



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

CREACION Y PUESTA EN MARCHA DEL CENTRO DE INTEGRACIÓN JUVENIL DE LA ISLA DE COZUMEL, Q. ROO 1997-2001

REPORTE DE TRABAJO PROFESIONAL
QUE PRESENTA PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
VÍCTOR HUGO VENEGAS MOLINA



DRA. OLIVIA TENA GUERRERO
MAESTRA PATRICIA VALLA DARES DE LA CRUZ
LICENCIADO JOSÉ ESTEBAN VAQUERO CAZARES



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

Introducción

Capitulo 1 EL USO DE DROGAS EN LA CULTURA MAYA.	13
1.1 La cultura maya en Cozumel.	13
1.2 La religión de los mayas putunes; consideraciones generales.	16
1.3 El uso de drogas en la vida de los mayas.	19
1.3.1 El Tabaco.	19
1.3.2 El Balché y la Chicha.	25
1.3.3 Los enemas.	26
1.3.4 Otras drogas alucinógenas.	29
1.4 El despoblamiento de Cozumel.	30
Conclusiones.	33
Capitulo 2 ¿QUÉ ES DROGADICCIÓN?	35
2.1 La drogadicción un problema mal planteado.	35
2.2 ¿Qué es una droga?	37
2.2.1 Definiciones	38
2.3 Diferencia entre uso, abuso y dependencia a una droga.	41
2.3.1 Aspectos básicos de farmacología; consideraciones generales.	42
2.3.2 Uso.	44
2.3.3 Abuso.	46
2.3.4 Dependencia.	48
2.3.4.1 ¿Dependencia o adicción?	49
2.4 ¿Qué es drogadicción?	53
2.5 La drogadicción un problema de salud pública.	55
2.5.1 ¿Qué es salud pública?	55
2.5.1.1 ¿Por qué se califica a la drogadicción como un problema de salud pública?	57

2.5.2 Datos epidemiológicos que identifican a la drogadicción como un problema de salud pública en México.	58
Conclusiones.	61
Capítulo 3 PREVENCIÓN DE LA DROGADICCIÓN.	63
3.1 Percepción de riesgo.	64
3.1.1 Definición de factores de riesgo.	64
3.2 Factores de protección.	69
Conclusiones.	74
Capítulo 4 EL USO DE DROGAS EN EL COZUMEL CONTEMPORÁNEO.	75
4.1 Ubicando el consumo de drogas en la Isla de Cozumel con respecto al consumo a escala nacional.	75
4.2 Factores de Riesgo Macrosocial de drogadicción: un análisis del municipio de Cozumel.	77
4.2.1 Indicadores Demográficos.	82
4.2.2 Indicadores Económicos.	91
4.2.3 Municipio con prioridad gubernamental.	93
4.2.4 Indicadores Educativos.	94
4.2.5 Indicadores Geográficos.	96
4.2.6 Rutas de producción y/o tráfico de drogas.	97
4.2.7 Indicadores socio familiares.	100
4.2.8 Afluencia turística.	101
Conclusiones.	104
Capítulo 5 LA NECESIDAD DE CREAR UN CENTRO PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA DROGADICCIÓN EN LA ISLA DE COZUMEL.	108
5.1 Antecedentes y precurrentes al surgimiento del CIJ en Cozumel.	109
5.1.1 Los grupos de AA.	110
5.1.2 El padre Jeremy.	111

5.1.3 El Tigre.	112
5.1.4 Programas de asistencia social del DIF.	112
5.1.5 El grupo de N.A.	114
5.1.6 La Fraternidad de Cozumel, A.C.	115
5.2 Relato cronológico del surgimiento del CIJ en Cozumel.	116
5.2.1 1993-1996.	116
5.2.2 1996-1999.	117
5.2.3 Las convergencias.	118
5.2.3.1 CANIRAC.	118
5.2.3.2 Kena Moreno y Pedro Joaquín Coldwell	119
5.2.4 Conformación del Patronato.	121
5.2.5 Inauguración del CIJ Cozumel.	123
Conclusiones.	124
Capitulo 6 ¿QUÉ SON LOS CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL, A. C.?	125
6.1 Características de los programas del CIJ.	126
6.1.1 Programa preventivo.	126
6.1.2 Programa de tratamiento y rehabilitación.	131
Conclusiones	134
Capitulo 7 EL PAPEL DEL PSICÓLOGO EN LA PROMOCIÓN DE PROYECTOS DE SALUD COMUNITARIA.	135
7.1 Panorama general del quehacer del psicólogo en el campo de la salud.	135
7.2 ¿Qué ha hecho el psicólogo en las instituciones de salud?	139
7.3 ¿Qué otras cosas puede hacer?	144
Conclusiones.	147
Capitulo 8 REPORTE DEL TRABAJO REALIZADO EN EL CIJ COZUMEL EN EL PERÍODO COMPRENDIDO DEL AÑO DE 1997 AL AÑO 2001.	148
8.1 1997 El Principio.	149

