



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

FARMACODEPENDENCIA

**"UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA Y SALUD MENTAL:
LA FUNCIÓN DEL PSICÓLOGO EN EL TRABAJO PREVENTIVO
DE ADICCIONES EN EL CONSEJO MUNICIPAL DE LUCHA
CONTRA LAS DROGAS Y LA DELINCUENCIA DEL
H. AYUNTAMIENTO DE TLALNEPANTLA."**

REPORTE DE TRABAJO PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

CÉSAR RAYMUNDO PLAZA MARTÍNEZ

**DIRECTOR: MTRO. ENRIQUE BERNABE CORTES VAZQUEZ
ASESORA: MTRA. E. M. MARICELA RAMÍREZ GUERRERO
ASESORA: MTRA. BENITA CEDILLO ILDEFONSO**



IZTACALA

TLALNEPANTLA, ESTADO DE MÉXICO

2004.



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.

DEDICATORIAS

Este trabajo te lo dedico a ti Papá,
agradeciéndote siempre tu apoyo
tanto económico como moral, así
como tu tolerancia para poder llegar
a ser una persona responsable y
madura, pero sobretodo, valoro tu
cariño, tu comprensión y tu amor
que me proporcionaste incondicional
todo el tiempo como mi amigo y como
mi padre.

Gracias por todos los momentos buenos
que compartimos.

Gracias por todo.

Gracias por ser mi PAPÁ.

Gracias por haber estado, de verdad..... Gracias.

Te quiero y te extraño PAPÁ.

Descansa en paz.

MAMÁ:

A ti también te dedico este trabajo,
gracias por tu apoyo, tu paciencia, tu tolerancia
y espera, gracias por todo tu amor y comprensión,
espero con esto darte un momento de alegría.

Gracias por estar.

Te quiero mucho.

A LUIS, ISABEL, TETE, ALBERTO,
EDY, ALE, BETO, LALO, AMAURY,
IRAM, JESSY, DIANA:

Les dedico este trabajo y
gracias por que siempre han estado
conmigo apoyándome y respaldando
en todo momento y porque se las debía.

PARA YAZMÍN

Yaz, este trabajo es para ti porque eres
una motivación especial en mi vida.
Gracias por estar y acompañarme en
este camino, pero más gracias por
"La flor que llego que es toda miel"
Te quiero, Te adoro, Te extraño,
T d, T n, N L O. Bebé.
TE AMO

PARA PAM Y SO:

Para ustedes este trabajo,
porque llegaron a complementar
mi vida y son parte esencial de ella,
su presencia me impulsa a crecer
como ser humano y lograr ser un buen ejemplo
como padre y como amigo para a ustedes,
como lo fue mi papá para mí.
Las quiero mucho hijas.

AGRADECIMIENTOS

ALFONSO Y ANGÉLICA:

Gracias por su amistad y cariño
que me han dado en todo momento,
son parte importante en mi vida
y su apoyo fue valioso para
terminar este trabajo.

LUZMA:

A ti te agradezco infinitamente
todo el apoyo que me haz dado,
aprendí mucho a tu lado en lo
laboral y en lo profesional, pero
la mayor enseñanza la tuve
cuando me brindaste tu amistad
y me diste tu mano para salir
adelante cuando más lo necesitaba,
aprendí entre otras cosas a valorarme,
a pedir perdón y a perdonar y a
responsabilizarme de lo que hago.
Por esto y más muchas gracias.

A EUTIMIO, LUPITA, SILVIA,
GABY, MIGUEL Y MAYRA:

A cada uno de ustedes les agradezco
su participación ya que formaron parte
de este trabajo, y gracias por su
amistad.

INDICE

RESUMEN.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
CAPITULO 1 "LA HISTORIA DE LAS DROGAS".....	8
1.1 EN EL MÉXICO PREHISPÁNICO.....	9
1.2 EN EL MÉXICO COLONIAL.....	11
1.3 EN LA NUEVA ESPAÑA.....	13
1.4 LAS DROGAS EXÓTICAS.....	17
1.5 LOS PSICOTRÓPICOS SAGRADOS.....	29
CAPITULO 2 "FARMACODEPENDENCIA".....	38
2.1 DEFINICIONES.....	39
2.2 CLASIFICACIÓN DE DROGAS.....	40
2.3 CLASIFICACIÓN DE USUARIOS.....	53
2.4 FACTORES DE RIESGO.....	56
2.5 PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA.....	66
2.6 PROBLEMA DE SALUD MENTAL.....	72
CAPITULO 3 "HISTORIA DEL CONSEJO MUNICIPAL DE LUCHA CONTRA LAS DROGAS Y LA DELINCUENCIA DE TLALNEPANTLA DE BAZ".....	82
3.1 ANTECEDENTES DE LA INSTITUCIÓN.....	82
3.2 ESTRUCTURA ACTUAL.....	92
3.3 ACTIVIDADES QUE REALIZA EL PSICÓLOGO DENTRO DEL C.M.L.C.D y D. DE TLALNEPANTLA DE BAZ.....	96
CAPITULO 4 "EXPOSICIÓN DEL TRABAJO REALIZADO COMO PSICÓLOGO EN EL C.M.L.C.D y D. DE TLALNEPANTLA DE BAZ".....	100
4.1 ANÁLISIS DEL TRABAJO REALIZADO COMO PSICÓLOGO DENTRO DEL C.M.L.C.D y D. DE TLALNEPANTLA DE BAZ.....	138
CONCLUSIONES.....	145
BIBLIOGRAFÍA.....	152
ANEXOS.....	157

RESUMEN

México, ha dejado de ser un trampolín para que la droga proveniente de Sudamérica y Europa entre a los Estados Unidos, pasando a ser un país netamente consumidor de drogas ilegales sobretodo, como es sabido en la década de los 70's se consumía marihuana, en los 90's tuvo su auge la cocaína y actualmente las drogas de diseño y la heroína acaparan el mercado subterráneo del narcomenudeo en la población adolescente, consumiéndose preferentemente en las fiestas conocidas como raves. Esto ha desencadenado un esfuerzo mayor por parte de instituciones gubernamentales y de asociaciones civiles para poder combatir y disminuir el consumo de drogas, en el presente trabajo se tiene como objetivo principal realizar un análisis cuantitativo y cualitativo del trabajo desempeñado como psicólogo dentro del Consejo Municipal de Lucha Contra las Drogas y la Delincuencia de Tlalnepantla, teniendo a mi cargo el Área Preventiva de la Zona Oriente. El trabajo se realizó bajo el marco teórico cognitivo conductual incidiendo en las acciones preventivas del programa, dentro del análisis se observará que se cumplieron los objetivos que marca el programa, cubriéndolos de manera clara y precisa como responsable del área. Por otra parte se propone una mejora en la calidad del servicio y de la formación como psicólogo, además de una nueva estrategia para contrarrestar el flagelo social de la Farmacodependencia y la Delincuencia.

INTRODUCCIÓN

La Farmacodependencia es un problema que afecta a toda la sociedad, por ello, su solución no se puede seguir buscando en la acción de pequeños grupos de especialistas. Para combatir a la Farmacodependencia se requiere de la participación activa de aquellas personas que diariamente entran en contacto directo con este problema: los padres de familia, los maestros, los médicos, las enfermeras, los sacerdotes, los policías, los abogados y los niveles de gobierno tanto federal, estatal como municipal.

La Farmacodependencia constituye un fenómeno sumamente complejo, donde intervienen muchos factores sociales, psicológicos e individuales. De hecho, siempre debemos tener en mente que cualquier caso de Farmacodependencia está determinado por tres factores: el agente (la droga y sus efectos), el huésped (el individuo con sus características físicas y psicológicas) y el ambiente (las condiciones sociales que marcan su entorno).

Además, la Farmacodependencia es un problema de que no respeta edades ni clases sociales, lo mismo afecta a jóvenes que a adultos, a pobres que a ricos. Por su puesto que cada grupo de edad y cada clase social tiende a consumir cierto tipo específico de drogas, aparte de que las situaciones de abuso y los efectos son diferentes en cada ámbito. Sin duda, es en los jóvenes donde la Farmacodependencia adquiere su nivel más crítico y tenemos que estar preparados para encontrarla en cualquier tipo de personas; no hay que olvidar que es también considerada un problema de salud pública y de salud mental así como de seguridad nacional por su magnitud y alcance en la sociedad.

Por otra parte el número de fármacos de abuso es muy grande y cada vez tiende a aumentar más de manera considerable. Entre ellos se cuentan tanto compuestos naturales como sustancias sintéticas. Algunas drogas son productos ilícitos; otros medicamentos que pueden adquirirse en cualquier farmacia. Sin embargo, muchos casos de Farmacodependencia se inician a raíz de la prescripción de un medicamento por parte de un galeno.

Las motivaciones para consumir drogas también varían ampliamente, entre los jóvenes, la Farmacodependencia puede ser un vehículo para experimentar sensaciones nuevas, una manera de pertenecer a un grupo, de manifestar rebeldía, de estimularse para poder preparar los exámenes o simplemente para combatir el ocio. Otras personas usan drogas para no sentir hambre y poder reducir de peso. Algunas más emplean medicamentos para disminuir la angustia, muchos seres humanos necesitan consumir drogas para dormir, para despertar, para trabajar, para descansar, en fin, para hacer frente a las exigencias que día a día se viven de manera cotidiana en la vida de cada uno.

Se debe considerar de igual manera, a las situaciones sociales que propician la Farmacodependencia, en primer lugar, se encuentran la incomprensión, la desconfianza y la falta de oportunidades entre los jóvenes, en segundo tenemos a las grandes tensiones que produce la vida moderna, en tercer lugar, está la penetrante propaganda de las compañías cerveceras, vitivinícolas y farmacéuticas, que presentan sus productos como la alternativa de solución a sus problemas existenciales, con el fin de que se vendan de forma masiva sin olvidar el afán de lucro de los narcotraficantes.

Vemos pues, que la Farmacodependencia es un fenómeno muy complejo, para combatirlo es indispensable conocerlo. Un primer nivel de conocimiento consiste en saber cual es la historia de las drogas, cómo son y cuál es la forma de detectar a un farmacodependiente, aclarando que la identificación definitiva de un fármaco de abuso sólo puede ser realizada en un laboratorio químico, además el diagnostico autorizado de que una persona se encuentra bajo el influjo de una droga sólo puede ser emitido por un médico. Pero nosotros podemos contribuir decisivamente a dar el primer paso para reconocer a un farmacodependiente. Una vez hecho el reconocimiento, debemos saber qué hacer con esa persona, qué tipo de medidas de primeros auxilios realizar si se encuentra intoxicada, hacia dónde llevarla para que sea atendida, como enfrentar el problema y cómo prevenir la Farmacodependencia, etc. No debemos olvidar que el Farmacodependiente no es un delincuente, sino una persona que en ocasiones se encuentra enferma y que la mayoría de los casos sólo necesita experimentar los efectos de una droga, pertenecer a un grupo o hacer frente a los conflictos de la adolescencia, por ello nuestras acciones deben encaminarse a ayudarlo, nunca castigarlo.

Considerando lo anterior y a sabiendas del impacto que ha tenido el consumo de drogas en nuestro país, se decidió instalar por parte del Gobierno Federal en 1992 el Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC), el cual atiende de manera frontal el combate a las drogas en sus niveles preventivos primario, secundario y terciario en los usuarios de drogas.

A partir de 1993 en el Estado de México, se crea el "Consejo Estatal para el Control de Drogas", planteando lo siguiente: por cuestiones de tamaño, dinámica y distribución geográfica que experimenta el Estado, se hace necesaria la coordinación entre las dependencias y entidades administrativas públicas, federales, estatales y municipales para crear los Consejos Municipales de Lucha Contra las Drogas y la Delincuencia, que deberán conformarse por las autoridades e instituciones que tengan injerencia o estar directamente relacionadas con la problemática del consumo de sustancias.

Dentro del Municipio de Tlalnepantla de Baz se creó el "Consejo Municipal de Lucha Contra las Drogas y la Delincuencia" siendo un programa que combate ambas problemáticas mediante acciones de carácter preventivo y de tratamiento, bajo la perspectiva psicológica y donde la labor del psicólogo es primordial. Y es preciso señalar que la parte importante del programa se enfoca en el trabajo preventivo del uso de drogas, por lo que este reporte se basa principalmente en este rubro.

Reiterando la necesidad que tiene la población para hacer frente a este flagelo social es necesario que se aprovechen de manera óptima y eficaz los recursos que las instituciones públicas ofrecen para su prevención, orientación, canalización, tratamiento y rehabilitación de la Farmacodependencia, por lo que el presente trabajo tiene por objetivo:

Analizar la función que realiza el psicólogo dentro de la institución en el nivel preventivo y posteriormente ofrecer una propuesta de trabajo diferente para beneficio de la comunidad en cuanto a información, prevención y canalización oportuna de farmacodependientes a instituciones adecuadas para su tratamiento.

Para realizar dicho análisis, es necesario especificar desde que marco teórico se fundamenta el trabajo realizado como psicólogo en la institución, por

que en la Psicología existen varios enfoques, los cuales tienen su propio objeto de estudio y formas de explicación de los fenómenos psicológicos, y el caso de las adicciones no puede ser la excepción, cada corriente lo define de manera diferente y por lo tanto las causas y tratamiento que brindan son a su vez distintas. Sin embargo existen 2 modelos que pueden ser los más representativos: el modelo médico-sanitario y el modelo conductual (Smith, R; Sarasson, I; Sarasson B, 1984).

Cabe destacar que la mayoría de las investigaciones en relación a la adicción a las drogas se han realizado enfocadas al alcoholismo y que mucho de lo encontrado en ellas es aplicado también a otros tipos de drogas.

En 1960 Jellinek (en Tapia, 2001), desarrollo un concepto amplio sobre el alcoholismo como enfermedad, ante de esto se pensaba que el alcoholismo se trataba como una debilidad moral, Jellinek y otros autores afirman que se trata de una enfermedad de tipo adictivo cuyas causas se encuentran en la fisiología del organismo. El alcohólico sería pues un poco diferente (en su nivel biológico) de aquellos que pueden controlar la ingestión de bebidas embriagantes. Se han propuesto varias teorías de tipo fisiológico y biológico para explicar tales diferencias, pero hasta la fecha ninguna cuenta con un respaldo sólido de la investigación. A pesar de ello, los defensores del modelo médico están convencidos de que algún día se descubrirán los fundamentos biológicos de su teoría, igualmente convencidos de que se trata de una enfermedad permanente e irreversible.

En el modelo médico el síntoma esencial del alcoholismo es la pérdida del control sobre la ingestión de bebidas alcohólicas. Ya que en el individuo, la presencia de alcohol en la sangre desencadenaría un mecanismo fisiológico productor de un irresistible deseo físico de seguir bebiendo. Así pues esta pérdida de control se considera una manifestación involuntaria de un trastorno interno de índole adictiva. Este modelo afirma que ni siquiera el alcohólico "reformado" escapa a esta compulsión; se supone que una persona que desde hace años no toma un trago, recaerá con sólo ingerir un poco de alcohol. Conforme a este punto de vista ningún alcohólico puede "curarse" o rehabilitarse, la adicción está siempre al acecho, lista para lanzarse sobre su víctima en cuanto esta prueba un poco de licor. Las implicaciones del modelo son evidentes: la única manera de llevar una vida normal consiste en abstenerse por completo del alcohol, el alcohólico no podrá ser nunca un "bebedor social".

El modelo conductual tiene una concepción totalmente distinta a la del modelo médico respecto a la naturaleza del alcoholismo y las adicciones en general, así como del tratamiento de las mismas, en esta teoría las adicciones no son el resultado de una enfermedad biológica interna, sino un elemento de una clase de conductas adictivas. Todas las conductas de este tipo son consecuencia de principios similares del aprendizaje y del refuerzo. En vez de buscar un mecanismo interno de la adicción, los partidarios de este modelo buscan determinantes ambientales y cognoscitivos de la conducta adictiva y las consecuencias de la misma, que contribuyen a aumentar o aminorar la frecuencia de presentación de dicha conducta. Tales consecuencias abarcan desde los efectos físicos específicos, hasta las reacciones sociales e interpersonales del adicto.

La discrepancia fundamental entre ambas perspectivas es saber si el adicto puede llegar a rehabilitarse, por ejemplo, en el caso del alcoholismo que el alcohólico pueda ser bebedor social controlado. Esta posibilidad es negada por el modelo médico y asociaciones que lo aceptan como por ejemplo Alcohólicos Anónimos (A. A.), señalan que si un "alcohólico" se convierte en un bebedor controlado es porque nunca fue alcohólico. El modelo conductual sostiene que como la adicción es consecuencia de un aprendizaje inadecuado, estas personas han de aprender a beber con moderación.

Con fundamento en la formación recibida durante la carrera de la Licenciatura en Psicología, en la cual se conocen principios teóricos de cada corriente psicológica, así como el convencimiento en los beneficios que aporta el modelo cognitivo conductual, sus técnicas y programas aplicados a distintas problemáticas psicológicas, influyeron de forma determinante para que la labor realizada como psicólogo dentro del C. M. L. C. D y D., estuviera fundamentada bajo los lineamientos del modelo cognitivo conductual, por lo cual el análisis de este trabajo se realizará en términos del marco teórico mencionado.

CAPITULO 1 HISTORIA DE LAS DROGAS

La curiosidad caracteriza al ser humano, el cual siempre ha explorado el mundo que le rodea e inquirido el porqué de lo que en él sucede. Dentro del inmenso contexto de lo investigable, el hombre se incluyó a sí mismo. Primero lo hizo con su cuerpo, cristianamente separado del alma que lo animaba; después dirigió la mirada hacia ésta, tratando de describir y explicar su propia humanidad, cartesianamente dicotomizada, postura en la que el alma es poseedora de funciones múltiples, privilegia la razón y la conciencia racionalmente dirigidas. Así, el sueño, el ensueño, la alucinación de todos y cada uno de los sentidos, los delirios, el trance, el éxtasis y la posesión quedaron sujetos a esa conciencia avasalladora y fueron relegados a las profundidades de lo que no puede decirse ni oírse, de lo que no es real porque no es racional y no existe, puesto que es imaginario.

Al lado de esta curiosidad que lo llevo a probar vegetales, animales, minerales, sustancias y sus derivados, pronto pudo apreciar que algunas de ellas le provocaban efectos y sensaciones placenteras, las cuales lo impulsaban a buscar la repetición de la experiencia, porque lo acerca a su propia esencia, aun cuando muchas veces crea que una le facilita huir de la otra.

Sin embargo, el ser humano no ha podido escapar de sí mismo; por ello, una y otra vez afloran la poesía y la metáfora, lo irracional y el inconsciente, así como las quimeras de las posibilidades que la razón no le permite manifestar, e incluso la servidumbre sometedora que lo arrastra hacia ellas.

Algunas culturas no sólo han permitido la entrada a estas esferas, sino que la han propiciado, otorgándoles un lugar dentro de las estructuras que las conforman y una función, a veces de trascendental importancia, en la dinámica de su mantenimiento y reproducción. El éxtasis budista que conduce al Nirvana, es la máxima expresión del paso hacia una de esas otras realidades internas que pueden exteriorizarse y convertirse en marcos de referencia para interpretar el mundo; un mundo diferente, por supuesto, del que ofrece la ciencia; tales realidades internas son validadas por la aceptación social que les brinda la cultura de la que se originaron, así lo explica Viesca (Tapia, 2001).

El occidente creyó durante siglos en la existencia de brujas; después creyó en la eficacia de las sustancias con las que se elaboraban los ungüentos que ellas utilizaban. La humanidad entera pensó en la posibilidad de que el vuelo chamánico la condujera a otras instancias del universo; paulatinamente lo fue limitando a algunos individuos superdotados, hasta que se esclareció la necesidad de usar fármacos que facilitaran dicho vuelo.

No obstante, dice Viesca (Tapia, 2001), había personas que seguían usando estas "sustancias divinas" e incluso las controlaban, en tanto que otras caían completamente bajo su dominio y nunca se liberaban de ellas. La voluntad se diluía en el placer provocado por la experiencia, o quedaba sofocada ante la angustia y el tremendo malestar debido a la carencia de la sustancia en cuestión. Así, desde las más tempranas épocas de la humanidad, moduladas por los diferentes usos y funciones que desempeñaban las drogas adictivas, así como los grados permisividad social en las diversas culturas, las adicciones a fármacos han acompañado al hombre en la intimidad de su existencia.

1.1. EN EL MÉXICO PREHISPÁNICO

En México están identificadas las sustancias adictivas y las conductas de adicción desde la época prehispánica. En efecto, todas las culturas asentadas en lo que es ahora el territorio mexicano, tanto las desarrolladas en Mesoamérica como los grupos tribales de las regiones periféricas, tenían un conocimiento exhaustivo del ambiente en el que vivían, incluido un saber preciso acerca de los efectos psicotrópicos de ciertos vegetales y animales.

Quizá la sustancia de uso más extendido en el México Prehispánico fue el pulque, la bebida fermentada por excelencia. Fue proverbial el riesgo que corría el bebedor de pulque de ser poseído por los *centzontochtin*, los "cuatrocientos conejos", Dioses del pulque que personificaban la infinita variedad de efectos que la embriaguez puede provocar en los individuos. Con sentido exquisito de la descripción, los indios informantes de Sahagún señalan que hay quienes se encierran en sí mismos sin molestar a los demás, los que se duermen en cuanto se emborrachan, los que se entristecen y empiezan a lloriquear, los que se consuelan cantando, los que dirigen "sus desvergüenzas con otros" siendo agresivos, los que toman actitudes prepotentes y dicen ser ricos y poderosos, y también los que "sospechan mal de todo y de todos, y buscan solaz en la compañía de otros borrachos iguales a ellos".

Relacionado con la Luna, el pulque fue considerado una bebida divina que sólo podía ser consumida en ocasiones especiales o por individuos que tuvieran

características específicas. Así, el pulque tenía un uso ceremonial, perfectamente reglamentado. Comprendía desde dar de beber el *teoctli* - pulque de los Dioses- a los prisioneros que serían víctimas en el sacrificio gladiatorio en la fiesta de Huitzilopochtli en el día *Ce técpatl* (1- pedernal), hasta la borrachera general en la festividad denominada *pillihiani* que incluía a los niños. En la misma fiesta de *Ce técpatl*, los "hazedores" del pulque participaban en una borrachera en la que todos ellos, especialmente los que ya estaban entrados en años, bebían de una olla que se llenaba conforme se consumía, de modo que nunca quedaba vacía. A su vez, en la fiesta de la Diosa Huixtocihuatl eran los comerciantes quienes bebían (Sahagún, 1980); en cambio durante la fiesta llamada Izcalli, dedicada a Ixcozauhqui - uno de los Dioses Fuego -, la borrachera era general: bebían hombres y mujeres, niños y niñas, viejos y mozos (Sahagún, 1980). Torquemada señala que también se podía beber en las bodas y en algunas otras festividades de carácter privado (Torquemada, 1969).

Sin embargo los historiadores han insistido acerca del patrón de consumo del pulque en las sociedades nahuas prehispánicas que se regían por criterios absolutamente diferentes a los que prevalecen en la cultura mexicana actual. En el pasado, quien bebía podía emborracharse. El patrón de bebida era continuar hasta la embriaguez; pero no debe olvidarse que esta práctica era ritual y sólo se podía beber en las fiestas en las que estaba expresamente permitido. En condiciones normales sólo podían beber los viejos, aquellos que ya tenían su alma lo suficientemente avezada y endurecida para que los espíritus moradores del pulque no pudieran hacerles daño ni obligarlos realizar actos ilícitos o de mal ejemplo.

El Códice Mendocino señala que 70 años era la edad a la que los viejos podían empezar a beber sin restricciones, aunque otros textos orientan a pensar que esto era al pasar del siglo azteca, es decir, de los 52 años, La borrachera de los viejos de uno y otro sexo se convertía en ceremonial durante la fiesta de Tlacoxtchimaco, en la que, ya borrachos, "reñían unos con otros a voces y otros se jactaban de sus valentías que avían hecho cuando mozos" (Sahagún, 1980). Así, el pulque les permitía revivir temporalmente el pasado (Corcuera de Mancera, 1991).

No obstante, queda la parte prohibida de la embriaguez: el que bebía era severamente castigado. Existía un rigurosísimo código de control social, de acuerdo con el cual, cuanto más noble e ilustre era el bebedor, tanto mayor sería su castigo. El ejemplo del Señor de Cuautitlán, mandado a ahorcar por Moctezuma a causa de sus frecuentes borracheras, habla por sí solo (Sahagún, 1980); a otros, sobre todo si eran plebeyos y era la primera vez, se les trasquilaba o se les daba de palos, sin embargo, la reincidencia significaba pena de muerte.

Ahora bien, es probable que en la práctica las cosas no fueran tan severas como mencionan los textos. Tlachinoltzin, el Señor de Cuautitlán mencionado, sólo fue ajusticiado luego de que exhibió públicamente su alcoholismo y de haber acabado con sus bienes. Se hablaba del alcohólico que no podía dejar de cumplir con su destino, como era el caso de los individuos nacidos el día 2-conejo, quienes no tenían más remedio que beber y ser borrachos, es decir, alcohólicos. Aunque debe notarse que el hecho de que se hablará de un destino no evitaba que se soslayaran los efectos perjudiciales de este vicio. Es fuente de todo mal y de toda perdición, dicen los autores del Códice Florentino, "porque este *uctly* y esta borrachería es causa de toda discordia y disención y de todas revueltas y desasosiegos" (Sahagún, 1980).

Como quiera que sea, puede afirmarse que el alcoholismo no represento un problema grave en las sociedades del México Prehispánico, tal vez en virtud de que la alternancia de estrictas medidas represivas con la permisividad de la embriaguez en las fiestas religiosas, ofrecía un adecuado punto de equilibrio.

1.2. EN EL MÉXICO COLONIAL

Todo cambio en la Conquista, los cronistas de la época concuerdan con señalar que los indígenas eran individuos proclives al vicio del alcoholismo y que era verdaderamente escandalosa la proporción de borrachos y la magnitud del problema. El control del pulque y su sentido religioso desaparecieron para dar lugar a un discurso de naturaleza totalmente diferente en el que, además de incluir el vino en los oficios religiosos, se manifestaba que éste podía beberse con moderación, de manera consuetudinaria y sin discriminación de edad (Corcuera de Mancera, 1991).

En un estudio, Gruzinski (Gruzinski, 1988) insiste en los efectos que tuvo la "liberación" de los macehuales, así como la "posibilidad" de litigar, connotación que se le dio, ya que decir restituida sería bastante optimista; tal vez es en este contexto donde se debe ubicar la "liberación" del pulque. Desaparecieron las ceremonias y las restricciones, de manera que cualquiera podía tomar en el momento en que se le antojara. Pudiera decirse que los frailes, especialmente los franciscanos, predicaron una cultura de moderación, en la que beber ocupaba un lugar, pero la realidad fue que la sustitución religiosa dejó al pulque también fuera de control; el patrón privativo fue beber hasta la embriaguez, que era lo usual en las ceremonias religiosas prehispánicas, sólo que en lo sucesivo se realizaría fuera de ese contexto; cualquier pretexto justificaban una borrachera.

Es también digno de mencionarse el hecho de que a partir del siglo XVI, el pulque se convirtió en una bebida discriminada, socialmente rechazada y considerada propia de la plebe, con lo que su consumo se limitó a grupos sociales muy específicos, como los propietarios de haciendas pulqueras. Asimismo, se añadieron otros productos alcohólicos a los hasta entonces disponibles; todos los cuales tienen productos de destilación, lo que los hace ser radicalmente diferentes del pulque y otros productos fermentados prehispánicos. Desde el punto de vista bioquímico, puede plantearse también la diferencia en el contenido endorfinico, rico en los productos fermentados y ausente en los destilados, lo cual explica las diferencias en los patrones de comportamiento de los borrachos con uno u otro tipo de sustancias.

El cultivo de la caña de azúcar, promovido desde muy tempranas épocas por el propio Hernán Cortes en el Marquesado del Valle, generó la disponibilidad del aguardiente de caña en el mercado, al que pronto se aficionó gran parte de la población de las mismas zonas de producción; zonas que, por cierto, no correspondían geográficamente a las regiones productoras de pulque. Más tarde, la producción de mezcal y tequila, es decir, destilados de agaves, llenó los últimos huecos en el mapa de la alcoholización del país.

Este problema social, de gravedad indescriptible, fue fomentado por las tiendas de raya durante la segunda mitad del siglo XIX; ellas incorporaron al paisaje el panorama de los borrachos sabatinos sentados o peleando frente a su establecimiento. El consumo de bebidas alcohólicas y las adicciones resultantes continúan en el primer plano de la problemática de la salud pública.

1.3. EN LA NUEVA ESPAÑA

Los Dioses prehispánicos fumaban, y la bolsa para guardar el tabaco era atributo insustituible de los sacerdotes mesoamericanos. En los medios botánicos se ha sostenido que la planta del tabaco es oriunda de las regiones andinas, pero el hecho es que en el Caribe y Mesoamérica se consumía y cultivaba desde tiempos inmemorables; también es numeroso el grupo que sostiene que, por lo menos algunas especies de la planta, son oriundas de esos lugares. Puede decirse que el tabaco está presente en esas regiones desde los inicios mismos de su desarrollo cultural. Su flor aparece representada en el muslo izquierdo de la estatua de Xochipilli, el Señor de las Flores -muchas de las cuales han resultado ser psicotrópicas- que se conserva en el Museo Nacional de Antropología (México).

Dentro de las más de 70 especies de tabaco oriundas y existentes en América, se reconocen dos variedades principales en el área, la *Nicotina rustica*, producto de mezclas entre *Nicotina paniculada* y *Nicotina undulata*, y la *Nicotina tabacum*, el picietl de los antiguos mexicanos, resultado de la cruce de *Nicotina tomentosa* y *Nicotina silvestres*.

Al parecer, sus patrones de consumo variaron, ya que inicialmente era bebido, después masticado, más tarde se aspiraba el humo y finalmente fue fumado. Para el siglo XVI, en México, el tabaco se fumaba en pipa y en cigarros, mientras que en las costas caribeñas se fumaba y aspiraba, algunas veces mezclado con cohoba (*Anadenanthera peregrina*).

Entre los mexicas fumar era costumbre extendida y son vívidas las descripciones de Sahagún y Bernal Díaz del Castillo al señalar la existencia de vendedores de tabaco en mercados. Allí, se vendía tabaco de muy diversa calidad, tanto en lo tocante a la materia prima como a la elaboración de los "molcajetes". Sahagún describe así la preparación de los cañutos:

Primero corta las cañas y las desnuda o monda de las hojas, limpiándolas muy bien, y muele el carbón... con el cual siendo mojado embarra los cañutos después, uno los pinta y otros lo hace dorados: algunos de ellos son llanos, que no llevan pintura, embarrados con carbón molido, o bien emblanquecidos con la greda que les echan encima, o muy relucientes con el oro con que los doran, otros hay que tienen pintura encubierta, que no se ve, sino cuando se van gastando con el fuego; otros están jaspeados, otros hay donde están pintadas flores, pescados, águilas...(Sahagún,1969).

Los de más baja calidad eran los que se vendían en el tianguis, en tanto que los finos se reservaban para los banquetes señoriales. En otra parte de su obra, el mismo Sahagún describe el banquete de un rico comerciante en el que se distribuían cañas de tabaco a los huéspedes en medio de un afectado

ceremonial; y no era extraña la figura de las bellas sirvientas de Moctezuma poniendo sobre su mesa, después de la cena, algunos cigarros de tabaco, dorados y pintados, en los que éste se mezclaba con liquidámbar, ni el tlatoani inhalando el humo de uno de ellos antes de quedar dormido (Díaz del Castillo, 1982). Asimismo, Sahagún refiere que el tabaco no solo era mezclado con liquidámbar, sino también con otras plantas aromáticas -a las que genéricamente denomina hierbas y rosas olorosas- o bien con chapopote y sustancias alucinógenas como hongos o *poyomatli* (Sahagún, 1969).

Para los conquistadores las plantas mexicanas eran amenazadoras; se les atribuyeron efectos dramáticos capaces de provocar visiones espantosas en las que el común denominador era el demonio, es decir, los Dioses de las culturas prehispánicas. Es lógico que el significado de esas visiones fuera absolutamente diferente para los indígenas que para los europeos; también es lógico que estos últimos se aterrorizaran ante la presencia oculta del diablo.

Es especialmente interesante la narración que hace el médico sevillano Nicolás Monardes, autor de la *Historia Medicinal de las cosas que se traen de nuestras Indias Occidentales que sirven en medicina*, la obra más famosa publicada en todo el siglo acerca de las plantas medicinales del Nuevo Mundo (Monardes, 1574). Monardes, sin confesar sí tuvo experiencias personales con algunas plantas de las que afirmaba provocaban visiones, relataba en detalle sus efectos. Así, en la primera parte del libro, publicado en 1565, incluye un capítulo en el que refiere las virtudes medicinales del tabaco. En este texto habla de las alucinaciones que los nativos americanos conseguían al inhalar los vapores que emanaban de la planta echada al fuego, las cuales eran atribuidas al demonio, aunque decía que éste "es engañador, y tiene conocimiento de las virtudes de las yervas (sic) [y] enseñóles la virtud desta para que mediante ella, viessen aquellas y maginaciones y fantasmas que se les representan, y mediante ella [la planta] los engaña" (Monardes, 1574). Así aunque de ninguna manera niega la existencia ni las acciones de lo sobrenatural, hace que éstas se produzcan por medio de acciones engañosas encerradas dentro de la naturaleza. Sin la planta, el demonio simplemente no podría actuar; además, están allí las maravillosas virtudes medicinales de la planta, a la que en ningún momento Monardes clasificaba como diabólica.

La imagen que pinta Monardes del sacerdote cayendo al suelo como muerto, luego de haber aspirado por la boca y nariz el humo del tabaco, no tiene nada que ver con la afirmación que él mismo hace de que los indios que inhalaban de ese humo lo hacían para ver fantasmas y representaciones, y

recibían contento con ello (Monardes, 1574). Es por igual placentera la imagen de Moctezuma Xocoyotzin que, según la descripción de un banquete que hace Bernal Díaz del Castillo, quedó plácidamente dormido después de inhalar el humo emanado de una especie de tubo en el que se habían mezclado tabaco y liquidámbar (Díaz del Castillo, 1982).

En la actualidad mucho se han discutido los efectos alucinógenos del tabaco, aduciéndose en contra de ellos la cantidad de fumadores que consumen cotidianamente cigarrillos y la imposibilidad de producir alucinaciones en condiciones experimentales. Sin embargo, todos los informes procedentes de las culturas prehispánicas dejan abierta la posibilidad y hay algunos que francamente lo declaran así. Incluso un chamán de la amazonia colombiana, Tomás Román, comenta que el tan misterioso y mencionado *anvil* no es otra cosa que una preparación de tabaco. Ahora bien, no se debe olvidar que existen en América muchas variedades de tabaco y que es frecuente que las plantas cultivadas pierdan sus propiedades cuando cambian las características del suelo, si son trasladadas a otros climas o se alteran sus propiedades físicas.

En un artículo reciente, Francisco Guerra (Guerra, 1972) criticaba las descripciones de Monardes acerca de los efectos alucinógenos del tabaco, aduciendo que lo había confundido con el rapé de cohoba, siguiendo al cronista imperial Fernández de Oviedo. La verdad es que el relato de Monardes es bastante claro y, a más de no mencionar para nada la cohoba, que finalmente es una preparación hecha a partir de tabaco, su descripción de la planta es muy precisa y se ciñe a las más estrictas normas botánicas de su tiempo. Por otra parte, debe recordarse que en las culturas prehispánicas de Mesoamérica, el tabaco tuvo una función ritual de extraordinaria importancia, siendo ofrenda común a buen número de Dioses, y era presencia obligada en las bolsas que portaban los sacerdotes. Lo que es cierto, sin lugar a dudas, es que en estas culturas el uso del tabaco, se llegara o no a la alucinación, era fundamentalmente ritual; incluso el sueño de Moctezuma tenía que ver con su función de gobernante y la posibilidad de comunicarse con el mundo llamado sobrenatural (Viesca, 1977).

A excepción de sus efectos medicinales, ampliamente preconizados por múltiples escritores de la época, una vez conquistados los indígenas, continuaron consumiendo el tabaco al final de sus festividades, sufrían una fuerte intoxicación y luego despertaban sin ningún asomo de fatiga. Monardes relata que este uso, para mediados del siglo XVI, se había extendido entre los

numerosos negros que para entonces habían sido trasladados al continente americano (Monardes, 1574).

El uso del tabaco como tratamiento para contrarrestar los terribles efectos de la fatiga en individuos sujetos a trabajos corporales excesivos y a la desnutrición -sobre todo a la población indígena y de esclavos negros después de la conquista española-, se hizo proverbial. Así, el tabaco en la Nueva España ocupó el lugar asignado a las hojas de coca en las culturas andinas, al igual que éste, fue masticado por un buen porcentaje de la población trabajadora.

La percepción que los europeos tuvieron del consumo del tabaco en los años subsecuentes al descubrimiento de América fue de desconfianza, aunque se le atribuyó ser placentero, acepción que resultó finalmente dominante.

Quizá el primero que fumó en Europa fue Rodrigo de Jerez, uno de los marineros de Colón. Cuando se le vio en España echando humo por boca y nariz, no faltaron quienes sospecharon que estaba poseído por el demonio y el infortunado fumador fue a parar a las cárceles de la Inquisición en las que pasó un buen número de años, hasta que, ya extendida la costumbre de fumar, fue liberado por falta de méritos (Bühler-Oppenheim, 1949). Para entonces, De las Casas escribía que había conocido a algunos españoles que habían sido reprimidos por fumar, se les decía que eso era un vicio, pero ellos replicaban que eran incapaces de dejarlo (Las Casas, 1967).

Menos aventurado resultó el hábito de masticarlo, descrito por Américo Vesputio en 1507 y difundido por los marineros de su tripulación (Robicsek, 1978). El trato con los indígenas de América del Norte mostró otra forma de consumo, fumar en pipa, lo cual fue visto, imitado y difundido por sir Walter Raleigh (Bühler-Oppenheim, 1949), aunque no hay que olvidar que esta costumbre también estaba muy difundida en toda Mesoamérica (Robicsek, 1978).

Entre los investigadores que lo probaron, movidos por la curiosidad científica y tratando de identificar sus características y propiedades, está el famoso naturalista y médico de Zurcú, Conrad Gesner. Éste comió algunas de las hojas que le enviaron para su identificación, observó que le producían salivación intensa, y poco después, sensación de vértigo. No contento con estos resultados, se las dio a su perro y comprobó que le provocaron vomito (Robicsek, 1978). Al dibujar las hojas y compararlas con otras

representaciones, identificó la planta con la llamada *Nicotiana* en Francia, en honor de Jean Nicot, que fuera embajador en Portugal y su introductor en aquel país (Robicsek, 1978).

No existe constancia de que alguno de estos personajes, o de los que lo bebieron o usaron en forma de rapé, tuviera alucinaciones; pero sí abundan testimonios acerca de sensaciones placenteras y del deleite que producía.

1.4 LAS DROGAS EXÓTICAS

Hubo una vez un sultán que platicó a su amigo Martín Alonso de Sosa, virrey portugués de la India, que cuando quería ver reinos y ciudades y otras cosas de las que recibía placer y contento, tomaba el *bangue*, que no es otra cosa que el polvo de las hojas y semillas de la *Cannabis indica*.

A la imaginación semidormida de una Europa que por diversos motivos aún no podía exaltarse, se ofreció la primera imagen de algo que no era concebible en esos momentos: la búsqueda sofisticada de un placer que, rebasando los sentidos, los incluyera, liberándolos, en el mundo en el mundo de la representación mental. Las Indias, orientales y occidentales, proporcionaron los ejemplos.

Si la más benigna de las plantas alucinógenas americanas había parecido peligrosa, lo contrario sucedió con algunos vegetales asiáticos que se consideraron inocuos y de uso placentero; por esta vía lograron penetrar y encontrar un lugar en Europa y en las nuevas sociedades conformadas durante los siglos XVI al XVIII. El *bangue* se hace pulverizando las hojas y, a veces, la semilla de un cáñamo parecido al del *lino alcanave*, según comenta García de Orta en el octavo de sus *Coloquios dos simples da India*, libro publicado en Goa, donde su autor vivió y ejerció en 1563 (Orta, 1563). Y añadía:

Y el efecto que desto (del beberlo) sacan es estar fuera de si, como elevados, sin ningun cuidado y placenteros, y algunos rien tontamente, y yo oi a muchas mujeres que lo usan cuando van a estar con algun hombre chocarreras y graciosas, y también se dice que fuera inventarlo para que los grandes capitanes en tiempos pasados se embriagaran... para olvidarse de sus trabajos, estar sin preocupaciones y poder dormir... (Orta, 1563).

