.
- CEMESAM., Metodología de la Identificación de las Drogas de Abuso. Cuadernos Científicos No. 8, México-Agosto de 1987.
- C.I.J., Sesión Bibliográfica del mes de Octubre, Departamento de Enseñanza, México, 1991.
- C.I.J., Cuadernillo de Información y Documentación en Farmacodependencia. Instituto Mexicano de Psiquiatría, Noviembre de 1987.
- C.I.J., Departamento de Enseñanza. Sesión Bibliográfica, Prevención (mecanograma traducido de la O.M.S.), Serie de Información Técnica. No. 551, México, Oct. de 1987.

C.I.J., Organo Informativo. Revista Farmacodependencia, año I,
número 3, Junio de 1986.

D.D.F., Monografía de la Delegación Cuauhtémoc. Sumario, México 1982.

ENEP Zaragoza, Alcoholismo Genético (mecanograma), México, 1982.

ENEP Zaragoza, Coordinación de la Carrera de Psicología. Programa de
Servicio Social, México, 1983.

Kolb, L., Drug Addiction: A Medical Problem, Springfield, III: Charles
C. Thomas, 1979.

López Dávila, Juan, Alcoholismo Progresivo (mecanograma), México, 1982.

Llanes Jorge, Crisis Social y Drogas, Ed. Concepto, S.A., México, 1982.

Llanes Jorge, Prevención de la Farmacodependencia, Ed. Concepto, S.A.,
México, 1982.

Martínez Malo, Jesús, Anteproyecto de Trabajo del Centro de Integración
Juvenil Tlatelolco, México 1986.

M. M. Glatt, Problemas Comunes al Alcoholismo y la Dependencia de las
Drogas (mecanograma), México 1981.

Wolberg, Lewis, Término de la Terapia Breve, México, 1981.