8.1.1 Contexto socio-cultural y la inauguración del CIJ Cozumel.	149
8.1.2 Planeación y proyección del CIJ Cozumel.	151
8.1.3 Inicia el trabajo del CIJ en la Isla.	158
8.2 1998 Permanencia.	161
8.2.1 Prevención.	161
8.2.2 Tratamiento.	167
8.2.3 Finanzas.	168
8.3 1999 El crecimiento.	169
8.3.1 Prevención.	172
8.3.2 Tratamiento.	180
8.3.3 Finanzas.	182
8.4 2000 El crecimiento.	184
8.4.1 Prevención.	184
8.4.2 Tratamiento.	192
8.4.3 Finanzas.	196
8.5 2001 La consolidación.	199
8.5.1 Prevención.	199
8.5.2 Tratamiento.	205
8.5.3 Finanzas.	210
Conclusiones.	214
Capitulo 9 ANÁLISIS CRÍTICO DEL TRABAJO REALIZADO EN EL CIJ COZUMEL.	217
9.1 Del trabajo de organización para la apertura del CIJ en Cozumel.	217
9.2 Del esquema preventivo.	224
9.3 Del trabajo con voluntarios.	225
9.4 Del tratamiento.	226
9.5 Del modelo administrativo.	227
9.6 De la conciencia social.	228
9.7 Del crecimiento personal.	228
9.8 Breves sugerencias a la curricula de la Licenciatura de Psicología	229

Bibliografia.

RESUMEN

Este trabajo intenta recopilar cuatro años de experiencias profesionales en la promoción, formación y consolidación del Centro de Integración Juvenil de la Isla de Cozumel, Q. Roo, cuyos proyectos y programas están dedicados a la prevención y el tratamiento de las adicciones. En este documento se puede ver un proceso en el que intervinieron diferentes aspectos de manera singular y en donde que pueden identificarse aquellos de alguna utilidad para aplicarlos intencionadamente en una empresa similar.

El trabajo está organizado nueve capítulos que podemos a su vez agrupar en cinco partes fundamentales; la primera en donde se hace un planteamiento histórico contextual del uso de las drogas entre los mayas; la segunda que presenta un conjunto de definiciones básicas para aproximarse al fenómeno; la tercera en donde se explican los factores de riesgo hacia la drogadicción que prevalecen en la Isla de Cozumel; la cuarta en donde se expone el trabajo realizado durante un período que de cuatro años y; finalmente la quinta que presenta un análisis crítico del trabajo realizado durante estos cuatro años, la necesidad de replantearse el problema de la lucha contra las drogadicciones y sus tratamientos, y algunas sugerencias para la currícula de la licenciatura de psicología.

El trabajo busca compartir con los interesados en la promoción de proyectos de salud comunitaria una experiencia que presenta una variedad de aristas en las que el psicólogo puede contribuir.

Introducción

El uso de drogas es tan antiguo como el hombre mismo. Lo ha acompañado en su búsqueda por las explicaciones de su origen y destino, le ha permitido aliviar dolores, descubrir curas, condimentar y acompañar alimentos, además de ayudarlo a experimentar fantasías de otro modo imposibles.

En su contexto mágico-religioso, el uso de las drogas ha auxiliado al hombre en la dilucidación de explicaciones que parecían más sensatas que la realidad inclemente que vivía. Facilitaba encontrar sentido a sus actos y su existencia al descubrir en el conjuro a los dioses respuestas a muchas preguntas que inquietaban su alma. Lo ayudaba a encontrar un mundo alterno que le permitía explicar el mundo físico en el que se desenvolvía, brindando de este modo certidumbre y la posibilidad de controlar una realidad que le rebasaba de manera aplastante.

Imbuidos en una serie de rituales establecidos para la realización de ceremonias u oficios divinos, el uso de drogas llegó a ser parte importante de la vida religiosa y auxiliar imprescindible en la conformación de la cosmovisión del hombre (Rogel, Lara, y Takahashi, 2000).

El uso de sustancias tóxicas no se limitó únicamente al sentido religioso ni a una cultura en particular, llegó a extenderse, entre otros usos al médico y lúdico. El uso de drogas se puede encontrar de manera muy extendida a lo largo de la historia en diversas culturas por todo el mundo por lo que podría calificarse de universal.

Actualmente, algunos de estos usos han logrado sobrevivir a lo largo de centurias o se han reinventado en diferentes escenarios, por diferentes motivos y bajo muy variados contextos. A éstos se han sumado el uso de drogas modernas de origen sintético, producto del avance científico y tecnológico. Una parte importante de la población mundial ha llegado a hacer uso, uso indebido y abuso insano de las

drogas (Roger, Lara, y Takahashi, Op. cit). Lo anterior ha llegado a constituir un problema social con dos aristas fundamentales: el uso indebido de drogas y la drogadicción como un problema de salud pública; y el tráfico ilícito de drogas de orden jurídico.