Este *bangue* no es otra cosa que el hachís. García de Orta afirmaba al final de *Coloquios*.... que él no había probado ni lo quería probar y que, en este caso, su curiosidad científica sólo lo llevó a preguntar a cuanta persona pudo

acerca de sus efectos, y llegó a pensar que éstos serían diferentes entre los portugueses y los nativos. Así observó a un portugués que al comer dos porciones del electuario preparado con bangué, estuvo por la noche borracho, gracioso y dicharachero, hablando "en extremo y sin razón"; aunque luego, sin motivo alguno, se puso triste, lloró y contó sus penas; el portugués, refiere el autor, se veía apesadumbrado y, sin embargo, provocaba risa en quienes lo veían. Comenta también que sus criados le confesaron haberlo tomado a escondidas de él y que con su efecto no sentían las penas, sentían placer y ganas de comer (Orta, 1563).

El consumo del bangué era bastante común entre los europeos que habitaban en Goa. Las noticias de sus agradables propiedades llegaron a Europa, pero no ocurrió así con la advertencia acerca de que la sustancia no existía ni era medicina "de las nuestras", como afirmaba el propio Orta.

Otro autor, Cristóbal de Acosta, quien también estuvo en Goa y allí conoció a García de Orta, publicó en 1578 en Burgos el *Tratado de las drogas y medicinas de las Indias Orientales*, en el que no podía faltar el comentario del capítulo XI, dedicado a expresar lo que sabía del bangué. Aunque repetía muchos de los detalles que consignó su predecesor y aunque tampoco confesó haberlo usado personalmente, insistía en lo ordinario de su uso en aquellas latitudes para olvidar sus trabajos, dormir sin pensamientos, "deleytar durmiendo con variedad de sueños e ilusiones", estar borrachos y graciosos, y utilizarlo como afrodisiaco... además ofrecía algunas recetas de mezclas con opio, areca verde, nuez moscada, alcanfor, macis, ámbar, almizcle, clavo y azúcar, para lograr mejores efectos, sobre todo en cuanto a producir ensueños. Haciendo gala de buen conocedor de los autores clásicos, decía ser diferente al cáñamo índico mencionado por Dioscórides (Acosta, 1578).

Si la India ofrecía sus productos exóticos, Egipto no se quedaba atrás; resultó que el producto, curiosamente, era el mismo. Prosper Alpinus, que estuvo en Egipto por 1580, asienta en su obra sobre la medicina de los egipcios, que varias preparaciones hechas a partir de cáñamo, como el *assis* y el *bers*, eran bebidas en abundancia, y producían entre sus consumidores alegría, locuacidad y toda clase de extravagancias, las cuales eran seguidas por accesos de melancolía, laxitud y sueño (Alpinus, 1591).

Quizá por no ser medicinas propias, sino exóticas, se le atribuían en Europa efectos desagradables, como aquellos de los que habla Rabelais en el libro tercero de la historia del Gigante Pantagruel, referente a que el extracto

del cáñamo atacaba el estómago, empeoraba la sangre, y por su gran ardor perjudicaba el cerebro llenando la cabeza con molestos y dolorosos vapores (Rabelais, 1973). Monardes al comentar sobre las sustancias usadas para quitar el cansancio, refería que el bangué, por tener mejor gusto y olor, pues al preparársele se le agregaba ámbar, almizcle, clavos y otras especias, era la sustancia propia de los "más principales" (Monardes, 1574).

Ajena a México la *Cannabis indica* llegó a nuestro país en una época difícil de precisar; no se sabe a ciencia cierta si fue en la *Nao de la China*, que realmente venía de Filipinas -durante los últimos años del siglo XVI-, o si fue traída por piratas o tratantes de esclavos. Sin embargo, se ha sostenido que una de las especies del mismo género, la *Cannabis sativa*, estaba representada en la flora mexicana, y las etnográficas han resaltado la existencia, a lo largo de toda la costa del Golfo de México, de plantas, como el fríjol de playa (*Canavalia maritima* [Aubl] Thouars) o el *axocatzin* o malva colorada (*Sida acuta* Burn y *Sida rhombifolia* L.), que tiene efectos semejantes a los que produce la intoxicación con marihuana.

Un matiz muy diferente era el expresado por los cultivadores virginianos de tabaco y cáñamo índico, productos que eran objeto de un próspero comercio. Aun cuando el cáñamo se empezó a cultivar en razón de sus fibras, nunca fue olvidada la posibilidad de fumarlo. Eminentes prohombres norteamericanos como George Washington y Thomas Jefferson se contaban entre esos cultivadores, como lo atestiguan sus diarios y cartas personales, sin que este hecho se considerara un delito. Washington, en la entrada de su diario correspondiente al 7 de agosto de 1765, anotaba que había comenzado a separar las plantas macho de las hembras en una zona pantanosa dentro de sus propiedades, con el claro propósito de obtener marihuana que hasta hoy es conocida como sin semilla, cuyos efectos son indudablemente más potentes que los de aquella obtenida a partir de la planta ya germinada (Andrews y Viekenoog, 1977).

En su interesante *Historia de las drogas*, Antonio Escohotado comenta que es muy probable que Washington no fuera el único terrateniente interesado, y que muy probablemente, fumara esos productos, aun cuando la información relacionada con tales aspectos de la cultura general es pasada por alto y comentada de manera sólo incidental, como sucede con las cosas comunes y corrientes (Escohotado, 1989). Así queda como hipótesis la existencia de una subcultura de la marihuana, paralela a la del tabaco, cuyo centro eran las grandes plantaciones de las colonias inglesas de Norteamérica. Restaría

también saber, y hasta ahora no se han encontrado datos al respecto, cuál era la extensión de este fenómeno hacia la metrópoli y la actitud que allí privaba. En cierta forma resulta extraño que, casi 100 años después, el inquieto Burton conociera el hachís y sus efectos en Egipto, pues es muy probable que sus abuelos lo tuvieran en casa.

En la misma época en que Washington se entretenía en cultivar y mejorar sus variedades de *Cannabis*, en México, el padre Antonio Alzate se horrorizaba de sus efectos alucinatorios y la identificaba con el *pipiltzintli* de los antiguos mexicanos; mezclaba todo este tipo de acciones farmacológicas con el mal nombre que aún tenía el demonio encarnado en los Dioses prehispánicos (Alzate, 1782). El buen cura ya señalaba los riesgos de la adicción inherente al consumo de la planta.

Posteriormente, el consumo de marihuana se limitó a los cuarteles y a ciertos pequeños grupos de adictos que la consumían al parejo de otras muchas drogas; así, se formó un pequeño y bien definido grupo de consumidores que por años estuvo cerca de las áreas de producción de *Cannabis* y, por ende, alejado de toda posibilidad de lucrar con esa planta. Es a mediados del siglo XX cuando fumar marihuana se convierte paulatinamente en un hábito expandido entre la juventud estudiantil y los medios artísticos, ajustándose a un modelo de consumo de origen estadounidense cuyo común denominador era protestar contra una sociedad exageradamente restrictiva y anclada en los valores de los adultos. No es necesario insistir en que esta revuelta iba de la mano con cambios en la sexualidad, cuya liberación fue otra de las banderas de ese movimiento.

Las diferencias entre los patrones de consumo no son de extrañar; aquí se han mostrado modelos diferentes de aproximación a una planta con efectos considerados como extraordinarios y placenteros por unos, aterradores para otros, ordinarios para algunos, y objeto de consumo y venta para otros más. En este último caso, hay un cambio de modelo en el que la curiosidad y el espíritu de aventura y de investigación se hacen cotidianos. Por otra parte, la posibilidad de comerciar con la planta en gran escala abre las puertas a la conformación de otros modelos, esencialmente basados en el afán de lucro y explotación.

Por otra parte, es evidente que el opio era bien conocido desde la antigüedad y constituía un elemento esencial la multitud de recetas médicas. Desde esta perspectiva, es posible afirmar que la opiomanía tuvo ante todo

origen médico. En el Renacimiento, el hombre occidental prestó atención al opio y sus efectos; lo que llama la atención otra vez es lo exótico de su procedencia y lo misterioso de su intoxicación.

Andrés Laguna, en su versión y comentario a la *Materia médica de Dioscórides*, hace clara distinción entre éste, "la lagrima que destila" de la *Papaver*, siendo con mucho el más activo procedente de la *Papaver nigrum*. Señala asimismo sus efectos analgésicos y narcóticos, e insiste que se trata de un veneno al que califica de "sabroso", el cual deberá administrarse en preparados que tengan más de seis meses de confeccionados y en caso de que los dolores sean irresistibles y "de tal suerte debilitan las fuerzas, que ponen la vida en la balanza" (Laguna, 1566).

A propósito de la India de Portugal, es decir, Goa, relata Nicolás Monardes como se vendía el opio en las tiendas para quitar el cansancio, "É para descansar del trabajo... y para alegrarse, y no sentir pena de cualquier cosa trabajosa de cuerpo, o spiritu que les pueda venir..." (Monardes, 1574). Enseguida, comenta que éste era el uso de la gente común, soldados y capitanes, puesto que los principales recurrían al bangué, como ya se señaló, es decir, se usaba de manera extensa y profunda. El mismo Monardes comentaba con asombro cómo había encontrado en Sevilla, en dos ocasiones, indios orientales que compraban una ochava de opio y que lo consumían en una o dos sentadas para adquirir fuerza, uno de ellos tenía que descargar una nao, y después dormían como benditos sin que se apreciara ningún efecto nocivo, lo cual era muy común entre ellos.

Maravillado, el buen doctor exclamaba "es cosa digna de gran consideración, que cinco granos de Opio nos maten (a los europeos) y sessenta les den a ellos salud y descanso" (Monardes, 1574).

Dos años antes, García de Orta realizó otras observaciones con relación a la habituación al opio y la necesidad de emplear dosis cada vez mayores; además hizo hincapié en que era indispensable que quién acostumbraba a tomarlo, lo hiciera, aun en poca cantidad, pues de lo contrario correría peligro de muerte (Orta, 1563). Refería el caso de un natural de Khorasm, quien tomaba 570 gramos diarios y añadía que, aun cuando daba la impresión de estar siempre amodorrado, en cuanto se ponía a trabajar "hablaba como hombre erudito y discreto" (Orta, 1563).

Por esas épocas no faltó quien pusiera su atención en el hecho de que bebiendo vino, el opiómano no padecía los problemas de la supresión y, por supuesto, tampoco moría. Esta observación fue hecha por Cristóbal de Acosta, médico de una nave en travesía por el Golfo de Adén, con rumbo hacia el Cabo de Buena Esperanza, en la que a solicitud y por consejo de un turco que llevaban cautivo a Portugal, dio a todos los presos un trago de vino puro cada mañana, acrecentando paulatinamente la dosis, con lo que logro "quitarles el uso y falta del opio" (Acosta, 1578).

Por esos mismos años, alrededor de 1580, el enigmático Gregorio López, quien se encuentra en los expedientes formulados en el Vaticano para su proceso de beatificación, en su libro sobre las *Medicinas de Indias o Nueva España* ya recomendaba el uso de pepitas de *tlilxócabtl* (*Vainilla planifolia*) como antídoto contra el opio (Guerra, 1982).

Esto demuestra que en México, en estas fechas, ya existían problemas de adicción al opio, pero nada corroboraba que el problema hubiera alcanzado proporciones mayores, y lo más probable es que quedara limitado al pequeño grupo de los opiómanos, convertidos en tales a partir de las prescripciones médicas.

Llama la atención que en la literatura médica mexicana el opio aparece durante todo el siglo XIX, más en función de sus efectos médicos que para señalar algunos problemas inherentes a las adicciones que pudiera provocar. Así, desde 1836, el doctor Rendón, uno de los catedráticos del flamante Establecimiento de Ciencias Médicas, escribía acerca de la obtención de sus alcaloides (Rendón, 1836) y cuatro decenios después, don Ramón Flores y Muñoz, insistía en sus benéficos efectos contra la "anemia cerebral" (Flores y Muñoz, 1877). Para esas fechas ya se insistía en las diferencias entre el opio mexicano y el que venía de oriente, y es a partir de 1901 cuando se vuelve a poner sobre la mesa de discusiones la posibilidad de desintoxicar al opiómano, esta vez, empleando permanganato de sodio (*Gaceta Médica de México*, 1877).

No se sabe a ciencia cierta dónde ni cómo se inició la costumbre de fumar opio pues, como ya se mencionó, en Oriente se comía y ésta fue la primera tradición que arribó a Europa; es posible que ese uso fuera propiciado por la manera como se consumía tabaco. El hecho es que el hábito de fumar opio se extiende a partir del siglo XIX, y mientras los curiosos europeos continuaban comiendo opio en gran medida, en China e Indochina proliferaban los fumaderos y desde allí fueron exportados nuevamente. La moda no tardó en

llegar a París, donde pronto se abrieron fumaderos, contándose más de 1000 sólo en la capital francesa para fines de siglo; proliferaron también en todos los grandes puertos, de Marsella a El Havre y de Tolón a Cherburgo, desde donde el vicio se propago. Así, fumar opio se convirtió en distintivo de militares, marinos y viajeros de ultramar, por una parte, y de aristócratas decadentes, artistas e intelectuales, por la otra.

Habría de investigarse la asociación entre opio, hachís y ajenjo en algunos de estos círculos y sus efectos, tanto de introductores a paraísos artificiales como sobre la salud, eran diferentes. No obstante, al parecer esta moda no llegó a México, ni siquiera como resultado de la Intervención Francesa.

Igualmente habría que realizar un estudio detallado acerca de si la entrada de inmigrantes chinos en México a través de las costas del Océano Pacífico, especialmente las de Sonora y Sinaloa y del sur de Oaxaca y Chiapas, trajo consigo la introducción de la costumbre de comer o fumar opio y las adicciones subsecuentes.

Además en los albores del siglo XIX se observaron los inicios de lo que al transcurrir de unos cuantos años sería la farmacología en el sentido moderno del término, es decir, la farmacología del aislamiento de principios activos. Las primeras sustancias estudiadas fueron los alcaloides, cuyo nombre genérico proviene del ya entonces legendario álcali de los árabes y a las que en un principio se identificó como las causantes de la actividad farmacológica de las plantas que las producían.

La amapola es una de las plantas que fueron prioritaria y extensamente investigadas, y sujetas a condiciones experimentales. Para 1803, Fredericus Wilhelmus Adamus Setürner logro aislar de ella un principio activo, la morfina; sustancia que primero clasificó como un ácido, lo cual se revela en el título del primer trabajo que le dedico: *Especificidad del ácido puro del opio y estudio químico del opio en relación con una sustancia recientemente aislada*. Desde entonces, Setürner recalcó que se trataba de un principio susceptible de provocar el sueño, lo que dio al principio descubierto el apelativo de morfina (Boussel, 1984).

Para 1817, el investigador había hecho precisiones de importancia al reconocer la calidad de alcaloide de la morfina; esto, a la postre, le valió que en 1831 se le otorgara el premio Montyon. Sólo más tarde se comprendió que el

opio era demasiado rico para ser reducido a la acción de la morfina, pues posee un substrato químico diferente debido a que contiene numerosos alcaloides.

En cuanto al carácter de la intoxicación, el aislamiento de la morfina trajo como consecuencia la separación del poder narcótico del opio y de sus propiedades eidéticas. El poeta Novalis, dada su afirmación, seguramente conoció el opio y la morfina, y acusaba a Setürner de haber privado a la amapola de sus colores. Junto al opio, afirma Jünger, la morfina es pálida, el sueño que produce es incoloro, mientras el de aquél es púrpura (Jünger, 1967).

La curiosidad, aunada a la necesidad manifiesta como un dolor de muelas, fue lo que puso a Setürner sobre la pista del alcaloide o del opio. Orientado por el propietario de la botica en la que trabajaba, redujo el opio a una sustancia "pura", poniéndolo en una solución de ácido mecónico neutralizado con amonio. Después de comprobar que su dolor de muelas cedía, continuo experimentando en él mismo, en tres compañeros y hasta en su perro, llegando a la conclusión de que este *morphium* tenía excelente propiedades analgésicas y narcóticas. Setürner utilizó la morfina por vía oral, la cual, después se supo que era la menos eficaz. Desde 1827 la morfina era elaborada en grandes cantidades por E. Merck mediante un nuevo procedimiento ideado por él mismo y exportada a en 1832 a los E.U.A., donde la compañía Rosengarten de Filadelfia, núcleo de la actual Merck, Sharp & Dohme, continuo produciéndola. Teniendo el medicamento disponible en cantidades suficientes, la aparición de la jeringa Pravaz facilitó todavía más a los médicos, así como a muchos curiosos, su aplicación parenteral, vía por la cual su actividad se potencializa (Postel y Quénel, 1989).

Las guerras y la necesidad de atención de los heridos favorecieron la difusión del empleo analgésico de la morfina,; muy pronto se empezó a hablar del morfinismo, término que motivo una áspera polémica entre dos célebres psiquiatras franceses, Magnan y Pichon. El primero relacionó el hábito de una dipsomanía morfínica que implicaba una tendencia a la adicción, sin importar la sustancia empleada; el segundo pugnaba porque se reconociera en el hábito una verdadera psicosis de tipo maniaco : la morfinomanía. En Alemania, Laehr, Fiedler, y finalmente Lewin, quien impugnaría de manera más acerba las adicciones, a la vez que es autor de la más amplia y completa obra acerca de las drogas psicotrópicas: *Phantastica, Narcotic and stimulating Drugs* (Lewin, 1970), alzaron sus voces en contra de los males y riesgos de la adicción que se generalizaba en ese país.

Sin embargo, la clase médica se empeñaba en difundir su uso en todos sentidos; según la estadística publicada por el mismo Lewin, entre 160 morfinómanos detectados, fueron considerados adictos, 56 médicos y 16 esposas de médicos. Sin embargo, como fármaco, pronto encontraron innumerables indicaciones; como la de Lafargue, quien recomendó su inoculación parenteral para buscar efectos energéticos, situación que contribuyó a difundir su uso cotidiano (Lafargue, 1847). En este sentido, se administró morfina a diestra y siniestra a los soldados estadounidenses durante la Guerra de Secesión y también a los alemanes en la Guerra Franco-Prusiana. Los médicos alemanes cayeron en la tentación de usarla por vía intravenosa, afirmando que era cuatro veces más potente empleada de esta manera. Otros autores llegaron al extremo, como es el caso de James Paget, quien publicó en *The Lancet* en 1870 un extenso artículo donde señalaba que los pacientes con colostomía podían disfrutar plenamente de los efectos de la morfina, al no estar expuestos a la molesta constipación que ésta podía provocar (Paget, 1870).

En México, desde 1876 se mencionaban las terapéuticas experimentales con base en la morfina (Domínguez, 1877) y pronto se planteó la problemática de la adicción y su tratamiento y su tratamiento con cafeína (Galindo, 1882), así como sus repercusiones sobre la vida social de los afectados (Olvera, 1886). Era evidente que ante la aparición de toxicomanías y síndromes de abstinencia, se manejaba terminantemente el concepto de neutralidad ética de los medicamentos. En la primera década del siglo XX no dejaba de publicarse literatura médica que insistía en la posibilidad, relativamente fácil, de abandonar a voluntad el hábito de la morfina, reduciendo el problema al de la posesión o ausencia de voluntad moral (Jennings-William, 1909).

Es digno de mencionarse que en el decenio de 1930, el recién organizado Hospital de Toxicómanos se enfocó fundamentalmente al internamiento y segregación de pacientes con adicción a la morfina, de fumadores de marihuana sumada al empleo de otras sustancias adictivas, entre ellas inhalantes, casi siempre individuos con serio deterioro mental y también, aunque en menor grado, de alcohólicos. Por igual, los proyectos de legislación y la entrega de dotaciones de drogas a adictos registrados por las autoridades sanitarias - como sucedió pocos años después, al estar a cargo de la oficina correspondiente el doctor Leopoldo Salazar Viniegra- incluía en primer término la morfina y la apomorfina.

Después del interludio químico de la morfina, para hablar de la coca se debe regresar al mundo de la naturaleza en la que no se han registrado aún modificaciones debidas a la mano del hombre. La historia señala nuevamente al siglo XVI, y la geografía a las estribaciones de la cordillera andina; una vez más, como con el tabaco, es el médico sevillano antes mencionado Nicolás Monardes a quien se deben las primeras noticias médicas detalladas sobre las hojas de coca y su uso. Antes de él, en 1499, Tomás Ortiz, Francisco de Xerez, así como Pedro Cieza de León en 1553, habían publicado noticias acerca del uso de estas hojas por los aborígenes suramericanos, principalmente entre los incas y los pueblos a ellos sometidos (Bühler, 1946). Cieza de León ya señalaba que masticarlas ahuyenta el hambre y da vigor, aunque, como ya se señaló, es Monardes el primero que hace un estudio completo de la planta y sus efectos. Su descripción apareció en la tercera parte de su *Historia medicinal*, lo que permite fechar su publicación en 1574 (Monardes, 1574).

Por medio de una descripción botánica que es ejemplar, Monardes define dos usos de la coca: para cuando caminan por necesidad, en especial cuando lo hacen por sitios en donde no hay comida o falte el agua, y "para sus contentos cuando están en su casa". La usaban preparando una masa con polvo de conchas quemadas y hojas de coca que mascaban e iban mezclando con él hasta hacer unas pelotillas que luego ponían a secar al sol; después, cuando querían usarlas, las ponían nuevamente en la boca y las chupaban pasándolas de un lado a otro hasta terminarlas. No era raro que empleasen las hojas solas, mascándolas y moviéndolas dentro de la boca hasta extraer todo su jugo y dejarlas "sin virtud". Monardes señala también que cuando querían emborracharse o "estar algo fuera de juyzio" mascaban juntas hojas de coca y de tabaco.

A fines del siglo XVI, Juan de Cárdenas compara el tabaco con la coca y aunque indica que no tiene experiencia directa sino que reproduce noticias de lo que pasaba en Perú, señala sus propiedades de quitar el hambre y la sed, así como de proporcionar vigor y energía a quien la masca; llamó sobremanera la atención que produjera un efecto idéntico al de la ingestión de un alimento sustancioso sin llegar al estomago, pues el poco líquido que pudiera tragarse de ninguna manera sería significativo cuantitativamente (Cárdenas, 1591). Esto lleva a pensar que el uso de las hojas de coca no llegaba aún a México a fines del siglo XVI sino como noticia curiosa, en un momento en que los científicos de la época se esforzaban por consignar secretos de la naturaleza tan dignos de admiración.

Como sucedió con el opio, tampoco la coca se libró de los químicos. Para 1855, J. F. W. Johnson, en el segundo volumen de *The Chemistry of Common Life*, publica los resultados de sus intentos por aislar el principio activo de las hojas de coca, y llega a la conclusión de que no era uno sino tres: una resina aromática a la que atribuyó las propiedades narcóticas; una sustancia amarga que no había podido aún identificar químicamente, pero que consideraba análoga a la teína y a la cafeína -a la que atribuía todos los efectos estimulantes-; y el ácido tánico (Johnson, 1853-1855).

En ese mismo año, F. A. Goedecke intensificó los esfuerzos para aislar los alcaloides, obteniendo una sustancia que denominó eritroxilina y que resulto ser una mezcla de varios de los alcaloides contenidos en la planta. Entre 1859 y 1869 se da el paso final que condujo al aislamiento de la cocaína. Esto fue realizado en el Instituto Wölher de Gotinga por el investigadores Albert Niemann (Niemann, 1860).

El entusiasmo de los médicos fue unánime y de inmediato se empezaron a multiplicar sus indicaciones. La prescribieron para problemas de la garganta entre los cantantes, con la tesis de que era un excelente tensor de las cuerdas vocales; los preparados cocaínicos darían a las mujeres "sempiterna vitalidad y hermosura", y el *Diccionario Francés de las Ciencias Médicas* sugirió su empleo en la industria y el ejército, a fin de lograr un mejor rendimiento; se inyectó intravesicalmente en las litotripsias; y se estableció también como tratamiento de elección para las adicciones al alcohol, opio y morfina. A este respecto, el doctor Palmer, en el *Louisville Medical News*, comunicó en 1880 el curioso caso de una mujer opiómana de 72 años de edad que descubrió que la solución de su problema no era realmente la desintoxicación, sino la alternancia de opio y cocaína en dosis moderadas (Escotado, 1989). La última de las acciones de la cocaína que se descubrió en el siglo XIX fue como anestésico local y a ello se debe que varios connotados científicos fueran presa de la adicción a esta droga.

Poco es lo que dice la literatura médica mexicana acerca de la cocaína, en 1885 se comentan sus efectos fisiológicos y la ventaja del uso del muriato sobre el de otras sales. Sólo un artículo de 1890 se refiere al envenenamiento por cocaína y a su tratamiento mediante el ácido fénico.

Es evidente que los patrones epidemiológicos del uso de la cocaína, primero inyectada y después en polvo, han seguido el reflejo de lo que sucede en EUA, aunque sin constituir nunca una amenaza de la magnitud que ha

alcanzado en ese país. Se ha mantenido, desde fines del siglo XIX, un pequeño grupo de adictos que llegaron a la droga a través de la inyección de anestésico local, entre quienes se contaron algunos médicos. Por otra parte, no faltaron los adictos a partir de la ingestión de vinos tonificantes, como los vinos con extracto de hojas de coca Mariani, los cuales basaban su propaganda en señalar que no contenían cocaína sino la coca original; lo mismo podría afirmarse de un reducido grupo de adictos que llegaron a serlo a raíz de tomar *Coca-Cola*, refresco que hasta 1902 incluyó extractos de coca en su fórmula.

En la actualidad, se hace necesario un estudio antropológico de fondo a fin de analizar los grupos sociales que se han convertido en población de riesgo para adicción a la cocaína, sin dejar de señalar la incidencia de este problema entre miembros de clases socioeconómicas alta y con disponibilidad de recursos para ello.

Es un hecho que, en México, durante los últimos años, el establecimiento de un comercio ilegal de drogas -entre las que deben destacarse la cocaína, y sus derivados en primer lugar, con la marihuana, como sucedáneo de relativo bajo costo- ha determinado la configuración de áreas de alto consumo y situaciones de concentración de hechos delictivos, ubicadas sobre todo a lo largo de la frontera norte del país y en la zona del litoral caribeño de Quintana Roo.

Contrariamente a la historia de cualquiera de las otras sustancias que producen adicción, los diferentes inhalantes que comparten tal característica y que, además, presentan mucho mayor riesgo de daño cerebral, se distinguen por tener una historia sórdida. En comparación con la aventura en el conocimiento de drogas con rasgos heroicos o que entrañan en su uso la presencia de un desusado placer, los inhalantes caen a menudo en la trastienda del anonimato.

El éter y el cloroformo, que en Europa tuvieron una historia a veces turbulenta y hasta literaria -como sucede con el maravilloso paisaje de la intoxicación que con el primero de estos gases nos pinta Maupassant en *El horla-*, no dejaron en México huella de su presencia como drogas usadas por placer, por lo que aparentemente su uso se redujo a acciones médicas.

Por otra parte el thinner y, más tarde, los cementos y resinas, hacen su aparición de una manera velada en el siglo XX, iniciándose el consumo en el decenio de 1929, para recrudecerse en razón de situaciones sociales de

marginación y falta de oportunidades para la vida, acrecentadas por la gran migración del campo a las diferentes áreas urbanas a partir del decenio de 1950. La historia de las adicciones a los inhalantes aún está por estudiarse y es, más que nada, historia de la miseria humana llevada a su máxima expresión.

1.5 LOS PSICOTRÓPICOS SAGRADOS

Para finalizar este breve estudio, es pertinente traer a colación un grupo de sustancias, todas ellas de origen vegetal, cuyo uso, movido por sus potentes efectos psicodislépticos, tiene raíces que se remontan a varios milenios antes de la era cristiana.

En su breve recorrido histórico alrededor de los pueblos que precedieron a los mexicas como dominadores del Altiplano Mexicano, fray Bernardino de Sahagún insistía en que a los chichimecas se debía el uso de los cactus alucinógenos. Sin embargo, bien pudiera ser ésta una apreciación demasiado simplista, pues en los murales del palacio de Tepantitla en Teotihuacan aparece representada una planta de *ololiuhqui* (*Turbina corymbosa*), directamente asociada con Tláloc, y en los murales del templo del Dios de la lluvia en Tulum, Quintana Roo, aparecen también representadas varias plantas alucinógenas e incluso algunas que parecen corresponder a daturas.

Pero entre constatar la presencia y el uso de plantas y sustancias alucinógenas en las sociedades prehispánicas, y afirmar que existieran adictos a ellas, hay una gran distancia. Por los escasos datos disponibles hoy en día, podía dividirse el consumo de alucinógenos en dos grandes rubros: un uso ritual, relacionado con las fiestas de los Dioses y casi siempre limitado a los sacerdotes o gobernantes encargados de cumplir con funciones religiosas; y un consumo asociado con ciertas celebraciones, entre las que se refieren los banquetes de los grandes señores, las reuniones de comerciantes y mercaderes que van a partir hacia otras tierras, y los guerreros de alta jerarquía antes de ir a la guerra. Quedaba, entre ambos, el uso que de los psicofármacos hacían los gobernantes, para quienes eran recurso indispensable y prácticamente cotidiano como ayuda para cumplir con su función de mantenerse en constante comunicación con los Dioses.

Para el resto de la gente y los días ordinarios, estaba en pie la prohibición de ingerirlos, ya que implicaba la invasión de terrenos sagrados, infracción mucho más grave que la de beber pulque. Sin encontrar hasta ahora ninguna alusión a riesgos de adicción, aunque con relativa frecuencia las fuentes de la época advierten del grave peligro de volverse loco si se abusa de

alguna de ellas; como lo hace Sahagún al hablar del *nexéhuac*, del toloache y de los honguillos que producen visiones. Pudiera ser que algunas de estas personas, ya enloquecidas por el efecto de la droga, representaran casos de adicción; sin embargo, sería aventurado hacer más conjeturas al respecto con la poca información disponible.

Lo que queda claro es que los efectos impactantes de todos estos elementos psicotrópicos se prestan mucho menos al establecimiento de adicciones, las cuales se hallan relacionadas con sensaciones placenteras, molestias al desaparecer los efectos de la droga y la necesidad de repetir la dosis a fin de regresar a la primera condición, y orientan a patrones de cronicidad en el consumo. Son mucho más frecuentes los cuadros de intoxicación aguda e incluso los brotes psicóticos que los fenómenos de adicción.

A continuación se consideraran algunos aspectos históricos importantes , a manera general, recordando simplemente su existencia y señalando que a partir del decenio de 1960 se han descrito adicciones, pero por lo regular se refieren al consumo de sustancias mezcladas a fin de buscar efectos combinados, por ejemplo, de excitación -sedación. Es menester señalar que este tipo de adicciones revela frecuentemente enfermedades mentales subyacentes.

Por ejemplo el peyote y la mezcalina son productos del siglo XX, aun cuando su exploración y estudio científico se esbozara desde los últimos decenios del siglo XIX, las plantas sagradas mexicanas y sus alcaloides han venido a provocar una crisis de valores que pone en tela de juicio las actitudes sociales consagradas por la modernidad ante los fármacos psicotrópicos. Si bien fueron conocidos y consignados por sabios y cronistas desde el siglo XVI, su íntima relación con las religiones prehispánicas fue causa de que se asociaran a lo demoníaco, tal y como sucede con las deidades antiguas cristianas. Con este carácter, muchas de ellas pernearon a través de los siglos de dominación española, saliendo a la luz de vez en vez en los expedientes de juicios inquisitoriales. Ocultas todavía, estuvieron presentes con sus poderes sobrenaturales en la instauración de la República y ante el impresionante sello europeo del proyecto de modernización.

Es en los últimos decenios del siglo XIX, que con los intentos de recuperación de un pasado y una identidad indígenas, y la incipiente curiosidad

etnográfica, cuando reaparecen a los ojos de la cultura moderna esas sustancias con aureola de divinidad.

La primera planta en adquirir representatividad y sentido en este contexto fue el peyote (*Lophophora williamsii*), cuyo uso fuera destacado por Carl Lumholtz entre tarahumaras y huicholes (Lumholtz, 1902). Independientemente de estos usos por parte de grupos étnicos pertenecientes a culturas indígenas y de los que le dieran las poblaciones mestizas relativamente aculturadas, el "descubrimiento" pronto llamó la atención de representantes de la industria farmacéutica. Las pingües ganancias que habían obtenido con la comercialización de alcaloides hacían aún más interesante la cuestión, sobre todo en el terreno de los fármacos con acciones sobre la mente y el sistema nervioso central.

A raíz de un viaje a México en 1888, Louis Lewin -desde ese tiempo un radical adversario de la cocaína y la morfina-, estudió el peyote en su laboratorio de Berlín, obteniendo cuatro alcaloides de los que solamente a uno, la mezcalina, atribuyó los potentes efectos psicotrópicos que advertiera a través de la observación de los usos rituales de la planta (Lewin, 1885). Es en su honor que la planta fue denominada de inicio *Anhalonium lewinni*. También es interesante ver cómo Lewin quedó fascinado por la realidad que se abría ante él. Al principio, separó todo lo que estaba ahora estudiando de los satanizados productos a cuyo uso venía oponiendo. Tras ingerir él mismo el fármaco, y observar sus efectos sobre otros colegas que se prestaron a llevar a cabo la ingestión bajo condiciones de experimento controlado, Lewin pudo hablar de efectos farmacológicos, señalando las importantísimas modificaciones funcionales que provocaba y la forma como actuaba exclusivamente sobre la percepción, produciendo lo que él mismo llamó "fantasmas sensoriales", así como de provocar un vuelco de la actividad mental en particular.

De golpe, el espíritu racional de Lewin entendió que el mundo ofrecía otras posibilidades diferentes a lo que pudiera llamarse reduccionismo científico. Comprendió que quien es objeto de la intoxicación, sin perder su subjetividad, se siente transportado a otra dimensión de la sensibilidad y de la inteligencia, y también porque "el indio viejo de México haya visto en esta planta la encarnación vegetal de una divinidad" (Lewin, 1970).

Se sorprendió también de que los fenómenos físicos concomitantes a la intoxicación eran mínimos y sin consecuencias, enfocándose las acciones farmacológicas especialmente hacia las "esferas superiores de la percepción".

Es evidente que Lewin estaba dando lugar a la primera aproximación plenamente occidental de la existencia y validez cultural de estados alterados de la mente que no se limitaban a acceder sólo a situaciones lúdicas, sino daban paso formal a realidades que podían ser "superiores". Por lo tanto y en un tono francamente profético, expresó la posibilidad de elaborar modelos farmacológicos experimentales en los que se empleara peyote, y el ser humano ocupara el lugar del animal en el laboratorio, con las ventajas derivadas para el avance de la psiquiatría, la psicología y la fisiología cerebral; es en este último rubro en el que ahora, a tres cuartos de siglo de que fueran expresados estos conceptos, deben incluirse la psicofarmacología y la bioquímica cerebral (Lewin, 1970).

No faltaron otros científicos que de inmediato siguieron la huella de Lewin. Entre ellos se encuentra K. Beringer, su amigo personal, quien en el instituto que llevó su nombre realizó numerosos ensayos con extractos de peyote y con mezcalina; entre los cuales además de los autoensayos, se cuenta el desarrollo de toda una línea de investigación que toma como modelo los trabajos de Moreau de Tours con el hachís, utilizando la nueva droga para provocar psicosis experimentales y a través de ellas penetrar en los mecanismos íntimos del funcionamiento psíquico.

En su estudio, publicado en 1922, juzgado por Jünger como amplio pero de poca profundidad (Jünger, 1967) y comparado frecuentemente con los famosos textos autobiográficos de Aldous Huxley, abundó en el relato pormenorizado de sus experiencias personales con la mezcalina, insistiendo en que lo más notable era la posibilidad de sentirse "en el centro mismo de la elaboración universal viviendo la vida cósmica" (Beringer, 1922).

Es muy extraño que en los "viajes" con mezcalina sean las cosas banales las que adquieren verdadera significación. El individuo se halla cautivado por una producción particular, en el sentido hollywoodesco, en la que antes de los grandes espectáculos se enarbola una bandera llamativa en el palo más alto; hasta allí, buscando señales, seguro de que uno se encuentra todavía dentro del mundo moderno. De allí en adelante se siente "absorbido por las visiones, las meditaciones, las sensaciones visuales y auditivas, hasta que el mundo estaba francamente fuera de sus goznes y la tensión crecía dolorosamente. Se hubiera dicho que la marea de imágenes no bastaba, que era indispensable dejarla atrás" (Jünger, 1967).

Rebasado este momento, algunas veces por la inercia, otras con la ayuda de una nueva dosis de mescalina, se llega más allá de la barrera del sonido, más allá de la posibilidad de sobrecarga, se accede a la presencia de ese punto en el que el tiempo toca la eternidad.

La percepción de lo inquietante es característica de la intoxicación del peyote y fuente de una angustia esencial que acorrala a quien lo experimenta (Jünger, 1967). Cuando se intenta librar distancias insalvables para aproximarse a lo desconocido, se corre el riesgo de fracasar y la posibilidad de separación del ser, traducida en ese temor visceral, que han relatado tantos exploradores de los estados diferentes de la mente, al que se llega cuando se está ante la inminencia del desmembramiento, de la disolución del yo, de la fuga imparable hacia la nada, sensación propia de todo aquel que no ha dialogado lo suficiente con los espíritus que moran en la planta y sus subproductos. Ésa es la característica esencial de los fármacos procedentes del México antiguo, son demasiado vivos, con ellos no existe el riesgo de que se troquen en incoloros o de que se congelen, como sucede con la morfina o los derivados de la cocaína; actúan brutalmente y arrastran en forma imperiosa, fuerzan la entrada a las imágenes, a los palacios y a las criptas, a los pisos celestiales y a las entrañas del inframundo. Pasado este trance, es posible llegar a las fuentes del poder creador del tiempo (Hernández, 1977).

Esto y no la carencia de la mescalina, es lo que mueve a los curanderos huicholes a buscar el peyote y a ingerirlo. Su búsqueda es esencial, los conduce a la gran puerta de entrada a la realidad de lo trascendente, les lleva a Wirikuta, la región que no pertenece más a este mundo. Así, en términos generales, resulta un crimen antropológico hablar de adicción o vicio en este tipo de situaciones.

Por otro lado, una de las más potente drogas psicodélicas conocidas hasta el momento actual y catalogada en el grupo de los psicodislépticos, es decir, de aquellos fármacos que alteran sustancialmente las funciones psíquicas, es el LSD; el cual ha provisto el mecanismo evasivo por excelencia de la generación impugnadora del decenio de 1960.

Las características farmacológicas de la acción del LSD sobre la mente fueron descubiertas por casualidad en 1943 por Albert Hoffmann, hombre de ciencia, íntegro y tal vez la figura más conocida popularmente dentro del campo de la psicofarmacología, al ingerir en forma accidental una pequeña dosis. Poco después, la tomo deliberadamente y dejo anotaciones de esta primera experiencia.

Estudios etnobotánicos y fotoquímicos han corroborado que los principios activos de plantas bien conocidas en tiempos prehispánicos, como lo eran el *ololiuhqui* (*Turbina corymbosa*) y la *Ipomea violacea*, eran semejantes a la dietilamida del ácido lisérgico y tenían, por consiguiente, las mismas acciones. Los usos rituales de estas plantas, especialmente de tipo adivinatorio o curativo, están bien documentados desde el siglo XVII, más que nada a partir de denuncias hechas a la Inquisición. Como es lógico, se relacionaban con los antiguos dioses y quien las usaba era acusado de hechicería.

Para finalizar, el último fármaco que se mencionará es el *teonanácatl*, hongos divinos del género *psilocibe* y *stropharia* que súbitamente, hace cerca de 40 años, surgieron a la luz desde las profundidades de las cañadas de la sierra mazateca o más bien, desde las profundidades de los tiempos prehispánicos.

Efectivamente, a partir de la conquista española, los hongos sagrados, al igual que muchas otras plantas, animales y compuestos, desaparecieron de la luz del día y fueron confinados a los grupos de devotos iniciados que supieron muchas veces superponer un cristianismo, genuino pero *sui generis*, a la fe en los antiguos Dioses. Desde allí llegó su existencia a oídos de quines buscaban información acerca de las costumbres y medicinas usadas por los indígenas prehispánicos. Supieron de ellos fray Bernardino de Sahagún (Sahagún, 1969), Francisco Hernández (Hernández, 1959), Torquemada (Torquemada, 1969), Durán (Durán, 1967). Supieron de ellos los inquisidores, y aparecen algunas veces en las páginas de algunos procesos; sus noticias no dejan de figurar durante el siglo XVII, en obras que, como las de Ruiz de Alarcón (Ruiz de Alarcón, 1892) y Jacinto de la Serna (Serna, 1892), pretendían ser guías para otros perseguidores y pretensos erradicadores de las antiguas religiones.

De ese ocultamiento que duro siglos, los *teonanácatl* habrían de surgir a la luz de Occidente la noche del 29 de junio de 1955 cuando, tras dos viajes infructuosos a Huautla de Jiménez, en el corazón de la sierra mazateca, Richard Gordon Wasson (Wasson, 1980) fue guiado en su primera experiencia por los cantos chamánicos de María Sabina; mujer sabia que conocía la palabra antigua y que sería lanzada a la fama por la publicidad de los escritos del mismo Wasson.

Esa noche, envueltos por los cantos reverberantes, monódicos, de María Sabina, Wasson y Allan Richardson, su fotógrafo, irrumpieron con toda una civilización extraña en el umbral sagrado de la antigua Mesoamérica. Las visiones se apoderaron de ellos, primero de patrones geométricos, angulares y ricamente coloreados, después estructuras arquitectónicas que a Wasson parecieron orientales pero que no podía hacer concordar con ninguna de las conocidas por él.

Refiere también que, tras una inmensa sucesión de visiones, las paredes de la choza se diluyeron y su alma pudo flotar en el empíreo: los hongos lo habían llevado "allí adonde Dios está". Reporta haber visto motivos artísticos arquetípicos y paisajes variados y maravillosos, y a pesar de tener un olfato débil, refiere haber entrado en el mundo de los olores de iridiscentes armonías, en una palabra:

Todas las visiones tenían esa prístina cualidad que asociamos con la magia de la suprema expresión literaria... en las vidas de todos nosotros hay momentos en los que el mundo se detiene, cuando las cosas más burdas súbita e inexplicablemente se visten a sí mismas con belleza, con una belleza arrebatadora.. (Wasson, 1980).

Con las experiencias de otras veladas, Wasson aumentó el repertorio de las visiones percibidas y, de ser originalmente micófono, se convirtió en uno de los más entusiastas promotores de la función creadora que el hongo puede ejercer sobre la mente humana. Sin embargo, ni aún él ha podido arrogarse el título de adicto a los *teonanácatl*.

Incidentalmente, existe un relato autobiográfico de María Sabina en el que narra algunas de sus experiencias tras ingerir los hongos. Cuando los probó de niña, movida por una inmensa curiosidad al observar por una rendija una velada hecha con fines curativos, sólo sintió borrachera primero y bienestar después.

Años más tarde, desesperada porque su hermana padecía una enfermedad de la que no la había podido sanar ninguno de los curanderos de la región, decidió probar ella misma con los hongos, con la esperanza de que la guiarían para obtener la curación de la enferma. Tomó unos 30 pares, una cantidad desmesurada, y sintió que poco a poco podía hablar con más facilidad y que los "niños santos" guiaban sus manos en el masaje que empezó a hacer a su hermana hasta que tuvo un sangrado y, al desaparecer éste, se dejó de quejar y se durmió. Pero entonces los "santitos" siguieron trabajando dentro de ella, vio a los que ella identificó como los Seres Principales, y después percibió una voz que era de los hongos y se los presentó.

Uno de ellos le mostró el libro de la sabiduría y le dijo: "todo lo que en él hay escrito es para ti". No pudo ni tocar, ni acariciar el Libro, que es lo que hubiera querido, pero al contemplarlo empezó a hablar y se dio cuenta de que estaba leyendo, aun cuando nunca había aprendido a leer. Las frases con las que continua su relato, y que aquí se transcriben, marcan la esencia de la visión que ha cumplido superlativamente su fin y permitido acceder a un nivel superior de calidad humana:

Yo había alcanzado la perfección... Cuando se toman los niños santos se puede ver a los Señores Principales. De otra manera, no. Y es que los hongos son santos; dan sabiduría. La sabiduría es el Lenguaje, el Lenguaje ésta en el Libro... Yo aprendí la sabiduría en el Libro. Después, en mis posteriores visiones el Libro ya no aparecía porque su contenido ya lo guardaba en mi memoria... (Estrada, 1977).

Posteriormente, María Sabina, la que había sido hasta esos momentos una pobre mujer como hay muchas en el campo, podía mirar, encarar y hablar con los seres sobrenaturales, podía hablar a Dios, había adquirido eso que les faltó tanto a Huxley como a Wasson, la estructuración de una visión del mundo que, en su caso, le confería el respaldo y el poder de una cultura milenaria.

Problema esencialmente humano, el uso de drogas psicotrópicas, en una variedad infinitamente más amplia que la que se ha presentado en estas páginas, se mueve entre la adicción y el acceso a realidades cualitativamente diferentes, entre experiencias fundamentales y la muerte. Depende de cada individuo el camino que con ellas siga o que decida emprender el camino. Sin embargo, en diferente medida y representando problemáticas de muy diversa magnitud, las adicciones han dejado de ser el campo de consignación de lo exótico, el terreno de la reprobación moralizante, para convertirse en un espacio prioritario para los tratamientos médicos y psicológicos, y un área de interés especial y de urgencia social para eslabonar acciones de salud pública.

CAPITULO 2 FARMACODEPENDENCIA

La Farmacodependencia constituye un fenómeno sumamente complejo, donde intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales, y se debe tener siempre presente que cualquier caso de Farmacodependencia está determinado por tres unidades, es decir, la droga en sí y sus efectos, la persona farmacodependiente con sus características tanto genéticas, físicas como psicológicas y el medio ambiente es decir, el núcleo familiar, la sociedad, el nivel cultural, la educación, la situación económica, entre otras. Debido a lo anterior se considera a la Farmacodependencia como un Problema de Salud Pública y de Salud Mental que no respeta edades, ni clases sociales, lo mismo afecta a niños, niñas, adolescentes, jóvenes que a adultos, a pobres que a ricos. Por supuesto que cada grupo de edad y de clase social tiende a consumir cierto tipo específico de droga, aparte de que las situaciones de abuso y los efectos son diferentes en cada ámbito, y sin duda, es en los jóvenes donde la Farmacodependencia adquiere su carácter más dramático.

El número de fármacos de abuso es muy grande y cada vez tiende a aumentar. Entre ellos se encuentran tanto compuestos naturales como sustancias sintéticas, Algunas drogas son productos ilícitos, otras son medicamentos que pueden adquirirse en farmacias y se puede considerar que algunos casos de Farmacodependencia se inician a raíz de la prescripción de un medicamento por parte de un médico.

Las motivaciones para consumir drogas varían ampliamente, entre los jóvenes, la Farmacodependencia es un vehículo para experimentar sensaciones nuevas, una manera de pertenecer a un grupo, de manifestar rebeldía, de estimularse para poder preparar un examen ó simplemente para combatir el ocio. Otras personas usan drogas para no sentir hambre y poder reducir el peso, algunas más emplean medicamentos para disminuir la angustia, otros muchos necesitan consumir drogas para dormir, para despertar, para trabajar, para descansar, en fin, para hacer frente a las exigencias cotidianas de la vida o de su propia realidad.

Debemos considerar también las situaciones sociales que propician la Farmacodependencia, como por ejemplo, la incomprensión, la desconfianza y la falta de oportunidades para los jóvenes, así como, las tensiones que produce la vida moderna, la propaganda de compañías farmacéuticas que presentan sus productos como la solución a todos los problemas de la vida, con el fin de que se vendan en forma masiva, etc.; vemos pues, que la Farmacodependencia es un fenómeno muy complejo y para entenderlo, detenerlo y combatirlo hay que conocerlo desde su origen hasta la magnitud y alcances que ésta problemática conlleva, es por ello que en este capítulo se hará una revisión de

conceptos y definiciones que permitan entender de una forma real y adecuada a la Farmacodependencia en sí y explicar porque se considera un problema de salud pública y de salud mental.

2.1 DEFINICIONES

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) recomienda que se utilice el término Farmacodependencia, en vez de utilizar otros nombres como toxicomanía, drogadicción y hábito y proporciona en su decimosexto informe adoptar el término de Farmacodependencia, entendido como "el estado psíquico, y a veces físico, causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco; se caracteriza por modificaciones del comportamiento y otras reacciones que comprenden siempre el impulso irresistible a tomar un fármaco en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos y, a veces, para evitar el malestar producido por la privación" (Díaz Müller, 1994). El uso indebido de drogas constituye un asunto de salud pública de primera magnitud "en el que participan un conjunto de actos concatenados que influyen en todos los ámbitos de la vida social: desde la producción e intermediación hasta el consumo" (Díaz Müller, 1994).

Para entender el concepto es necesario desglosar la definición anterior, en primer lugar, la definición establece que para que exista Farmacodependencia es necesario que un ser vivo entre en contacto con un fármaco, y la O.M.S. lo define así, "droga o fármaco es toda sustancia que, introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más de sus funciones" (S.S.A., 1992). Es decir, un fármaco es una sustancia ajena al organismo, que al entrar en él altera alguna de sus funciones normales.

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

Nuevamente, pueden existir aquí dos tipos de motivaciones para tomar el fármaco: en todas las ocasiones, el fármaco se toma para experimentar sus efectos sobre la mente; además, ciertas drogas se emplean para evitar molestias, a veces muy graves, producidas por el hecho de dejar de tomarlas.

La O.M.S. define la dependencia como un estado en el cual su autoadministración produce daños al individuo y a la sociedad, esta definición puede incluir los conceptos de dependencia física y psicológica.

Antiguamente se hacía una distinción importante entre dos formas de dependencia: se consideraba que unas drogas causaban principalmente dependencia física, mientras que otras se limitaban a provocar dependencia psicológica. Esta distinción se basaba en los diferentes efectos que producía el consumo de varias clases de drogas. Una de las consecuencias de esta dicotomía era apoyar la concepción de que ciertas drogas eran de naturaleza inocua, al considerarse que la dependencia psicológica era manejable, y por tanto, solamente deberían restringirse aquellas drogas que provocaban dependencia física. Desde esta perspectiva, se define a la dependencia psicológica "como un estado caracterizado por preocupaciones emocionales y mentales relacionadas con los efectos de las drogas y que se manifiesta por una conducta de búsqueda continua" (Medina, 2001).

Esta dependencia psicológica también es conocida como habituación, es decir, "es el uso compulsivo de una droga sin desarrollo de dependencia física, pero que implica también un grave peligro para el individuo" (S.S.A, 1992), en otras palabras, en la dependencia psicológica no se presentan trastornos fisiológicos al suspender bruscamente la droga. Sin embargo el individuo siente la necesidad irreprimible de tomarla. Este consumo compulsivo provoca alteraciones en la mente de la persona, que varían según el tipo de droga. De cualquier forma. Las alteraciones mentales son lo suficientemente importantes como para poner en peligro al individuo.

Por otra parte, definir la dependencia física es "como un estado en el cual el organismo se ha adaptado de tal forma a la presencia de la droga que, cuando se le suspende, provoca claros síndromes físicos de abstinencia, los cuales usualmente se manifiestan con dolor" (Medina, 2001).

También se le conoce como adaptación, o sea, "es un estado de adaptación biológica que se manifiesta por trastornos fisiológicos más o menos intensos cuando se suspende bruscamente la droga", Esto significa que cuando existe dependencia física, el organismo se acostumbra a la droga y la necesita para vivir. Entonces si bruscamente se deja de tomar la droga, ocurren trastornos fisiológicos, como alteraciones en la frecuencia cardiaca, en la presión arterial y en la respiración; sudoración, vómitos, delirios, convulsiones, pérdida de la razón (S.S.A. 1992).

Las alteraciones pueden ser leves o graves, al grado que puede llevar a provocar la muerte. Todos estos trastornos fisiológicos, producidos al suspender bruscamente un fármaco que produce dependencia física, se conocen como síndrome de abstinencia. El síndrome de abstinencia es diferente para cada droga, y se puede caracterizar también por presentar episodios de irritabilidad, inquietud, dificultad de concentración, incremento del apetito, apatía, ligera confusión, somnolencia, impaciencia, desgano, mal humor, depresión, otras sensaciones subjetivas y muchos cambios fisiológicos.

Los síndromes de abstinencia aparecen después de un periodo de consumo, al disminuir o suspender el uso del fármaco. Existe una fase aguda, que por regla dura de siete a 15 días, una subcrónica que se prolonga hasta seis meses, y otra crónica que puede durar el resto de la vida. Un tratamiento sugerido implica la aplicación de un fármaco sustituto con el objeto de hacer más suave la supresión de la droga y facilitara la adaptación del cerebro. Y al final eliminar el sustituto (Uriarte, 1999).

Es decir, el grado de dependencia puede evaluarse a través de la magnitud de los síntomas de abstinencia que se producen cuando la droga se suspende abruptamente, después de un periodo relativamente prolongado de uso. La peligrosidad de una droga se define en función de la magnitud de los síntomas de abstinencia que se producen después de que la droga es retirada del organismo, así como las consecuencias individuales, familiares y sociales que provoca su uso.

Cualquiera de estos dos tipos de dependencia referidos anteriormente pueden o no acompañarse de otro fenómeno llamado tolerancia, su definición es la siguiente: "tolerancia es la adaptación del organismo a los efectos de la droga, lo que implica la necesidad de aumentar las dosis para seguir obteniendo resultados de igual magnitud" (S.S.A., 1992).

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

La tolerancia está muy relacionada con la dependencia. Una persona que usa drogas con efectos psicoactivos usualmente quiere que los efectos deseados duren tanto como sea posible. El proceso del metabolismo de la droga limita la duración de su acción. La exposición repetitiva ocasiona que la droga se metabolice más rápido y que la duración e intensidad del efecto deseado se reduzca considerablemente. En estos casos, se dice que la persona es tolerante metabólicamente a los efectos de la droga. A fin de volver a obtener los mismos

efectos, esta persona tiene que aumentar tanto la dosis como la frecuencia con que se administra. Sin embargo, los efectos continuarán disminuyendo cada vez (Medina, 2001).

Se puede decir que durante la tolerancia el organismo ya está habituado al consumo inmoderado y por ende ya no se generan los mismos síntomas que al inicio se experimentaron por lo que el sujeto debe incrementar la frecuencia, la dosis o el tipo de droga ya que los síntomas desagradables comienzan a aparecer con mayor frecuencia. De ésta manera el desarrollo de la tolerancia puede contribuir al proceso de dependencia por el simple hecho de incrementar la dosis o consumirla con mayor frecuencia.

Es importante mencionar también dentro del marco de la Farmacodependencia las características del uso y abuso de sustancias, aunque el uso de estas es una condición incierta, su distinción del abuso no es clara. La mayor dificultad estriba en que el uso y el abuso no pueden colocarse como extremos de una sola dimensión; existen parámetros sociales, médicos, biológicos. La distinción entre uso y abuso depende en gran medida del carácter legal de la producción, adquisición y uso con fines de intoxicación de las diferentes sustancias (Medina, 2001).

Por lo tanto, es necesario hacer definir al abuso como: "el consumo de una droga en forma excesiva, persistente o esporádica, incompatible o sin relación con la terapéutica médica habitual" (S.S.A., 1992); es decir, algunas drogas se utilizan como medicamentos, mientras que otras siempre constituyen productos ilícitos.

Para que se pueda hablar de abuso de una droga, es necesario que esta sea ilícita, o bien, que no sea usada como parte de un tratamiento médico. Además, el consumo de la droga tiene que hacerse en cantidades excesivas, no importa si se le utiliza de vez en cuando o en forma continua.

2.2 CLASIFICACIÓN DE DROGAS

Durante esta parte inicial hemos revisado las definiciones más importantes del complejo fenómeno de la Farmacodependencia y una vez comprendidas, pasaremos a analizar algunos conceptos generales que permitan identificar tanto la clasificación de las drogas como sus efectos y consecuencias en el organismo.

Existe un gran número de drogas y fármacos que pueden dar origen a un estado de Farmacodependencia, por ello resulta importante el clasificarlas, ya que de esta forma será más fácil conocer sus efectos y más sencillo identificar el tipo de droga de que se trata.

También se sabe que hay muchas y muy variadas clasificaciones de drogas, como lo puede ser la que se considera de uso médico y no médico, la diferencia radica en la prescripción y control del medicamento por parte de un doctor con fines de curación y no de intoxicación; otra muy común es la que hace referencia a que si son drogas legales e ilegales, esta clasificación esta a cargo de la S.S.A., en donde se considera al alcohol, al tabaco, a la cafeína, el chocolate, el té y a los medicamentos y a los solventes como drogas de uso legal por cumplir con ciertas normas de regulación, en tanto que a la marihuana, la cocaína, la heroína por mencionar algunas las considera como ilegales, porque su producción, tráfico, posesión, venta se considera como un delito.

Existe otra clasificación de las drogas de acuerdo a su origen: de origen natural como es el ejemplo de la marihuana, la cocaína, el opio, la morfina; las sintéticas, que son todas aquellas que necesitan algún tipo de elaboración química para su obtención como el LSD, las anfetaminas, los barbitúricos y los tranquilizantes y las industrializadas que son productos como los solventes, entre los más comerciales están el thinner, la gasolina, el cemento plástico, el tolueno y pegamentos industriales.

Una clasificación más, estriba en su potencialidad farmacológica como drogas duras y drogas blandas, ésta división se basa principalmente en el nivel de peligrosidad de cada droga en lo que a producir tolerancia se refiere. Clasificación que se muestra muy limitada y hasta arbitraria en la medida en que es casi imposible determinar con precisión o en forma exacta como va a reaccionar el individuo ante la misma droga.

Hay instituciones y autores que se dedican a trabajar en el marco de la Farmacodependencia que también tienen sus propias clasificaciones por ejemplo, según la descripción que se hace en la Carpeta Informativa de Prevención a la Farmacodependencia (1993), de la Subdirección de Prevención a la Farmacodependencia, de la Dirección General de Prevención del Delito y Servicios a la Comunidad que tiene la Procuraduría General de la República, y que es un instrumento con datos confiables y esta elaborado para fines didácticos y dirigido principalmente a comunicadores sociales en la prevención a la Farmacodependencia,,las clasifica de la siguiente manera:

- Psicotrópicos, del griego psique que significa mente y tropos que significa cambio o modificación, por lo que cualquier droga, sea estimulante o depresor de origen natural o sintético, todas alteran una ó más funciones normales de cualquier organismo humano; por lo que se puede decir que ocurren cambios o modificaciones en la conducta, comportamiento de todo usuario de drogas.

- ⊙ Narcótico, sustancia que induce al sueño y produce sopor.
- ⊙ Enervante, son todas aquellas sustancias que debilitan.
- ⊙ Estupefaciente, como su propio nombre lo indica es un producto que al ser consumido produce entorpecimiento de las facultades intelectuales.
- ⊙ Depresor, es la sustancia que produce la transmisión lenta de la información.
- ⊙ Estimulante, este desarrolla una taquitransmisión de información en el sistema nervioso.
- ⊙ Alucinógenos. Origina sensaciones subjetivas, sin que estas sean precedidas por estimulación sensorial.

De acuerdo al Consejo Nacional Contra las Adicciones, menciona que los fármacos de abuso se clasifican de acuerdo con el efecto sobre la actividad mental o el estado psíquico de una persona. Este efecto puede ser de dos tipos: acelerar o retardar la actividad mental, dice además, que las drogas que aceleran la actividad mental y que, por lo tanto, producen estados de excitación, reciben el nombre de estimulantes. Los fármacos que retardan dicha actividad se llaman depresores.

Hay tres tipos de estimulantes que pueden producir Farmacodependencia. El primero de ellos es el de las anfetaminas, el segundo es la cocaína, las drogas del tercer grupo producen una excitación mental que se manifiesta en forma de alucinaciones, donde los sentidos se distorsionan y se perciben objetos que no existen en la realidad; este grupo comprende a los alucinógenos. De ellos el más comúnmente usado en nuestro país es la marihuana, que en grandes dosis produce alucinaciones, aunque en cantidades pequeñas no lo hace. Dentro de los alucinógenos también se encuentran otras drogas que, aunque no son tan comunes, empiezan a representar un problema. Tal es el caso del LSD, de la mezcalina y de la psilocibina. De todos los estimulantes, sólo las anfetaminas tienen algún uso médico, pues a veces se usan en el manejo de la obesidad (S.S.A., 1992).

Los depresores comprenden, en primer lugar, al alcohol, que es una droga. De hecho, es la droga que más se consume y que más problemas ocasiona en nuestra sociedad. Otros depresores son los barbitúricos y los tranquilizantes, que en ocasiones se utilizan como medicamentos. En este grupo se ubica también la morfina y sus derivados (la heroína, y la codeína). La morfina se emplea médicamente desde tiempo atrás para calmar los dolores

más intensos. Por último, tenemos un grupo especial de depresores, formado por los inhalables. Estas drogas no se toman ni se inyectan como casi todas las demás, sino que se inhalan por la nariz y la boca. Dentro de los inhalables se encuentran el cemento plástico, el thinner, el éter, la acetona y otros. Su abuso constituye uno de los más graves problemas de Farmacodependencia en México (S.S.A., 1992).

Por su parte autores como Massün, E. (1991) distingue tres diferentes grupos de drogas entre los que figuran:

- ⊙ Psicodislépticos: son depresores del Sistema Nervioso Central (S.N.C.), entre los que se encuentra el alcohol, los sedantes (barbitúricos y tranquilizantes), los narcóticos (opio, morfina, heroína y codeína) y las sustancias volátiles o inhalables (aunque estas son igualmente alucinógenos).
- ⊙ Psicoanalépticos ó psicotónicos: son aquellos que funcionan como estimulantes del S.N.C., grupo al que pertenecen las anfetaminas, la cocaína, el tabaco y la cafeína.
- ⊙ Psicodislépticos: definidos como perturbadores del S.N.C., en este grupo se incluyen a los alucinógenos como el LSD, la mezcalina, psilocibina y la cannabis, esta última es una droga ambivalente ya que simultáneamente es estimulante y tranquilizante, pero puede provocar distorsión sensorial y ocasionalmente alucinaciones.

Por otro lado y a manera de comparación proponen Zamudio, T. y Grifé, C. (1992), la misma clasificación con la modificación de llamarlos en el mismo orden: estimulantes, depresores y alucinógenos.

Como podemos apreciar son varias las clasificaciones que podemos tener de las drogas, de acuerdo a instituciones ó autores, pero a excepción de las clasificaciones de origen natural o sintético y de carácter legal e ilegal, las demás coinciden en ubicar por grupos a las drogas: Opioídeos, Depresores, Estimulantes, Alucinógenos e Inhalables, todas ellas afectando directamente las funciones del Sistema Nervioso Central.

A continuación se muestran las tablas en donde se clasifican a las drogas de acuerdo a su grupo de pertenencia así como sus nombres comerciales o populares, si es de uso médico, tipo de dependencia que producen, tolerancia, duración del efecto, vías de administración, efectos de la intoxicación y el síndrome de abstinencia que provocan, para la fácil detección de un farmacodependiente.

OPIOIDES

DROGAS	NOMBRE	USO	DEPENDENCIA	DEPENDENCIA	TOLERANCIA	DURACIÓN DE EFECTOS	VÍAS DE ADMINISTRACIÓN
GRUPO	COMERCIAL	MÉDICO	FÍSICA	PSICOLÓGICA			
OPÍO		NO	ALTA	ALTA		3 - 6	ORAL
I		ACTUALMENTE				HORAS	FUMADA
MORFINA		ANALGÉSICO	ALTA	ALTA	SÍ	3 - 6	ORAL
I						HORAS	FUMADA INYECTADA
HEROÍNA		NO	ALTA	ALTA	SÍ	3 - 6	ORAL ,ASPIRADA
I		ACTUALMENTE				HORAS	FUMADA INYECTADA
MEPERIDINA	DEMEROL	ANALGÉSICO	ALTA	ALTA	SÍ	3 - 6	ORAL
I						HORAS	INYECTADA
CODEÍNA	CODERIT	ANALGÉSICO	MODERADA	MODERADA	SÍ	3 - 6	ORAL
II	BRONTONYL	ANTITUSÍGENO				HORAS	INYECTADA
DIFENOXILATO	LOMOTIL	ANTIDIARREÍCO	BAJA	BAJA	SÍ	6 - 8	ORAL
						HORAS	
FENTANILO	FENTANEST	ANALGÉSICO	ALTA	ALTA	SÍ	1 - 1 1/2	INYECTADA
I		GENERAL				HORAS	
NALBUFINA	NUBAIN	ANALGÉSICO	ALTA	ALTA	SÍ	5 - 8	INYECTADA
II						HORAS	
PROPOXIFENO	DARVON	ANALGÉSICO	MODERADA	MODERADA	SÍ	4 - 5	ORAL
I/II						HORAS	INYECTADA

SÍNDROME DE INTÓXICACIÓN

EUFORIA SEGUIDA POR APATÍA; ESTADOS DISFÓRICOS; ENLENTECIMIENTO PSICOMOTOR; DETERIORO DE LA CAPACIDAD DEL JUICIO; CONTRICCIÓN PUPILAR; SOMNOLENCIA; LENGUAJE FARFULLANTE; DETERIORO DE LA CAPACIDAD DE ATENCIÓN O DE LA MEMORIA.

SÍNDROME DE ABSTINENCIA

SENSACIÓN DE NECESIDAD DE CONSUMIR UN OPÍACEO; NÁUSEAS; VÓMITOS; DOLOR MUSCULAR; LAGRIMEO; RINORREA; DILATACIÓN PUPILAR; PILOERECCIÓN; SUDORACIÓN; DIARREA; BOSTEZOS; FIEBRE; INSOMNIO.

DEPRESORES

DROGAS	NOMBRE	USO	DEPENDENCIA	DEPENDENCIA	TOLERANCIA	DURACIÓN DE EFECTOS	VÍAS DE ADMINISTRACIÓN
GRUPO	COMERCIAL	MÉDICO	FÍSICA	PSICOLÓGICA			
BARBITÚRICOS III	FENOBARBITAL	ANESTÉSICO ANTICONVULSIVO HIPNÓTICO	MODERADA	MODERADA	SÍ	1 - 16 HORAS	ORAL INYECTADA
BENZODIACEPINAS II	LIBRIUM, VALIUM, TRANXENE, ATIVÁN, URBADÁN, ROHYPNOL HALCIÓN	ANSOLÍTICO, HIPNÓTICO, RELAJANTE MUSCULAR, ANTICONVULSIVO	BAJA	BAJA	SÍ	4 - 8 HORAS	ORAL INYECTADA
BUSPIRONA III	NEUROSINE	ANSIOLÍTICO	NO SE CONOCE	NO SE CONOCE	SÍ	3 HORAS	ORAL

SÍNDROME DE INTÓXICACIÓN

DESHINIBICIÓN DE IMPULSOS SEXUALES O AGRESIVOS; LABILIDAD AFECTIVA; DETERIORO DE LA CAPACIDAD DE JUICIO; LENGUAJE FARFULLANTE; INCOORDINACIÓN, MARCHA INESTABLE; DETERIORO DE LA ATENCIÓN O LA MEMORIA.

SÍNDROME DE ABSTINENCIA

NÁUSEAS O VÓMITOS; MALESTAR O DEBILIDAD; TAQUICARDÍA; SUDORACIÓN; ANSIEDAD O IRRITABILIDAD; HIPERTENSIÓN ORTOSTÁTICA; TEMBLOR GRUESO EN MANOS, LENGUA O PÁRPADOS; INSOMNIO MARCADO; CRISIS CONVULSIVAS DE GRAN MAL.

ESTIMULANTES

DROGAS	NOMBRE	USO	DEPENDENCIA	DEPENDENCIA	TOLERANCIA	DURACIÓN DE EFECTOS	VÍAS DE ADMINISTRACIÓN
GRUPO	COMERCIAL	MÉDICO	FÍSICA	PSICOLÓGICA			
COCAÍNA	PERICAZO	ANESTÉSICO	ALTA	ALTA	SÍ	1 - 2 HORAS	FUMADA INYECTADA ASPIRADA
CRACK	COCA	LOCAL					
ANFETAMINAS	DEXEDRINA	NARCOLEPSIA	ALTA	SÍ	SÍ	2 - 4 HORAS	ORAL INYECTADA
METANFETAMINAS	ICE, ÉXTASIS, CRISTAL	NARCOLEPSIA	ALTA	SÍ	SÍ	8 - 24 HORAS	ORAL FUMADA
BIPERIDEN	AKINETÓN	ANTIPARKINSÓNICO	MODERADA	MODERADA	SÍ	4 HORAS	ORAL INYECTADA
II							
TRIHEXIFENIDIL	ARTANE	ANTIPARKINSÓNICO	MODERADA	MODERADA	BAJA	4 HORAS	ORAL
METILFENIDATO	RITALÍN	DÉFICIT ATENCIÓN	SÍ	ALTA	BAJA	2 - 4 HORAS	ORAL INYECTADA
II		NARCOLEPSIA					
OTROS II	TENUATE DOSPÁN, ESBELCAPS, IONAMÍN	ANORÉXICO	SÍ	ALTA	SÍ	2 - 4 HORAS	ORAL INYECTADA

SÍNDROME DE INTÓXICACIÓN

EUFORIA; GRANDIOSIDAD; PELEAS; INCREMENTO EN EL ESTADO DE ALERTA; AGITACIÓN PSICOMOTRIZ; DETERIORO DE LA CAPACIDAD DEL JUICIO; TAQUICARDIA; DILATACIÓN PUPILAR; ELEVACIÓN DE LA TENSIÓN ARTERIAL; SUDORACIÓN O ESCALOFRIOS; NÁUSEAS; VÓMITOS; ALUCINACIONES VISUALES Y AUDITIVAS.

SÍNDROME DE ABSTINENCIA

DISFORIA; FATIGA; INSOMNIO; HIPERSOMNIA; AGITACIÓN PSICOMOTRIZ.

ALUCINÓGENOS

DROGAS GRUPO	NOMBRE COMERCIAL	USO MÉDICO	DEPENDENCIA FÍSICA	DEPENDENCIA PSICOLÓGICA	TOLERANCIA	DURACIÓN DE EFECTOS	VÍAS DE ADMINISTRACIÓN
DIETILAMIDA DE ÁCIDO LISÉRGICO LSD	ÁCIDO	NINGUNO	NO	NO SE CONOCE	SÍ	8 - 12 HORAS	ORAL
FENCICLIDINA PCP Y ANÁLOGOS	POLVO DE ÁNGEL	VETERINARIO	POSIBLE	ALTA	SÍ	8 - 12 HORAS	ORAL FUMADA INYECTADA
PSILOCIBINA	HONGOS ALUCINÓGENOS	NINGUNO	POSIBLE	NO SE CONOCE	NO	2 - 3 HORAS	ORAL
MEZCALINA	PEYOTE	NINGUNO	NO	MODERADA	SÍ	8 - 12 HORAS	ORAL
OLLOLIUQUI	MARAVILLA	NINGUNO	NO SE CONOCE	NO SE CONOCE	NO SE CONOCE	2 - 4 HORAS	ORAL FUMADA

<p>SÍNDROME DE INTÓXICACIÓN</p> <p>ANSIEDAD; DEPRESIÓN; IDEAS AUTORREFERENCIALES; JUICIO ALTERADO; IDEACIÓN PARANOIDE; INSOMNIO; ALERTA EXCESIVA; PERCEPCIÓN INTENSIFICADA; DESPERSONALIZACIÓN; IDEAS DELIRANTES; ALUCINACIONES; CINESTESIAS; MIDRIASIS; TAQUICARDIA Y SUDORACIÓN.</p>
<p>SÍNDROME DE ABSTINENCIA</p> <p>NO SE HA REPORTADO</p>

CANNABIS

DROGAS GRUPO	NOMBRE COMERCIAL	USO MÉDICO	DEPENDENCIA FÍSICA	DEPENDENCIA PSICOLÓGICA	TOLERANCIA	DURACIÓN DE EFECTOS	VÍAS DE ADMINISTRACIÓN
MARIGUANA	YERBA, MOTA, CARE, MOSTAZA, JUANITA	NINGUNO	SÍ	MODERADA	SÍ	DÍAS HORAS	ORAL FUMADA
HASHISH	HASH	NINGUNO	SÍ	MODERADA	SÍ	2 - 4 HORAS	ORAL FUMADA

SÍNDROME DE INTÓXICACIÓN

EUFORIA; ANSIEDAD; SUSPICACIA; PERCEPCIÓN LENTIFICADA DEL TIEMPO; JUICIO ALTERADO; IRRITACIÓN
CONJUNTIVAL; AUMENTO DEL APETITO; SEQUEDAD DE BOCA; TAQUICARDIA; ATAQUE DE PÁNICO.

SÍNDROME DE ABSTINENCIA

INSOMNIO; IRRITABILIDAD; INQUIETUD; RINORREA; HIPOREXIA; AUMENTO DE LA SALIVACIÓN; PERDIDA DE PESO;
AUMENTO DE LA DIURESIS; ATAQUE DE PÁNICO.

INHALABLES

DROGAS	NOMBRE	USO	DEPENDENCIA	DEPENDENCIA	TOLERANCIA	DURACIÓN DE EFECTOS	VÍAS DE ADMINISTRACIÓN
GRUPO	COMERCIAL	MÉDICO	FÍSICA	PSICOLÓGICA			
NAFTA ETIL ACETATO, METIL ETIL ISOBUTILENO, METILENO, ACETONA, BENZOL, TRICLOROETILENO, TOLUENO, BENCENO, XILENO, NITRATO DE AMILO	RESISTOL 5000, ACTIVO, FLEXO, FZ 10, THINNER, GASOLINA, AGUARRÁS, PINTURA DE ZAPATOS, POPPERS	NINGUNO	ALTA	ALTA	NO (U OCASIONAL)	1 - 2 HORAS	INHALACIÓN

SÍNDROME DE INTÓXICACIÓN

MAREO; NISTAGMUS; INCOORDINACIÓN; ENLENTECIMIENTO MOTOR; MARCHA INESTABLE; LENGUAJE FARFULLANTE; LETARGIA; HIPORREFLEXIA; TEMBLOR; DÉBILIDAD MUSCULAR GENERALIZADA; VISIÓN BORROSA; DIPLOPIA; EUFORIA; ESTUPOR; COMA.

SÍNDROME DE ABSTINENCIA

ANSIEDAD; CEFALEA; INSOMNIO; CONVULSIONES; DOLOR ABDOMINAL. FIEBRE; INSOMNIO.

2.3 CLASIFICACIÓN DE USUARIOS

Durante el proceso de la adicción a las drogas, es necesario saber los tipos de usuarios que existen, para que se pueda considerar a una persona alcohólica, con problemas con el uso del tabaco y cuando se es un farmacodependiente, cada uno de estos usuarios va pasando por etapas que es muy difícil de precisar cuando se paso la línea de la siguiente etapa, comenzaremos hablando de los alcohólicos, posteriormente de los fumadores y al final de los usuarios farmacodependientes.

En la más reciente Encuesta nacional de Adicciones (ENA, 2003), se interrogó directamente sobre la frecuencia con que se consumían diferentes cantidades de alcohol por ocasión de consumo de cerveza, vino de mesa, destilados, pulque y alcohol de caña. Además se considero consumo alto la ingesta de cinco o más copas por ocasión. Con base en esta información se definieron siete patrones de consumo. Para cada frecuencia de consumo se consideraron niveles altos y bajos de ingesta de tal manera que, la clasificación es la siguiente:

- ⊙ **Abstemios.** Personas que no han consumido alcohol en los últimos doce meses.
- ⊙ **Bebedores poco frecuentes.** Personas que beben al menos una vez en el año, pero no lo hicieron en el último mes.
- ⊙ **Bebedores moderados/bajas cantidades.** Personas que bebieron en el último mes, no en la última semana y que limitan la cantidad de alcohol que consumen (beben menos de cinco copas por ocasión de consumo).
- ⊙ **Bebedores moderados/altas cantidades.** Personas que bebieron en el último mes, no en la última semana y que bebieron cinco copas o más por ocasión de consumo al menos una vez en el último año.
- ⊙ **Bebedores frecuentes/bajas cantidades.** Personas que bebieron en la última semana y que no bebieron cinco copas o más por ocasión de consumo.

- ⊙ **Bebedores frecuentes/altas cantidades.** Personas que bebieron en la última semana y que bebieron cinco copas o más por ocasión de consumo al menos una vez en el último año.
- ⊙ **Bebedores consuetudinarios.** Personas que bebieron en la última semana y que beben cinco copas o más por ocasión de consumo una vez por semana o con más frecuencia.

En el caso del tabaco, la Organización Mundial de la Salud recomienda dividir a los fumadores experimentales de los fumadores, utilizando el indicador de haber fumado en total 100 cigarrillos en su vida. Propone además las siguientes categorías: **no fumadores, ex fumadores y fumadores actuales**, de acuerdo con las siguientes definiciones:

- ⊙ **No Fumadores.** Personas que nunca han fumado.

- ⊙ **Ex fumadores:**

Ocasionales. Personas que fumaron en el pasado más de 100 cigarrillos, pero nunca fumaron diario.

Diarios. Quienes fumaron en el pasado más de 100 cigarrillos en su vida y fumaron diario.

- ⊙ **Fumadores ocasionales:**

Fumadores en reducción. Aquellos que llegaron a fumar diario pero que no lo hacen ya.

Experimentadores. Personas que han fumado menos de 100 cigarrillos en su vida y que actualmente fuman ocasionalmente.

Fumadores continuos. Quienes nunca han fumado diario, que han fumado al menos 100 cigarrillos en su vida, y actualmente fuman ocasionalmente.

- ⊙ **Fumador diario.** Personas que fuman todos los días.

- ⊙ **Fumador pasivo.** Se define al individuo expuesto al humo del tabaco en su medio ambiente.

Y finalmente, para identificar al tipo de consumidor de drogas ilegales como lo cita Cidur-Elis, (1980 en Mayor y Tortosa, 1990) existen cuatro tipos de consumidores:

- ⊙ **Consumidores experimentales.** Se trata de individuos que sólo han ensayado o probado los efectos de la droga, una o más veces pero no mayor a tres en un lapso de tiempo no menor a un año. Este grupo de personas podían no ser considerados como farmacodependientes debido a que el nivel de consumo es mínimo.
- ⊙ **Consumidores Ocasionales.** Son sujetos iniciados en el consumo de drogas, aunque en ellos todavía no existe una periodicidad de consumo.
- ⊙ **Consumidores habituales.** Estas personas utilizan la droga con regularidad y periodicidad fijas, aunque su dependencia no siempre les impide realizar su trabajo y mantener las relaciones interpersonales, este grupo puede pasar fácilmente de su categoría a una anterior o a la inmediata superior de acuerdo a la cantidad y frecuencia con lo que realicen el consumo.
- ⊙ **Consumidores crónicos.** Estos sujetos ya dependen súbitamente de las drogas, puesto que han pasado a formar parte de sus vidas, así como la generación de las diferentes dificultades y desadaptaciones al medio donde se desarrollan.

Hasta el momento en el presente reporte se ha revisado definiciones, terminología relacionada con la Farmacodependencia, se revisó las clasificaciones tanto de drogas como de usuarios de alcohol, tabaco y farmacodependientes, es decir se tiene un panorama general del proceso de adicción a una sustancia tóxica, porque hay que recordar que también existe la clasificación de los poliusuarios, que su propio nombre lo dice y hace referencia al consumo de más de 2 sustancias tóxicas, generalmente con efectos diferentes en el organismo.

Como ya se sabe la Farmacodependencia es compleja y multifactorial para entenderla es necesario hablar de los factores de riesgo que existen y conllevan al uso de drogas.

2.4 FACTORES DE RIESGO

La Farmacodependencia es un problema social, de salud pública y salud mental y que actualmente constituye también un problema de seguridad nacional, por todas las estelas de violencia y delincuencia que genera el narcotráfico, y cuyo origen implica una multicausalidad de variables interrelacionadas orgánicamente, Entre éstas, encontramos las socioeconómicas, culturales, familiares, individuales y farmacológicas.

Es importante mencionar que dependiendo de las características específicas de manifestación del fenómeno, algunas de estas variables aparecen como determinantes fundamentales, sin que por esto, el resto pierda su importancia, ya que es la conjunción de diversos elementos y condiciones lo que interviene en la gestación y evolución del problema.

Los factores de riesgo sociales, son aquellos que nos permiten contextualizar históricamente la naturaleza y manifestación del fenómeno para poder definir acciones viables que prevengan o ataquen de raíz su aparición.

La Farmacodependencia, al igual que cualquier problema de salud pública, encuentra su explicación, entre otros factores, en la organización productiva de la sociedad, la estructuración social que deviene de ésta, en las condiciones materiales de vida de una población determinada y en sus patrones culturales. Estas variables tienen vital importancia para entender el proceso salud-enfermedad, cuya manifestación dependerá del contexto que lo genera. Con esto se quiere decir, que el citado proceso no ha sido, ni es igual para todos los momentos, países, regiones o clases sociales, ya que la naturaleza de los padecimientos, su recurrencia en ciertos estratos poblacionales y la posibilidad de atenderlos o prevenirlos, dependen de desarrollos históricos de cada sociedad.

Como problema social, la masificación en el consumo de drogas a nivel mundial es un fenómeno relativamente novedoso, cuyos orígenes explícitos, bajo ésta circunstancia, se remontan a la década de los sesentas de este siglo,

en algunos países industrializados europeos y en los Estados Unidos de Norteamérica.

Si bien es cierto, que el consumo de drogas es compañero de viaje de la humanidad dentro de diversas culturas, la motivación hacia el acto es cualitativamente distinto entre las sociedades preindustriales y las industrializadas.

Antiguamente, el consumo implicaba el fortalecimiento de la cohesión social, ya que posibilita el acercamiento del hombre con la naturaleza y los dioses. Generalmente el consumo de distintas sustancias intoxicantes estaba reservado a una casta o clase cuyas actividades religiosas, políticas y culturales implicaban la reproducción ideológica del sistema social imperante.