La Organización de las Naciones Unidas para el Control de Drogas y Prevención del Crimen señala, en su *Informe Mundial sobre la Droga 2000* (UNODCCP, 2000), que alrededor de 252 millones de personas por todo el mundo consumen droga, es decir, el 4.2 % de la población mundial, de entre los cuales 72 millones son menores de 15 años.

En México, el consumo de drogas aumentó en 40% en los últimos cinco años. De acuerdo con la última Encuesta Nacional de Adicciones de 1998 más de dos y medio millones de personas han consumido drogas ilegales, es decir, el 5.6% del total de la población en México. Este nivel de consumo coloca a nuestro país en el lugar número 18 entre los que tienen mayores índices de prevalencia en el consumo de drogas (SSA y CONADIC, 1999).

La reacción ante el inminente crecimiento que ha tenido la drogadicción y el tráfico ilícito de drogas durante las últimas décadas, ha sido redoblar esfuerzos y recursos a la lucha armada contra la producción y tráfico ilícito de drogas con la idea de que esta estrategia resolverá a cabalidad el problema.¹

Esta estrategia demostró que no ha sido la más eficaz ya que el consumo de drogas siguió en aumento de forma alarmante acompañado de la violencia, el contrabando, las armas ilegales, la corrupción y la vida de cientos de personas (Margaín, 1993).

¹ Según el Diario capitalino *El Financiero* del 28 de diciembre de 1997. En 1994 la SEDENA gastó 34 millones 58 mil 97 dólares en el mejoramiento del sistema de vigilancia y control de la fuerza aérea.

Lejos de beneficiar, el énfasis puesto en el combate a la oferta ha traído como consecuencia una ideología con relación al consumo de la droga con una visión cargadamente penalista y una concepción del adicto más como un vándalo que como un enfermo, llevándolo al extremo de la estigmatización moralista (Margaín, 1993).

Los dos aspectos relacionados con el uso indebido y tráfico ilícito de drogas exigen necesariamente el desarrollo equilibrado de acciones y políticas complementarias, que se orienten a promover un uso adecuado de las drogas legales y alejar a la gente del uso indebido de las ilegales.

La priorización de la lucha contra el narcotráfico ha orillado al grave descuido de la atención y el apoyo que se da a la lucha contra la demanda a pesar de haber sido reconocida en múltiples ocasiones como una alternativa con grandes posibilidades y menor costo.

¿Qué injerencia tiene en todo esto el profesional de la psicología? ¿Qué aportaciones puede hacer el psicólogo desde su formación en el establecimiento y fortalecimiento de proyectos de salud comunitaria?... seguramente habrá muchísimo y no todo será mencionado en este reporte.

No obstante, el presente trabajo tiene como propósito fundamental compartir la experiencia personal y profesional en la construcción de un proyecto de salud comunitaria, el Centro de Integración Juvenil (CIJ) en la Isla de Cozumel y destacar la importancia y el amplio campo que tiene el profesional de la psicología en ésta área poco explorada del quehacer psicológico.

El reporte se compone de nueve capítulos que podrían clasificarse en cinco partes sustanciales; la primera que describe los antecedentes precolombinos del uso de drogas, la segunda conceptos básicos para comprender el problema de la drogadicción.

La tercera presenta un análisis del contexto riesgoso para la drogadicción que subyace en la Isla de Cozumel, la necesidad de una alternativa profesional de intervención ante el problema, la cuarta la exposición de la propuesta de intervención de los Centros de Integración Juvenil ante la drogadicción.

La cuarta parte que es una exposición de la participación del psicólogo en la promoción de proyectos de salud comunitaria y el reporte del trabajo realizado de 1997 al 2001. La quinta y última parte que presenta un análisis crítico del trabajo desarrollado y sugerencias a implementar en el modelo de atención del CIJ Cozumel y en el programa curricular para la licenciatura en psicología.

EL USO DE DROGAS EN LA CULTURA MAYA

Daremos inicio a este estudio con una revisión general de los usos y sentidos de diferentes drogas en la cultura maya a fin de constituir un marco histórico del uso de drogas en la Isla de Cozumel. Es importante destacar que aun cuando la cultura maya no se ha mantenido intacta desde su origen, aun existen mayas que mantienen viva su cultura y tradiciones. Según el Consejo Nacional de Población actualmente en el territorio nacional hay un aproximado de 2.5 millones de maya parlantes, la mayoría concentrada en la región de la península de Yucatán.

1.1 La cultura maya en Cozumel

Hablar de la cultura maya es hablar de un mundo policromo de culturas que se aglutinan con características similares de religión, arquitectura, idioma, escritura e ideologías. Sin embargo, hay que reconocer que el mundo maya estaba conformado por diversos subgrupos que desarrollaron rasgos propios, algunos en ciertos aspectos únicos y con procesos históricos específicos. Estos subgrupos étnicos contaban con autonomías y gobiernos independientes. Los estudios que se han realizado en torno a la cultura maya han ido ahondando en estas singularidades y han permitido mayor claridad en el conocimiento y entendimiento de la misma.