En nuestros días, la droga, su consumo y la posibilidad de adquirirla se norma legal o ilegalmente dentro de una lógica de mercado, dando con esto, una cualidad muy peculiar a esta mercancía. En este sentido el tipo de droga y su cantidad implican una posición de clase social, cuya motivación general para adquirirla está alimentada por una necesidad cotidiana entre los hombres de suplir carencias de cualquier tipo, a fin de poder sobrellevar el ritmo de vida que la sociedad contemporánea exige a sus agentes sociales.

El desarrollo de estas sociedades en su lógica económica impacta a todos los niveles, imponiendo a la colectividad un constante deseo por adquirir bienes materiales y sociales dentro de un proceso inacabable de competencia y agresión para lograr éstos fines.

Esta dinámica por alcanzar los paraísos artificiales generados por los valores asociados al consumo entre los individuos de las sociedades modernas, con gran frecuencia llena de vacío y frustración su devenir. Por ello, en los diferentes sectores de la sociedad, la búsqueda compensatoria a la agonía cotidiana, evidentemente de distinta naturaleza según el país y la clase social, orilla a los individuos a obtener los placeres fugaces que brindan las drogas.

Muchas veces al tratar los orígenes sociales del fenómeno Farmacodependencia, se han asociado unilateralmente y de manera errónea, variables tales como: pobreza, desempleo, juventud, hacinación, entre otras, afirmándose que éstas provocan en los individuos la delincuencia y la Farmacodependencia. Una postura de esta naturaleza, estigmatiza a ciertos

sectores poblacionales, obstaculizando el estudio serio sobre las motivaciones reales que tienen los individuos dentro de su contexto social para consumir drogas, ya que la aparición de la Farmacodependencia no respeta edad ni condición social. No obstante esto, resulta claro que una vida carenciada en los factores sustanciales de sobrevivencia puede ser un catalizador idóneo que posibilite la aparición del problema. Sin embargo, la carencia puede ser de cualquier tipo y no necesariamente económica, por lo que este problema se presenta en todas las clases sociales con diferentes motivaciones al consumo.

Los tiempos modernos, representan momentos de redefinición y cambio, cuya pertinencia está sustentada en la cada vez mayor participación de la sociedad civil. En todo cambio se presentan momentos de crisis, confusión, enojo y frustración que orillan al desánimo existencial. Estos cambios sociales han tenido un impacto mundial y América Latina no ha sido la excepción.

En nuestro país la población se ha visto impactada por diversos fenómenos de cambio social, los cuales, entre otros aspectos, han propiciado problemas de salud como la Farmacodependencia. Sin embargo, cabe mencionar que si bien el consumo de drogas es un problema que debe atenderse prioritariamente, no ha alcanzado la dimensión y magnitud que tiene en otros países como es el caso de los Estados Unidos de Norteamérica. No obstante, se ha empezado a sufrir un aumento en el número de consumidores internos, fundamentalmente dentro de la población urbana, esto es, dentro de los sectores que viven la modernidad industrial y el ritmo de vida que esto implica. Esta circunstancia se ve reforzada, por los valores individualistas, competitivos y de agresión que algunos medios de difusión promueven cotidianamente, desgastando con ello, la tradicional solidaridad que nuestras culturas poseen.

El fenómeno de la Farmacodependencia, si bien no excluye al medio suburbano y rural, alcanza la mayor magnitud en el espacio urbano, dado que en éste se concentran los cambios acelerados de crecimiento y desarrollo y por tanto los problemas que esto conlleva.

Entre los factores peculiares de las grandes urbes encontramos, entre otros: la mercantilización de la vida cotidiana, el hacinamiento, la contaminación, el desempleo y la delincuencia; la insuficiencia de servicios de salud y educativos correlacionados con la demanda, una acelerada transculturización y un clima de violencia. Este marco de creciente

inestabilidad ha repercutido y repercute en algunos individuos, que no logran sobrellevarlo y necesitan evadirse.

Es importante insistir, que el fenómeno de la Farmacodependencia, por su misma complejidad, no permite abordajes generalizadores, ya sea desde la postura de la sociología o de la psicología. Esto no obsta para reconocer, que el paradigma de lo social, como nivel de contexto histórico explicativo, es fundamental para entender los orígenes, el medio donde se expresa, y las implicaciones que dentro de la sociedad tiene la Farmacodependencia. Sin embargo, como su expresión se concreta en individuos, los factores psicológicos, en evidente y necesaria correspondencia con lo social, son herramientas muy importantes de acercamiento y explicación al problema de la Farmacodependencia, para que al entenderlos de manera interrelacionada se posibiliten alternativas preventivas que busquen atender las causas que originan a este problema social, de salud pública y salud mental.

Por otro lado la organización familiar ha cambiado a lo largo de la historia a medida que se producen cambios sociales; dependiendo del sistema social en un lugar y momento histórico determinado, la familia adopta una estructura y funcionamiento coherentes a esta organización social.

No menos importante es el hecho del desarrollo psicosocial del individuo que se ve afectado directamente por la familia en la cual se desenvuelve. En la medida en que ésta posea una estructura viable que le permita proveer un sentido de pertenencia a sus miembros, dar apoyo y seguridad, facilite la socialización y permita la individualización, favorecerán la gestación de salud en sus integrantes; o bien en la medida en que no pueda adaptarse a cambios internos (evolución natural) o externos (cambios sociales) y no modifique su estructura (cambio de roles, reglas, interrelaciones, etc.) para lograr desempeñar estas tareas satisfactoriamente, favorecerá la gestación de enfermedad.

La familia posee reglas de funcionamiento que deben modificarse a medida que ocurren los cambios intra o extrafamiliares. Si una familia no encuentra alternativas de funcionamiento a medida que sus miembros crecen o en base a requerimientos de cambio social, se verá atrapada en reglas de funcionamiento que ya no son adecuadas para el momento actual que atraviesa.

Al no encontrar nuevas reglas de funcionamiento que les permitan continuar su desarrollo hacia otro nivel evolutivo, puede llegar a surgir cualquier tipo de síntoma en uno o varios de sus integrantes, esto mantiene el equilibrio de funcionamiento en una etapa anterior, si la familia se rigidiza, no desempeña sus tareas satisfactoriamente, de tal forma que permita un desarrollo sano de sus integrantes.

Uno de estos síntomas, y que interesa a nuestros fines, es la Farmacodependencia. Las familias que acuden a instituciones especializadas presentan múltiples y diversas características dependiendo del tipo de droga utilizada, sin embargo, podemos encontrar una serie de patrones comunes en la mayoría de ellas.

Las familias con miembros farmacodependientes, poseen vínculos muy estrechos con sus familias de origen de uno o ambos cónyuges; de esta forma, los límites entre la familia nuclear y la de origen, se vuelven difusos no permitiendo el desarrollo de la nueva familia.

Por otra parte, los límites se observan rígidos con el medio social, no permitiendo la inclusión de otras personas, valores o normas, al núcleo familiar, al no estar abiertos con el medio extrafamiliar y al estar muy ligados a sus familias de origen, es difícil que incorporen alternativas de funcionamiento útiles para el cambio.

Frecuentemente existe una historia de alcoholismo en estas familias, siendo más comúnmente observado en el padre. La idea de que el síntoma mantiene un equilibrio familiar, es reiterada cuando vemos que si por cualquier razón, cesa este alcoholismo, surge otro miembro sintomático igualmente alcohólico y/o con consumo de drogas. También puede ser que el alcoholismo del padre aún esté presente, pero ya no sea suficiente para mantener el equilibrio, por lo que surge un hijo farmacodependiente para restaurar el desequilibrio. Esto puede suceder por ejemplo, cuando las peleas entre los padres, a causa del alcoholismo, se intensifican; alguno de los hijos consume drogas para desviar la atención hacia él y así evitar conflictos mayores que pongan en peligro la relación marital.

Diversos autores también han descrito a la madre como figura sobreprotectora y al padre como figura distante, así como un manejo inadecuado de la agresión. Este tipo de factores familiares se pueden entender

más claramente al considerar los límites difusos entre los padres y los hijos, es decir, no existen reglas ni roles definidos entre unos y otros. Los hijos se ven involucrados en el funcionamiento de la pareja-conyugal, los padres no apoyan el funcionamiento hacia un desarrollo independiente de sus hijos. En estas familias la pareja está en conflicto o lo evita constantemente, el hijo consume drogas desviando la atención hacia él y de esta manera se evita una cercanía entre los padres como cónyuges, que ponga en peligro su relación; es decir, funcionan como pareja a nivel de padres pero no de esposos.

Entre la madre y el farmacodependiente se observa una fuerte alianza que aleja aún más al padre; en la medida en que el padre se aleja, se intensifica esta alianza, en la medida en que la madre atraiga más al hijo, el padre se aleja más y el hijo apoya más a su madre, etc.

Esta circularidad se vuelve más redundante, se estereotipa y no permite el desarrollo de los miembros de la familia, algunos se independizan; pero para ello, es necesario que exista por lo menos uno de los hijos que esté atrapado en este círculo, que los protege del temor a una desintegración familiar.

En aquellas familias en las que sólo está presente un padre, ya sea por divorcio o por muerte, también se observa que el consumo de drogas, es una protección para el equilibrio familiar. Este tipo de familia no puede enfrentar el cambio necesario para adaptarse a una nueva forma de funcionamiento sin uno de los padres. Ante la soledad y sufrimiento de este padre que se ha quedado sin cónyuge, surge la Farmacodependencia para tenerlo ocupado como padre y así tolerar su soledad.

Si los hijos crecieran y se independizaran, este padre que no ha encontrado nuevos intereses y satisfacciones fuera de los hijos quedaría solo. La familia siente que un cambio sería amenazante, ya que en la forma actual de funcionamiento se brindan protección y apoyo, no conocen una alternativa que les permita crecer sin ser vista como una traición a la realidad familiar.

No hay que descuidar la importancia del papel que juegan los hermanos en el mantenimiento de la Farmacodependencia. Cada vez que surge alguien a quien la familia designa como "el problema", surge otro miembro complementario que se designa como el "hijo ideal".

Los padres y hermanos no sólo toleran el consumo de drogas, sino que lo fomentan abierta o clandestinamente para mantener un equilibrio que les permita resistirse al cambio porque éste, puede sentirse como amenazante para la unión familiar.

Por ello es frecuente que las terapias individuales de farmacodependientes se vean saboteadas por la familia, ya que la recuperación del paciente rompe el equilibrio y ésta se opone al cambio por el temor que representa para ella. De aquí surge la importancia de no descuidar el abordaje a la Farmacodependencia desde una perspectiva familiar.

Los factores familiares aquí descritos no descartan ni restan importancia para entender a la Farmacodependencia desde una perspectiva social e individual. El tipo de droga usada y la estructura familiar difieren de sociedad a sociedad y de clase social a clase social; el que un miembro de la familia y no el otro, consuma droga, probablemente debe estar relacionado a las características individuales. Para que exista Farmacodependencia se tiene que conjugar los factores de riesgo sociales, familiares e individuales.

Importa siempre tener presente que la familia es impactada por el embate de la crisis social: desempleo, falta de oportunidades educativas, carestía y en fin toda una gama de carencias socioeconómicas y afectivas, que en muchos casos se traducen en fuertes presiones emocionales y obligados ajustes familiares. Por tanto, los conflictos familiares e individuales encuentran importantes ejes explicativos en el análisis de cómo las familias enfrentan sus problemas cotidianos y su convivencia familiar.

Dentro de los factores individuales que inciden en la Farmacodependencia se encuentran aquellas características psicológicas que pueden predisponer al abuso de fármacos.

Algunas veces, es por enfermedad física que un sujeto empieza a utilizar algún medicamento psicotrópico y de ahí establecer una dependencia. Un médico puede prescribir un fármaco por distintas razones físicas como enfermedades orgánicas en general, ciertos estados depresivos, o cuando la persona no puede conciliar el sueño, tensión muscular, etc. Este uso médico no resulta ser problema, la Farmacodependencia surge cuando se hace un abuso de estos medicamentos por autoprescripción, es decir, cuando la persona por iniciativa propia empieza a utilizar excesivamente los fármacos.

De igual forma, desde la práctica médica biológica monocausal individual, en variadas ocasiones se hace un uso excesivo de medicamentos psicotrópicos, que son recetados sin considerar las características psicológicas de la persona a la que van dirigidas. Este tipo indiscriminado de medicación, así como la publicidad de psicotrópicos, que ahora ha sido más controlada en nuestro país, también puede desencadenar un consumo de abuso de estos fármacos.

Ahora bien, el hecho de que un individuo recurra al abuso de drogas nos habla de una estructura psíquica que lo ha inducido a ello para autoprocursarse una fuente inadecuada de satisfacción, de resolución a sus conflictos, una fuente de placer que alivie la tensión emocional. Sin embargo como esto es una forma de sentir bienestar y como se producen estas dos dependencias psicológica y física, el consumo tiende a aumentar y a acentuar la conflictiva interna, el sujeto ha entrado a una situación donde no encuentra salida. De aquí la importancia de considerar las características psicológicas al estudiar este problema.

En primer lugar señalar que durante el desarrollo, en los períodos de cambio evolutivo, existen etapas de crisis donde la persona tiene que adaptarse a un nuevo estilo de vida. Estos períodos de crisis crean confusión y es cuando el individuo está más predispuesto a iniciarse en un consumo de drogas que le provea de una seguridad artificial.

Uno de los períodos más importantes es la adolescencia, donde el individuo tiene que realizar un reordenamiento de valores, definir su identidad, separarse de los padres en busca de su independencia, etc. Es una etapa de preparación a la vida adulta. Estas crisis por la que atraviesa lo lleva a la búsqueda de nuevas experiencias, lo que propicia el inicio de un consumo de drogas.

Aún cuando la adolescencia sea una etapa de vulnerabilidad hacia el uso inadecuado de fármacos, tanto en la niñez como en la vida adulta se atraviesa por períodos y situaciones difíciles que pueden inducir a la Farmacodependencia. Hay que recordar que ciertas características psicológicas que se han observado durante el desarrollo de aquellas personas que consumen drogas, y sin olvidar que este fenómeno es visto como un síntoma dentro de toda una conflictiva, individual, familiar y social. El significado del

consumo varía de sujeto a sujeto en relación con su estructura psíquica familiar y a las características del entorno social en el que esté inmerso.

Se han observado algunos rasgos de personalidad comunes en individuos que consumen drogas, tales como: inseguridad, falta de estima de sí mismo, conflictos con la autoridad, falta de tolerancia a la frustración, es decir, no pueden aplazar la gratificación o asumen actitudes de desánimo fácilmente, asimismo es difícil que establezcan relaciones íntimas duraderas con otras personas.

Durante el desarrollo de estas personas, se observan constantes conductas transgresivas. De alguna manera la función legislativa del padre para marcar los límites ha fallado. El sujeto trasgredió con la droga y a veces con conductas delictivas para que le sea dado desde afuera ese límite que le falta, busca la estructura, la sanción, el castigo que le viene a imponer un orden. Su vida gira en torno al desafío, a desobedecer la autoridad en busca de que le sea impuesto un límite y puede hasta llegar a buscar ese límite en el desafío a la muerte. Se encuentra en un juego constante con las dosis y en esta búsqueda puede caer en la muerte. La evocación de la muerte, es una evocación de la búsqueda del otro significativo que no está ahí para darle amor. Tiene una función fantasmática, al evocar la muerte, evoca la restitución de estas personas que necesita y no las tiene. Esta actuación es demanda del otro, demanda de amor.

En la historia de estas personas se observan constantes pérdidas de objetos, su baja tolerancia a la frustración no les deja elaborar estos duelos, su coraje lo lleva a la agresión dirigida a ese otro, bajo la forma de autoagresión.

El Farmacodependiente posee características de personalidad depresiva, en donde se observa falta de interés por el mundo externo, incapacidad de establecer relaciones duraderas con otras personas, baja autoestima de sí mismo que se exterioriza en autorreproches y una búsqueda constante de castigo.

Ante cualquier frustración regresa a etapas donde se sentía satisfecho y seguro. Con la droga busca esa sensación de volver a juntarse con la madre, reconquistar esa primitiva unión que lo hace fuerte, recuperando de esa forma su seguridad y autoestima.

En este sentido posee características perversas, ya que siempre busca el goce, la satisfacción, no tolera el displacer. Aquí se observa la droga en su función fetiche, es la realización de su necesidad y convertirse en sujeto necesitado. Es la función de tapar carencias, encontrando una falsa satisfacción.

El acto de drogarse le da un orden a la estructura del sujeto. Esto dependerá del tipo de droga que utilice, ya que con el consumo de distintas drogas se observa rituales diferentes.

Asimismo, la sustancia que se elija tiene que ver con el efecto que le produzca, es importante lo que necesite el sujeto, si estimularse o sedarse. Aunque es importante mencionar que los efectos que produzca determinado medicamento variará de sujeto a sujeto, dependiendo de diversos factores físicos y psicológicos. El Farmacodependiente además de la satisfacción que busca en los efectos de la droga, la ingiere por lo que simboliza para él. La acción de una droga no depende sólo de sus características farmacológicas o de las dosis que se ingieran, sino de lo que se espera de ella, del deseo de quienes la suministran, de lo que dicta el entorno.

Toda la situación que se observa en torno a la droga, le ofrece al sujeto un orden, una organización, un lugar que no encuentra en su estructura familiar. Alrededor de la droga se encuentra su grupo de pares en donde tiene un lugar que le da seguridad, que le ofrece identidad, sabe quién vende la droga, como conseguirla, donde se compra, con quién, dónde y cómo drogarse; así encuentra todo un sistema organizado que estructura su desorganización. La droga le provee de una manija de la cual asirse a su orden.

La dependencia a la droga como vemos es un síntoma dentro de toda una patología individual y el Farmacodependiente es el emergente de una situación familiar, él expresa lo que los otros no expresan y quisieran expresar. La Farmacodependencia también expresa cierta dinámica social, que no logra satisfacer adecuadamente las necesidades de sus integrantes.

Por último se destacan los factores de riesgo farmacológicos, es decir, que existen diferencias entre las dependencias a sustancias como en el caso del alcohol, a los psicodélicos, a la cocaína o a la heroína. Cada sustancia tiene diferentes características farmacológicas que van desde sus propiedades fisicoquímicas (solubilidad, estabilidad, etc.), hasta sus efectos particulares sobre el Sistema Nervioso Central (S.N.C.). Las dosis necesarias para producir los efectos buscados, la interacción con receptores que desencadenan respuestas específicas en el organismo, el tiempo que duran los efectos, la tolerancia que se desarrolla a dosis subsecuentes, así como la capacidad de producir trastornos fisiológicos perdurables en el organismo, son factores que determinan el curso de un proceso de adicción (Jaffe, 1990).

Como hemos visto hasta aquí, es necesario una interrelación de los factores de riesgo socioeconómicos, individuales y familiares aunados a los factores de riesgo farmacológicos esto producirá un Farmacodependiente. La presencia de determinadas características de predisposición de personalidad, en conjunción con determinada dinámica familiar y características sociales específicas son indispensables para que aparezca la Farmacodependencia.

2.5 PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

Con el desarrollo social, económico y poblacional de México las ciudades se han transformado en conglomerados más complejos; en consecuencia los problemas relacionados con el uso indebido de bebidas alcohólicas, el tabaco y otras drogas también se han ido incrementando, colocándose entre las principales causas de mortalidad y morbilidad, por lo que se puede considerar como uno de los problemas de mayor importancia en la actualidad, claro después de los económicos y políticos de nuestro país, es así como la epidemiología es la disciplina científica que combina el saber médico con otros conocimientos que permiten saber la frecuencia, la distribución y la evolución de la enfermedad en la población mediante diversos métodos y herramientas, en el caso específico de las adicciones la epidemiología permite conocer así su impacto, alcances sociales y por tanto las medidas para prevenir su alcance a grupos de alto riesgo y para combatir los daños a la salud que ocasiona en las personas afectadas.

Es decir, la información generada por las recopilaciones de instrumentos de evaluación van estrechamente ligados al diseño de los programas de intervención, proceso que simultáneamente abre la posibilidad de que en la población objetivo se alcance el impacto deseado.

Esto se da en un proceso el cual inicia con la descripción del problema, así es como las características del grupo de individuos que en los que se presenta, el espacio en el que se desarrolla y el tiempo en el que se manifiesta.

En la segunda etapa del proceso se lleva a cabo un análisis más preciso de la relación causa efecto entre las diferentes variables que intervienen en el problema, finalmente de este análisis se pueden comenzar a valorar las consecuencias, de tipo biológico, psicológico, social, económico o cultural que genera el consumo de sustancias adictivas y por ende tiene un carácter predictivo (Tapia, 2001).

Son mecanismos o estrategias de este tipo las que denotan que el problema de la Farmacodependencia es en extremo preocupante a tal grado que está hablando de un problema de salud pública (Vega, 2000).

La salud pública tiene por objetivo principal la protección y mejora de la salud de los ciudadanos a través de la acción comunitaria, es especial por los organismos gubernamentales, debido a que desde tiempo atrás se insistió en la relación que existe entre la pobreza y la enfermedad, pues se partía de la idea de que mientras los habitantes de los lugares abandonados y sucios de las ciudades sean incapaces de valerse por si mismos y obtener viviendas mejores y más saludables, con aire y luz suficientes, con abastecimiento de agua potable y con sistema de evacuación de aguas residuales, su salud y fuerza física se verán perjudicadas y sus vidas acortadas por las influencias negativas del ambiente. Lo que llevó a la convicción de que la salud depende en gran medida de las condiciones socioeconómicas y de saneamiento. Esto en parte por los avances en la medicina los cuales se extendieron a campos como la promoción y prevención de la salud, ya que independientemente de la orientación que adopte la medicina, la meta principal de sus esfuerzos sigue siendo la conservación de la vida (Piedrola, G. y cols, 1991).

La salud pública comprende cuatro áreas fundamentales:

- ▶ Fomento de la vitalidad y salud integral
- ▶ Prevención de lesiones y enfermedades infecciosas y no infecciosas
- ▶ Organización y provisión de servicios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y
- ▶ Rehabilitación de personas enfermas o incapacitadas para que alcancen el grado más alto posible de actividad por si mismas.

La presencia de estas cuatro importantes áreas entre las preocupaciones de las instituciones de salud pública quedó de manifiesto a escala mundial en 1948, cuando la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) incluyó en su definición de salud el bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de dolencias o enfermedades.

Esta extensa área del fomento de la salud representa en cierto sentido un redescubrimiento de antiguos conceptos. Hacen nada menos que 3000 años de nuestra era, algunas ciudades del subcontinente Indio habían desarrollado ya programas de higiene y salud ambiental como la provisión de baños públicos y sistemas de desagüe subterráneos. Los aspectos esenciales de la salud estaban incorporados a las actividades de la vida diaria, entre ellos, la higiene personal, la educación sanitaria, el ejercicio físico, los códigos de conducta y autodisciplina, las prácticas dietéticas, la sanidad ambiental y alimenticia y el tratamiento de enfermedades y dolencias menores.

Hacia el 1400 A.C.; la llamada ciencia de la vida, ó Ayurveda, se destacó por el cuidado completo de la salud a través de la educación y promoción de la misma, aunque también realizó avances en el campo de la cirugía y la medicina curativa.

Esta tradición alcanzó también gran desarrollo en la Grecia y Roma antiguas y ha persistido hasta la actualidad, pero ha quedado relegada durante el siglo XX debido a los grandes avances realizados en la prevención y tratamiento de la enfermedad. Sólo en las últimas décadas ha resurgido el interés por la salud integral. Esto se puede comprobar por las importantes investigaciones realizadas sobre el efecto de la mal nutrición de mujeres

embraceadas en el desarrollo físico y mental de sus hijos y la investigación sobre los efectos e los suplementos dietéticos en la mejora de la salud y la vitalidad en las poblaciones desnutridas. Por los estudios de los niveles óptimos de temperatura y otras condiciones ambientales que afectan al bienestar humano y a la capacidad de rendimiento; y por la aceptación general del valor del ejercicio físico para alcanzar un estado integral de salud y bienestar.

La humanidad permaneció impotente durante mucho tiempo en el terreno de la prevención de enfermedades hasta que se obtuvo la prueba concluyente de la teoría del germen realizada en el último cuarto del siglo XIX por Louis Pasteur en Francia y Robert Koch en Alemania. Sus hallazgos en el campo de la bacteriología llevaron a la primera revolución epidemiológica: La conquista de la enfermedad infecciosa. La salud pública ambiental, que comprende el abastecimiento de agua potable, mejores sistemas de alcantarillado, pasteurización de la leche y el control sanitario del suministro de alimentos, dio como resultado la casi total desaparición del cólera y las fiebres tifoideas y una marcada reducción de la diarrea y la mortalidad infantil en los países industrializados. El descubrimiento de vacunas efectivas. Basadas en el desarrollo de la inmunología como ciencia, no solo llevaron a la reciente erradicación de la viruela en todo el mundo sino también a un notable descenso de enfermedades como la difteria, el tétanos, la tos ferina, la poliomielitis y el sarampión. Sin embargo, la falta de medios sanitarios apropiados todavía dificulta los esfuerzos de los países en vías de desarrollo para reducir la tasa de enfermedades gastrointestinales en niños, la principal causa de mortalidad en el mundo actual. La malaria, la tuberculosis, la gripe y otras enfermedades infecciosas siguen siendo graves problemas de salud en muchos países.

El mundo se encuentra ahora en las puertas de la segunda revolución epidemiológica: la conquista de las enfermedades no infecciosas. Estas enfermedades no solo son la principal causa de mortandad en los países industrializados, sino que también han adquirido cada vez mayor importancia en las naciones en vías de desarrollo. Los expertos en epidemiología han desarrollado métodos efectivos para la prevención de enfermedades cardíacas, apoplejía cierto tipo de cáncer, enfermedades crónicas obstructivas del pulmón y la cirrosis hepática; la aplicación de estos métodos ha dado como resultado la espectacular reducción de los índices de mortandad.

Por ejemplo, en Estados Unidos, entre 1968 y 1978 la edad promedio de muertes por enfermedades coronarias del corazón descendió en un 25% y la

edad promedio de muertes por apoplejía descendió en un 38%. Estos logros fueron posibles en parte gracias a los programas de salud pública para el control de la hipertensión y a la educación sanitaria de poblaciones con riesgo, como son las personas que comen grasas saturadas y los fumadores.

La salud pública como ciencia y arte tiene apenas poco más de un siglo de existencia, pero como manifestación del instinto de conservación de los pueblos probablemente desde los comienzos de la humanidad, elemento que hace común la aparición de diversos nombres o concepciones de esta actividad, tales como: higiene, sanidad, higiene y sanidad, medicina preventiva, medicina social, salud pública y entre las más recientes se han introducido los conceptos de salud comunitaria y medicina de la comunidad. Todos conceptos que no son precisamente sinónimos ya que hacen alusión a diferentes aspectos, sin embargo coinciden en tratar de organizar y dirigir los esfuerzos colectivos para la defensa, promoción restauración de la salud de la población.

Antes de continuar es importante delimitar que es la salud pública, para tal efecto una de las definiciones más aceptadas es la que propone Winslow la salud pública es el arte de impedir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia mediante el esfuerzo organizado de la comunidad, para el saneamiento del medio, el control el control de las infecciones transmisibles, la educación de los individuos en higiene personal, la organización de los servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico temprano y tratamiento preventivo de las enfermedades y el desarrollo de los mecanismos sociales que aseguren al individuo y a la comunidad un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud (Castillo y cols. 1998).

Como se puede observar en la definición es de vital importancia el término de salud, el cual involucra al funcionamiento armónico de las diversas partes que integran el organismo, por consiguiente la salud es un estado de relativo equilibrio de la forma y función corporal el cual resulta del adecuado ajuste dinámico del organismo con las fuerzas que tienden a alterarlo, por lo que se puede concluir que la salud puede interpretarse como el producto de la adecuada interacción del organismo con el medio ambiente. Por otra parte la O.M.S. la define como un completo estado de bienestar físico, mental y social, y no simplemente como la ausencia de afecciones o enfermedades (Vega, F. y García, M. 1987).

Por medio de la definición de salud pública proporcionada por la O. M. S., se rescata el aspecto adictivo de la población ya que en este caso la Farmacodependencia no es considerada como una enfermedad, si bien es cierto durante el transcurso del consumo habitual de drogas surgen diversas enfermedades y desajustes fisiológicos, que no es lo mismo que una enfermedad origine estas dificultades; por lo que se hace más prudente hablar de que lo que produce una enfermedad es una conducta inadecuada, motivo por el cual no tomamos a las adicciones como enfermedad; sin embargo es importante retomar de la definición el concepto de equilibrio y adaptación del sujeto al medio ambiente puesto que a partir de esta interacción se generan diversas actividades para el control de las enfermedades, en donde se contempla en primera instancia la prevención, y este es precisamente el punto donde el psicólogo puede intervenir.

Durante las últimas décadas se han desarrollado muchos programas y servicios de rehabilitación para mitigar la invalidez funcional resultante de enfermedades o lesiones y para que las personas puedan volver a desarrollar sus actividades lo antes posible. No solo la recuperación física, sino también la rehabilitación social y vocacional están recibiendo cada vez más atención como aspectos importantes de los servicios de salud pública. Esto es coherente con la postura de centrarse en la salud, más que en la enfermedad, adoptada por la O.M.S. Hoy en día la salud se considera un estado de bienestar social, mental y físico, más que la simple ausencia de enfermedades o dolencias.

Desde el punto de vista histórico, las primeras estrategias preventivas estaban basadas en el hallazgo de que muchas enfermedades se transmiten por microorganismos, y en que esta transmisión se puede impedir adoptando medidas de higiene pública como el establecimiento de cuarentenas, la inhumación de los muertos y la creación de sistemas de alcantarillado. El avance más importante fue el descubrimiento de que la inmunización protege a la mayoría de la población contra muchas enfermedades infecciosas.

Los gobiernos han tratado de prevenir enfermedades mediante la aplicación de normas que velan por la pureza del aire y del agua, y la prohibición del empleo de aditivos alimentarios que producen cáncer en los animales. También han fomentado la seguridad en el trabajo, reduciendo, por ejemplo, los riesgos de accidente y limitando la exposición de los trabajadores a sustancias químicas y radiaciones peligrosas.

Los investigadores de los problemas sanitarios humanos también introducen medidas que la gente puede llevar a cabo de forma individual para mejorar su estado de salud. Entre las principales están el mantener una dieta nutritiva y equilibrada con bajo contenido en grasas, dormir lo suficiente, realizar ejercicio con regularidad y someterse a revisiones médicas y dentales periódicas.

2.6 SALUD MENTAL

Desde la época prehispánica, con los Aztecas floreció el quehacer terapéutico en pro de la salud mental. Más tarde en la época de la Colonia, México se adelantó a otras sociedades de América al tomar bajo su cuidado a los dementes, que mal alimentados y semidesnudos, deambulaban por las calles o eran alojados en las cárceles. el primer hospital en el continente dedicado al cuidado de tales enfermos fue el de San Hipólito, fundado en 1566 en la Ciudad de México por fray Bernardino Álvarez Herrera; posteriormente, en 1698 José Sáyago fundó el Real Hospital del Divino salvador. Ambas instituciones se mantendrían funcionando por más de 350 y 200 años respectivamente, hasta principios del siglo pasado.

En 1794 se fundó en Guadalajara el Hospital de Belén y en 1860 se establecieron en esa ciudad dos asilos, uno para hombres y otro para mujeres; mientras en Monterrey, en el mismo año se fundó el hospital Civil, dentro del cual se dedicó a los enfermos mentales una sección. En 1898 se estableció el Manicomio Estatal en Orizaba, Veracruz y en 1906 el Hospital Psiquiátrico Leandro León Ayala, en Mérida, Yucatán.

En los últimos años del siglo XIX y la primera década del siglo XX abrieron sus puertas otras instituciones privadas y públicas entre ellas; el sanatorio del Doctor Rafael Lavista en Tlalpan en 1898 y los hospitales de los Hermanos de San Juan de Dios, quienes en 1905 inauguraron la Casa de Salud de San Juan de Dios para Enfermos Mentales, en Zapopan, Jalisco, que sigue funcionando y en junio de 1910 abrió sus puertas el hospital de Nuestra Señora de Guadalupe en Cholula, Puebla. En 1949 se inauguró la Clínica San Rafael, en Tlalpan, D.F., y es hasta nuestros días uno de los centros privados más importantes del área metropolitana en lo que se refiere a la atención psiquiátrica privada (S.S.A., 2001).

En 1910 el entonces presidente de la República Mexicana Porfirio Díaz inaugura en terrenos de la Hacienda "La Castañeda", en Mixcoac, en la Ciudad de México, el Manicomio General, que durante décadas prestó atención a los asilados; el tratamiento que se dio a enfermos mentales fue semejante al que se prestaba en otros países, ya que también se carecía de conocimientos y de recursos terapéuticos efectivos y se asumía que el deterioro mental de los enfermos era consecuencia natural, inexorable del avance de su enfermedad y no como resultado en buena parte del aislamiento y el abandono. En la década de los años veinte se fundó el pabellón de niños en ese hospital (Saldaña, 2001).

A partir de 1930 otros sanatorios privados como el Doctor Samuel Ramírez Moreno, que cerró sus puertas en 1961 y el Sanatorio Floresta, del Doctor Alfonso Millán intentaron subsanar en cierto grado la deficiente atención de los enfermos mentales que otorgaba el Estado.

De 1940 a 1950 se crearon hospitales del sector público relacionados con la medicina institucional y de seguridad, que generaron los primeros esquemas institucionales de atención a los problemas de salud mental en México y de práctica psiquiátrica en hospitales generales y centros de salud; en este sentido, en 1942 se creó el servicio de psiquiatría del Hospital Español en la Ciudad de México con 40 camas para hospitalización y un amplio programa de consulta externa, terapia ocupacional y seguimiento de enfermos; todo esto con participación en la enseñanza universitaria, en el seno de un hospital general de 400 camas con adecuadas instalaciones y todas las especialidades. En 1952 se fundó el Departamento de Salud Mental en el Hospital Infantil de México de la Secretaría de Salud.

El primer programa institucional específico, para impulsar y orientar los servicios dirigidos a la atención de personas con padecimientos mentales, así como para promover la salud mental, fue esbozado y desarrollado en el período de 1947 - 1951, coordinado por el departamento de Neuropsiquiatría e Higiene Mental de la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia; su principal función fue crear las bases para la planeación, organización y coordinación operativa de las actividades de salud mental, mismas que mantenido diversas orientaciones teórico - metodológicas con el transcurso de los años y con los criterios imperantes en las distintas etapas de la administración pública. Algunas de las estrategias y líneas de acción consideradas en dicho instrumento eran el ampliar los servicios, impulsar la formación de recursos

humanos en el campo de la salud mental, promover la investigación y reglamentar la atención a enfermos en establecimientos especializados.

Las actividades programáticas específicas se interrumpieron entre 1952 y 1958 para restablecerlas en 1959 en la S.S.A., coordinadas por la Dirección de Neurología, Salud Mental y Rehabilitación, cuya conducción desplegó un conjunto de acciones que incluyeron: el establecimiento de módulos de higiene mental en algunos centros de salud; la ampliación de servicios hospitalarios especializados, especialmente de tipo granja, creándose seis unidades: tres en el valle de México y otras en Sonora, Oaxaca y Tabasco. También se realizaron actividades de promoción a la salud mental, se auspició el entrenamiento de recursos humanos y se efectuó la investigación sobre trastornos mentales en México; durante este período, en 1964, abrió sus puertas el Centro Médico Nacional del Instituto del Seguro Social (I.M.S.S.) desde su inicio contó con un espacio con 40 camas dedicadas al servicio de psiquiatría con buen funcionamiento y aceptación, hasta que entre 1970 y 1971 por necesidades del servicio de cirugía, desaparecieron.

En el período administrativo que abarca los años de 1964 a 1970, se reestructura la unidad central coordinadora de estos servicios y se denomina Dirección de Salud Mental, correspondiéndole como tarea sustantiva de su gestión coordinar el plan de acción conocido como "Operación Castañeda"; éste consistió en una reforma de la atención hospitalaria especializada bajo la dependencia de la S.S.A., por medio de la cual cierra el manicomio de "La Castañeda" y se crean seis recintos hospitalarios especializados que tuvieron como principal objetivo mejorar las condiciones de vida institucional de los usuarios, a partir de la organización de nuevos modelos de tratamiento y rehabilitación que les permitiera desarrollar, a través de actividades ocupacionales, agropecuarias y talleres de terapia, diversas alternativas para su reintegración social. En esa operación se funda el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro". También se definió un esquema de atención hospitalario especializado en esa materia, al interrelacionar a las distintas unidades creadas, con grupos de problemas y poblaciones específicas. El proceso fue culminado en 1968 y en conjunto las seis unidades dispusieron de 3.030 camas.

Durante el período de 1970 a 1976, la S.S.A., mantuvo la Dirección de Salud Mental, la cual tuvo atribuciones de planeación y programación, así como de operación de servicios, dependiendo de ella once unidades hospitalarias especializadas y algunos módulos de salud mental integrados a centros de salud. Asimismo, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (D.I.F.) inaugura el Instituto Nacional de Salud Mental, con prioridad a la atención de la consulta externa de niños y adolescentes; actualmente se llama Centro Integral de Salud Mental, dependiente de la Secretaría de Salud.

El programa desarrollado durante esa época estuvo compuesto, además del de orden aplicativo general, por dos subprogramas, el de atención el de prevención a la Farmacodependencia y el de psiquiatría comunitaria, realizándose actividades primordialmente de asistencia y prevención.

Durante la administración 1976 - 1982, la unidad orgánica responsable fue la Dirección General de Salud Mental, que mantuvo atribuciones operativas y de programación. En esta gestión se destacan los alcances logrados en el apoyo a la ampliación de servicios especializados en psiquiatría y salud mental, integrados a servicios de salud general, tanto en centros de salud como en hospitales generales, lo que permitió elevar el número de servicios y diversificarlos. Dos áreas complementarias fueron objeto de particular impulso: la formación de recursos humanos especializados y la investigación científica en la materia, gestionándose a partir de entonces la creación del Instituto Mexicano de Psiquiatría, en 1979, antes Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia (C.E.M.E.F.); en éste se dio especial énfasis en la atención a las adicciones, cada vez con más presencia, por lo cual se fortalecieron los centros de Integración Juvenil (C.I.J.) en ese año y se creó el Consejo Nacional contra Las adicciones, el 8 de Julio de 1986.

El entonces Instituto Mexicano de Psiquiatría, actualmente Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente" (I.N.P.), desarrollo modelos de rehabilitación para pacientes hospitalizados; uno de estos programas se puso en operación de 1980 a 1982 en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" e incluyó tratamiento intrahospitalario, participación de la familia y seguimiento extrahospitalario (S.S.A., 2001).

La administración del período comprendido entre 1982 a 1988 determina y ejecuta amplias y sustantivas transformaciones en la organización y funcionamiento de la S.S.A., a partir de entonces denominada Secretaría de Salud; se deroga el Código Sanitario y se expide la Ley General de Salud. Los servicios de psiquiatría y salud mental, que hasta entonces dependían operativamente de la Dirección General de Salud Mental, se transfirieron a las autoridades estatales de salud y en el nivel central sólo se mantuvieron las atribuciones de tipo normativo, disponiéndose la creación de una Dirección de Área con estas funciones, integrada a la Dirección General de Regulación de los Servicios de salud. En 1987, a través de esa estructura, son expedidas cinco normas técnicas específicas para la prestación de los servicios de salud mental; los resultados de este esfuerzo fueron desiguales.

La siguiente administración 1988 - 1994 mantiene el mismo esquema de organización y estructura; sin embargo, se logra identificar la necesidad de apoyar los servicios a partir de iniciativas y recursos provenientes del nivel central, en virtud del limitado respaldo que se les asigna por parte de los estados. En este marco se aportan recursos que permiten remodelar y equipar parcialmente a 20 hospitales especializados públicos y se crean dos nuevos servicios hospitalarios. En el nivel local, algunas unidades fortalecen sus programas y se sitúan en un plano de avanzada modernización de la atención, mientras que otros servicios permanecen sumidos en niveles de atención insatisfactorios, que demandarán esfuerzos considerables para incorporarlos en un proceso de mejora sustantiva. Una acción relevante de este período fue el establecimiento, por gestión del secretario de Salud, de un cuerpo colegiado ex profeso para impulsar los servicios especializados: la Comisión para el Bienestar del Enfermo Mental..

En el inicio de la administración federal 1994 - 2000, se disponía de una estructura administrativa para cumplir con los acuerdos del Consejo nacional contra las Adicciones, de una Dirección de Normas en Salud Mental, Rehabilitación y Asistencia Social y se integraron los Consejos Estatales contra las Adicciones con diferente nivel de representación, pero con apoyos administrativos comunes, en aras de una mayor eficiencia y costo beneficio.

Un acuerdo del secretario de salud, a principios de 1995, integró la Dirección de Normas de salud Mental, con el Consejo Nacional contra las Adicciones dependiendo de la entonces Subsecretaría de Servicios de Salud sin embargo, la dificultad administrativa de reunir ambas áreas propició el regreso a las formulas iniciales.

El programa de Reforma del sector salud 1995 - 2000, destaca la importancia de la salud mental como elemento fundamental que determina cada una de las actividades de los seres humanos y en consecuencia señala la necesidad de superar los prejuicios relacionados con estos problemas y servicios, para proceder a actualizarlos y adecuar su funcionamiento, contemplando para ello una mayor apertura y el compromiso de las familias, la comunidad y la sociedad en general. Su objetivo general fue promover la salud mental y reducir los efectos sociales que son producto de los trastornos psiquiátricos y de la conducta.

Para alcanzar estas metas, se llevaron a cabo entre otras las siguientes acciones:

- La expedición de la Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994, que tiene como objeto uniformar criterios sobre la atención hospitalaria psiquiátrica y la protección de los derechos humanos de los pacientes. Para su elaboración se contó con una participación plural que incluyó a ciudadanos, representantes institucionales del Sector Salud, profesionales del campo de la salud mental, sociedades académicas y profesionales, legisladores, instituciones de asistencia privada y organismos no gubernamentales.
- El establecimiento y desarrollo de un subprograma para el fortalecimiento de la calidad de la atención en unidades hospitalarias especializadas, mediante el cual se asignan recursos humanos, materiales y financieros para cubrir las necesidades y posibilitar los procesos de mejora de atención a los usuarios.
- La creación de la Coordinación de Salud Mental (COORSAME), órgano desconcentrado, para conducir, organizar, vigilar y evaluar el desarrollo de las acciones en materia de estos servicios y a la que compete impulsarlos en el nivel nacional (S.S.A., 2001).

Históricamente, los avances de la medicina han sido dominados por la creencia de que las enfermedades tienen una causa específica y si esta causa es eliminada, la enfermedad podrá ser prevenida o curada. De hecho muchas enfermedades, como la viruela, han sido erradicadas o tratadas con base en estos conceptos. Sin embargo, en la práctica médica esto no es sencillo, en la mayoría de los casos el curso de la enfermedad es complejo e involucra un rango de factores con diferentes niveles de causalidad. Por ejemplo, muchas infecciones bacterianas que causan enfermedades son bien conocidas y por ello se pueden usar antibióticos específicos para combatirlas. No obstante, la incidencia de las infecciones bacterianas comenzó a disminuir incluso antes de la era de los antibióticos. Esta disminución fue una respuesta a cambios que se realizaron sobre otros factores que influyen en la enfermedad, como la higiene, los aspectos nutricionales y sobre todo un aumento en la educación de la población.

La mayoría de las enfermedades y trastornos, que representan un alto impacto y una carga para la humanidad, tienen una causa multifactorial, determinantes y factores de riesgo y protección que interactúan entre sí, en un complejo sistema biopsicosocial. Los problemas de salud mental y específicamente los trastornos mentales se desarrollan a partir de éste y rara vez es posible identificar una causa única; por otra parte, la naturaleza exacta de las interacciones causales que afectan estos trastornos es frecuentemente desconocida.

Una causa es definida como un agente interno o externo, que resulta de una condición o trastorno en una persona que es susceptible a padecerlo. Asimismo, un determinante es un factor que opera en un sistema biológico o social, que produce una probabilidad para desarrollar una enfermedad; típicamente, los determinantes son mejor entendidos en términos de poblaciones sanas. La población de riesgo son los individuos que son vulnerables a un determinante en particular. La salud mental es el resultado de la armonía entre aspectos biológicos y sociales del individuo, el desequilibrio entre ellos genera como consecuencia un trastorno mental (S.S.A., 2001).

Para la mayoría de los mexicanos los progresos que se han observado en el campo de las neurociencias en el nivel internacional, en los últimos años, no han repercutido en términos de su salud mental. Los nuevos conocimientos básicos, clínicos y terapéuticos acerca de los trastornos mentales, no han tenido el impacto esperado, porque no han podido llegar a las poblaciones con

problemas de salud mental que lo necesitan; esto ha hecho que inclusive algunos trastornos se hayan incrementado de manera considerable. El concepto de salud mental no sólo es la ausencia de enfermedad, sino la capacidad del individuo y el grupo social para interactuar entre sí y con el medio ambiente, logrando el máximo bienestar individual y colectivo.

La O.M.S. define a la salud mental como "...la capacidad del individuo, el grupo y el ambiente de interactuar el uno con el otro de forma tal, que se promueva el bienestar subjetivo, el óptimo desarrollo y el uso de las habilidades mentales (cognitivas, afectivas y relacionales), la adquisición de las metas individuales y colectivas en forma congruente con la justicia y la adquisición y preservación de las condiciones de equidad fundamental" (S.S.A., 2001).

Las principales manifestaciones clínicas de la enfermedad mental reflejan una alteración de las funciones cerebrales, como la atención (trastorno por déficit de atención), la memoria (demencia), el pensamiento (esquizofrenia), el estado de ánimo (depresión), la sensopercepción (esquizofrenia), el aprendizaje (trastornos del desarrollo infantil) y la conducta, entre otros; los cuales interfieren en la vida y la productividad del individuo. El inicio de un trastorno mental puede ser súbito; sin embargo, en la mayoría de las ocasiones suelen ser lentos y paulatinos y pueden ser desencadenados por una situación de intenso estrés y en otras se comportan como una enfermedad crónica. La detección temprana e intervención oportuna pueden cambiar drásticamente el curso de la mayoría de éstos, reduciendo significativamente la discapacidad que generan (S.S.A., 2001).

Son diversas las circunstancias que en la actualidad influyen en las condiciones de salud mental de la población y, que a partir de un enfoque multifactorial, se asocian a condiciones de tipo biológico (genético y ambiental) y psicosocial (económico, cultural y demográfico), que al interactuar afectan de diferente forma a individuos, familias y grupos sociales. Bajo este esquema revisemos, de forma separada, los factores asociados a la salud mental:

■ Factores Biológicos. Se dividen en genéticos y ambientales.

a) *Genéticos*: La influencia de los factores genéticos en el desarrollo de la enfermedad mental esta fuera de toda discusión, los estudios de concordancia en gemelos han corroborado su participación de manera inobjetable; esto queda confirmado por los estudios de adopción, ya que

independientemente de que una persona sea educada por padres no consanguíneos, su riesgo para sufrir la enfermedad dependerá de la cercanía genética con sus padres biológicos. Se ha demostrado que muchos de los principales trastornos psiquiátricos están asociados a factores hereditarios. En el caso de la esquizofrenia, por ejemplo, un familiar de primer grado de un paciente afectado tiene alrededor de 10% de posibilidades de padecer la enfermedad, posibilidad que aumenta casi 50% si el afectado es un hermano gemelo monocigótico; el trastorno depresivo presenta una agrupación familiar similar; en los familiares de primer grado es de 8 a 18 veces más probable padecer un trastorno del ánimo que en la población en general, mientras que los gemelos monocigóticos presentan una concordancia de 50%. De hecho se ha mencionado al componente genético como el primer determinante de la personalidad (S.S.A., 2001).

b) *Biológicos ambientales*: Si bien el factor genético es considerado como el más importante en relación con la enfermedad mental, no explica por sí solo el 100% de las causas de estos trastornos. Existen factores ambientales biológicos que también se han asociado, aunque en menor medida, a los trastornos psiquiátricos. Los factores ambientales biológicos han sido identificados con más precisión y la asociación de éstos con las enfermedades mentales es cada vez más evidente. Un ejemplo de ello lo podemos observar en la esquizofrenia, donde el trauma obstétrico eleva hasta siete veces el riesgo de padecerla; asimismo, se han relacionado las infecciones virales prenatales, la preclampsia, el uso de sustancias tóxicas por la madre en el embarazo y el trauma obstétrico, en otros padecimientos tales como el trastorno por déficit de atención y la epilepsia, por nombrar algunos.

Las agresiones del medio ambiente sobre el desarrollo del sistema nervioso central, desde la gestación hasta la madurez, repercuten en una alteración de su formación, que irá en relación directa a la intensidad de la agresión, la etapa del desarrollo en que se produzca y la vulnerabilidad genética del individuo. Estas agresiones sobre el individuo pueden ocurrir en la etapa prenatal, perinatal y postnatal. Dentro de los factores prenatales asociados más frecuentemente a los trastornos mentales, se encuentran la desnutrición, las infecciones, la incompatibilidad sanguínea, el abuso de sustancias o medicamentos y los accidentes y enfermedades de la madre. Los factores perinatales más asociados al desarrollo posterior de trastornos mentales son el trauma obstétrico, el más estudiado de los factores, las alteraciones de peso del producto, la edad gestacional, las infecciones intrauterinas y enfermedades

propias de la madre como la preclampsia. Los factores postnatales, del nacimiento hasta la madurez del Sistema Nervioso Central, se han asociado a enfermedades psiquiátricas como el retraso mental; dichos factores son las infecciones, la desnutrición y los traumatismos craneoencefálicos, principalmente (S.S.A, 2001).

■ Factores Psicosociales.

Los factores psicosociales son aquellos que están relacionados con el medio ambiente físico y social; éstos, siempre han estado presentes como condicionantes, en diversa medida, de la salud mental. La modernidad económica ha producido grandes logros y avances en la vida del país, pero también ha provocado intensos desequilibrios regionales, crecimiento explosivo de la población así como la consecuente sobreexplotación de los recursos naturales; esto ha modificado la distribución territorial a partir de intensos flujos migratorios, campo - ciudad. Esta situación ha producido, además de una marcada polarización social, una demanda creciente y compleja de los grupos sociales para replantear sus valores, costumbres y estilos de comportamiento, lo que repercute de manera importante en la calidad de vida y en el bienestar de las familias y de la sociedad en su conjunto.

Se ha demostrado la relación entre la exposición a factores psicosociales y la salud en general; esto tiene su origen en la agresión hacia el individuo provocada por la inseguridad y tensión que se produce en el contexto físico y social. Este proceso daña la convivencia humana, propicia la aparición y el mantenimiento de diversos fenómenos sociales como pobreza, violencia familiar, fuerte presión en el lugar de trabajo, inseguridad de empleo, bajo apoyo social, conductas adictivas, desintegración familiar, niños en situación de calle, explotación sexual, abuso físico a menores y sobre todo la Farmacodependencia, entre otras, así como el incremento de los problemas epidemiológicos del subdesarrollo como la desnutrición e infecciones, que se mezclan con las enfermedades originalmente propias del primer mundo (S.S.A., 2001).

CAPITULO 3 HISTORIA DEL CONSEJO MUNICIPAL DE LUCHA CONTRA LAS DROGAS Y LA DELINCUENCIA DE TLALNEPANTLA DE BAZ

3.1 ANTECEDENTES DE LA INSTITUCION

El 14 de junio de 1993, el poder ejecutivo del Estado de México, establece el "Acuerdo del Ejecutivo del Estado por el que se crea el Consejo Estatal para el Control de Drogas", sumándose con esta medida al esfuerzo nacional convocado por el C. Presidente de la República a través del Programa Nacional para el Control de Drogas, puesto en ejecución por decreto presidencial el 29 de enero de 1992.

El acuerdo establece entre otros puntos lo siguiente:

PRIMERO.- Se crea el Consejo Estatal para el Control de las Drogas, como un órgano auxiliar del poder ejecutivo, que quedara adscrito sectorialmente a la Procuraduría General de Justicia del Estado.

SEGUNDO.- El Consejo tendrá como objetivo fundamental coordinar, apoyar, evaluar, promover y ejecutar las acciones específicas en materia de prevención, tratamiento y rehabilitación de la Farmacodependencia, asimismo atendiendo a los señalamientos del Programa Estatal para el Control de Drogas que al efecto se expida, emitirá políticas generales y particulares conforme a las cuales operara él y los Consejos Municipales.

De dicho acuerdo se desprende la iniciativa de la creación de los Consejos Municipales de Lucha Contra las Drogas y la Delincuencia (C.M.L.C.D y D.) considerando "que en virtud de la importancia que el Ejecutivo del Estado establece a los programas de prevención tratamiento y rehabilitación en materia de Farmacodependencia; por razón del tamaño, dinámica y distribución demográfica que experimenta el Estado, se ha considerado necesaria la coordinación de esfuerzos entre las distintas dependencias y entidades de la administración pública federal, estatal y municipal que se encuentran relacionadas con el problema del control de drogas con la participación de los sectores privado y social."

La iniciativa plantea que la problemática de la delincuencia y las drogas requiere de una atención especial y de que la prevención y búsqueda de soluciones debe ser una preocupación compartida entre las autoridades y la sociedad civil en general, y que los Consejos Municipales en colaboración directa con el Delegado del Consejo Estatal, procederá a instalar Subconsejos obreros, educativos, deportivos, entre otros, mismos que desde sus diversos ámbitos de acción, coordinados por el Consejo Municipal respectivo, efectuaran actividades propias del Consejo de Lucha Contra las Drogas y la Delincuencia. Esto con el propósito de que las actividades propias del Consejo Municipal, así como de los Subconsejos se lleven a la práctica con absoluto respeto a las atribuciones de otras dependencias y las de la propia entidad federativa o municipio.

Asimismo plantea que en virtud de tratarse de conductas antisociales que afectan gravemente a la comunidad en general, se requiere de soluciones compartidas, por lo que los Consejos Municipales por medio de pláticas y negociaciones, invitara a la iniciativa privada a tomar parte activa mediante el otorgamiento de apoyos materiales necesarios para la realización de las actividades antes mencionadas. De la realización y resultados de estas, Los Consejos Municipales a través de su Presidente o de quien se designe, deberá informar mensualmente al C. Coordinador General Estatal del Consejo de Lucha Contra las Drogas y la Delincuencia.

En Tlalnepantla, la historia de su Comité Municipal de Lucha Contra las Drogas y la Delincuencia de Tlalnepantla (C.M.L.C.D y D.), comprende tres periodos, de 1993 a 1997; de 1997 a 2000 y de 2000 a 2003, y a continuación se describen estas tres etapas por las cuales ha evolucionado.

Durante la primera etapa, se instala en 1993 y es llamado Comité Municipal de Lucha Contra las Drogas y la Delincuencia, que a su vez esta incorporado a la Coordinación de Bienestar Social, misma que pertenece a la Dirección de Educación, Cultura, Bienestar Social, Deporte y Turismo, del H. Ayuntamiento de Tlalnepantla de Baz. El programa planteaba los siguientes objetivos:

OBJETIVO GENERAL:

El C.M.L.C.D y D. tiene por objetivo fundamental, el trabajo en áreas específicas hacia la prevención, detección y rehabilitación. Así como la canalización en coordinación con las instituciones que lo conforman, con el fin de crear un trabajo en conjunto hacia el tratamiento de la Farmacodependencia y la delincuencia, haciendo participe de manera voluntaria a la población, dando origen a los Subcomités de Lucha Contra las Drogas y la Delincuencia.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Informar y realizar los conocimientos sobre los servicios, así como la ubicación del Consejo Municipal, dentro de la población en general.
- Impartir pláticas preventivas en escuelas y colonias con temas como son: Alcoholismo, farmacodependencia, tabaquismo, nutrición, educación sexual, autoestima, relación padre e hijo, entre otras; con el fin de mejorar la calidad de vida de todos y cada uno de los asistentes a las mismas.
- Proporcionar apoyo psicológico a todas las personas que lo requieran como apoyo para la rehabilitación de una adicción.

ESTRATEGIAS:

- Impartición de pláticas
- Terapias psicológicas

ORGANIGRAMA:

- Cabe señalar que en este periodo el programa del C.M.L.C.D. y D., estaba constituido únicamente por una persona, misma que ocupaba el cargo de Jefa del C.M.L.C.D. y D. y a su vez impartía las pláticas y terapias psicológicas; posteriormente desarrollo un programa más complejo mediante el cual podía mejorar y cubrir los objetivos del programa.

Una vez aprobado dicho programa contó con el apoyo de estudiantes de séptimo y octavo semestre de la Licenciatura en Psicología de la E.N.E.P. Iztacála a través de la materia de Psicología Aplicada Laboratorio VII y VIII, buscando cubrir los siguientes objetivos específicos:

- Formar y capacitar un Subcomité Municipal de Lucha contra las Drogas y la Delincuencia en cada colonia del municipio a través de la impartición de un curso-taller para la formación de promotores en la lucha contra las drogas y la delincuencia.
- Impartir pláticas de prevención con temas como: Relación de pareja, autoestima, sexualidad, problemas de comunicación, y todo tipo de problemáticas emocionales.
- Impartir pláticas de sensibilización sobre adicciones, alcoholismo, tabaquismo y farmacodependencia.
- Brindar apoyo psicológico a personas adictas o familiares de los mismos.

Ante los resultados obtenidos mediante este programa se logro que en junio de 1995 el Ayuntamiento proporcionara seis becas económicas de \$500 para que estudiantes de la Licenciatura en Psicología realizaran sus prácticas profesionales dentro del programa del C.M.L.C.D y D. A partir de esa fecha el programa estuvo constituido por siete personas, la Jefa del C.M.L.C.D y D., y seis psicólogos becados. También se logro que el programa contara con dos espacios asignados específicamente para él mismo, uno en el Palacio Municipal de Tlalnepantla, y otro en la Delegación Municipal de la zona oriente del Municipio.

Con base en los resultados obtenidos, en 1997 comienza la segunda etapa del programa teniendo algunos cambios en su programa y estructura quedando de la siguiente manera:

- La obtención de una plaza de nivel Jefatura de Unidad y una plaza de nivel Técnico A.
- Incremento en cantidad y monto de becas, pasando de seis becas de \$500^{oo}, a ocho de \$1000^{oo} cada una.

- La apertura de cinco espacios más dentro de propiedades del Ayuntamiento, lo cual daba un total de siete.

A partir de ese momento el Programa cambia de nombre, únicamente cambia la palabra Comité por la de Consejo, quedando así como Consejo Municipal de Lucha Contra las Drogas y la Delincuencia. Esto provocó que la estructura en la que venía funcionando el programa sufriera modificaciones y en enero de 1997 como consecuencia de los resultados obtenidos por el programa, este recibió por parte del Ayuntamiento más recursos que provocaron que la estructura del mismo se viera modificada, quedando de la manera siguiente:

OBJETIVO GENERAL:

Trabajar en las áreas específicas de prevención, orientación y tratamiento de la farmacodependencia así como en la prevención de la delincuencia a través de acciones de tipo social.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Formación y capacitación de Subconsejos Municipales de Lucha Contra las Drogas y la Delincuencia en Todo el Municipio de Tlalnepantla.
2. Proporcionar a la población información confiable sobre los factores de riesgo que pueden facilitar la farmacodependencia, así como las consecuencias físicas, psicológicas, sociales y legales que la misma puede ocasionar.
3. Fomentar entre la población el aprovechamiento del tiempo libre canalizándolo hacia la práctica de actividades deportivas, culturales o recreativas.
4. Brindar apoyo psicológico a las personas adictas o familiares de los mismos que soliciten el servicio.
5. Tramitar apoyos para lograr una asistencia médica y social a los farmacodependientes de escasos recursos en una forma oportuna y adecuada.

Con el propósito de que las actividades propias del Consejo Municipal, así como de los Subconsejos se llevaran a la práctica con absoluto respeto a las atribuciones de otras dependencias y las de la propia entidad federativa o municipio, dichas actividades se realizaron bajo los siguientes lineamientos:

MARCO OPERATIVO:

Con fundamento en los recursos materiales y humanos con que contaba el programa, el C.M.L.C.D y D. de Tlalnepantla estaba organizado de la siguiente manera:

El programa tiene tres niveles de acción, los cuales son: Prevención, Orientación y Tratamiento, y tienen objetivos específicos que a continuación se presentan:

Nivel de Prevención. Brindar información confiable a la población acerca de las consecuencias que traen consigo el consumo de drogas y la práctica de conductas delictivas, así como brindar alternativas encaminadas a la administración y aprovechamiento del tiempo libre.

Nivel de Orientación. Informar a la población que padezca de un problema de adicción, las alternativas que existen para su solución, proporcionando esta orientación basados en un análisis de las características de la problemática y su condición socioeconómica.

Nivel de Tratamiento. Brindar apoyo psicológico de forma gratuita a las personas adictas así como a familiares de los mismos que soliciten el servicio.

Para actuar en estos niveles el C.M.L.C.D y D. contaba con dos áreas: Área de Trabajo Social y el Área de Psicología. Cada área esta constituida de diferente manera, incidiendo en los niveles anteriores desde perspectivas diferentes y tienen asignados objetivos y metas muy específicos. A continuación se presentan fichas de información de cada una de ellas.

ÁREA DE TRABAJO SOCIAL

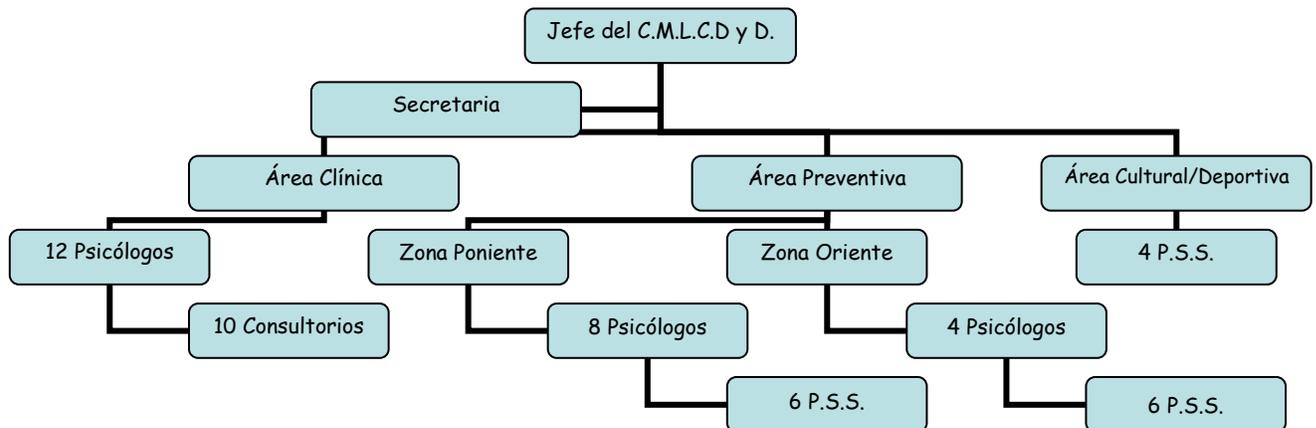
- Recursos Humanos: Se contaba con un responsable de área que cubría un horario de 9:00 a 21:00 horas, y ocho prestadoras de servicio social de la carrera de Técnico en Trabajo Social, las cuales permanecían cuatro horas diarias de lunes a viernes.
- Nivel del Programa Operativo: Prevención y Orientación
- Objetivos del Área:
 - Realizar estudios socioeconómicos y de comunidad para la realización de tramites en apoyo para la población, así como de apoyo al Área de Psicología si esta lo solicitaba.
 - Elaboración de periódicos murales en distintos puntos del Municipio.
 - Realización de eventos recreativos-deportivos y culturales
 - Llevar a cabo la difusión de los servicios que brinda el C.M.L.C.D y D.
- Actividades Mensuales que realizar:
 - Pláticas de Sensibilización
 - Estudios Socioeconómicos
 - Estudios de Comunidad
 - Periódicos Murales
 - Eventos R-D-C
 - Carteles de Difusión
 - Volantes de Difusión
 - Trípticos Informativos
- Nota. Debido a que el Área de Trabajo Social estaba compuesta en su mayoría por personal de nivel técnico, las tareas encomendadas eran las más simples en cuanto al grado de información específica de adicciones que se manejaba, las pláticas de sensibilización que impartían, se procuraba fueran en escuelas primarias.

ÁREA DE PSICOLOGÍA

- Recursos Humanos: Un responsable de área que cubría un horario de 9:00 a 21:00 horas y ocho psicólogos becados que cubrían un horario de cinco horas diarias de lunes a viernes.
- Nivel del Programa Operativo: Prevención, Orientación y Tratamiento.
- Objetivos del Área:
 - Cubrir los objetivos específicos de los tres niveles de incidencia del programa.
 - Formar y Capacitar Subconsejos de Lucha Contra las Drogas y la Delincuencia a través de la Impartición del Curso-Taller para Promotores en la Lucha Contra las Drogas.
- Actividades Mensuales que realizar:
 - Pláticas de Sensibilización
 - Conferencias
 - Curso-Taller
 - Terapia Individual
 - Terapia Grupal
 - Taller Terapéutico
 - Eventos R-D-C.
- Nota. El trabajo del programa se recargaba en esta área debido a que toda la información que se proporcionaba a la población (contenido de Pláticas, Conferencias, Trípticos informativos, Periódicos Murales) era elaborada o asesorada por los psicólogos del área, además de cubrir funciones específicas de la misma.

Durante esta segunda etapa y de acuerdo a los logros obtenidos y las necesidades propias de la comunidad, el H. Ayuntamiento decidió otorgar más contrataciones, becas y espacios físicos para trabajar, y así el C.M.L.C.D y D., tuvo un cambio más en su estructura, pero conservando sus objetivos y acciones; quedando así de la siguiente manera a partir de 1998 en el siguiente organigrama.

ORGANIGRAMA DEL C.M.L.C.D. y D. DE TLALNEPANTLA 1998 - 2000



Con ésta estructura y organigrama el programa vio ampliado su horizonte de trabajo, y repito, sin dejar de lado sus objetivos tanto el general como los específicos, continuo trabajando de tal forma que su campo de acción creció de la siguiente manera.

ÁREA CLÍNICA

- Un responsable de área
- Se habilitaron 10 consultorios dentro del Municipio
 - Acambay 4 Psicólogos 2 por Turno
 - Caracoles 1 Psicólogo Turno Vespertino
 - El Mirador 1 Psicólogo Turno Matutino
 - San Felipe Iztacála 1 Psicólogo Turno Matutino
 - San Juan Ixhuatepec 1 Psicólogo Turno Vespertino
 - San Lucas Patoni 1 Psicólogo Turno Mixto
 - San Pablo Xalpa 1 Psicólogo Turno Vespertino
 - Santa Cecilia 1 Psicólogo Turno Vespertino
 - Tejavanes 1 Psicólogo Turno Vespertino
 - Tequexquahuac 1 Psicólogo Turno Mixto

- En cada consultorio exclusivamente se ofrecía el servicio de terapia individual, terapia en pareja o terapia grupal.
- El responsable del área supervisaba el trabajo de cada consultorio una vez cada 15 días.
- Se realizaba una junta mensual para entregar informes y revisión de casos clínicos y detallar pendientes.
- Asistencia a eventos especiales.

ÁREA PREVENTIVA

- Un responsable de área.
- El Municipio se dividió estratégicamente en 2 zonas, la zona poniente y la zona oriente.
- Para la zona poniente se destinaron 8 psicólogos y 6 prestadoras de servicio social de la carrera técnico en trabajo social mientras, la zona oriente contó con 4 psicólogos, con este personal se cubrió ambos turnos.
- Ésta área se dedicó a trabajar únicamente las pláticas, talleres y conferencias con temas relacionados a mejorar la calidad de vida.
- El campo de acción se extendió, es decir, se acudía a dar la información, en jardines de niños, escuelas primarias, escuelas secundarias, escuelas de nivel medio superior, casas de cultura, bibliotecas, deportivos, consejos de participación ciudadana y comités de enlace en las colonias.
- Asistencia a eventos especiales.

ÁREA CULTURAL / DEPORTIVA

- Un responsable de área.
- 4 prestadoras de servicio social.
- La prioridad del área era la realización de eventos deportivos, culturales y recreativos como complemento al trabajo realizado por el área preventiva, como alternativa de prevención.
- Asistencia a eventos especiales.

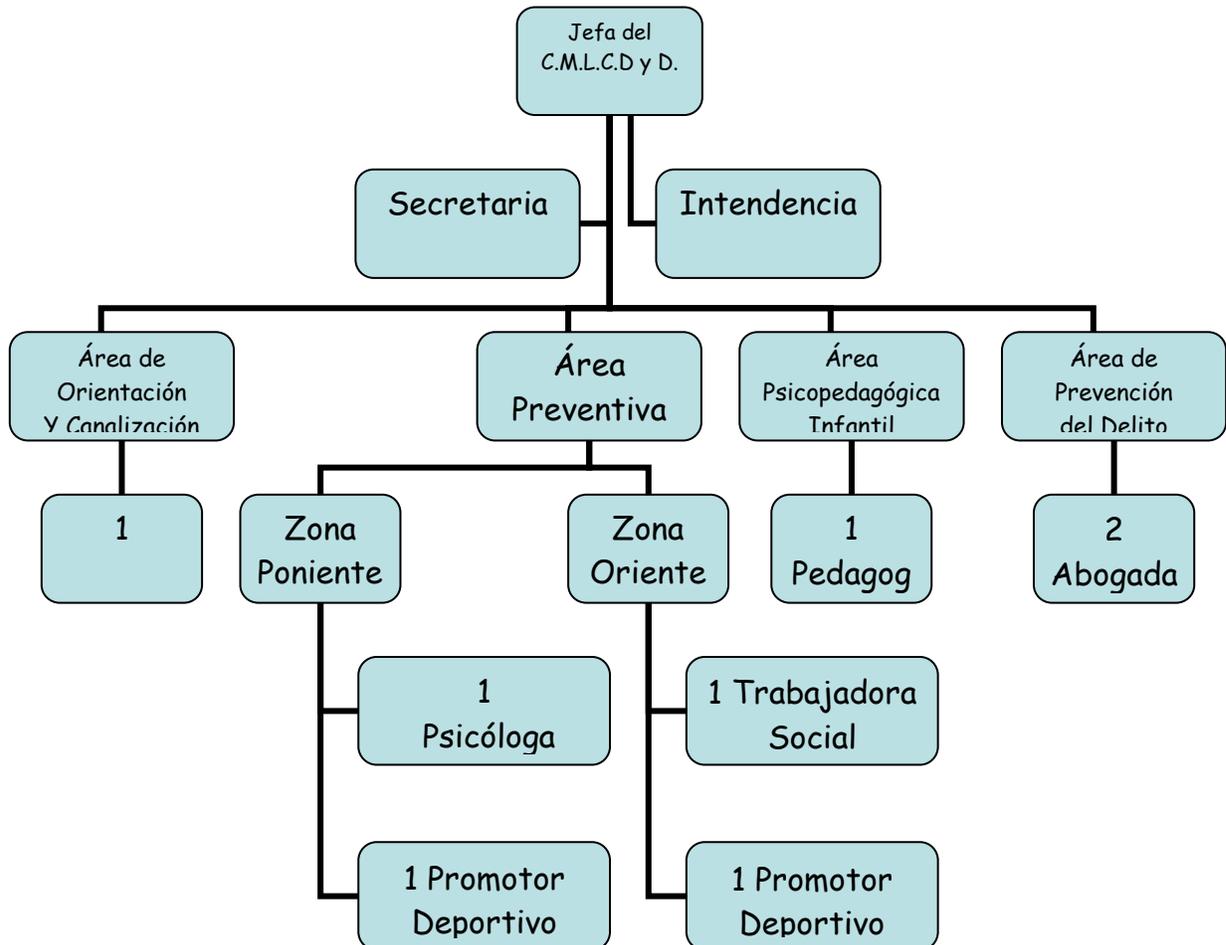
Con la anterior estructura el C.M.L.C.D y D. funcionó y trabajo hasta agosto del año 2000, y por cuestiones administrativas, a partir de septiembre del mismo año, paso a su tercera etapa dándole un nuevo giro tanto a su estructura y organigrama como sus funciones, y es en este período del 2000 al 2003 que se centra este reporte de trabajo.

3.2 ESTRUCTURA ACTUAL

Durante la actual administración, el programa continuó llamándose Consejo Municipal de Lucha Contra las Drogas y la Delincuencia, perteneciendo a la Subdirección de Bienestar Social que dependía de la Dirección General de Desarrollo Social del H. Ayuntamiento de Tlalnepantla de Baz. Dado que el programa ha mantenido una continuidad marcada y ha obtenido resultados positivos de manera constante se adicionó un área más de atención, para atender de manera particular el aspecto delictivo, a continuación se presenta el recurso humano con que contaba el programa:

- Una Jefa del Programa (Psicóloga)
- Una Secretaria
- Un Personal de Intendencia
- 4 Responsables de Área (4 Psicólogos)
- 1 Trabajadora Social
- 2 Abogadas
- 1 Pedagoga
- 1 Psicólogo
- 2 Promotores deportivos
- 2 Oficinas

ORGANIGRAMA



OBJETIVO GENERAL:

El Consejo Municipal de Lucha Contra las Drogas y la Delincuencia tiene, por objetivo fundamental, trabajar en áreas específicas hacia la prevención, detección y canalización de personas farmacodependientes a instituciones adecuadas, con el fin de crear un trabajo conjunto hacia la prevención y el tratamiento de la Farmacodependencia y la delincuencia.

ÁREA DE ORIENTACIÓN Y CANALIZACIÓN

OBJETIVO:

Brindar orientación psicológica a la población que lo solicite a nivel preventivo y de canalización en la rehabilitación de adicciones a instituciones especializadas.

ESTRATEGIAS:

- Orientación Psicológica
- Terapia Psicológica Individual
- Terapia Psicológica Familiar
- Canalización a diversas Instituciones Especializadas

ÁREA PREVENTIVA

OBJETIVO:

Brindar información adecuada y especializada en la prevención de adicciones y temas de higiene mental, así como promover la búsqueda y generación de alternativas culturales, recreativas y deportivas, que repercutan en la sociedad, tratando de fomentar y crear una cultura de la salud.

ESTRATEGIAS:

- Pláticas y/o Conferencias
- Talleres
- Actividades Recreativas, Deportivas y Culturales

ÁREA PSICOPEDAGÓGICA INFANTIL

OBJETIVO:

Proporcionar atención psicopedagógica a la población infantil que debido a problemáticas emocionales este afectando su desempeño académico, involucrando tanto a los padres de familia como a las instituciones educativas en el tratamiento de los menores.

ESTRATEGIAS:

- Terapia Psicológica Individual
- Taller de Estimulación Múltiple (niños)
- Escuela para Padres
- Orientación Psicológica

ÁREA DE PREVENCIÓN DEL DELITO

OBJETIVO:

Brindar información adecuada y especializada en la prevención del delito, así como de fomentar los valores en la población infantil, así como promover la búsqueda y generación de alternativas culturales, recreativas y deportivas, que repercutan en la sociedad, tratando de fomentar y crear una cultura de prevención.

ESTRATEGIAS:

- Pláticas
- Talleres

3.3 ACTIVIDADES QUE REALIZA EL PSICÓLOGO DENTRO DEL CONSEJO MUNICIPAL DE LUCHA CONTRA LAS DROGAS Y LA DELINCUENCIA

El programa como ya se mencionó esta dividido en cuatro áreas, de Orientación y Canalización, Preventiva, Psicopedagógica Infantil y de Prevención del Delito, cada una de ellas esta bajo la responsabilidad de un psicólogo que de acuerdo al área asignada realiza diversas funciones y operaciones que a continuación se describen:

ÁREA DE ORIENTACIÓN Y CANALIZACIÓN

- ⇒ El horario de atención es de 9:00 a 18:00 horas.
- ⇒ El servicio es gratuito e intramuros.
- ⇒ Se tienen asignados cubículos específicos para trabajar.
- ⇒ Brindar información y orientación a las personas que acuden al servicio por primera vez.
- ⇒ Canalización de personas farmacodependientes a Instituciones adecuadas para su tratamiento.
- ⇒ Terapia Psicológica a nivel individual o en pareja.
- ⇒ Elaboración de expedientes de los pacientes atendidos.
- ⇒ Elaboración de lista de espera.
- ⇒ Lista de control de canalizaciones.
- ⇒ Elaboración de reportes (diario, semanal, mensual, etc.).
- ⇒ Elaboración de programación (semanal y mensual).
- ⇒ Análisis de casos.
- ⇒ Revisión de expedientes.
- ⇒ Asistencia a las juntas de área.
- ⇒ Participar en los eventos masivos que convoque el H. Ayuntamiento.
- ⇒ El responsable del área además de realizar estas actividades lleva el control de las mismas.

ÁREA PSICOPEDAGÓGICA INFANTIL

- ⇒ El horario de atención es de 9:00 a 18:00 horas.
- ⇒ El servicio es gratuito e intramuros y extramuros.
- ⇒ Se tiene asignado un espacio específico de trabajo.
- ⇒ Se realizan actividades en escuelas primarias.
- ⇒ Brindar información y orientación a los padres de familia que acuden al servicio por primera vez.
- ⇒ Conformar batería de pruebas.
- ⇒ Evaluaciones.
- ⇒ Terapias individuales (infantil).
- ⇒ Terapia en pareja (padres).
- ⇒ Talleres para niños.
- ⇒ Taller Escuela para Padres.
- ⇒ Canalización de niños a Instituciones adecuadas para su tratamiento.
- ⇒ Elaboración de pláticas para los talleres.
- ⇒ Elaboración de expedientes.
- ⇒ Elaboración de lista de espera
- ⇒ Elaboración del control de canalizaciones.
- ⇒ Elaboración de reportes (diario, semanal, mensual, etc.).
- ⇒ Elaboración de programación (semanal y mensual).
- ⇒ Análisis de casos.
- ⇒ Revisión de expedientes.
- ⇒ Asistencia a las juntas de área.
- ⇒ Participar en los eventos masivos que convoque el H. Ayuntamiento.
- ⇒ El responsable del área además de realizar estas actividades lleva el control de las mismas.

ÁREA DE PREVENCIÓN DEL DELITO

- ⇒ El horario de atención es de 9:00 a 18:00 horas.
- ⇒ No se cuenta con espacio específico de trabajo.
- ⇒ Las actividades son gratuitas y extramuros.
- ⇒ Realiza su trabajo en escuelas primarias, secundarias y de nivel medio superior.
- ⇒ Elaboración del contenido de las pláticas y los talleres.
- ⇒ Elaboración de reportes (diario, semanal, mensual etc.).
- ⇒ Elaboración de programación (semanal y mensual).
- ⇒ Control de actividades mediante cédulas.

- ⇒ Asistencia a las juntas de área.
- ⇒ Participar en los eventos masivos que convoque el H. Ayuntamiento.

ÁREA PREVENTIVA

- ⇒ No se tiene un horario fijo de trabajo.
- ⇒ El servicio es gratuito y extramuros.
- ⇒ Realiza sus actividades en escuelas primarias, secundarias, de nivel medio superior, universidades, grupos de autoayuda, en casas de culturas, en bibliotecas, en consejos de participación ciudadana, en deportivos, etc.
- ⇒ Búsqueda de información actualizada.
- ⇒ Asiste a cursos de capacitación.
- ⇒ Elaboración del contenido de las pláticas.
- ⇒ Elaboración de los contenidos de los talleres.
- ⇒ Elaboración de los contenidos de las conferencias.
- ⇒ Elaboración de los contenidos de los cursos de capacitación.
- ⇒ Elaboración de material audiovisual, didáctico.
- ⇒ Elaboración de trípticos, volantes, mantas etc.
- ⇒ Elaboración de reportes (diario, semanal, mensual, etc.).
- ⇒ Control de cedulas de actividades.
- ⇒ Brinda información, orientación y canalización a personas con problemas de adicciones a sustancias.
- ⇒ Imparte pláticas, talleres, cursos y conferencias.
- ⇒ Realiza actividades deportivas y culturales.
- ⇒ Asistencia a las juntas de área.
- ⇒ Participar en los eventos masivos que convoque el H. Ayuntamiento.

El responsable del área preventiva además de hacer lo anterior se encarga de:

- ⇒ Establecer contacto con universidades que cuenten con la carrera de psicología (o carreras afines) para captar personal que este interesado en realizar su servicio social y prácticas profesionales.
- ⇒ Lleva a cabo el reclutamiento y la selección de psicólogos con el perfil para ingresar al área preventiva.
- ⇒ Capacita al personal de nuevo ingreso.
- ⇒ Provee de materiales bibliográficos, didácticos y audiovisuales.
- ⇒ Asigna horario y zona de trabajo.

- ⇒ Realiza los contactos con las instituciones educativas para ofrecer los servicios que proporciona el C.M.L.C.D y D. (pláticas, talleres, cursos, conferencias, actividades culturales y deportivas).
- ⇒ Programa las actividades del personal del área.
- ⇒ Supervisa y evalúa las actividades del personal del área en campo.
- ⇒ Supervisa los reportes y las programaciones del personal a su cargo.
- ⇒ Elaboración de programas de capacitación continua del personal.
- ⇒ Actualizar la planeación del trabajo y de las estrategias a seguir para el buen desempeño y funcionamiento del área.
- ⇒ Convoca y asiste a las juntas de área.
- ⇒ Participa en los eventos masivos que convoque el H. Ayuntamiento.

CAPITULO 4 EXPOSICIÓN DEL TRABAJO REALIZADO COMO PSICÓLOGO EN EL CONSEJO MUNICIPAL DE LUCHA CONTRA LAS DROGAS Y LA DELINCUENCIA DE TLALNEPANTLA DE BAZ

De acuerdo a la información que se tiene acerca del C.M.L.C.D y D., se refleja que el psicólogo cumple con una labor importante y destacada, cubriendo con una amplia gama de actividades afines a su profesión así como de actividades que complementan el objetivo del programa.