De ahí que sea necesario destacar el origen y tiempo de los mayas que poblaron la región de lo que hoy se conoce como “Isla de Cozumel” y de este modo poder

ubicar las influencias culturales que recibieron en el uso de las drogas de las cuales algunas de ellas prevalecen hasta nuestros días.

En el documento titulado "Totun Cuzamil", Gracia (1994) dice que la Isla de Cozumel, fue habitada desde el período clásico temprano y medio, alrededor del año 300 E. C. al 750 de la E. C., mientras investigaciones más recientes como la de Sabloff (2002), señala que se ha encontrado evidencia de ocupación que abarca desde el Preclásico Tardío que va del año 300 a. E. C. hasta el 300 E. C.

Según la investigación realizada por Gracia, por el año 416 E. C. al 435 E. C., un grupo maya partió del Petén Guatemalteco en una migración religiosa en busca de un lugar llamado *Totun Cuzamil* (piedra plana de las golondrinas, hoy Isla de Cozumel, en el estado mexicano de Quintana Roo). Fue este grupo de mayas putunes o chontales el primero de los cuales se tiene registro formal como habitantes de la Isla y quienes marcaron un hito en su historia.

Aunque Thompson (1998) no identifica con precisión el origen de los mayas pobladores de la Isla de Cozumel, reconoce a un grupo de mayas chontales o putunes cuya procedencia venia de algún lugar al sur de Campeche y... "del vasto delta de los ríos Usumacinta y Grijalva, de Tabasco". Según Thompson, "... los putunes, quienes eran navegantes y mercaderes marinos de Mesoamérica, llegaron a dominar las vías marítimas en torno a la península de Yucatán, y una rama de ellos, los itzaes se establecieron en Cozumel" (Pág. 21).

Thompson (1998) agrega que... "Entre el 850 y el 950 de nuestra era, este pueblo... dominaba parcial o totalmente el norte de Tabasco, el sur de Campeche, Cozumel, Bakhalal y Chetumal a lo largo de la costa oriental de la península, Chichén Itzá y probablemente otros centros del interior de Yucatán y por un breve

período, buena parte de la cuenca del río de la Pasión así como Ucanal, en la cuenca del Belice” (Pág. 22 y 23).

Sabloff, (2002), confirma que a finales del período clásico este grupo de mayas chontales o putunes se habían constituido como un grupo importante de hábiles mercaderes que impulsaron el transporte marítimo de obsidiana, cacao, algodón, plumas, miel y sal, aprovechando la posición estratégica de la isla para expandir e intensificar las rutas comerciales desde Honduras hasta Tabasco y Campeche. Hay evidencias de que este intercambio comercial llegó a extenderse mucho más allá, ya que se han encontrado pruebas de intercambio con los mercaderes culhua mexicas quienes entregaban cargamentos a los putunes para que fueran transportados por vía marítima hacia el sur.

Se puede notar la clara influencia de la cultura mexicana entre los putunes no solo en los intercambios comerciales sino también por el uso de algunos términos en náhuatl, empezando por el mismo nombre que designa su grupo étnico: “chontales” del náhuatl “chontalli” que significa extranjero. Las influencias mexicanas penetraron en Uxmal y otros lugares y se evidencian en los hallazgos arqueológicos como las vasijas de tipo Tláloc y Xipe en las cuevas de Balankanché y cerca de Chichen Itzá (Thompson, 1998).

“Los putunes se habían relacionado con mexicanos, habían absorbido mucho de la cultura mexicana y eran vecinos inmediatos de grupos de habla mexicana, por eso muy bien podían desempeñar el papel de transmisores de las influencias mexicanas en aquellas partes” (Thompson, 1998, pág. 47).

También destaca la influencia de la cultura Tolteca de quienes heredaron el intercambio de la letra “u” por la “o”, así por ejemplo Putunchan cambió su uso por Potonchán que es la principal población de los putunes.

Además de la visible prueba del difundido uso de Chaacmoles entre los toltecas y los mayas, “...aparece en Tula como en el Templo de los Guerreros (*en Chichen Itzá*)¹ un complejo dedicado al culto mexicano de los combatientes, es probable que quienes lo usaron no fueran mayas de Yucatán” (Thompson, 1998, pág. 139), lo que muestra una influencia mutua entre estas culturas propiciada y fortalecida por lazos comerciales.

Lo anterior favoreció el esparcimiento de aspectos ideológicos, religiosos y culturales en general entre estas culturas y por ende del uso e intercambio de las drogas de aquella época.

Será importante abordar el tema religioso ya que muchos de los aspectos de la vida del maya antiguo estaban regulados por un sistema teológico que influía en casi todo aspecto de su vida.

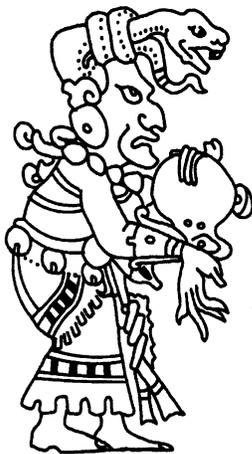


Figura 1: Diosa Ixchel, tomada de la Revista Arqueología Mexicana, Vol IX. Núm 54. Pág. 42

1.2 La religión de los mayas putunes; consideraciones generales.

El sistema religioso maya es caracterizado por ser de tipo politeísta pero debe evitarse la confusión con tantos nombres

que podrían sugerir una infinidad de deidades. Muchas de ellas aluden a la misma con diferentes nombres para destacar su papel o función, v. gr.; la diosa Ix Chel (Fig. # 1) diosa lunar, diosa del parto es a la vez diosa del suicidio

o diosa de los ahorcados solo que en su segunda variante se le denomina Ix Tab “la de la cuerda” (ver Thompson, 1998, pág. 365).

¹ Las cursivas y el paréntesis son nuestros. No pertenece al texto original.

En cuanto a investigación se refiere, se puede encontrar con mayor facilidad información respecto a la adoración del dios maya: Kukulchán (o Kukulcán, el equivalente maya al dios azteca Quetzalcóatl, la serpiente emplumada) y de Itzam Ná, principal deidad maya muy probablemente ambos nombres aluden a la misma deidad pero en funciones distintas como en el caso anterior. Retomaremos esto más adelante.

Según Gracia (1994), los primeros pobladores mayas de la Isla la convirtieron en uno de los centros ceremoniales más importantes dedicados a la diosa Ix Chel y al dios Itzam Ná, dios Padre y creador de todas las cosas, máximo dios de los mayas yucatecos y cuya representación se puede ver en el Panel de la Cruz Foliada de Palenque.²

Por otra parte, Thompson (1998) señala que las principales figuras del santuario isleño fueron Ikchauh o Ek Chuah el gran dios mercante, dios del sol y del cacao e Ix Chel, la diosa de la luna y patrona de la medicina, del tejido y del parto, cuyo culto de ambas deidades fue ampliamente difundido por los putunes (pág. 28 y 370).

Se dice que Ix Chel era esposa del dios solar, Ek Chuah, y a Itzam Ná en otras citas se le identifica como esposo de Ix Chel por lo que deducimos que Itzam Ná e Ek Chuah aluden a la misma deidad por tanto no supone contradicción en los relatos de Gracia (1994) y Thompson (1998).

Roys (en Thompson, 1998, pág. 34) citando del libro de "Relaciones de Yucatán" señala que a este santuario acudían peregrinos desde Yucatán, Tabasco,

² Fue precisamente la representación en la cruz del dios único Itzam Ná lo que facilitó la incorporación de la adoración de la cruz cristiana en la vida de los mayas.

Xicalango y Campeche y que probablemente se trataba en su mayoría de mercaderes que combinaban el comercio con el peregrinaje. Por sus puntos de partida se puede deducir que eran en gran parte putunes, cuyo comercio marítimo de Tabasco a la Bahía de Honduras sin duda servía a Cozumel, importante centro comercial.

La amalgama religioso-comercial aseguró a Cozumel y sus pobladores el mayor de los auges en el Posclásico Tardío (1250 a 1550 E.C.). La importancia religiosa y el prestigio del altar de Ix Chel, que tuvo incluso un oráculo, pudieron haber servido de complemento a las actividades comerciales de Cozumel, pues podía garantizarse la seguridad de los peregrinos que viajaban por áreas inhóspitas para llegar a la Isla (Sabloff, 2002).

Ramírez y Azcárate (2002), ambos investigadores del Centro INAH Quintana Roo y directores del Proyecto Arqueológico “El Ramonal” en la Isla, subrayan que durante el Clásico Terminal y a la caída de Chichen Itzá, el centro ceremonial de Ix Chel, hoy conocido como San Gervasio, “se reafirmó como centro rector y Cozumel se consolidó como una entidad comercial de gran importancia. De esta manera pasó a ser el centro religioso más venerado del mundo maya, pues aquí confluían innumerables peregrinaciones de mercaderes y adoradores de Ix Chel, diosa de la Luna... divinidad de la medicina y de las enfermedades y, por extensión, de las artes de la adivinación; patrona tanto de las aguas continentales como de las marítimas; señora del tejido y guerrera del parto” (pág. 49).

Saber que la Isla de Cozumel fuera un centro religioso y comercial de tal envergadura nos permite una visión retrospectiva de la dinámica cosmopolita y de la multiplicidad de influencias en los usos y costumbres que armaban la vida de los habitantes y nos prelude el uso importante de diversas drogas en la adoración, curación y adivinación en este santuario aun sin ser originarias de la zona. Veamos algunos de estos usos.