Para aclarar esto, a continuación menciono de manera detallada el trabajo realizado durante 3 años como RESPONSABLE DEL ÁREA PREVENTIVA EN LA ZONA ORIENTE, dentro del CONSEJO MUNICIPAL DE LUCHA CONTRA LAS DROGAS Y LA DELINCUENCIA del H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL DE TLALNEPANTLA DE BAZ (2000 - 2003).

Para iniciar mi trabajo realicé un diagnostico del lugar asignado y entregue el siguiente informe: el Municipio de Tlalnepantla de Baz forma parte del Estado de México situándose en la parte nororiente del estado, colindando con municipios como Naucalpan, Atizapan, Tultitlan y Ecatepec, así como las Delegaciones Atzacapotzalco y Gustavo A. Madero.

El Municipio esta dividido en 2 zonas importantes, la Zona Poniente, en donde se concentra la mayor parte de la actividad urbana, económica, laboral, educativa, social, cultural, deportiva, etc., y la Zona Oriente, que limita con la Delegación Gustavo A. Madero y el Municipio de Ecatepec y que dada su ubicación geográfica se ve limitada en todos sentidos, es decir, carece de apoyo económico por parte del H. Ayuntamiento, el nivel socioeconómico de la población es bajo, existen lugares de extrema pobreza, no se cuenta con todos los servicios urbanos de manera adecuada, la Zona Oriente del Municipio en otras palabras esta desatendida.

De acuerdo al Bando Municipal las Delegaciones 5 y 6 corresponden a dicha zona y en las cuales se ubica las siguientes colonias: Delegación 5: Atrás del Tequiquil, Lázaro Cárdenas 1ª. 2ª. y 3ª. Sección, Lomas de San Juan Ixhuatepec, San Juan Ixhuatepec, Club de Golf "El Copal" y Bahía del copal; por su parte en la Delegación 6: Constitución de 1917, Constituyentes de 1857, División del Norte, Dr. Jorge Jiménez Cantú, Concepción Zepeda, La Laguna, Marina Nacional, San Isidro Ixhuatepec, San José Ixhuatepec y Ex-Ejididos de Tepeolulco.

Posteriormente, hice un censo de los lugares en los que el programa se pudiera llevar a cabo en toda la Zona Oriente y este era el campo de trabajo más significativo:

- ≈ 50 Escuelas Primarias Federales
- ≈ 12 Escuelas Primarias Estatales
- ≈ 03 Escuelas Secundarias Técnicas
- ≈ 01 Escuela Secundaria Oficial
- ≈ 03 Telesecundarias Federales
- ≈ 01 CONALEP
- ≈ 02 Escuelas Preparatorias Oficiales
- ≈ 01 Escuela de Artes y Oficios (EDAYO)
- ≈ 03 Deportivos
- ≈ 04 Casas de Cultura
- ≈ 04 Bibliotecas
- ≈ 16 Grupos de Auto Ayuda "AA"
- ≈ 06 Mercados
- ≈ 05 Centros de Salud Urbanos
- ≈ 01 Unidad de Maternidad
- ≈ 06 Empresas Gaseras

Una vez realizado este diagnóstico de la zona de trabajo, se me asignó oficina, mobiliario y el personal que iba a estar a mi cargo y supervisión, para ejecutar de manera inmediata el programa.

Menciono, que durante mi periodo de trabajo (2000 -2003) realice diversas actividades y funciones como Responsable del Área Preventiva en la Zona Oriente, entre las que destacan el Reclutamiento, la Selección y Capacitación del Personal para realizar su Servicio Social y Prácticas Profesionales en el Área Preventiva del C.M.L.C.D y D.; Realizar el Contacto con Universidades Públicas y Privadas para llevar a cabo acciones conjuntas en materia de prevención con alumnos de carreras del ámbito social y afines al programa que cubrieran con las necesidades y problemáticas de las comunidades del Municipio; Elaboración y revisión de contenidos teóricos y materiales didácticos para llevar a cabo tanto la Impartición como la supervisión de pláticas, talleres, conferencias y cursos relacionados a la prevención de adicciones y temas de higiene mental, así como participar activamente en los eventos que convocó el H. Ayuntamiento, y a continuación describo mes por mes las actividades más importantes.

OCTUBRE 2000

FECHA	LUGAR	ACTIVIDAD	TEMA	CANTIDAD	ASISTENCIA
2 Y 3	OFICINA ZONA PONIENTE	PRESENTACIÓN CON EL EQUIPO DE TRABAJO	----	----	----
4 AL 6	OFICINA ZONA ORIENTE	ASIGNACIÓN DE OFICINA Y MOBILIARIO	----	----	----
9	OFICINA ZONA ORIENTE	PRESENTACIÓN DE EQUIPO DE TRABAJO	----	----	----
10 AL 13	OFICINA ZONA ORIENTE	PLANEACIÓN DEL CRONOGRAMA DE TRABAJO	----	----	----
16	OFICINA ZONA PONIENTE	ENTREGA DEL CRONOGRAMA DE TRABAJO	----	1	----
17 AL 20	CONADIC, S.S.A., C.I.J., CENTRO ACCIÓN,	BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN BIBLIOGRÁFICA	ADICCIONES TABAQUISMO ALCOHOLISMO	----	----
23 AL 27	UNAM. CONASIDA	BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN BIBLIOGRÁFICA	AUTOESTIMA SEXUALIDAD	----	----
30 Y 31	OFICINA ZONA ORIENTE	ESTRUCTURACIÓN DE PLÁTICAS	ADICCIONES AUTOESTIMA SEXUALIDAD	3	----

NOVIEMBRE 2000

FECHA	LUGAR	ACTIVIDAD	TEMA	CANTIDAD	ASISTENCIA
1 Y 2	FESTIVO	----	----	----	----
3	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE MENSUAL OCTUBRE	----	1	----
6	ESCUELAS PRIMARIAS "GRAL. ABUNDIO GÓMEZ" "SALVADOR ALLENDE"	PROGRAMACIÓN DE PLÁTICAS	ADICCIONES	9 9	-----
7	ESCUELAS PRIMARIAS "PEDRO MORENO" "M. MAZA DE JUÁREZ"	PROGRAMACIÓN DE PLÁTICAS	ADICCIONES	6 6	----
8	ESCUELAS PRIMARIAS "FRANCISCO VILLA" "AHUIZOTL"	PROGRAMACIÓN DE PLÁTICAS	ADICCIONES	9 6	----
9	ESCUELAS PRIMARIAS "JOSÉ VASCONCELOS" "IGNACIO RAMÍREZ"	PROGRAMACIÓN DE PLÁTICAS	ADICCIONES	6 6	----
10	ESCUELAS PRIMARIAS "JUSTO SIERRA" "RICARDO F. MAGÓN"	PROGRAMACIÓN DE PLÁTICAS	ADICCIONES	9 9	----
13	ESCUELA PRIMARIA "ENRIQUE REBSAMÉN"	PROGRAMACIÓN DE PLÁTICAS	ADICCIONES	18	----
14	ESCUELAS PRIMARIAS "J. M. MORELOS Y PAVÓN" "H. DE LA INDEPENDENCIA"	PROGRAMACIÓN DE PLÁTICAS	ADICCIONES	9 6	----
15	ESCUELAS PRIMARIAS "BENITO JUÁREZ" "CARLOS A. CARRILLO"	PROGRAMACIÓN DE PLÁTICAS	ADICCIONES	9 6	----
16	ESCUELA PRIMARIA "ANTONIO CASO"	PROGRAMACIÓN DE PLÁTICAS	ADICCIONES	18	----
17	ESCUELAS PRIMARIAS "MIGUEL HIDALGO" "EMILIANO ZAPATA"	PROGRAMACIÓN DE PLÁTICAS	ADICCIONES	9 6	----
20	EXPLANADA PALACIO MUNICIPAL	EVENTO ESPECIAL	DESFILE ESCUELAS	1	10 000
21	ESCUELAS PRIMARIAS "RAFAEL RAMÍREZ" "ROSARIO CASTELLANOS"	PROGRAMACIÓN DE PLÁTICAS	ADICCIONES	9 6	----
22	ESCUELAS PRIMARIAS "VICENTE GUERRERO" "I. M. ALTAMIRANO"	PROGRAMACIÓN DE PLÁTICAS	ADICCIONES	9 6	----
23	ESCUELAS PRIMARIAS "MARIANO MATAMOROS" "GREGORIO T. QUINTERO"	PROGRAMACIÓN DE PLÁTICAS	ADICCIONES	9 6	----
24	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE SEMANTAL	----	4	----
27 AL 30	OFICINA ZONA ORIENTE	ELABORACIÓN DE MATERIAL DIDÁCTICO/VISUAL	ADICCIONES AUTOESTIMA SEXUALIDAD	----	----

DICIEMBRE 2000

FECHA	LUGAR	ACTIVIDAD	TEMA	CANTIDAD	ASISTENCIA
1	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE MENSUAL NOVIEMBRE	-----	1	-----
4 AL 7	OFICINA ZONA ORIENTE	CAPACITACIÓN AL PERSONAL	ADICCIONES	1	2
8	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE SEMANAL	-----	2	-----
11 AL 14	OFICINA ZONA ORIENTE	CAPACITACIÓN AL PERSONAL	ADICCIONES	1	2
15	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE SEMANAL	-----	1	-----
16 AL 31	PERIODO VACACIONAL	-----	-----	-----	-----

ENERO 2001

FECHA	LUGAR	ACTIVIDAD	TEMA	CANTIDAD	ASISTENCIA
1 Y 2	PERIÓDO VACACIONAL	----	----	----	----
3	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE MENSUAL DICIEMBRE	----	1	----
4	OFICINA ZONA PONIENTE	PLANEACIÓN EVENTO ESPECIAL	"DÍA DE REYES"	2	----
5	DEPORTIVO "CARACOLES"	EVENTO ESPECIAL	"DÍA DE REYES"	1	6 000
6	DEPORTIVO "ADOLFO LÓPEZ MATEOS"	EVENTO ESPECIAL	"DÍA DE REYES"	1	2 500
8 Y 9	ESCUELA PRIMARIA "GRAL. ABUNDIO GÓMEZ"	PLÁTICAS	ADICCIONES	4	136
10 Y 11	ESCUELA PRIMARIA "SALVADOR ALLENDE"	PLÁTICAS	ADICCIONES	5	166
12	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE SEMANTAL	----	2	----
15	ESCUELA PRIMARIA "PEDRO MORENO"	PLÁTICAS	ADICCIONES	1	26
16	ESCUELA PRIMARIA "M. MAZA DE JUÁREZ"	PLÁTICAS	ADICCIONES	2	63
17	ESCUELA PRIMARIA "PEDRO MORENO"	PLÁTICAS	ADICCIONES	2	51
18	ESCUELA PRIMARIA "M. MAZA DE JUÁREZ"	PLÁTICAS	ADICCIONES	1	29
19	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE SEMANTAL	----	1	----
22	ESCUELA PRIMARIA "FRANCISCO VILLA"	PLÁTICAS	ADICCIONES	3	87
23	ESCUELA PRIMARIA "AHUIZOTL"	PLÁTICAS	ADICCIONES	2	48
24	ESCUELA PRIMARIA "FRANCISCO VILLA"	PLÁTICAS	ADICCIONES	3	83
25	ESCUELA PRIMARIA "AHUIZOTL"	PLÁTICAS	ADICCIONES	2	51
26	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE SEMANTAL	----	1	----
29	OFICINA ZONA ORIENTE	ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS	----	----	----
30	OFICINA ZONA PONIENTE	JUNTA DE ÁREA	----	1	----
31	OFICINA ZONA ORIENTE	ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS	----	----	----

FEBRERO 2001

FECHA	LUGAR	ACTIVIDAD	TEMA	CANTIDAD	ASISTENCIA
1	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE MENSUAL ENERO	----	1	----
2	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE SEMANAL	----	1	----
5	ESCUELA PRIMARIA "JOSÉ VASCONCELOS"	PLÁTICAS	ADICCIONES	1	40
6	ESCUELA PRIMARIA "IGNACIO RAMÍREZ"	PLÁTICAS	ADICCIONES	2	68
7	ESCUELA PRIMARIA "JOSÉ VASCONCELOS"	PLÁTICAS	ADICCIONES	2	67
8	ESCUELA PRIMARIA "IGNACIO RAMÍREZ"	PLÁTICAS	ADICCIONES	1	35
9	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE SEMANAL	----	1	----
12	GRUPO A A	PROGRAMACIÓN TALLER	AUTOESTIMA	1	----
13 AL 16	GRUPO A A	TALLER	AUTOESTIMA	4 SESIONES	12 C/U
16	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE SEMANAL	----	1	----
19	GRUPO A A	TALLER	AUTOESTIMA	1 SESION	12
20	ESCUELA PRIMARIA "JUSTO SIEERRA"	PLÁTICAS	ADICCIONES	2	65
21	ESCUELA PRIMARIA "RICARDO F. MAGÓN"	PLÁTICAS	ADICCIONES	2	80
22	ESCUELA PRIMARIA "JUSTO SIEERRA"	PLÁTICAS	ADICCIONES	2	69
23	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE SEMANAL	----	1	----
26	ESCUELA PRIMARIA "RICARDO F. MAGÓN"	PLÁTICAS	ADICCIONES	2	76
27	OFICINA ZONA PONIENTE	JUNTA DE ÁREA	----	1	----
28	OFICINA ZONA ORIENTE	ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS	----	----	----

MARZO 2001

FECHA	LUGAR	ACTIVIDAD	TEMA	CANTIDAD	ASISTENCIA
1	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE MENSUAL FEBRERO	----	1	----
2	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE SEMANAL	----	1	----
5	ESCUELA PRIMARIA "ENRIQUE REBSAMÉN"	PLÁTICAS	ADICCIONES	2	69
6	OFICINA ZONA ORIENTE	ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS	----	----	----
7	ESCUELA PRIMARIA "ENRIQUE REBSAMÉN"	PLÁTICAS	ADICCIONES	2	80
8	ESCUELA PRIMARIA "ENRIQUE REBSAMÉN"	PLÁTICAS	ADICCIONES	2	76
9	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE SEMANAL	----	1	----
12	OFICINA ZONA ORIENTE	ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS	----	----	----
13	ESCUELA PRIMARIA "ENRIQUE REBSAMÉN"	PLÁTICAS	ADICCIONES	3	92
14	ESCUELA PRIMARIA "ANTONIO CASO"	PLÁTICAS	ADICCIONES	2	48
15	ESCUELA PRIMARIA "ANTONIO CASO"	PLÁTICAS	ADICCIONES	2	53
16	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE SEMANAL	----	1	----
19	ESCUELA PRIMARIA "ANTONIO CASO"	PLÁTICAS	ADICCIONES	2	67
20	ESCUELA PRIMARIA "ANTONIO CASO"	PLÁTICAS	ADICCIONES	3	76
21	OFICINA ZONA ORIENTE	ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS	----	----	----
22	OFICINA ZONA PONIENTE	JUNTA DE ÁREA	----	1	----
23	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE SEMANAL	----	1	----
26 Y 27	ESCUELA PRIMARIA "ENRIQUE REBSAMÉN"	PLÁTICAS	AUTOESTIMA	4	127
28 Y 29	ESCUELA PRIMARIA "ANTONIO CASO"	PLÁTICAS	AUTOESTIMA	4	121
30	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE SEMANAL	----	1	----

ABRIL 2001

FECHA	LUGAR	ACTIVIDAD	TEMA	CANTIDAD	ASISTENCIA
2	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE MENSUAL MARZO	----	1	----
3	ESCUELA PRIMARIA "ENRIQUE REBSAMÉN"	PLÁTICAS	AUTOESTIMA	2	75
4	ESCUELA PRIMARIA "ANTONIO CASO"	PLÁTICAS	AUTOESTIMA	5	200
5	ESCUELA PRIMARIA "ENRIQUE REBSAMÉN"	PLÁTICAS	AUTOESTIMA	3	116
6	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE SEMANTAL	----	1	----
7 AL 22	PERIODO VACACIONAL	----	----	----	----
23	OFICINA ZONA PONIENTE	JUNTA DE ÁREA	----	1	----
24	OFICINA ZONA ORIENTE	ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS	----	----	----
25	OFICINA ZONA PONIENTE	PLANEACIÓN EVENTO ESPECIAL	"DÍA DEL NIÑO"	2	----
26	OFICINA ZONA ORIENTE	PLANEACIÓN EVENTO ESPECIAL	"DÍA DEL NIÑO"	1	----
27	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE SEMANTAL	----	1	----
30	DEPORTIVO "CARACOLES"	EVENTO ESPECIAL	"DÍA DEL NIÑO"	1	6 000
30	DEPORTIVO "EL MIRADOR"	EVENTO ESPECIAL	"DÍA DEL NIÑO"	1	2 000

MAYO 2001

FECHA	LUGAR	ACTIVIDAD	TEMA	CANTIDAD	ASISTENCIA
1	FESTIVO	----	----	----	----
2	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE MENSUAL ABRIL	----	1	----
3	OFICINA ZONA ORIENTE	ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS	----	1	----
4	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE SEMANAL	----	1	----
7 Y 8	ESCUELA PRIMARIA "J. M. MORELOS Y PAVÓN"	PLÁTICAS	ADICCIONES	5	176
9	OFICINA ZONA PONIENTE	PLANEACIÓN EVENTO ESPECIAL	"DÍA DE LAS MADRES"	1	----
10	DEPORTIVO "ADOLFO LÓPEZ MATEOS"	EVENTO ESPECIAL	"DÍA DE LAS MADRES"	1	4 000
11	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE SEMANAL	----	1	----
14	OFICINA ZONA PONIENTE	PLANEACIÓN EVENTO ESPECIAL	"DÍA DEL MAESTRO"	1	----
15	CENTRO DE CONVENCIONES	EVENTO ESPECIAL	"DÍA DEL MAESTRO"	1	10 000
16	OFICINA ZONA ORIENTE	ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS	----	1	----
17	ESCUELA PRIMARIA "H. DE LA INDEPENDENCIA"	PLÁTICAS	ADICCIONES	3	105
18	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE SEMANAL	----	1	----
21 Y 22	ESCUELA PRIMARIA "BENITO JUÁREZ"	PLÁTICAS	ADICCIONES	4	158
23 Y 24	ESCUELA PRIMARIA "CARLOS A. CARRILLO"	PLÁTICAS	ADICCIONES	3	94
25	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE SEMANAL	----	1	----
28 Y 29	ESCUELA PRIMARIA "MIGUEL HIDALGO"	PLÁTICAS	ADICCIONES	5	205
30 Y 31	ESCUELA PRIMARIA "EMILIANO ZAPATA"	PLÁTICAS	ADICCIONES	3	87

JUNIO 2001

FECHA	LUGAR	ACTIVIDAD	TEMA	CANTIDAD	ASISTENCIA
1	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE SEMANAL	-----	1	-----
4	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE MENSUAL MAYO	-----	1	-----
5 Y 6	ESCUELA PRIMARIA "RAFAEL RAMÍREZ"	PLÁTICAS	ADICCIONES	4	120
7 Y 8	ESCUELA PRIMARIA "ROSARIO CASTELLANOS"	PLÁTICAS	ADICCIONES	3	91
11	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE SEMANAL	-----	1	-----
12	ESCUELA PRIMARIA "VICENTE GUERRERO"	PLÁTICAS	ADICCIONES	2	65
13	ESCUELA PRIMARIA "I. M. ALTAMIRANO"	PLÁTICAS	ADICCIONES	3	76
14	ESCUELA PRIMARIA "VICENTE GUERRERO"	PLÁTICAS	ADICCIONES	2	58
15	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE SEMANAL	-----	1	-----
18	ESCUELAS PRIMARIAS "GREGORIO T. QUINTERO"	PLÁTICAS	ADICCIONES	1	26
19	ESCUELA PRIMARIA "MARIANO MATAMOROS"	PLÁTICAS	ADICCIONES	3	105
20	ESCUELA PRIMARIA "GREGORIO T. QUINTERO"	PLÁTICAS	ADICCIONES	2	54
21	ESCUELA PRIMARIA "MARIANO MATAMOROS"	PLÁTICAS	ADICCIONES	2	67
22	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE SEMANAL	-----	1	-----
25	OFICINA ZONA PONIENTE	JUNTA DE ÁREA	-----	1	-----
26 AL 28	OFICINA ZONA ORIENTE	ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS	-----	1	-----
29	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE SEMANAL	-----	1	-----

JULIO 2001

FECHA	LUGAR	ACTIVIDAD	TEMA	CANTIDAD	ASISTENCIA
2	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE MENSUAL JUNIO	-----	1	-----
3	OFICINA ZONA PONIENTE	JUNTA DE ÁREA	-----	1	-----
4 Y 5	OFICINA ZONA ORIENTE	PLANEACIÓN CURSO DE VERANO	A FINES	1	-----
6	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE SEMANAL	-----	1	-----
9 AL 11	OFICINA ZONA ORIENTE	ELABORACIÓN DE CONTENIDOS DEL CURSO	VALORES	1	-----
12	CASAS DE CULTURA	PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES	CURSO DE VERANO	5	-----
13	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE SEMANAL	-----	1	-----
16 AL 20	CASA DE CULTURA "LÁZARO CÁRDENAS"	CURSO DE VERANO	VALORES	5 SESIONES	20 C / U
20	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE SEMANAL	-----	1	-----
23 AL 27	CASA DE CULTURA ""	CURSO DE VERANO	VALORES	5 SESIONES	25 C / U
27	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE SEMANAL	-----	1	-----
30	BIBLIOTECAS PUBLICAS MUNICIPALES	PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES	CURSO DE VERANO	2	-----
31	OFICINA ZONA ORIENTE	ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS	-----	1	-----

AGOSTO 2001

FECHA	LUGAR	ACTIVIDAD	TEMA	CANTIDAD	ASISTENCIA
1	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE MENSUAL JULIO	----	1	----
2	OFICINA ZONA ORIENTE	ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS	----	1	----
3	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE SEMANAL	----	1	----
6 AL 10	B. P. M. "AGUSTÍN GONZÁLEZ PLATA"	CURSO DE VERANO	VALORES	5 SESIONES	25 C / U
10	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE SEMANAL	----	1	----
13 AL 17	B. P. M. "MIGUEL HIDALGO"	CURSO DE VERANO	VALORES	5 SESIONES	25 C / U
17	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE SEMANAL	----	1	----
20	OFICINA ZONA PONIENTE	JUNTA DE ÁREA	----	1	----
21	OFICINA ZONA ORIENTE	ACTUALIZACIÓN DE EXPEDIENTES	----	1	----
22	OFICINA ZONA ORIENTE	PLANEACIÓN DEL PLAN DE TRABAJO PARA NUEVO CICLO	----	1	----
23	OFICINA ZONA ORIENTE	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA NUEVO CICLO	----	1	----
24	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE SEMANAL	----	1	----
27	"C.C.U. JUSTO SIERRA"	ENTREVISTA JEFA DE CARRERA DE PSICOLOGÍA	----	1	----
28	"C.C.U. JUSTO SIERRA"	PROPUESTA PARA PRÁCTICAS PROFESIONALES	POR CONFIRMAR	1	----
29	"C.C.U. JUSTO SIERRA"	CITA CON LA PROFESORA DE PSICOLOGÍA SOCIAL	POR CONFIRMAR	1	----
30	ESCUELA SECUNDARIA GENERAL 19 "LA PRESA"	RECONOCIMIENTO DE LA ZONA DE TRABAJO	----	1	----
31	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE SEMANAL	----	1	----

SEPTIEMBRE 2001

FECHA	LUGAR	ACTIVIDAD	TEMA	CANTIDAD	ASISTENCIA
3	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE MENSUAL AGOSTO	----	1	----
4	OFICINA ZONA PONIENTE	JUNTA DE ÁREA	----	1	----
5	OFICINA ZONA PONIENTE	ENTREGA DEL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	----	1	----
6	OFICINA ZONA ORIENTE	CONTEXTUALIZAR INFORMACIÓN DE PLÁTICAS	----	----	----
7	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE SEMANAL	----	1	----
10 AL 13	OFICINA ZONA ORIENTE	CONTEXTUALIZAR INFORMACIÓN DE TALLERES	----	1	----
14	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE SEMANAL	----	1	----
17	ESCUELA SECUNDARIA GENERAL 19 "LA PRESA" TURNO MATUTINO	PROGRAMACIÓN DE PLÁTICAS	ADICCIONES	18	----
18	ESCUELA SECUNDARIA GENERAL 19 "LA PRESA" TURNO MATUTINO	PROGRAMACIÓN DE TALLER "C.C.U. JUSTO SIERRA"	VALORES	1	----
19	ESC. SEC. TÉCNICA 24 "VICTOR BRAVO AHUJA" TURNO MATUTINO	PROGRAMACIÓN DE PLÁTICAS	ADICCIONES	18	----
20	ESC. SEC. TÉCNICA 41 "LÁZARO CÁRDENAS" TURNO MATUTINO	PROGRAMACIÓN DE PLÁTICAS	ADICCIONES	18	----
21	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE SEMANAL	----	1	----
24	ESCUELA SECUNDARIA GENERAL 19 "LA PRESA" TURNO VESPERTINO	PROGRAMACIÓN DE PLÁTICAS	ADICCIONES	18	----
25	ESC. SEC. TÉCNICA 24 "VICTOR BRAVO AHUJA" TURNO VESPERTINO	PROGRAMACIÓN DE PLÁTICAS	ADICCIONES	18	----
26	ESC. SEC. TÉCNICA 41 "LÁZARO CÁRDENAS" TURNO VESPERTINO	PROGRAMACIÓN DE PLÁTICAS	ADICCIONES	18	----
27	OFICINA ZONA ORIENTE	REVISIÓN DE INFORMACIÓN DE PLÁTICAS Y TALLERES	----	1	----
28	ESCUELA SECUNDARIA GENERAL 19 "LA PRESA" TURNO MATUTINO	SUPERVISIÓN TALLER "C.C.U. JUSTO SIERRA"	VALORES	1ª SESIÓN	45
28	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE SEMANAL	----	1	----

OCTUBRE 2001

FECHA	LUGAR	ACTIVIDAD	TEMA	CANTIDAD	ASISTENCIA
1	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE MENSUAL SEPTIEMBRE	-----	1	-----
2 AL 5	ESCUELA SECUNDARIA GENERAL 19 "LA PRESA" TURNO MATUTINO	PLÁTICAS	ADICCIONES	12	487
5	ESCUELA SECUNDARIA GENERAL 19 "LA PRESA" TURNO MATUTINO	SUPERVISIÓN TALLER "C.C.U. JUSTO SIERRA"	VALORES	2ª SESIÓN	45
5	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE SEMANTAL	-----	1	-----
8 Y 9	ESCUELA SECUNDARIA GENERAL 19 "LA PRESA" TURNO MATUTINO	PLÁTICAS	ADICCIONES	6	243
10 Y 11	ESCUELA SECUNDARIA GENERAL 19 "LA PRESA" TURNO VESPERTINO	PLÁTICAS	ADICCIONES	6	217
12	ESCUELA SECUNDARIA GENERAL 19 "LA PRESA" TURNO MATUTINO	SUPERVISIÓN TALLER "C.C.U. JUSTO SIERRA"	VALORES	3ª SESIÓN	45
15	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE SEMANTAL	-----	1	-----
16 AL 18	ESCUELA SECUNDARIA GENERAL 19 "LA PRESA" TURNO VESPERTINO	PLÁTICAS	ADICCIONES	9	354
19	ESCUELA SECUNDARIA GENERAL 19 "LA PRESA" TURNO MATUTINO	SUPERVISIÓN TALLER "C.C.U. JUSTO SIERRA"	VALORES	4ª SESIÓN	45
19	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE SEMANTAL	-----	1	-----
22	ESCUELA SECUNDARIA GENERAL 19 "LA PRESA" TURNO VESPERTINO	PLÁTICAS	ADICCIONES	3	116
23	OFICINA ZONA PONIENTE	JUNTA DE ÁREA	-----	1	-----
24	OFICINA ZONA ORIENTE	ACTUALIZAR ARCHIVO DE CEDULAS	-----	-----	-----
25	ESCUELAS PRIMARIAS SECUNDARIAS	RECOPIACIÓN DE CEDULAS FALTALTES	ADICCIONES AUTOESTIMA	-----	-----
26	ESCUELA SECUNDARIA GENERAL 19 "LA PRESA" TURNO MATUTINO	SUPERVISIÓN TALLER "C.C.U. JUSTO SIERRA"	VALORES	5ª SESIÓN	45
26	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE SEMANTAL	-----	1	-----
29	"C.C.U. JUSTO SIERRA" PROFESORA DE PSICOLOGÍA SOCIAL	ENTREGA DE EVALUACIONES	VALORES	5	-----
30	OFICINA ZONA ORIENTE	ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS	-----	-----	-----
31	ESC. SEC. TÉCNICA 41 "LÁZARO CÁRDENAS" TURNO MATUTINO	CONFIRMACIÓN DE PLÁTICAS	ADICCIONES	18	-----

NOVIEMBRE 2001

FECHA	LUGAR	ACTIVIDAD	TEMA	CANTIDAD	ASISTENCIA
1 Y 2	FESTIVO	-----	-----	-----	-----
5	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE MENSUAL OCTUBRE	-----	1	-----
5 AL 8	ESC. SEC. TÉCNICA 41 "LÁZARO CÁRDENAS" TURNO MATUTINO	PLÁTICAS	ADICCIONES	16	608
9	ESCUELA SECUNDARIA GENERAL 19 "LA PRESA" TURNO MATUTINO	SUPERVISIÓN TALLER "C.C.U. JUSTO SIERRA"	VALORES	6ª SESIÓN	45
9	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE SEMANTAL	-----	2	-----
12	ESC. SEC. TÉCNICA 41 "LÁZARO CÁRDENAS" TURNO MATUTINO	PLÁTICAS	ADICCIONES	2	75
13 AL 15	ESCUELA SECUNDARIA GENERAL 19 "LA PRESA" TURNO MATUTINO	PLÁTICAS	AUTOESTIMA	9	365
16	ESCUELA SECUNDARIA GENERAL 19 "LA PRESA" TURNO MATUTINO	SUPERVISIÓN TALLER "C.C.U. JUSTO SIERRA"	VALORES	7ª SESIÓN	45
16	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE SEMANTAL	-----	1	-----
19	ESCUELA SECUNDARIA GENERAL 19 "LA PRESA" TURNO MATUTINO	PLÁTICAS	AUTOESTIMA	3	123
20	OFICINA ZONA ORIENTE	ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS	-----	-----	-----
21 Y 22	ESCUELA SECUNDARIA GENERAL 19 "LA PRESA" TURNO MATUTINO	PLÁTICAS	AUTOESTIMA	6	245
23	ESCUELA SECUNDARIA GENERAL 19 "LA PRESA" TURNO MATUTINO	SUPERVISIÓN TALLER "C.C.U. JUSTO SIERRA"	VALORES	8ª SESIÓN	45
23	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE SEMANTAL	-----	1	-----
26	OFICINA ZONA PONIENTE	JUNTA DE ÁREA	-----	1	-----
27 AL 29	ESCUELA SECUNDARIA GENERAL 19 "LA PRESA" TURNO VESPERTINO	PLÁTICAS	AUTOESTIMA	9	352
30	ESCUELA SECUNDARIA GENERAL 19 "LA PRESA" TURNO MATUTINO	SUPERVISIÓN TALLER "C.C.U. JUSTO SIERRA"	VALORES	9ª SESIÓN	45

DICIEMBRE 2001

FECHA	LUGAR	ACTIVIDAD	TEMA	CANTIDAD	ASISTENCIA
3	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE MENSUAL NOVIEMBRE	-----	1	-----
4 AL 6	ESCUELA SECUNDARIA GENERAL 19 "LA PRESA" TURNO VESPERTINO	PLÁTICAS	AUTOESTIMA	9	339
7	ESCUELA SECUNDARIA GENERAL 19 "LA PRESA" TURNO MATUTINO	SUPERVISIÓN TALLER "C.C.U. JUSTO SIERRA"	VALORES	10ª SESIÓN	45
7	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE SEMANAL	-----	1	-----
10	"C.C.U. JUSTO SIERRA" PROFESORA DE PSICOLOGÍA SOCIAL	ENTREGA DE EVALUACIONES	VALORES	5	-----
10 AL 14	OFICINA ZONA ORIENTE	ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS	-----	-----	-----
15 AL 31	PERIODO VACACIONAL	-----	-----	-----	-----

ENERO 2002

FECHA	LUGAR	ACTIVIDAD	TEMA	CANTIDAD	ASISTENCIA
1 Y 2	PERIODO VACACIONAL	-----	-----	-----	-----
3 Y 4	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE MENSUAL DICIEMBRE	-----	1	-----
5	DEPORTIVO "CARACOLES"	EVENTO ESPECIAL	"DÍA DE REYES"	1	6 000
6	DEPORTIVO "ADOLFO LÓPEZ MATEOS"	EVENTO ESPECIAL	"DÍA DE REYES"	1	2 500
7	ESC. SEC. TÉCNICA 24 "VICTOR BRAVO AHUJA" TURNO MATUTINO	PROGRAMACIÓN DE PLÁTICAS	SEXUALIDAD	18	-----
8	ESC. SEC. TÉCNICA 24 "VICTOR BRAVO AHUJA" TURNO VESPERTINO	PROGRAMACIÓN DE PLÁTICAS	SEXUALIDAD	18	-----
9	ESCUELA SECUNDARIA GENERAL 19 "LA PRESA" TURNO MATUTINO	PROGRAMACIÓN DE PLÁTICAS	SEXUALIDAD	18	-----
10	ESCUELA SECUNDARIA GENERAL 19 "LA PRESA" TURNO VESPERTINO	PROGRAMACIÓN DE PLÁTICAS	SEXUALIDAD	18	-----
11	ESC. SEC. TÉCNICA 41 "LÁZARO CÁRDENAS" TURNO MATUTINO	PROGRAMACIÓN DE PLÁTICAS	SEXUALIDAD	18	-----
14	ESC. SEC. TÉCNICA 41 "LÁZARO CÁRDENAS" TURNO VESPERTINO	PROGRAMACIÓN DE PLÁTICAS	SEXUALIDAD	18	-----
15	ESC. SEC. TÉCNICA 75 "LAS IXTACALAS"	PROGRAMACIÓN DE TALLER	HABITOS DE ESTUDIO	1	-----
16	ESC. SEC. TÉCNICA 41 "LÁZARO CÁRDENAS" TURNO MATUTINO	PROGRAMACIÓN DE TALLER	VALORES II	1	-----
17	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE SEMANTAL	-----	3	-----
18	ESC. SEC. TÉCNICA 41 "LÁZARO CÁRDENAS" TURNO MATUTINO	CONFIRMACIÓN DE TALLER	VALORES II	1	-----
21	ESC. SEC. TÉCNICA 75 "LAS IXTACALAS"	SUPERVISIÓN DE TALLER	HABITOS DE ESTUDIO	1ª SESIÓN	20
22	OFICINA ZONA ORIENTE	ACTIVIDAD ADMINISTRATIVA	-----	-----	-----
23	ESC. SEC. TÉCNICA 75 "LAS IXTACALAS"	SUPERVISIÓN DE TALLER	HABITOS DE ESTUDIO	2ª SESIÓN	20
24	OFICINA ZONA ORIENTE	ACTIVIDAD ADMINISTRATIVA	-----	-----	-----
25	ESC. SEC. TÉCNICA 41 "LÁZARO CÁRDENAS" TURNO MATUTINO	SUPERVISIÓN DE TALLER	VALORES II	1ª SESIÓN	40
28	ESC. SEC. TÉCNICA 75 "LAS IXTACALAS"	SUPERVISIÓN DE TALLER	HABITOS DE ESTUDIO	3ª SESIÓN	20
29	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE SEMANTAL	-----	1	-----
30	ESC. SEC. TÉCNICA 75 "LAS IXTACALAS"	SUPERVISIÓN DE TALLER	HABITOS DE ESTUDIO	4ª SESIÓN	20
31	OFICINA ZONA ORIENTE	ACTIVIDAD ADMINISTRATIVA	-----	-----	-----

FEBRERO 2002

FECHA	LUGAR	ACTIVIDAD	TEMA	CANTIDAD	ASISTENCIA
1	ESC. SEC. TÉCNICA 41 "LÁZARO CÁRDENAS" TURNO MATUTINO	SUPERVISIÓN DE TALLER	VALORES II	2ª SESIÓN	40
4	ESC. SEC. TÉCNICA 75 "LAS IXTACALAS"	SUPERVISIÓN DE TALLER	HABITOS DE ESTUDIO	5ª SESIÓN	20
5	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE SEMANAL	-----	1	-----
6	ESC. SEC. TÉCNICA 75 "LAS IXTACALAS"	SUPERVISIÓN DE TALLER	HABITOS DE ESTUDIO	6ª SESIÓN	20
7	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE MENSUAL ENERO	-----	1	-----
8	ESC. SEC. TÉCNICA 41 "LÁZARO CÁRDENAS" TURNO MATUTINO	SUPERVISIÓN DE TALLER	VALORES II	3ª SESIÓN	40
11	ESC. SEC. "LAS IXTACALAS"	SUPERVISIÓN DE TALLER	HABITOS DE ESTUDIO	7ª SESIÓN	20
12	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE SEMANAL	-----	1	-----
13	ESC. SEC. TÉCNICA 75 "LAS IXTACALAS"	SUPERVISIÓN DE TALLER	HABITOS DE ESTUDIO	8ª SESIÓN	20
14	OFICINA ZONA PONIENTE	JUNTA DE ÁREA	-----	1	-----
15	ESC. SEC. TÉCNICA 41 "LÁZARO CÁRDENAS" TURNO MATUTINO	SUPERVISIÓN DE TALLER	VALORES II	4ª SESIÓN	40
18	ESC. SEC. TÉCNICA 75 "LAS IXTACALAS"	SUPERVISIÓN DE TALLER	HABITOS DE ESTUDIO	9ª SESIÓN	20
19	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE SEMANAL	-----	1	-----
20	ESC. SEC. TÉCNICA "LAS IXTACALAS"	SUPERVISIÓN DE TALLER	HABITOS DE ESTUDIO	10ª SESIÓN	20
21	ESCUELA SECUNDARIA GENERAL 19 "LA PRESA" TURNO VESPERTINO	SUPERVISIÓN DE PLÁTICAS	SEXUALIDAD	4	164
22	ESC. SEC. TÉCNICA 41 "LÁZARO CÁRDENAS" TURNO MATUTINO	SUPERVISIÓN DE TALLER	VALORES II	5ª SESIÓN	40
25	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE SEMANAL	-----	1	-----
26	ESC. SEC. TÉCNICA 41 "LÁZARO CÁRDENAS" TURNO MATUTINO	SUPERVISIÓN DE PLÁTICAS	SEXUALIDAD	4	140
27	ESC. SEC. TÉCNICA 41 "LÁZARO CÁRDENAS" TURNO MATUTINO	PLÁTICAS	SEXUALIDAD	2	76
28	ESCUELA SECUNDARIA GENERAL 19 "LA PRESA" TURNO VESPERTINO	PLÁTICAS	SEXUALIDAD	2	65

MARZO 2002

FECHA	LUGAR	ACTIVIDAD	TEMA	CANTIDAD	ASISTENCIA
1	ESC. SEC. TÉCNICA 41 "LÁZARO CÁRDENAS" TURNO MATUTINO	SUPERVISIÓN DE TALLER	VALORES II	6ª SESIÓN	40
4	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE SEMANAL	-----	1	-----
5	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE MENSUAL FEBRERO	-----	1	-----
6	ESC. SEC. TÉCNICA 41 "LÁZARO CÁRDENAS" TURNO VESPERTINO	PLÁTICAS	SEXUALIDAD	2	65
7	TELESECUNDARIA "RICARDO FLORES MAGÓN"	PROGRAMACIÓN DE PLÁTICAS	ADICCIONES	6	-----
8	ESC. SEC. TÉCNICA 41 "LÁZARO CÁRDENAS" TURNO MATUTINO	SUPERVISIÓN DE TALLER	VALORES II	7ª SESIÓN	40
11	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE SEMANAL	-----	1	-----
12	TELESECUNDARIA "SOR JUANA INES DE LA CRUZ"	PROGRAMACIÓN DE PLÁTICAS	ADICCIONES	6	-----
13	OFICINA ZONA PONIENTE	JUNTA DE ÁREA	-----	1	-----
14	CONALEP "TLALNEPANTLA 2	PROGRAMACIÓN DE PLÁTICAS	ADICCIONES	15	-----
15	ESC. SEC. TÉCNICA 41 "LÁZARO CÁRDENAS" TURNO MATUTINO	SUPERVISIÓN DE TALLER	VALORES II	8ª SESIÓN	40
18	PREPARATORIA OFICIAL 69	PROGRAMACIÓN DE PLÁTICAS	ADICCIONES	8	-----
19	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE SEMANAL	-----	1	-----
20	ESC. SEC. TÉCNICA 41 "LÁZARO CÁRDENAS" TURNO MATUTINO	SUPERVISIÓN DE TALLER	VALORES II	9ª SESIÓN	40
21	EDAYO	PROGRAMACIÓN DE PLÁTICAS	ADICCIONES	8	-----
22	ESC. SEC. TÉCNICA 41 "LÁZARO CÁRDENAS" TURNO MATUTINO	SUPERVISIÓN DE TALLER	VALORES II	10ª SESIÓN	40
23 AL 31	PERIODO VACACIONAL	-----	-----	-----	-----