1.3 El uso de drogas en la vida de los mayas.

1.3.1 El Tabaco.

Una de las principales y más documentadas drogas de uso entre los mayas es precisamente el tabaco, droga que América aporta al mundo y de uso extendido entre las culturas mesoamericanas y prehispánicas en general. Los dioses consentían su uso pero prometían el castigo de aquellos que abusaran de ella enviándoles y ocasionándoles la muerte (CIJ, 1999a).

El uso sagrado del tabaco.

Son cuantiosos los testimonios que podemos encontrar del extendido uso religioso del tabaco entre los mayas. En el Popol Vuh, el libro sagrado de los mayas quichés se menciona los cigarros. Por ejemplo; en una parte se habla de dos protagonistas, quienes aparte de las pruebas que deben sufrir, tienen que "...pasar una noche en la cueva de las tinieblas y tener sus cigarros y antorchas de pino encendidos toda la noche. Los jóvenes después apagan sus cigarros y les colocan luciérnagas en la punta para engañar a sus enemigos, los moradores del infierno, y hacerles creer que todavía están encendidos." (Thompson, 1998, pág.142)

En el Chilam Balam de Chumayel según Roys (en Thompson, 1998, pág. 143) se cita... "uno de los acertijos decía: 'Hijo tráeme el cocuyo de la noche. Su olor atravesará el norte y el oeste'"... y lo que pide es un tubo de fumar lleno de tabaco. Estos acertijos estaban destinados a averiguar si un candidato a la jefatura tenía el

suficiente fondo de conocimiento esotérico necesario para ocupar su futuro puesto (como ilustración véase la figura # 2).

El uso del tabaco en los rituales y ceremonias mayas también puede notarse en diferentes hallazgos arqueológicos. Dentro de ellos, el del Templo de la Cruz dedicado al dios Itzam Ná en donde se puede apreciar una gran piedra plana que se encuentra a la derecha de la entrada del santuario y muestra a un dios anciano con enorme nariz aguileña fumando lo que parece ser un cigarro ahusado en tres anillos, un carrizo o tal vez una pipa tubular (Thompson, 1998).



Figura # 2: Dios del jaguar del número siete fumando cigarro. Templo de la Cruz, Palenque Chiapas (Thompson, 1998)

Thompson (1998) encontró en el códice de Madrid, en la página 79b, un almanaque pintado de 260 días dividido en cinco partes de 52 días. Estas partes tienen tres subdivisiones presididas respectivamente por los dioses de la lluvia, la muerte y el maíz. Cada dios esta acostado en el suelo y tiene en su boca lo que parece un cigarro, parecido al del relieve de Palenque, tubular pero algo ahusado en el otro extremo que llega a la boca y con un anillo o cerco negro en el otro extremo.

En el mismo códice pero en las páginas 86b y 87b se muestra a otros tres dioses que presiden sus subdivisiones fumando cigarrillos pero en este caso lo hacen en cuclillas y en la página 88b se muestra a otro dios saboreando un cigarrillo.

En algunos grabados el tabaco aparece con una cobertura representada en color blanco lo que puede indicar que el tabaco estaba envuelto en brácteas de maíz u hojas de carrizo, práctica que se volvió común en épocas posteriores y que persiste aún entre algunos mayas campesinos del sur de México.

Las representaciones de dioses consumiendo el tabaco le ponen énfasis a su carácter sagrado. De ahí que se ofreciera como regalo a los dioses a fin de conseguir sus favores. Dentro este uso del tabaco se puede ver en los rituales de adoración entre los mayas de Yucatán las ceremonias de la milpa y en particular los dedicados al dios Chac (de la lluvia), quienes pensaban que los chacs eran grandes fumadores y podían ser traídos por el humo del cigarro, quizá bajo la asociación entre las nubes de humo que ocasiona el cigarro y las nubes que traen la lluvia.

Podemos deducir que el uso del tabaco en los rituales religiosos no era privativo de la cultura maya ya que se halló una pipa de cerámica bajo el piso de una columna en el Templo de los Guerreros en Chichén Itzá. Ésta es de origen michoacano y data aproximadamente de 1150, E. C., lo que además confirma la influencia mutua que existía entre las culturas de la época.

El tabaco y su uso medicinal.

Aún cuando nosotros actualmente podemos dividir el conocimiento religioso del médico, es importante señalar que en la cosmovisión del mundo maya tal división no existía, pues la cura consistía no solamente en la aplicación del antídoto sino en el ritual de conjuro a los dioses para la recuperación del enfermo. La separación artificial que establecemos la hacemos para distinguir a la luz de nuestro pensamiento moderno.