ABRIL 2002

FECHA	LUGAR	ACTIVIDAD	TEMA	CANTIDAD	ASISTENCIA
1 AL 7	PERIODO VACACIONAL	-----	-----	-----	-----
8	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE MENSUAL MARZO	-----	1	-----
8	"C.C.U. JUSTO SIERRA"	ENTREGA DE EVALUACIONES TALLER	VALORES II	10	-----
9 AL 12	OFICINA ZONA ORIENTE	CAPACITACIÓN SERVICIO SOCIAL U.A.E.M. ECATEPEC	ADICCIONES	1	12
12	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE SEMANAL	-----	1	-----
15	"C.C.U. JUSTO SIERRA"	ENTREVISTA JEFA DE CARRERA DE PSICOLOGÍA	-----	1	-----
16	"C.C.U. JUSTO SIERRA"	PROPUESTA PARA PRÁCTICAS PROFESIONALES	POR CONFIRMAR	-----	-----
17	"C.C.U. JUSTO SIERRA"	CITA CON LA PROFESORA DE REHABILITACIÓN	PRÁCTICA DE REHABILITACIÓN	-----	-----
18	CASA HOGAR "DON DE DIOS"	PRESENTACIÓN AUTORIDADES	PROPONER PROGRAMA DE TRABAJO	-----	-----
19	CASA HOGAR "DON DE DIOS"	COORDINACIÓN	PRÁCTICA DE REHABILITACIÓN	1ª SESIÓN	15
22	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE SEMANAL	-----	1	-----
23	OFICINA ZONA PONIENTE	JUNTA DE ÁREA	-----	1	-----
24	ESCUELAS PRIMARIAS "ALFREDO V. BONFIL" "ALFONSO N. URUETA"	PROGRAMACIÓN DE PLÁSTICAS	ADICCIONES	9 6	-----
25	ESCUELAS PRIMARIAS "MIGUEL HIDALGO" "CARLOS HANK GONZÁLEZ"	PROGRAMACIÓN DE PLÁSTICAS	ADICCIONES	9 6	-----
26	ESCUELAS PRIMARIAS "FELIPE CARRILLO PUERTO" "JORGE JIMÉNEZ CANTÚ"	PROGRAMACIÓN DE PLÁSTICAS	ADICCIONES	9 6	-----
26	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE SEMANAL	-----	1	-----
29	ESCUELAS PRIMARIAS "LUIS CABRERA LOBATO" "INSURGENTES"	PROGRAMACIÓN DE PLÁSTICAS	ADICCIONES	9 6	-----
29	OFICINA ZONA PONIENTE	PLANEACIÓN EVENTO ESPECIAL	"DÍA DEL NIÑO"	2	-----
30	DEPORTIVO "CRI - CRI"	EVENTO ESPECIAL	"DÍA DEL NIÑO"	1	4 000
30	DEPORTIVO "ADOLFO LÓPEZ MATEOS"	EVENTO ESPECIAL	"DÍA DEL NIÑO"	1	2 500

MAYO 2002

FECHA	LUGAR	ACTIVIDAD	TEMA	CANTIDAD	ASISTENCIA
1	FESTIVO				
2	ESCUELAS PRIMARIAS "EVA SAMANO BISHOP" "BENITO JUÁREZ"	PROGRAMACIÓN DE PLÁTICAS	ADICCIONES	9 6	----
3	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE MENSUAL ABRIL	----	1	----
6	ESCUELAS PRIMARIAS "LEYES DE REFORMA" "ELISEO BANDALA"	PROGRAMACIÓN DE PLÁTICAS	ADICCIONES	9 6	----
7	ESCUELAS PRIMARIAS "MIGUEL SALAS ANZUREZ" "LÁZARO CÁRDENAS"	PROGRAMACIÓN DE PLÁTICAS	ADICCIONES	9 6	----
8	ESCUELAS PRIMARIAS "JAIME TORRES BODET" "REVOLUCIÓN MEXICANA"	PROGRAMACIÓN DE PLÁTICAS	ADICCIONES	9 6	----
9	OFICINA ZONA PONIENTE	PLANEACIÓN EVENTO ESPECIAL	"DÍA DE LAS MADRES"	2	----
10	DEPORTIVO "CARACOLAS"	EVENTO ESPECIAL	"DÍA DE LAS MADRES"	1	5 000
10	DEPORTIVO "ADOLFO LÓPEZ MATEOS"	EVENTO ESPECIAL	"DÍA DE LAS MADRES"	1	2 000
13	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE SEMANAL	----	2	----
14	ESCUELAS PRIMARIAS "GUSTAVO BAZ" "ALFONSO REYES"	PROGRAMACIÓN DE PLÁTICAS	ADICCIONES	9 6	----
15	CENTRO DE CONVENCIONES	EVENTO ESPECIAL	"DÍA DEL MAESTRO"	1	10 000
16	OFICINA ZONA ORIENTE	ACTIVIDAD ADMINISTRATIVA	----	----	----
17	OFICINA ZONA PONIENTE	JUNTA DE ÁREA	----	----	----
20	ESCUELAS PRIMARIAS "ALFREDO V. BONFIL" "ALFONSO N. URUETA"	SUPERVISIÓN DE PLÁTICAS	ADICCIONES	2 2	62 43
21	ESCUELAS PRIMARIAS "MIGUEL HIDALGO" "CARLOS HANK GONZÁLEZ"	SUPERVISIÓN DE PLÁTICAS	ADICCIONES	2 2	65 47
22	ESCUELAS PRIMARIAS "FELIPE CARRILLO PUERTO" "JORGE JIMÉNEZ CANTÚ"	SUPERVISIÓN DE PLÁTICAS	ADICCIONES	2 2	70 45
23	ESCUELAS PRIMARIAS "LUIS CABRERA LOBATO" "INSURGENTES"	SUPERVISIÓN DE PLÁTICAS	ADICCIONES	2 2	65 51
24	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE SEMANAL	----	2	----
27 AL 30	OFICINA ZONA ORIENTE	ACTUALIZACIÓN ARCHIVO CEDULAS	----	----	----
31	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE SEMANAL	----	1	----

JUNIO 2002

FECHA	LUGAR	ACTIVIDAD	TEMA	CANTIDAD	ASISTENCIA
3	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE MENSUAL MAYO	-----	1	-----
4	ESCUELAS PRIMARIAS "EVA SAMANO BISHOP" "BENITO JUÁREZ"	SUPERVISIÓN DE PLÁTICAS	ADICCIONES	2 2	42 57
5	ESCUELAS PRIMARIAS "LEYES DE REFORMA" "ELISEO BANDALA"	SUPERVISIÓN DE PLÁTICAS	ADICCIONES	2 2	65 54
6	ESCUELAS PRIMARIAS "MIGUEL SALAS ANZUREZ" "LÁZARO CÁRDENAS"	SUPERVISIÓN DE PLÁTICAS	ADICCIONES	2 2	68 59
7	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE SEMANAL	-----	1	-----
10	ESCUELAS PRIMARIAS "JAIME TORRES BODET" "REVOLUCIÓN MEXICANA"	SUPERVISIÓN DE PLÁTICAS	ADICCIONES	2 2	70 72
11	ESCUELAS PRIMARIAS "GUSTAVO BAZ" "ALFONSO REYES"	SUPERVISIÓN DE PLÁTICAS	ADICCIONES	2 2	75 65
12	CONALEP "TLALNEPANTLA 2	SUPERVISIÓN DE PLÁTICAS	ADICCIONES	3	65
13	CONALEP "TLALNEPANTLA 2	CONFERENCIA	ADICCIONES	1	120
14	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE SEMANAL	-----	1	-----
17	PREPARATORIA OFICIAL 69	CONFERENCIA	ADICCIONES	1	100
18	PREPARATORIA OFICIAL 69	SUPERVISIÓN DE PLÁTICAS	ADICCIONES	2	65
19	EDAYO	SUPERVISIÓN DE PLÁTICAS	ADICCIONES	2	65
20	EDAYO	PLÁTICAS	ADICCIONES	1	39
21	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE SEMANAL	-----	1	-----
24	OFICINA ZONA PONIENTE	JUNTA DE ÁREA	-----	-----	-----
25	OFICINA ZONA ORIENTE	PLANEACIÓN DEL TRABAJO EN VERANO	A FINES	1	-----
26	OFICINA ZONA ORIENTE	CRONOGRAMA DEL TRABAJO EN VERANO	ADICCIONES	1	-----
27	CENTROS DE SALUD URBANOS	ENTREVISTA CON DIRECTOR DE CADA C.S.U.	INFORMAR SOBRE EL PROGRAMA	6	-----
27	CENTROS DE SALUD URBANOS	PROGRAMACIÓN DE PLÁTICAS	ADICCIONES Y AUTOESTIMA	120	-----
28	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE SEMANAL	-----	1	-----

JULIO 2002

FECHA	LUGAR	ACTIVIDAD	TEMA	CANTIDAD	ASISTENCIA
1	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE MENSUAL JUNIO	----	1	----
2	OFICINA ZONA PONIENTE	JUNTA DE ÁREA	----	1	----
3	OFICINA ZONA ORIENTE	ACTUALIZACIÓN ARCHIVO CEDULAS	----	----	----
4	OFICINA ZONA ORIENTE	REVISIÓN DE PLÁSTICAS	----	----	----
5	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE SEMANAL	----	1	----
8 AL 12	CENTRO DE SALUD URBANO "LA PRESA 1"	SUPERVISIÓN DE PLÁSTICAS	ADICCIONES	10	250
12	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE SEMANAL	----	1	----
15 AL 19	CENTRO DE SALUD URBANO "LA PRESA 2"	SUPERVISIÓN DE PLÁSTICAS	ADICCIONES	10	250
19	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE SEMANAL	----	1	----
22 AL 26	CENTRO DE SALUD URBANO "LA PRESA 3"	SUPERVISIÓN DE PLÁSTICAS	ADICCIONES	10	250
26	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE SEMANAL	----	1	----
29 AL 31	CENTRO DE SALUD URBANO "SAN JUANICO"	SUPERVISIÓN DE PLÁSTICAS	ADICCIONES	6	150

AGOSTO 2002

FECHA	LUGAR	ACTIVIDAD	TEMA	CANTIDAD	ASISTENCIA
1	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE MENSUAL JULIO	----	1	-----
1 Y 2	CENTRO DE SALUD URBANO "SAN JUANICO"	SUPERVISIÓN DE PLÁTICAS	ADICCIONES	4	100
5 AL 9	CENTRO DE SALUD URBANO "DR. J. JIMÉNEZ CANTÚ"	SUPERVISIÓN DE PLÁTICAS	ADICCIONES	10	250
9	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE SEMANAL	----	1	-----
12 AL 16	UNIDAD DE MATERNIDAD "CARACOLES"	SUPERVISIÓN DE PLÁTICAS	ADICCIONES	10	250
16	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE SEMANAL	----	1	-----
19 Y 23	CENTRO DE SALUD URBANO "LA PRESA 1"	SUPERVISIÓN DE PLÁTICAS	AUTOESTIMA	10	250
23	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE SEMANAL	----	1	-----
26 AL 30	CENTRO DE SALUD URBANO "LA PRESA 2"	SUPERVISIÓN DE PLÁTICAS	AUTOESTIMA	10	250
30	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE SEMANAL	----	1	-----

SEPTIEMBRE 2002

FECHA	LUGAR	ACTIVIDAD	TEMA	CANTIDAD	ASISTENCIA
2	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE MENSUAL AGOSTO	-----	1	-----
2 AL 6	CENTRO DE SALUD URBANO "LA PRESA 3"	SUPERVISIÓN DE PLÁTICAS	AUTOESTIMA	10	250
6	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE SEMANAL	-----	1	-----
9 AL 13	CENTRO DE SALUD URBANO "SAN JUANICO"	SUPERVISIÓN DE PLÁTICAS	AUTOESTIMA	10	250
13	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE SEMANAL	-----	1	-----
16	FESTIVO	-----	-----	-----	-----
17 Y 18	CENTRO DE SALUD URBANO "DR. J. JIMÉNEZ CANTÚ"	SUPERVISIÓN DE PLÁTICAS	AUTOESTIMA	4	100
19 Y 20	UNIDAD DE MATERNIDAD "CARACOLE"	SUPERVISIÓN DE PLÁTICAS	AUTOESTIMA	4	100
20	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE SEMANAL	-----	1	-----
23	ESCUELAS PRIMARIAS "GRAL. ABUNDIO GÓMEZ" "SALVADOR ALLENDE"	PROGRAMACIÓN DE TALLER	AUTOESTIMA	3 2	-----
24	ESCUELAS PRIMARIAS "PEDRO MORENO" "M. MAZA DE JUÁREZ"	PROGRAMACIÓN DE TALLER	AUTOESTIMA	3 2	-----
25	ESCUELAS PRIMARIAS "FRANCISCO VILLA" "AHUIZOTL"	PROGRAMACIÓN DE TALLER	AUTOESTIMA	3 2	----
26	ESCUELAS PRIMARIAS "JOSÉ VASCONCELOS" "IGNACIO RAMÍREZ"	PROGRAMACIÓN DE TALLER	AUTOESTIMA	3 2	-----
26	OFICINA ZONA PONIENTE	JUNTA DE ÁREA	-----	1	-----
27	ESCUELAS PRIMARIAS "JUSTO SIEERRA" "RICARDO F. MAGÓN"	PROGRAMACIÓN DE TALLER	AUTOESTIMA	3 2	-----
27	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE SEMANAL	-----	1	-----
30	OFICINA ZONA ORIENTE	CAPACITACIÓN PERSONAL DE SERVICIO SOCIAL	ADICCIONES AUTOESTIMA SEXUALIDAD	1	5

OCTUBRE 2002

FECHA	LUGAR	ACTIVIDAD	TEMA	CANTIDAD	ASISTENCIA
1	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE MENSUAL SEPTIEMBRE	-----	1	-----
2 AL 4	OFICINA ZONA ORIENTE	CAPACITACIÓN PERSONAL DE SERVICIO SOCIAL	ADICIONES AUTOESTIMA SEXUALIDAD	1	5
4	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE SEMANAL	-----	1	-----
7	ESCUELA PRIMARIA "ENRIQUE REBSAMÉN"	PROGRAMACIÓN DE TALLER	AUTOESTIMA	3	-----
8	ESCUELAS PRIMARIAS "J. M. MORELOS Y PAVÓN" "H. DE LA INDEPENDENCIA"	PROGRAMACIÓN DE TALLER	AUTOESTIMA	3 2	-----
9	ESCUELAS PRIMARIAS "BENITO JUÁREZ" "CARLOS A. CARRILLO"	PROGRAMACIÓN DE TALLER	AUTOESTIMA	3 2	-----
10	ESCUELA PRIMARIA "ANTONIO CASO"	PROGRAMACIÓN DE TALLER	AUTOESTIMA	3	-----
11	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE SEMANAL	-----	1	-----
14	ESCUELAS PRIMARIAS "MIGUEL HIDALGO" "EMILIANO ZAPATA"	PROGRAMACIÓN DE TALLER	AUTOESTIMA	3 2	-----
15	ESCUELAS PRIMARIAS "RAFAEL RAMÍREZ" "ROSARIO CASTELLANOS"	PROGRAMACIÓN DE TALLER	AUTOESTIMA	3 2	-----
16	ESCUELAS PRIMARIAS "VICENTE GUERRERO" "I. M. ALTAMIRANO"	PROGRAMACIÓN DE TALLER	AUTOESTIMA	3 2	-----
17	ESCUELAS PRIMARIAS "MARIANO MATAMOROS" "GREGORIO T. QUINTERO"	PROGRAMACIÓN DE TALLER	AUTOESTIMA	3 2	-----
18	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE SEMANAL	-----	1	-----
21	ESCUELA PRIMARIA "GRAL. ABUNDIO GÓMEZ"	SUPERVISIÓN TALLER	AUTOESTIMA	1	30
22	ESCUELA PRIMARIA "SALVADOR ALLENDE"	SUPERVISIÓN TALLER	AUTOESTIMA	1	28
23	ESCUELA PRIMARIA "PEDRO MORENO"	SUPERVISIÓN TALLER	AUTOESTIMA	1	34
24	ESCUELA PRIMARIA "M. MAZA DE JUÁREZ"	SUPERVISIÓN TALLER	AUTOESTIMA	1	36
25	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE SEMANAL	-----	1	-----
28	ESCUELA PRIMARIA "FRANCISCO VILLA"	SUPERVISIÓN TALLER	AUTOESTIMA	1	40
29	ESCUELA PRIMARIA "AHUIZOTL"	SUPERVISIÓN TALLER	AUTOESTIMA	1	24
30	ESCUELA PRIMARIA "JOSÉ VASCONCELOS"	SUPERVISIÓN TALLER	AUTOESTIMA	1	35
31	ESCUELA PRIMARIA "IGNACIO RAMÍREZ"	SUPERVISIÓN TALLER	AUTOESTIMA	1	36

NOVIEMBRE 2002

FECHA	LUGAR	ACTIVIDAD	TEMA	CANTIDAD	ASISTENCIA
1	FESTIVO	----	----	----	----
4	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE MENSUAL OCTUBRE	----	1	----
4	ESCUELA PRIMARIA "JUSTO SIEERRA"	SUPERVISIÓN TALLER	AUTOESTIMA	1	34
5	ESCUELA PRIMARIA "RICARDO F. MAGÓN"	SUPERVISIÓN TALLER	AUTOESTIMA	1	42
6	ESCUELA PRIMARIA "ENRIQUE REBSAMÉN"	SUPERVISIÓN TALLER	AUTOESTIMA	1	32
7	ESCUELA PRIMARIA "J. M. MORELOS Y PAVÓN"	SUPERVISIÓN TALLER	AUTOESTIMA	1	40
8	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE SEMANTAL	----	2	----
11	ESCUELA PRIMARIA "H. DE LA INDEPENDENCIA"	SUPERVISIÓN TALLER	AUTOESTIMA	1	34
12	ESCUELA PRIMARIA "BENITO JUÁREZ"	SUPERVISIÓN TALLER	AUTOESTIMA	1	33
13	ESCUELA PRIMARIA "CARLOS A. CARRILLO"	SUPERVISIÓN TALLER	AUTOESTIMA	1	28
14	ESCUELA PRIMARIA "ANTONIO CASO"	SUPERVISIÓN TALLER	AUTOESTIMA	1	34
15	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE SEMANTAL	----	1	----
18	ESCUELA PRIMARIA "MIGUEL HIDALGO"	SUPERVISIÓN TALLER	AUTOESTIMA	1	35
19	ESCUELA PRIMARIA "EMILIANO ZAPATA"	SUPERVISIÓN TALLER	AUTOESTIMA	1	31
20	OFICINA ZONA ORIENTE	ACTIVIDAD ADMINISTRATIVA	----	1	----
21	ESCUELA PRIMARIA "ROSARIO CASTELLANOS"	SUPERVISIÓN TALLER	AUTOESTIMA	1	28
22	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE SEMANTAL	----	1	----
25	ESCUELA PRIMARIA "RAFAEL RAMÍREZ"	SUPERVISIÓN TALLER	AUTOESTIMA	1	29
26	ESCUELA PRIMARIA "VICENTE GUERRERO" "I. M. ALTAMIRANO"	SUPERVISIÓN TALLER	AUTOESTIMA	1 1	37 34
27	ESCUELA PRIMARIA "MARIANO MATAMOROS"	SUPERVISIÓN TALLER	AUTOESTIMA	1	35
28	ESCUELA PRIMARIA "GREGORIO T. QUINTERO"	SUPERVISIÓN TALLER	AUTOESTIMA	1	25
29	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE SEMANTAL	----	1	----

DICIEMBRE 2002

FECHA	LUGAR	ACTIVIDAD	TEMA	CANTIDAD	ASISTENCIA
3	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE MENSUAL NOVIEMBRE	-----	1	-----
4	OFICINA ZONA ORIENTE	RECOPIACIÓN DE CEDULAS	ADICIONES AUTOESTIMA	-----	-----
5	OFICINA ZONA PONIENTE	JUNTA DE ÁREA	-----	1	-----
6	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE SEMANTAL	-----	1	-----
9 AL 12	OFICINA ZONA ORIENTE	ACTIVIDAD ADMINISTRATIVA	-----	-----	-----
13	OFICINA ZONA ORIENTE	REPORTE SEMANTAL	-----	1	-----
14 AL 31	PERIODO VACACIONAL	-----	-----	-----	-----

ENERO 2003

FECHA	LUGAR	ACTIVIDAD	TEMA	CANTIDAD	ASISTENCIA
3	OFICINA ZONA PONIENTE	PLANEACIÓN EVENTO ESPECIAL	"DÍA DE REYES"	-----	-----
5	DEPORTIVO "CARACOLES"	EVENTO ESPECIAL	"DÍA DE REYES"	1	5000
6	DEPORTIVO "ADOLFO LÓPEZ. MATEOS"	EVENTO ESPECIAL	"DÍA DE REYES"	1	2500
7	ESCUELA SECUNDARIA "JUAN DE DIOS BATIZ" "NARCISO BASSOLS"	CONFIRMACIÓN DEL TALLER	HABITOS DE ESTUDIO	1 1	----- -----
8	ESCUELA SECUNDARIA "JUAN DE DIOS BATIZ" "NARCISO BASSOLS"	COORDINACIÓN Y SUPERVISIÓN DEL TALLER	HABITOS DE ESTUDIO	1 1	15 15
9	OFICINA ZONA PONIENTE	CAPACITACIÓN A PSICÓLOGOS DE LA FES IZTACALA	ADICCIONES	1	5
10	ESCUELA SECUNDARIA "JUAN DE DIOS BATIZ" "NARCISO BASSOLS"	COORDINACIÓN Y SUPERVISIÓN DEL TALLER	HABITOS DE ESTUDIO	1 1	15 15
13	ESCUELA SECUNDARIA "JUAN DE DIOS BATIZ" "NARCISO BASSOLS"	COORDINACIÓN Y SUPERVISIÓN DEL TALLER	HABITOS DE ESTUDIO	1 1	15 15
14	OFICINA ZONA PONIENTE	REPORTE SEMANAL	-----	1	-----
15	ESCUELA SECUNDARIA "JUAN DE DIOS BATIZ" "NARCISO BASSOLS"	COORDINACIÓN Y SUPERVISIÓN DEL TALLER	HABITOS DE ESTUDIO	1 1	15 15
16	OFICINA ZONA PONIENTE	REPORTE SEMANAL	-----	1	-----
17	ESCUELA SECUNDARIA "JUAN DE DIOS BATIZ" "NARCISO BASSOLS"	COORDINACIÓN Y SUPERVISIÓN DEL TALLER	HABITOS DE ESTUDIO	1 1	15 15
20	ESCUELA SECUNDARIA "JUAN DE DIOS BATIZ" "NARCISO BASSOLS"	COORDINACIÓN Y SUPERVISIÓN DEL TALLER	HABITOS DE ESTUDIO	1 1	15 15
21	OFICINA ZONA PONIENTE	REVISIÓN DE MATERIALES PSICÓLOGOS FES IZTACALA	ADICCIONES	1	5
22	ESCUELA SECUNDARIA "JUAN DE DIOS BATIZ" "NARCISO BASSOLS"	COORDINACIÓN Y SUPERVISIÓN TALLER	HABITOS DE ESTUDIO	1 1	15 15
23	ESCUELAS PRIMARIAS "A. M. ENRIQUEZ" "BENITO JUAREZ"	PROGRAMACIÓN DE PLÁTICAS	ADICCIONES	12 12	----- -----
24	ESCUELA SECUNDARIA "JUAN DE DIOS BATIZ" "NARCISO BASSOLS"	COORDINACIÓN Y SUPERVISIÓN TALLER	HABITOS DE ESTUDIO	1 1	15 15
27	ESCUELA SECUNDARIA "JUAN DE DIOS BATIZ" "NARCISO BASSOLS"	COORDINACIÓN Y SUPERVISIÓN TALLER	HABITOS DE ESTUDIO	1 1	15 15
28	OFICINA ZONA PONIENTE	REPORTE SEMANAL	-----	1	-----
29	ESCUELA SECUNDARIA "JUAN DE DIOS BATIZ" "NARCISO BASSOLS"	COORDINACIÓN Y SUPERVISIÓN TALLER	HABITOS DE ESTUDIO	1 1	15 15
30 Y 31	OFICINA ZONA PONIENTE	REPORTES SEMANAL	-----	1	-----

FEBRERO 2003

FECHA	LUGAR	ACTIVIDAD	TEMA	CANTIDAD	ASISTENCIA
3	OFICINA ZONA PONIENTE	REPORTE MENSUAL ENERO	----	1	----
4	OFICINA ZONA PONIENTE	JUNTA DE ÁREA	----	1	----
5	FESTIVO	----	----	----	----
6	OFICINA ZONA PONIENTE	ACTUALIZACIÓN DE EXPEDIENTE	----	1	----
7	OFICINA ZONA PONIENTE	ACTUALIZACIÓN DE ARCHIVO DE CEDULAS	----	1	----
10	ESCUELAS PRIMARIAS "A. M. ENRIQUEZ" "BENITO JUAREZ"	SUPERVISIÓN DE PLÁTICAS	ADICCIONES	2 2	40 38
11	OFICINA ZONA PONIENTE	REPORTE SEMANTAL	----	1	----
12	ESCUELAS PRIMARIAS "A. M. ENRIQUEZ" "BENITO JUAREZ"	SUPERVISIÓN DE PLÁTICAS	ADICCIONES	2 2	37 35
13	OFICINA ZONA PONIENTE	ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS	----	----	----
14	OFICINA ZONA PONIENTE	REPORTE SEMANTAL	----	1	----
17	ESCUELAS PRIMARIAS "A. M. ENRIQUEZ" "BENITO JUAREZ"	SUPERVISIÓN DE PLÁTICAS	ADICCIONES	2 2	40 41
18	OFICINA ZONA PONIENTE	ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS	----	----	----
19	ESCUELAS PRIMARIAS "A. M. ENRIQUEZ" "BENITO JUAREZ"	SUPERVISIÓN DE PLÁTICAS	ADICCIONES	2 2	50 45
20	OFICINA ZONA PONIENTE	ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS	----	----	----
21	OFICINA ZONA PONIENTE	REPORTE SEMANTAL	----	1	----
24	ESCUELAS PRIMARIAS "A. M. ENRIQUEZ" "BENITO JUAREZ"	SUPERVISIÓN DE PLÁTICAS	ADICCIONES	2 2	39 50
25	OFICINA ZONA PONIENTE	ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS	----	----	----
26	ESCUELAS PRIMARIAS "A. M. ENRIQUEZ" "BENITO JUAREZ"	SUPERVISIÓN DE PLÁTICAS	ADICCIONES	2 2	60 57
27	OFICINA ZONA PONIENTE	ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS	----	----	----
28	OFICINA ZONA PONIENTE	REPORTE SEMANTAL	----	1	----

MARZO 2003

FECHA	LUGAR	ACTIVIDAD	TEMA	CANTIDAD	ASISTENCIA
3	ESCUELA PRIMARIA "ISIDRO FABELA"	PROGRAMACIÓN DE PLÁSTICAS	ADICCIONES	16	-----
3	OFICINA ZONA PONIENTE	REPORTE MENSUAL FEBRERO	-----	1	-----
4	OFICINA ZONA PONIENTE	JUNTA DE ÁREA	-----	1	-----
5	ESCUELA PRIMARIA "ISIDRO FABELA"	SUPERVISIÓN DE PLÁSTICAS	ADICCIONES	3	68
6	ESCUELA PRIMARIA "IGNACIO ZARAGOZA"	PROGRAMACIÓN DE PLÁSTICAS	ADICCIONES	12	-----
7	OFICINA ZONA PONIENTE	REPORTE SEMANAL	-----	1	-----
10	ESCUELA PRIMARIA "ISIDRO FABELA"	SUPERVISIÓN DE PLÁSTICAS	ADICCIONES	3	87
11	ESCUELA PRIMARIA "IGNACIO ZARAGOZA"	SUPERVISIÓN DE PLÁSTICAS	ADICCIONES	2	80
12	ESCUELA PRIMARIA "ISIDRO FABELA"	SUPERVISIÓN DE PLÁSTICAS	ADICCIONES	3	74
13	ESCUELA PRIMARIA "IGNACIO ZARAGOZA"	SUPERVISIÓN DE PLÁSTICAS	ADICCIONES	2	72
14	OFICINA ZONA PONIENTE	REPORTE SEMANAL	-----	1	-----
17	ESCUELA PRIMARIA "ISIDRO FABELA"	SUPERVISIÓN DE PLÁSTICAS	ADICCIONES	3	79
18	ESCUELA PRIMARIA "IGNACIO ZARAGOZA"	SUPERVISIÓN DE PLÁSTICAS	ADICCIONES	2	64
19	ESCUELA PRIMARIA "ISIDRO FABELA"	SUPERVISIÓN DE PLÁSTICAS	ADICCIONES	4	120
20	OFICINA ZONA PONIENTE	REPORTE SEMANAL	-----	1	-----
21	FESTIVO	-----	-----	-----	-----
24	ESCUELA PRIMARIA "IGNACIO ZARAGOZA"	SUPERVISIÓN DE PLÁSTICAS	ADICCIONES	2	64
25	ESCUELA PRIMARIA "IGNACIO ZARAGOZA"	SUPERVISIÓN DE PLÁSTICAS	ADICCIONES	2	70
26	OFICINA ZONA PONIENTE	ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS	-----	-----	-----
27	ESCUELA PRIMARIA "IGNACIO ZARAGOZA"	SUPERVISIÓN DE PLÁSTICAS	ADICCIONES	2	78
28	AUSENCIA POR MOTIVOS PERSONALES	-----	-----	-----	-----
31	AUSENCIA POR MOTIVOS PERSONALES	-----	-----	-----	-----

ABRIL 2003

FECHA	LUGAR	ACTIVIDAD	TEMA	CANTIDAD	ASISTENCIA
1	AUSENCIA POR MOTIVOS PERSONALES	-----	-----	-----	-----
2	OFICINA ZONA PONIENTE	REPORTE SEMANAL	-----	1	-----
3	OFICINA ZONA PONIENTE	REPORTE MENSUAL MARZO	-----	1	-----
4	OFICINA ZONA PONIENTE	REPORTE SEMANAL	-----	1	-----
7	OFICINA ZONA PONIENTE	JUNTA DE ÁREA	-----	1	-----
8	OFICINA ZONA PONIENTE	ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS	-----	-----	-----
9	OFICINA ZONA PONIENTE	ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS	-----	-----	-----
10	OFICINA ZONA PONIENTE	ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS	-----	-----	-----
11	OFICINA ZONA PONIENTE	ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS	-----	-----	-----
14 AL 25	PERIODO VACACIONAL	-----	-----	-----	-----
28	OFICINA ZONA PONIENTE	PLANEACIÓN EVENTO ESPECIAL	"DÍA DEL NIÑO"	1	-----
29	OFICINA ZONA PONIENTE	PLANEACIÓN EVENTO ESPECIAL	"DÍA DEL NIÑO"	1	-----
30	DEPORTIVO "CRI - CRI"	EVENTO ESPECIAL	"DÍA DEL NIÑO"	1	5000

MAYO 2003

FECHA	LUGAR	ACTIVIDAD	TEMA	CANTIDAD	ASISTENCIA
1	FESTIVO	----	----	----	----
2	OFICINA ZONA PONIENTE	REPORTE MENSUAL ABRIL	----	1	----
5 AL 7	OFICINA ZONA PONIENTE	PLANEACIÓN DE ACTIVIDADES	TABAQUISMO	1	----
8	ESCUELAS PRIMARIAS "J. TORRES BODET" "ALFONSO N. URUETA" "MIGUEL S. ANZUREZ" "INSURGENTES" "MIGUEL HIDALGO" "ALFREDO V. BONFIL"	PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES	TABAQUISMO	1	----
				1	----
				1	----
				1	----
				1	----
9	OFICINA ZONA PONIENTE	PLANEACIÓN EVENTO ESPECIAL	----	1	----
10	EXPLANADA PALACIO MUNICIPAL	EVENTO ESPECIAL	"DÍA DE LAS MADRES"	1	10 000
12 AL 16	ESCUELAS PRIMARIAS "J. TORRES BODET" "ALFONSO N. URUETA"	PLÁTICAS	TABAQUISMO	30	1 200
16	OFICINA ZONA PONIENTE	REPORTE SEMANTAL	----	1	----
19 AL 23	ESCUELAS PRIMARIAS "MIGUEL S. ANZUREZ" "INSURGENTES"	PLÁTICAS	TABAQUISMO	30	1 200
23	OFICINA ZONA PONIENTE	REPORTE SEMANTAL	----	1	----
26 AL 30	ESCUELAS PRIMARIAS "MIGUEL HIDALGO" "ALFREDO V. BONFIL"	PLÁTICAS	TABAQUISMO	30	1 200
30	OFICINA ZONA PONIENTE	REPORTE SEMANTAL	----	1	----

JUNIO 2003

FECHA	LUGAR	ACTIVIDAD	TEMA	CANTIDAD	ASISTENCIA
2	OFICINA ZONA PONIENTE	REPORTE MENSUAL MAYO	----	1	----
3	ESCUELA SECUNDARIA TÉCNICA 41 "LÁZARO CÁRDENAS"	PROGRAMACIÓN DE PLÁTICAS	TABAQUISMO	1	----
4	ESCUELA SECUNDARIA TÉCNICA 41 "LÁZARO CÁRDENAS"	PROGRAMACIÓN DE PLÁTICAS	TABAQUISMO	1	----
5	OFICINA ZONA PONIENTE	JUNTA DE ÁREA	----	1	----
6	OFICINA ZONA PONIENTE	REPORTE SEMANAL	----	1	----
6	OFICINA ZONA PONIENTE	CAPACITACIÓN I.T.E.S.M. C.E.M.	ADICCIONES	1	10
9 AL 13	ESCUELA SECUNDARIA TÉCNICA 41 "LÁZARO CÁRDENAS"	PLÁTICAS	TABAQUISMO	18	840
13	OFICINA ZONA PONIENTE	REPORTE SEMANAL	----	1	----
16 AL 20	ESCUELA SECUNDARIA TÉCNICA 41 "LÁZARO CÁRDENAS"	PLÁTICAS	TABAQUISMO	18	810
20	OFICINA ZONA PONIENTE	REPORTE SEMANAL	----	1	----
23 AL 26	ESCUELA PRIMARIA "ISAAC ARRIAGA" "RODRIGO M. DE OCA"	PROGRAMACIÓN SUPERVISIÓN PLÁTICAS	ADICCIONES	12 12	300 336
27	ESCUELA PRIMARIA "ISAAC ARRIAGA" "RODRIGO M. DE OCA"	SUPERVISIÓN PERIÓDICO MURAL	"DÍA INTER. CONTRA EL TRÁFICO Y USO INDEBIDO DE DROGAS"	1 1	12 12
30	OFICINA ZONA PONIENTE	REPORTE SEMANAL	----	1	----

JULIO 2003

FECHA	LUGAR	ACTIVIDAD	TEMA	CANTIDAD	ASISTENCIA
1	OFICINA ZONA PONIENTE	REPORTE MENSUAL JUNIO	----	1	----
2	CONALEP "GUSTAVO BAZ"	PROGRAMACIÓN DE CONFERENCIA	ADICCIONES	1	----
3	CONALEP "TLALNEPANTLA 1"	PROGRAMACIÓN DE CONFERENCIA	ADICCIONES	1	----
4	OFICINA ZONA PONIENTE	REPORTE SEMANAL	----	1	----
7	CONALEP "GUSTAVO BAZ"	SUPERVISIÓN CONFERENCIA	ADICCIONES	1	120
8	OFICINA ZONA PONIENTE	ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS	----	----	----
9	CONALEP "GUSTAVO BAZ"	SUPERVISIÓN CONFERENCIA	ADICCIONES	1	120
10	C.S.S. "TEJAVANES"	PROGRAMACIÓN DE TALLER	AUTOESTIMA	1	----
11	OFICINA ZONA PONIENTE	REPORTE SEMANAL	----	1	----
14	C.S.S. "TEJAVANES"	TALLER	AUTOESTIMA	1	20
15	DIRECCIÓN GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL C.S.S.	ENTREGA RECEPCIÓN ADMINISTRACIÓN	----	----	----
16	C.S.S. "TEJAVANES"	TALLER	AUTOESTIMA	1	20
17 Y 18	DIRECCIÓN GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL C.S.S.	ENTREGA RECEPCIÓN ADMINISTRACIÓN	----	1	----
21	C.S.S. "TEJAVANES"	TALLER	AUTOESTIMA	1	20
22	DIRECCIÓN GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL C.S.S.	ENTREGA RECEPCIÓN ADMINISTRACIÓN	----	1	----
23	C.S.S. "TEJAVANES"	TALLER	AUTOESTIMA	1	20
24 Y 25	DIRECCIÓN GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL C.S.S.	ENTREGA RECEPCIÓN ADMINISTRACIÓN	----	1	----
28	C.S.S. "TEJAVANES"	TALLER	AUTOESTIMA	1	20
29	DIRECCIÓN GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL C.S.S.	ENTREGA RECEPCIÓN ADMINISTRACIÓN	----	----	----
30	C.S.S. "TEJAVANES"	TALLER	AUTOESTIMA	1	20
31	DIRECCIÓN GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL	ENTREGA RECEPCIÓN ADMINISTRACIÓN	----	----	----

AGOSTO 2003

FECHA	LUGAR	ACTIVIDAD	TEMA	CANTIDAD	ASISTENCIA
1	OFICINA ZONA PONIENTE	REPORTE SEMANAL	----	1	----
4 AL 7	DIRECCIÓN GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL	ENTREGA RECEPCIÓN ADMINISTRACIÓN	----	-----	-----
8	OFICINA ZONA PONIENTE	REPORTE SEMANAL	----	1	----
11 AL 15	OFICINA ZONA PONIENTE	ENTREGA FINAL	----	1	----

La información descrita anteriormente en los reportes mensuales durante el periodo de trabajo comprendido entre el mes de octubre de 2000 y agosto de 2003, queda resumida de la siguiente manera, tanto las actividades que estaban bajo mi coordinación y supervisión como las que me tocaba realizar:

ACTIVIDAD	ACCIONES
VISITAS (PROGRAMACIONES)	117
PLÁTICAS PROGRAMADAS	947
TALLERES PROGRAMADOS	70
CURSOS DE VERANO PROGRAMADOS	7
CONFERENCIAS PROGRAMADAS	5
PLÁTICAS IMPARTIDAS	343
TALLERES IMPARTIDOS	2
CONFERENCIAS IMPARTIDAS	2
CURSOS DE VERANO IMPARTIDOS	4
CURSOS DE CAPACITACIÓN IMPARTIDOS	5
PLÁTICAS SUPERVISADAS EN CAMPO A PREST. SERV. SOC.	232
TALLERES SUPERVISADOS EN CAMPO A PREST. SERV. SOC.	29
CURSOS DE VERANOS SUPERVISADOS	3
POBLACIÓN TOTAL ATENDIDA	22 586
PLÁTICAS ASIGNADAS AL PERSONAL DE CONFIANZA	372
TALLERES ASIGNADOS A PERSONAL DE CONFIANZA	39
CONFERENCIAS ASIGNADAS AL PERSONAL DE CONFIANZA	3
PERSONAL A MI CARGO (2000 - 2003)	150
REPORTES MENSUALES	32
REPORTES SEMANALES	123
JUNTAS DE ÁREA	22
PERIODOS VACACIONALES	6

4.1 ANÁLISIS DEL TRABAJO REALIZADO COMO PSICÓLOGO DENTRO DEL CONSEJO MUNICIPAL DE LUCHA CONTRA LAS DROGAS Y LA DELINCUENCIA DE TLALNEPANTLA DE BAZ

Ya se destacó la importante participación que el psicólogo tiene dentro del programa informativo y preventivo que lleva a cabo el Consejo Municipal de Lucha Contra las Drogas y la Delincuencia, además de colaborar en otras áreas del mismo programa como la orientación, la canalización y las actividades deportivo-culturales que se promuevan como alternativas de prevención en el uso de las drogas, cabe resaltar de nueva cuenta que además de realizar sus actividades propias participa de manera activa en los eventos masivos que el H. Ayuntamiento convoque.

De tal manera que a continuación se realiza un análisis detallado de la información vertida anteriormente para delimitar y contextualizar las acciones hechas en el área preventiva.