Entre los mayas antiguos era común el uso del tabaco como remedio para una gran variedad de males como el asma, escalofríos, fiebres, convulsiones, áfidos, ojos enfermos, trastornos intestinales o nerviosos, enfermedades de la piel, infecciones urinarias, toses, catarros, pulsación de la serpiente (solitaria) mordeduras, dolor de oídos, dolor de muelas, forúnculos, quistes, tumores de la cabeza, o del cuello, el agujero del colmoyote y piquetes, entre otros. Algunas de estas formulas y usos aún pueden consultarse en el Ritual de los Bacabs y en el conocimiento que se ha transmitido de generación en generación entre los mayas modernos.

El uso del tabaco con fines placenteros.

El cigarro no solo tenía un uso religioso o medicinal, también era usado con fines placenteros. Fray Bernardino de Sahagún (1938) relata el uso del tabaco antes de que se sirviera la comida y hace muchas referencias a la elegancia social del fumar, así como a su inclusión con el alimento y la bebida. No obstante, éste era utilizado únicamente en ocasiones privadas importantes.

Entre las familias de poder religioso, militar y comercial, se describe como parte de la servidumbre al servidor del tabaco al igual que el copero y otros sirvientes que se encargaban de la atención personal del amo. A éstos también se les daba muerte para ser enterrados junto con sus amos para que pudiesen ministrarle en el supramundo.

Thompson (1998) menciona que “se reconocía que el tabaco intoxicaba” (pág. 155) pero no menciona cuales eran los criterios para ver si una persona estaba intoxicada, ni tampoco menciona si existían medidas para los excesos.

El uso del tabaco en polvo.

Entre los mayas de tierras bajas y altas, el uso del tabaco no se limitaba a ser fumado sino que también se molía hasta formar un polvo y se mezclaba con cal para ser masticado.

Thompson (1998) observa que quizá esta variante en el uso del tabaco... “sea una transformación de la costumbre andina de mascar hojas de coca con cal. En ambas zonas la mixtura, o la cal sola, se guardaba en calabazas de cuello estrecho y se extraía por medio de una espátula. La característica de la coca y la cal llegó otrora por el norte hasta Nicaragua... Naturalmente, la cal produce una reacción química con la coca y el tabaco” (pág. 147). Esta mezcla la utilizaban para calmar la sed y para dar fuerzas.

En el diccionario de Motul está la palabra “*bux*”, con la significación de “calabaza para guardar el tabaco en polvo” de ahí se puede deducir que entre los mayas yucatecos también existía esta costumbre.

Este uso aun está vigente entre gran parte de los diversos grupos indígenas de Mesoamérica. Un uso parecido del tabaco existe entre los mayas tzeltales de Chiapas quienes mezclan el tabaco con cal y chile para ser mascado y también entre los mayas jacaltecas y entre los de Coatzacoalcos.

El tabaco en los tiempos de la colonia y los tiempos modernos.

Para cuando el primer contacto entre mayas y españoles tuvo lugar en la Isla de Cozumel éstos tenían un uso corriente del tabaco e inclusive lo ofrecieron al capellán Juan Díaz de la expedición de Grijalva que antecedió a Cortés en 1518, quien describe que “los mayas le ofrecieron unas cañas o carrizos de un palmo aproximadamente de largo, que producían un aroma delicado al quemarlas. ‘Caña’ es el término que emplearon por lo general los primeros cronistas para describir los cigarros usados por los indígenas” (Thompson, 1998, pág.142).

Por otra parte, Fray Diego de Landa, en su “Relación de las Cosas de Yucatán” (1995), menciona la costumbre de fumar a propósito de un rito de pubertad para muchachos y muchachas en el que los ayudantes del sacerdote les daban humazo a chupar. La vaga descripción que hace el Fraile del uso del tabaco quizá obedezca a que los españoles tenían poco conocimiento del rito de fumar y por eso lo describían muy vagamente.

El tabaco al ser incorporado en el uso cotidiano de los europeos fue desvinculado de su ambiente religioso y se olvidaron sus virtudes medicinales. Esta desvinculación la podemos encontrar como señala Thompson (1998) desde la llegada del pensamiento de la Europa occidental. Él señala: “El tabaco..., al ser anexionado por los españoles y otros europeos fueron arrancados de su ambiente de ceremonia religiosa y se olvidaron sus virtudes medicinales” (pág. 137), dejando de este modo todo contexto regulador del uso del tabaco.

En épocas recientes se puede aun ver la prevalencia del uso del tabaco con cierto sentido místico en los rituales de la milpa de algunos grupos mayas. En 1685 algunos mayas yucatecos que se habían vuelto al paganismo mantenían aun el uso del tabaco envueltos en sus hojas de maíz en sus rituales, los lacandones siguen usando y lo prefieren envuelto en hojas de nance mientras los guatemaltecos lo usan envuelto en hojas de guayabo (Thompson, 1998, pág. 143).