ACTIVIDADES REALIZADAS A NIVEL PREVENTIVO

De acuerdo al periodo de labores que se reporta, se llevaron a cabo diversas actividades que se consideran propias del área preventiva, desde buscar y recopilar la información bibliográfica y general sobre Farmacodependencia y otros temas afines, para redactar e integrar los contenidos informativos en trípticos, folletos, pláticas, talleres, conferencias, para posteriormente ejecutar estas acciones en la población objetivo hasta tocar puertas en universidades públicas y privadas, informando sobre las actividades del programa y captar alumnos interesados en realizar su servicio social y ó prácticas profesionales en carreras que su campo de estudio y acción sean la salud y lo social, encontrando eco en psicólogos, sociólogos, trabajadoras sociales, abogados y de otras áreas que si bien no cumplían el perfil estaban interesados en participar dentro del programa, carreras como secretariado, administración de empresas e informática, y una vez realizado los tramites correspondientes para llevar a cabo este trabajo conjunto, se les impartía una capacitación generalizada en Farmacodependencia y otros temas para cubrir adecuadamente con los objetivos. De igual manera se programo y superviso el trabajo en campo para cada uno de ellos, desde el personal de confianza hasta los prestadores de servicio social y prácticas profesionales.

Para explicar lo anterior, el programa indica que tiene acciones principales a nivel preventivo de las cuales tiene un registro y control minucioso de las mismas, ya que son reportadas a través de informes al H. Ayuntamiento y que son las siguientes:

- ≈ Visita (programación)
- ≈ Plática Informativa
- ≈ Taller
- ≈ Conferencia
- ≈ Curso de Capacitación

A continuación se expone el análisis de cada una de estas cinco actividades para posteriormente hacer un balance general del trabajo realizado.

Recordando que el programa del C.M.L.C.D y D. esta dentro de una administración pública, y que esta a su vez solicita y requiere sus objetivos, líneas de acción y estrategias para poder en primera instancia cabildear y posteriormente ser aceptado para su ejecución, se decidió incluir para la operatividad del área preventiva las siguientes acciones de acuerdo a los objetivos planteados y tomando en cuenta el recurso humano y el presupuesto otorgado para el mismo.

VISITA (PROGRAMACIONES)

En este rubro se considera visita al hecho de asistir de manera personal y entrevistarse con los directores de las instituciones educativas desde el nivel básico hasta nivel superior, así como de las casas de cultura, las bibliotecas, los centros de salud urbanos, los grupos de A. A. etc. Con la finalidad de hacer una sensibilización sobre la problemática de la Farmacodependencia en la actualidad y la necesidad de informar a los estudiantes sobre los riesgos que esta conlleva y a su vez promover los servicios informativos - preventivos del C.M.L.C.D y D.; para poder llevar a cabo una programación en tiempo y forma de las actividades como pláticas, talleres ó conferencias que la propia institución estuviera interesada, era necesario firmar y sellar una cedula de programación de actividades (anexo 1), indicando posibles horarios de trabajo, posteriormente se hacía una confirmación vía telefónica o en su caso se regresaba a la institución con algunos días de anticipación para su confirmación.

Durante el periodo reportado se realizaron un total de 117 visitas (programaciones) de las cuales fueron:

- ≈ 78 programaciones en Escuelas Primarias
- ≈ 17 programaciones en Escuelas Secundarias
- ≈ 06 programaciones en Centros de Salud Urbanos
- ≈ 05 programaciones en Casas de Cultura
- ≈ 03 programaciones en CONALEP
- ≈ 02 programaciones en Telesecundarias
- ≈ 02 programaciones en Bibliotecas Públicas Municipales
- ≈ 01 programación en Centro de Seguridad Social Tejavanés
- ≈ 01 programación en Escuela Preparatoria Oficial 69
- ≈ 01 programación en Escuela de Artes y Oficios (EDAYO)
- ≈ 01 programación en grupo A. A.

Mediante estas visitas (programaciones) a diversas instituciones se pudieron programar un total de 947 pláticas, 70 talleres, 7 cursos de verano y 5 conferencias.

PLÁTICA INFORMATIVA

En esta modalidad se toman en cuenta las pláticas informativas y de sensibilización sobre la Farmacodependencia, donde se resaltan los factores de riesgo que conllevan al abuso de drogas, al igual que los daños que provoca a nivel personal, familiar y social, de igual manera se contemplan los factores protectores para fomentar una cultura de salud y promover la búsqueda de alternativas reales a su alcance para prevenir el uso de drogas (anexo 2). Por otra, parte se contemplan también pláticas a nivel informativo en temas como el Tabaquismo (anexo 3), la autoestima (anexo 4) y la sexualidad (anexo 5).

Cada una de estas pláticas se puede dirigir a la comunidad en general, se imparten desde el nivel básico (4º. grado) hasta el nivel universitario, cubriendo siempre el objetivo de la plática, el manejo tanto de la información como del grupo es responsabilidad y depende de la habilidad del psicólogo ya que las características de la población suelen varían de un grupo a otro. Cada vez que se imparte una plática ésta es amparada por una cedula de actividad (anexo 6) debidamente llenada, firmada y sellada por el personal de la institución en donde se llevó a cabo la actividad, agregando una lista de asistencia de los participantes.

Durante el periodo de trabajo reportado se impartieron un total de 343 pláticas informativas, con una asistencia de total de 12 688 personas, las cuales se dividen de la siguiente forma:

- ≈ 141 pláticas de Adicciones
- ≈ 126 pláticas de Tabaquismo
- ≈ 54 pláticas de Autoestima
- ≈ 22 pláticas de Sexualidad

TALLER

Estas actividades tienen por objetivo fomentar una mejor calidad de vida entre los participantes, consta de 5 sesiones de 1 hora y media aproximadamente cada una y se revisan temas a fondo como la Farmacodependencia, la autoestima, la asertividad, la sexualidad y el aprovechamiento del tiempo libre, entre otros, cabe señalar que están dirigidas a alumnos desde el 5º. grado y hasta padres de familia, generando en ellos un juicio crítico sobre las adicciones, el procedimiento es dinámico e interactivo para los participantes, de igual manera para corroborar la información es necesario llenar, firmar y sellar una cedula de actividades por parte de la institución visitada y la lista de asistencia de los participantes.

Durante el periodo reportado únicamente se impartieron dos talleres de autoestima (anexo 7), de 5 y 6 sesiones cada uno con una asistencia por sesión de 12 y 20 personas respectivamente, en los siguientes lugares:

- ≈ En el grupo de A. A. "San Juanico"
- ≈ En el Centro de Seguridad Social "Tejavanés".

CONFERENCIA

A diferencia de las pláticas informativas y los talleres, esta modalidad requiere contar con un mínimo de 100 personas para considerarla como tal, es una actividad que se lleva a cabo cuando una institución educativa, por lo general, lo solicita, cuando se carecer de espacios y tiempo para sus grupos; es necesario contar con un espacio adecuado ya sea un auditorio o un salón de usos múltiples que incluya un sistema de audio y de iluminación, y una adecuada ventilación, así como algunos otros apoyos como proyector de acetatos, pantalla, vídeo casetera, televisión, etc., dentro de las conferencias se tratan

exclusivamente temas relacionados a la Farmacodependencia y a la delincuencia. Y a pesar de que el objetivo de la actividad es de ofrecer una información real y adecuada a los tiempos actuales se tiene la incertidumbre de tener el impacto esperado cuando se trata de acaparar la atención de mas de 100 gentes, el impacto y la recepción de información es baja.

Debido a lo anterior dentro del periodo laboral registrado se llevaron a cabo 2 conferencias en materia de adicciones, con una asistencia de 120 y 100 personas respectivamente en los siguientes sitios:

- ≈ En el CONALEP "Tlalnepantla 2"
- ≈ En la Preparatoria Oficial 69

Para registro de las actividades fue necesario contar con una cedula de cada conferencia llenada, firmada y sellada por la institución en donde se llevo a cabo la actividad acompañada de la lista de asistencia de los participantes.

CURSO DE CAPACITACIÓN

El curso de capacitación (anexo 8), esta diseñado para capacitar al personal que va a formar parte del C.M.L.C.D y D. Sobre todo en el área preventiva y de prevención del delito, que necesita saber la información general sobre la Farmacodependencia, desde su definición hasta las herramientas necesarias para su detección y canalización oportuna, posteriormente detención hasta llegar a una posible prevención.

Participan tanto el personal de confianza como los prestadores de servicio social y prácticas profesionales, hasta el personal que se encarga de las labores administrativas.

Como se tiene un contacto constante con las instituciones educativas en ocasiones este curso de capacitación se hace extramuros y llega al personal docente y a los padres de familia que así lo soliciten.

Es importante resaltar que la jefa del programa ha estado siempre interesada en que su personal este en constante crecimiento y evolución tanto laboral como personal para desempeñar cada vez mejor su trabajo en la comunidad, promueve la participación a cursos de capacitación dentro y fuera de sus instalaciones ofrecidos por otras instituciones que trabajen lo relacionado al programa.

Durante el periodo de trabajo se realizaron 5 cursos de capacitación dirigidos a diferentes profesionistas:

- ≈ 5 Alumnos del 8vo. Semestre de la Lic. en Psicología de la UNAM Campus Iztacála.
- ≈ 12 Alumnos del 8vo. Semestre de la Lic. en Informática de la UAEM Campus Ecatepec.
- ≈ 10 Alumnos de 8vo. Semestre de las Licenciaturas de Administración de Empresas, Contaduría e Ingeniería en Sistemas del ITESM Campus Estado de México.
- ≈ 10 Alumnas del 6to. semestre de la Carrera Técnica en Trabajo Social del CTIS 5 y del CTIS 51.
- ≈ 80 Alumnas del 7mo. y 8vo. Semestre de la Lic. en Psicología del C.C.U. "Justo Sierra".

Una vez descrito el trabajo que se llevo a cabo, es decir, que se realizaron las visitas a instituciones educativas, casas de cultura, bibliotecas públicas municipales, centros de salud urbanos, grupos de autoayuda y que posteriormente se ejecutaron e impartieron pláticas informativas de adicciones, tabaquismo, autoestima y sexualidad, talleres preventivos de autoestima, conferencias sobre información general de Farmacodependencia y cursos de capacitación para el personal del C.M.L.C.D y D; a la par de este trabajo está una responsabilidad más, la programación, supervisión y respaldo en las actividades encomendadas al personal de confianza que participo dentro del programa y a su vez, también, al personal de servicio social y prácticas profesionales, que en su caso se mantuvo siempre un apoyo a sus tareas asignadas y una comunicación constante desde su periodo de capacitación hasta el momento de impartir una plática o una sesión de taller, que llevaron a cabo durante sus periodos de asignación al Consejo, que fueron muy variables desde uno hasta los seis meses de servicio. Estas responsabilidades quedaron asignadas de la siguiente manera en este informe cuantitativo:

PERSONAL DE CONFIANZA

- ≈ 372 Pláticas informativas de adicciones, autoestima y sexualidad
- ≈ 39 Talleres preventivos de autoestima
- ≈ 3 Conferencias sobre Farmacodependencia

PERSONAL DE SERVICIO SOCIAL Y PRÁCTICAS PROFESIONALES

- ≈ 232 Pláticas informativas de adicciones y autoestima
- ≈ 29 Talleres preventivos de autoestima.

CONCLUSIONES

De acuerdo a la información presentada en el análisis anterior, podemos concluir de manera general que tanto los datos presentados así como las actividades realizadas como Psicólogo y Responsable del Área Preventiva en la Zona Oriente dentro del Consejo Municipal de Lucha Contra las Drogas y la Delincuencia de Tlalnepantla, se hará en forma cuantitativa y cualitativa, esto es, de acuerdo a los criterios que demandó el propio H. Ayuntamiento y la experiencia obtenida durante el periodo laboral reportado.

Así pues, tenemos que el H. Ayuntamiento Constitucional de Tlalnepantla de Baz, ofrece un programa preventivo de adicciones, para lo cual exige que se cubran metas mensuales, anuales y por trienio, ya que cada administración pública Municipal se renueva cada tres años.

Por ende, el C. M. L. C. D y D., y sus 4 áreas específicas que lo conforman, se plantean metas al inicio de cada administración, para poder llevar a cabo sus objetivos, éstas metas se fijan de acuerdo al presupuesto económico que le es otorgado por el cabildo y muy importante también, de acuerdo al recurso humano que le es asignado. Estas metas varían dependiendo del área de trabajo, en el caso que nos ocupa se limita al Área Preventiva, siendo sus acciones principales: la programación de actividades, las pláticas, los talleres, las conferencias y las capacitaciones tanto para su personal de servicio social y prácticas profesionales como a la comunidad en general.

Durante la última administración municipal y que es el periodo reportado (2000-2003), las cantidades programadas para cada actividad fueron las siguientes:

■ Programaciones:	50
■ Pláticas:	680
■ Talleres:	100
■ Conferencias:	10
■ Cursos de capacitación:	5

X Nota: estas actividades eran las que tenía que cubrir el programa de maneja general y no por zona; recordando que el municipio esta dividido en zona poniente y zona oriente (zona del reporte de trabajo).

Como se puede apreciar claramente las metas establecidas se vieron por mucho rebasadas, considerando que únicamente en la Zona Oriente se tuvieron las siguientes cantidades:

■ Programaciones:	117
■ Pláticas:	947
■ Talleres:	70
■ Conferencias:	5
■ Cursos de capacitación:	5

X Nota: además se realizaron 7 cursos de verano.

De acuerdo a lo anterior podemos concluir que de manera cuantitativa, se cumplió con el objetivo, se rebasó las cantidades propuestas programadas, cubriendo así de forma satisfactoria las necesidades del programa como responsable del área, ya que para fines administrativos lo significativo son las cifras, aunado a esto, como impacto social se atendió a una población parcial de aproximadamente 22,586 personas.

Ya que el programa pertenece al gobierno municipal se tienen carencias y limitaciones muy claras por ejemplo:

- Se carece de un presupuesto económico acorde a la magnitud y dimensiones del problema.
- Se limita el recurso humano y el que se tiene en ocasiones no cuenta con el perfil profesional para llevar a cabo las acciones del programa, a pesar del perfil de puestos existente.
- Es necesario recurrir a instituciones educativas para contar con prestadores de servicio social y prácticas profesionales para cubrir los objetivos.
- No se cuenta con un vehículo utilitario.
- Los espacios físicos de trabajo son muy reducidos y limitados.
- El mobiliario es viejo y en ocasiones no es funcional.
- No cuenta con el apoyo total de las autoridades principales, es decir, pasa a segundo plano en cuanto a sus prioridades.
- No se cuenta con el respaldo absoluto para asistir a cursos de capacitación y actualización por parte de los Directores, ya que es

preponderante el asistir a eventos masivos que convoca el H. Ayuntamiento, que nada tienen que ver con el programa.

- El programa en ocasiones no tiene continuidad debido a los constantes cambios tanto de administración como de mandos medios.
- Hace falta convocar a otras instituciones públicas y privadas para atacar de manera franca el problema de las adicciones.
- Las jornadas laborales son extensas y no se optimiza el recurso humano.
- En el aspecto económico, el sueldo es bajo.
- Sigue imperando la burocracia.
- Y las mismas prácticas del sistema, etc.

Por otro lado, siendo una administración pública se tiene el poder de convocatoria para llevar a cabo el programa en instituciones educativas públicas y privadas, casas de cultura, bibliotecas, deportivos así como, involucrar a la comunidad a integrarse al trabajo preventivo a través de los Consejos de Participación Ciudadana para integrar los Subconsejos de Lucha contra las Drogas y la Delincuencia, esto en base a las necesidades específicas que cada colonia, unidad habitacional o fraccionamiento que solicita el apoyo.

Al margen de lo administrativo y tomando en cuenta un análisis cualitativo, la experiencia obtenida en este período laboral es muy amplia y diversa, dejando a un lado la numeralía es necesario evaluar el trabajo de una manera objetiva, en el nivel preventivo.

Redundando un poco, en materia preventiva para el H. Ayuntamiento la importancia radica en el número de acciones realizadas y la cantidad de población atendida en este caso alrededor de 22,000 personas; las preguntas inmediatas a este hecho son las siguientes: ¿Del total de personas atendidas, cuántas realmente tienen las herramientas y habilidades para prevenir las adicciones, tanto en su persona como en su núcleo familiar?; ¿Es eficaz el trabajo preventivo llevado a cabo mediante el programa?; ¿Cómo se midió la acción preventiva?; ¿El programa del H. Ayuntamiento es lo más real y cercano que tiene la población a su alcance en materia de prevención de adicciones?, y así podemos enumerar otras más, las respuestas varían obviamente, pero la respuesta a esto es que se puede mejorar de manera significativa el programa tanto en su estructura, objetivo como en su funcionalidad, alcances e impacto en la sociedad, además de ofrecer una mejor calidad en el servicio.

En el plano laboral, como psicólogo, la experiencia adquirida en una institución gubernamental es enriquecedora, ya que se tiene el contacto directo con el problema, que se convive constantemente con el chavo que es adicto, se esta dentro de la escuela conviviendo con los maestros por la alarmante venta de drogas fuera de la misma, con los padres de familia que asisten a los cursos y que necesitan información para poder detectar un caso de intoxicación y como hacer una denuncia anónima de venta de drogas, esto conlleva a una constante capacitación, actualización de la información real de las drogas, a conocer modelos actuales de tratamiento, a buscar opciones preventivas y a promover nuevos mecanismo de informativos , preventivos y de rehabilitación de farmacodependientes, a su vez es necesario ser más críticos con el trabajo realizado y estar claros que es determinante mejorar las habilidades que se tienen de observación, de detección, de socialización, de técnicas para solucionar problemas, de técnicas expositivas, didácticas, de control de grupos, de investigación, etc. Para ello, es primordial estar sensibilizado ante tal problemática y saber que se puede hacer realmente y con que apoyo se cuenta, en este sentido es importante que quien dirija el programa sea una persona con el perfil y las habilidades adecuadas que permitan que los integrantes del grupo evolucionen y crezcan como profesionistas y personas, como es el caso de la persona responsable del programa durante los casi 10 años de existencia del C. M. L. C. D y D. que en todo momento dio su apoyo incondicional para que las cosas marcharan correctamente.

Por estar inmersos en un ámbito político se desarrollan otras habilidades como por ejemplo: la capacidad de resolver problemas técnicos y administrativos de manera rápida, la capacidad de negociar los tiempos, espacios físicos para cumplir con las tareas, desarrollar habilidades de locución, artísticas, recorrer grandes distancias durante el día con el menor recurso económico posible, etc. Esto es porque se tiene que asistir con actividades promovidas por el municipio como lo son los festejos del "Día de Reyes", "Día del Niño", "Día de las Madres", "Día del Maestro", Día de la Independencia", Día de la Revolución", "Jornadas de Bienestar Social", etc. , que al margen de ser tediosas dejan un aprendizaje positivo.

Retomando la intención de proponer nuevas estrategias de combate a las adicciones y a la delincuencia como parte del objetivo del presente trabajo, a continuación expongo dos acciones fundamentales para llevarlo a cabo.

Inicialmente tomando en cuenta que por ser una decisión y recomendación del Ejecutivo Federal el instaurar Consejos Estatales y a su vez crear "Consejos Municipales Contra las Adicciones" y combatir el alto índice de "Delincuencia" que conlleva sugiero que primero:

El H. Ayuntamiento siga operando dicho programa, con la modificación de ser un programa "INFORMATIVO Y DE ORIENTACIÓN, ASÍ COMO, DE DETECCIÓN Y CANALIZACIÓN OPORTUNA DE FARMACODEPENDENCIA", esto es; contar con dos áreas básicas:

- De Información y Orientación: con el objetivo de ofrecer información real y actualizada en materia de adicciones, mediante pláticas, y
- De Detección y Canalización: con el objetivo de detectar oportuna y responsablemente un caso de Farmacodependencia a una institución especializada para su diagnóstico temprano y tratamiento oportuno.

Con esta propuesta se podrá incidir en el nivel primario (brindar información y orientación) y secundario (detección y canalización), de la escala de prevención de adicciones, más adelante se promoverá el tercer nivel de acción preventiva.

Para que esto tenga operatividad, será necesario que se provea de mayores recursos, tanto económicos y de recurso humano, como materiales y de espacios físicos adecuados, se deberá capacitar al personal seleccionado en varios campos: uno, es importante que el personal domine técnicas didácticas, expositivas, de manejo de grupo, etc., y dos, tener los conocimientos básicos en materia de adicciones como lo pueden ser:

- La Teoría general de las adicciones.
- Clasificación de drogas.
- Adicción, problema familiar y social.
- Modelos de tratamiento.
- Entre otros temas.

- Mantener una capacitación continua.

El segundo punto de la propuesta, retomando que existe una iniciativa Federal para crear un "Consejo Municipal Contra las Adicciones y la Delincuencia", el Gobierno Municipal está facultado para convocar, integrar, operar y vincular, dicho Consejo a través de su programa informativo y que estará constituido por instituciones públicas y de carácter privado afines a la problemática.

Para ser más claro, este un Consejo deberá estar formado por las siguientes instituciones:

- H. Ayuntamiento Constitucional de Tlalnepantla de Baz
- La Delegación Estatal de la Procuraduría General de la República
- La Procuraduría General de Justicia del Estado de México
- El Instituto de Salud del Estado de México
- El Sistema D. I. F. Municipal
- La Preceptoria Juvenil de Tlalnepantla
- El Centro de Integración Juvenil de Tlalnepantla
- Instituciones Educativas
- Grupos de Autoayuda
- Otros.

Este trabajo multidisciplinario deberá estar bajo la supervisión del programa informativo del H. Ayuntamiento con la finalidad de coordinar, supervisar y vincular las acciones que Consejo brinde, es decir, la tarea del Gobierno municipal será integrar a todas estas instituciones para hacer un frente común para contrarrestar el alto índice de consumo de drogas y frenar la creciente ola de delincuencia que es parte del mismo flagelo.

Una vez integrado y establecido dicho Consejo a través de un reglamento interno, donde se marquen de manera concreta las actividades propias de cada institución y su campo de ingerencia, se podrá llevar a cabo su trabajo de manera clara, en otras palabras, para poder llevar a cabo un trabajo de prevención será necesario que se lleve a cabo un estudio de campo para

poder determinar las colonias con mayor índice de consumo, el tipo de droga que se consume con mayor frecuencia, las edades de consumo, entre otras, para tener un parámetro de medición que permita realizar un trabajo a corto mediano y largo plazo y así medir cuantitativa y cualitativamente un proceso de prevención.

De manera paralela se tendrá el apoyo de instituciones especializadas en la prevención del delito y se podrá llevar a cabo campañas intensas en las comunidades e instituciones educativas para debilitar este problema social, que cada vez rebasa las acciones que los gobiernos federales estatales y municipales puedan ofrecer.

Por último, regresando un poco a los niveles de prevención, el tercer nivel que comprende la rehabilitación estará contemplado en esta parte del trabajo multidisciplinario a realizar, para ejecutarlo es necesario la presencia de un médico general para valorar el daño orgánico que sufre el adicto, por otro lado la evaluación psiquiátrica para conocer el daño neurológico, el apoyo de un psicólogo para su inserción de nueva cuenta en la sociedad y en sus esferas tanto personal como familiar y laboral y por último el trabajo social.

Cubriendo así los niveles de prevención mediante un modelo conceptual integral, que abarque todas las aproximaciones metodológicas desde lo medico-sanitario, lo psicosocial, lo socio-cultural, lo ético-jurídico hasta lo sistémico, para así ofrecer otra alternativa de prevención a la población que cada vez se ve más frágil ante la vorágine de las drogas y la delincuencia.

ANEXO 1

H. Ayuntamiento Constitucional de Tlalnepantla de Baz
Dirección General de Desarrollo Social
Subdirección de Bienestar Social
Consejo Municipal de Lucha Contra las Drogas y la Delincuencia

Cedula de Programación de Actividades

Fecha: _____

Nombre de la Institución: _____

Nombre del Director: _____

ACUERDOS

Firma del C. M. L. C. D y D.

Firma y Sello de la Institución

ANEXO 2

H. Ayuntamiento Constitucional de Tlalnepantla de Baz
Dirección General de Desarrollo Social
Subdirección de Bienestar Social
Consejo Municipal de Lucha Contra las Drogas y la Delincuencia

Temario de la Plática Informativa de Farmacodependencia

- ⊙ ¿Qué es una adicción?
- ⊙ ¿Qué es una droga?
- ⊙ ¿Qué es la Farmacodependencia?
- ⊙ Clasificación de drogas
- ⊙ Efectos
- ⊙ Tipos de Usuarios
- ⊙ Triangulo de la salud
- ⊙ Factores de riesgo
- ⊙ Consecuencias
- ⊙ Factores protectores
- ⊙ Alternativas de prevención
- ⊙ Servicios que ofrece la Institución

ANEXO 3

H. Ayuntamiento Constitucional de Tlalnepantla de Baz
Dirección General de Desarrollo Social
Subdirección de Bienestar Social
Consejo Municipal de Lucha Contra las Drogas y la Delincuencia

Temario de la Plática Informativa sobre Tabaquismo

- ⊙ Historia del tabaco
- ⊙ Formas de consumo del tabaco
- ⊙ Problemas que genera el tabaquismo
- ⊙ Causas
- ⊙ Efectos
- ⊙ Clasificación
- ⊙ Consecuencias del tabaquismo en la salud
- ⊙ Como dejar el hábito de fumar
- ⊙ Beneficios inmediatos a corto y mediano plazo
- ⊙ Servicios que ofrece la Institución

ANEXO 4

H. Ayuntamiento Constitucional de Tlalnepantla de Baz
Dirección General de Desarrollo Social
Subdirección de Bienestar Social
Consejo Municipal de Lucha Contra las Drogas y la Delincuencia

Temario de la Plática Informativa sobre Autoestima

- ⊙ Definición de autoestima
- ⊙ Antónimos de la autoestima
- ⊙ ¿Cómo se logra la autoestima?
- ⊙ ¿Dónde aprendemos a bajar nuestra autoestima?
- ⊙ Aspectos culturales que impiden la autoestima y su consolidación
- ⊙ Aspectos importantes para lograr una autoestima sana
- ⊙ ¿Qué se puede hacer para elevar mi autoestima?
- ⊙ Actividades recomendables para fortalecerla
- ⊙ Servicios que ofrece la institución

ANEXO 5

H. Ayuntamiento Constitucional de Tlalnepantla de Baz
Dirección General de Desarrollo Social
Subdirección de Bienestar Social
Consejo Municipal de Lucha Contra las Drogas y la Delincuencia

Temario de la Plática Informativa sobre Sexualidad

- ⊙ Cambios físicos: caracteres sexuales primarios y secundarios
- ⊙ Pensamientos acerca de la sexualidad
- ⊙ Enfermedades de Transmisión Sexual
- ⊙ Medidas preventivas
- ⊙ Métodos anticonceptivos
- ⊙ Servicios que ofrece la institución

ANEXO 6

H. Ayuntamiento Constitucional de Tlalnepantla de Baz
Dirección General de Desarrollo Social
Subdirección de Bienestar Social
Consejo Municipal de Lucha Contra las Drogas y la Delincuencia

Cédula de Control de Actividades

Fecha: _____

Hora: _____

- | | | |
|--|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Plática | <input type="checkbox"/> Esc. Prim. | <input type="checkbox"/> Casa de Cultura |
| <input type="checkbox"/> Taller | <input type="checkbox"/> Esc. Sec. | <input type="checkbox"/> Biblioteca |
| <input type="checkbox"/> Conferencia | <input type="checkbox"/> Telesec. | <input type="checkbox"/> C. P. C. |
| <input type="checkbox"/> Curso de Capacitación | <input type="checkbox"/> Prepa. | <input type="checkbox"/> Otro. Tema: _____ |

Objetivo:
Actividades:
Comentarios:
Asistencia:
Firma y Sello de la Institución

ANEXO 7

H. Ayuntamiento Constitucional de Tlalnepantla de Baz
Dirección General de Desarrollo Social
Subdirección de Bienestar Social
Consejo Municipal de Lucha Contra las Drogas y la Delincuencia

Temario del Taller de Autoestima

Duración aproximada por sesión 1 hora 30 minutos.

Programado para 5 sesiones

Objetivo General: Proporcionar Información básica acerca de la autoestima con la finalidad de que los participantes la integren a su repertorio conductual.

Primera sesión

Presentación

Segunda sesión

Objetivo particular: Enseñar a los participantes que es la autoestima y como es afectada.

Actividades:

- ⊙ Se realizará una dinámica de integración.
- ⊙ Posteriormente se llevará a cabo la dinámica "lluvia de ideas", con la finalidad de que los participantes expongan que entienden por autoestima.
- ⊙ El facilitador ofrecerá información acerca de que es la autoestima y como se devalúa.
- ⊙ Por equipos discutirán sobre la tarea asignada.
- ⊙ Retroalimentación.

Materiales: Cartulinas, plumones, gis, pizarrón, papel bond, hojas blancas.

Tercera sesión

Objetivo particular: Los participantes identificarán lo real y lo ideal del ser humano con la finalidad de concientizarlos de los alcances y limitaciones con que cuentan.

Actividades:

- ⊙ Inicialmente el facilitador llevará a cabo una dinámica con el fin de de relajar, animar y captar el interés de los participantes.
- ⊙ Posteriormente se hará un inventario entre lo real y lo ideal del ser humano.
- ⊙ Se proporcionará información específica del tema ¿Qué es lo real y lo ideal?
- ⊙ Se les pedirá que den su opinión personal del tema para conocer la información que manejan hasta el momento.

Materiales: hojas blancas, plumas, una pelota.

Cuarta sesión

Objetivo particular 1: Los participantes se evaluarán así mismos para crear su autoconcepto.

Objetivo particular 2: Subrayar la importancia de poder encontrar cualidades positivas en la gente que nos rodea; así como de reconocer que la gente puede ver en nosotros cosas positivas.

Actividades:

- ⊙ Se llevará a cabo una dinámica para reafirmar los conocimientos adquiridos la sesión anterior.
- ⊙ Se proporcionará información acerca del autoconceptualización.
- ⊙ Se realizará una dinámica que les permitirá identificar que es lo que les gusta y les disgusta de si mismos, para llegar al autoconcepto.
- ⊙ Se realizará una dinámica que permita a los participantes identificar que cualidades positivas observan en sus compañeros; y a su vez que cualidades positivas observan en ellos.

- ⊙ Se discutirá de forma grupal la importancia de conocerse a uno mismo, resaltando los defectos y virtudes.

Materiales: Hojas blancas y plumas.

Quinta Sesión

Objetivo particular: A partir de los conocimientos adquiridos los participantes elaborarán sus perspectivas presentes y futuras con la finalidad de buscar su autorrealización como persona.

Actividades:

- ⊙ Se llevará a cabo una dinámica para reafirmar los conocimientos adquiridos la sesión anterior.
- ⊙ Los participantes elaborarán una carta dirigida a un amigo después de 10 años de no verlo, en la cual contarán que ha sido de su vida hasta el momento.
- ⊙ Se les proporcionará información acerca de la importancia de la autorrealización.
- ⊙ Antes de dar por concluido el taller, se rescatará como el grupo se ha sentido en las actividades desarrolladas y como ha comprendido el significado y la importancia que tiene el conservar nuestra autoestima en óptimas condiciones.

Materiales: Hojas blancas y plumas.

ANEXO 8

H. Ayuntamiento Constitucional de Tlalnepantla de Baz
Dirección General de Desarrollo Social
Subdirección de Bienestar Social
Consejo Municipal de Lucha Contra las Drogas y la Delincuencia

Temario del Curso de Capacitación para Promotores en la Lucha contra la Farmacodependencia

Unidad 1

- ⊙ Antecedentes históricos
- ⊙ Terminología y definiciones
- ⊙ Tipos de usuarios
- ⊙ Clasificaciones

Unidad 2

- ⊙ Factores o causas que propician la Farmacodependencia
- ⊙ Consecuencias
- ⊙ Farmacodependencia en la actualidad

Unidad 3

- ⊙ Los porque del uso de las drogas
- ⊙ Dinámica "el viaje"

Unidad 4

- ⊙ ¿Cómo afrontar el problema?
- ⊙ Entrenamiento en solución de problemas

BIBLOGRAFÍA

01. Acosta, C. de, (1578) "Tratado de las Drogas y Medicinas de las Indias Orientales". Burgos, pp. 360, 413-414.
02. Alpinus, P. (1591) "Quatour Libri de Medicina Aegyptiorum". Venecia.
03. Alzate, A. (1782) "Memoria sobre el Uso que hacen de los Pipiltzintlis". Gaceta Médica de México, p. 3.
04. Beringer, K. (1922) "Expermentelle Psychosen durch Mescalín". Erlangen, Deutscher Psychiater Versammlung.
05. Boussel, P. (1984) "Historia de la Farmacia". Barcelona, Cóndor, pp. 195-197.
06. Bühler, A. (1946) "Datos de Investigación acerca del uso de la Coca". Actas Ciba, núm. 4, pp. 107-114.
07. Bühler-Oppenheim, K. (1949) "Datos Históricos sobre el Tabaco". Actas Ciba, núm. 3-4, pp. 37-38.
08. Cárdenas, J. de, (1591) "Secretos Maravillosos de las Indias". México, pp. 205-210.
09. Castillo, R. M. G; Hernández, C. V; Rosales, G. T. (1998) "Introducción a la Salud Pública". México, Instituto Politécnico Nacional.
10. Corcuera de Mancera, S. (1991) "El Fraile, el Indio y el Pulque". México, FCE, p. 30.
11. Díaz del Castillo, B. (1982) "Historia Verdadera de la Conquista de la Nueva España". Madrid: Instituto G. Fernández de Oviedo, CSIC, p. 186.
12. Díaz Müller, L. (1994) "El Imperio de la Razón. Drogas, Salud y Derechos Humanos". México, UNAM, pp. 126, 128-129.

13. Domínguez, M. (1877) "Terapéutica Experimental de la Morfina". *Gaceta Médica de México*, 11, México, p. 108.
14. Durán, fray Diego de, (1967) "Historia de las Indias de Nueva España e Islas de Tierra Firme". Vol. 2, México, Porrúa, pp. 40-42.
15. Escotado, A. (1989) "Historia de las Drogas". Vol. 2, Madrid, Alianza Editorial, p.19.
16. Estrada, A. (1977) "María Sabina, la Sabia de los Hongos". México, Siglo XXI.
17. Flores y Muñoz, R. (1877) "Del Opio en la Anemia Cerebral". *Gaceta Médica de México*, núm., 12, p. 145.
18. *Gaceta Médica de México*, (1901) "El Permanganato de Potasio, Antídoto en el envenenamiento del Opio". Núm, 1, p. 12.
19. Galindo, J. R. (1882) "Envenenamiento con Morfina Tratado por Inyecciones Subcutáneas de Café". *Gaceta Médica de México*, núm., 17, p. 17.
20. Gruzinski, S. (1988) "La Colonisation de I´ imaginaire". Paris, Gallimard.
21. Guerra, F. (1972) "Sexo y Drogas en el Siglo XVI, XVII". Madrid, Asclepio, pp. 299-300.
22. Jaffe, J. H. (1990) "Drug Addiction and Drug Abuse" en A. G. Gilman, T. W. Rall, A. S. Nies y P. Taylor (comps.), *Goodman and Gilman's the Pharmacological Basis of Therapeutics*, 8a. ed. New York, Pergamon Press, pp. 522-573.
23. Jennings- William, O. (1909) "The Morphia Habit and Its Voluntary Renuntiation". Londres, Bailliere, Tindall and Cox.
24. Johnson, J. F. W. (1855) "The Chemistry of Common Life". Vol., 2.
25. Jünger, E. (1967) "Approches, Drogues et Ivresse". París, Gallimard, pp. 61, 246, 487-488, 492.

26. Lafargue, G. V. (1847) "Des avantages thérapeutiques de l' inoculation de la morphine et de celle de quelques autres médicaments énergétiques". Bulletin Générale de Thérapeutique, núm., 33.
27. Laguna, A. (1566) "Materia Médica". Salamanca, pp. 414-415.
28. Las Casas, fray Bartolomé de, (1967) "Historias de las Indias". Vol., 3, México, FCE, p. 18.
29. Lewin, L. (1885) "Anhalonium, Pharmaceutische Zeitung". Zeitung, p. 41.
30. Lewin, L. (1924) "Phantastica, Narcotic and Stimulating Drugs". París, Payot, 1970, pp. 116-124.
31. López, G. (1982) "Medicinas de Indias o Nueva España". en F. Guerra, *El Tesoro de Medicinas de Gregorio López (1542-1596)*, Madrid, Cultura Hispánica, p. 417.
32. Lumholtz, C. (1902) "Unknown México". Vol., 2, Nueva Cork, Scribner.
33. Massün, E. (1991) "Prevención del Uso Indebido de Drogas". México, Trillas.
34. Mayor, M. L. y Tortosa, G. F. (1990) "Ámbitos de Aplicación de la Psicología Motivacional". España, Desclée de Brouwer.
35. Medina. M. (2001) "Los Conceptos de uso, abuso, dependencia y su Medición". en R. Tapia, *Las Adicciones: Dimensión, Impacto y Perspectivas*", México, El Manual Moderno.
36. Monardes, N. (1574) "Historia Medicinal de las Cosas que se traen de Nuestras Indias Occidentales que sirven al Uso de la Medicina". Sevilla, A. Escribano, pp. 47-48, 49r, 49v, 50v, 114r-115r.
37. Niemann, A. (1860) "Ueber eine neue organische Base in den Cocahlätern". Scribner.

38. Olvera, J. (1886) "¿Los Morfomaniáticos son Aptos para Ciertas Acciones Civiles?, ¿Son Responsables de sus Actos?". *Gaceta Médica de México*, núm. 21, México, p. 205.
39. Orta, García de, (1563) "Coloquios dos Simples da India". Goa, fs. 24r-25v, 153v-155v.
40. Paget, J. (1870) "Case of Colostomy". *The Lancet*, núm. 1, p. 835.
41. Piedrota, G. G.; Del Rey, C. I.; Domínguez, C. M.; Cortina, G. P.; Gálvez, V. R.; Sierra, L. A.; Sáenz, G. M.; Gómez, L. L.; Fernández-Crehuet, N. J.; Sallerans, S. L.; Cueto, E. A., y Gestal, O. J. (1991) "Medicina Preventiva y Salud Pública". España: Masson, Salvat Medicina.
42. Postel, J. y C. Quétel (1989) "Historia de la Psiquiatría". México, FCE, p. 397.
43. Rabelais, F. (1973) "Le tiers livre des faits et dictées héroïques du bon Pantagruel". en *Oeuvres Complètes de...* París, Ed. du Seuil, pp. 550-552.
44. Rendón, S. (1836) "Nuevo Reactivo para los Álcalis Extraídos del Opio". *Periódico de la Academia de Medicina*, I, pp. 342-345.
45. Robicsek, F. (1978) "The Smoking Gods". The University of Oklahoma Press, pp. 2, 17 ss.
46. Ruiz de Alarcón, H. (1892) "Tratado de las Supersticiones y Costumbres Gentílicas que oy viven entre los Indios Naturales de esta Nueva España". México, Editado por Francisco del Paso y Troncoso, *Anales Del Museo Nacional*.
47. Sahagún, fray Bernardino de, (1969) "Historia Verdadera de la Conquista de la Nueva España". Madrid: Instituto G. Fernández de Oviedo, CSIC, 1982, p. 186.
48. Sahagún, fray Bernardino de, (1980) "Informantes de, Códice Florentino". Edición facsimilar, Vol., 3, México, Gobierno de la Nación.
49. Saldaña, J. (2001) "Derechos del Enfermo Mental". México, Secretaria de Salud.

50. Serna, Jacinto de la, (1892) "Manual de Ministros Indios para el Conocimiento de sus Idolatrías y Extirpación de ellas". México, imprenta del Museo Nacional, pp. 15-27.
51. Smith, R.; Sarasson, I.; Sarasson, B. (1984) "Fronteras de la Conducta". Editorial Harla, México.
52. S.S.A. (1992) "Las Drogas y sus Usuarios". México.
53. S.S.A. (2001) "Programa de Acción: Salud Mental". México.
54. Tapia Conyer, R. (2001) "Las Adicciones: Dimensión, Impacto y Perspectivas". México, El manual Moderno, Segunda Edición.
55. Torquemada, fray Juan de, (1969) "Monarquía Indiana". Edición facsimilar, Vol., 3, México, Porrúa, pp. 10, 83.
56. Uriarte, V. (1999) "Psicofarmacología". México, Editorial Trillas.
57. Vega, F. L. (2000) "La Salud en el Contexto de la Nueva Salud Pública". México, El Manual Moderno.
58. Vega, F. L. y García, M. H. (1987) "Bases Esenciales de la Salud Pública". México, La Prensa Medica Mexicana S.A.
59. Viesca, C. (1977) "Los Psicotrópicos y la Medicina de los Gobernantes entre los Aztecas". en C. Viesca (comp.), *Estudios de Etnobotánica y Antropología Médica*, México, IMEPLAM, II, pp. 121-136.
60. Viesca, C. (2001) "Bosquejo Histórico de las Adicciones". en R. Tapia Conyer, *Las adicciones*, México, El Manual Moderno.
61. Washington, G. (1977) "Diary, 7 de Agosto de 1765". en G. Andrews y S. Viekenoog, *El Libro de la Yerba*, Barcelona, Anagrama, p. 52.
62. Wasson- Richard. G, (1980) "The Wondrous Mushroom". Nueva York, Mc Graw Hill.