Actualmente se puede apreciar entre los jóvenes mayas un uso ritual del tabaco, aunque no religioso ni místico, pero sí como parte de la transición de la pubertad a la adolescencia. Uso que además no es exclusivo de los jóvenes mayas (Rogel, Lara y Takahashi, 2000). No sorprende que los padres mayas mantengan una actitud de tolerancia toda vez que culturalmente no resulta reprochable sino completamente normal y se desconocen o minimizan los efectos tóxicos y adictivos del mismo.

1.3.2 El Balché y la chicha.

En una descripción que hace Thompson (1998) del culto maya menciona: “Una ofrenda corriente era la bebida llamada balché, hecha de miel fermentada a la que se añadía la corteza del árbol llamado balché (*Lonchocarpus longistylus*). Era el trago favorito de los mayas y tenía fuertes relaciones con la religión” (pág. 229).

Gracia (1994) menciona que los mayas de Cozumel preparaban una bebida sagrada llamada “balché” que era el resultado de la fermentación de la corteza del árbol del balché, miel y agua y se ofrecía en sus servicios religiosos al dios Chaac para pedir lluvia. Debe señalarse que esta costumbre aún se mantiene viva en la festividad nativa del día de la Santa Cruz, tres de mayo, en los festejos del Cedral, cuando se baila “la cabeza de cochino” y se invita a los espectadores a un trago del balché.

No debe olvidarse que el culto a la cruz, no surgió a partir del adoctrinamiento católico de los indígenas mayas, sino que la adoración a la cruz tuvo su origen desde el culto al dios Itzam Ná, igualmente representado por una cruz.

Según Thompson (1998), “La religión actual de los mayas yucatecos es una amalgama del antiguo paganismo con las manifestaciones exteriores del cristianismo... la crucifixión significa poco para él y en cambio la cruz desempeña un gran papel en sus prácticas religiosas. Los mayas adoptaron voluntariamente muchas formas exteriores del cristianismo; a dos decenios de la Conquista habían adoptado ideas cristianas, como la de las velas, y aun habían añadido la crucifixión a su repertorio de sacrificios” (pág. 206 y 207).

Dice Gracia (1994) que después de tres siglos de adoctrinamiento los sacerdotes mayas incluían en su liturgia una “mezcla del idioma español, la lengua maya y el latín con rezos que lo mismo eran para la Virgen de Guadalupe y Jesucristo que para Chaac o los dioses del campo” (pág. 17).

Cabe señalar que el antiguo pueblo del Cedral fue un pueblo eminentemente agrícola y aun cuando la actividad del campo se ha reducido al cultivo de algunas hortalizas familiares, la veneración de la Santa Cruz sigue viva entre los isleños y la capilla en donde se oficia la misa de celebración está junto a los restos de un reducto arqueológico.

La chicha es una bebida similar al balché de la cual no se tiene amplia documentación salvo que es el almíbar fermentado de caña de azúcar y que es utilizado hasta la fecha por los mayas de las tierras altas también dentro de los rituales campesinos.

1.3.3 Los enemas.

Taube (1998) señala que dentro de los elementos utilizados en la vida ritual de los mayas se encuentran los enemas (Fig. # 3), instrumentos para introducir líquidos

en el tracto digestivo. Estos podían utilizarse como parte de utensilios en los ceremoniales o dentro de su uso cotidiano para curar, purificar e introducir al

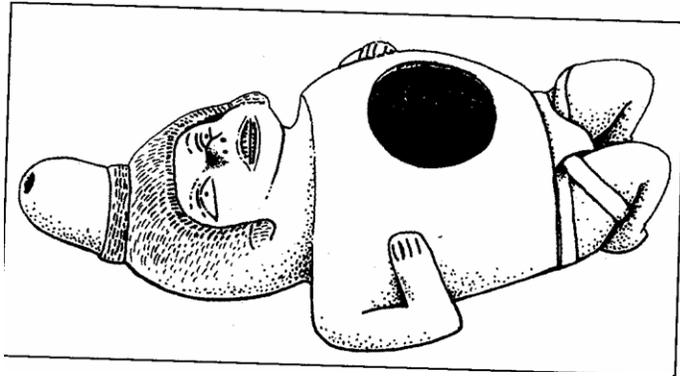


Figura # 3: Enema con efigie. Xochiapala, Preclásico Temprano. Tomado de Taube, 1998.

cuerpo sustancias tóxicas y eran elaborados de diversos materiales, entre los más comunes estaba los de cerámica, de hueso o de carrizo.

Uso lúdico de los enemas.

Diferentes escenas pintadas en edificios y cerámicas, relatos de la época colonial y hasta algunas tradiciones de los pueblos indígenas actuales dan cuenta del uso extendido de esta forma de intoxicarse. Por ejemplo, en una vasija maya del Clásico Tardío aparecen cuatro jóvenes y sus acompañantes femeninos sentados todos frente a un Chac y frente a ellos bebidas fermentadas y en dos vasijas se aprecian los enemas con los cuales se aplicaban la bebida embriagante (como ejemplo véase la Figura # 4).

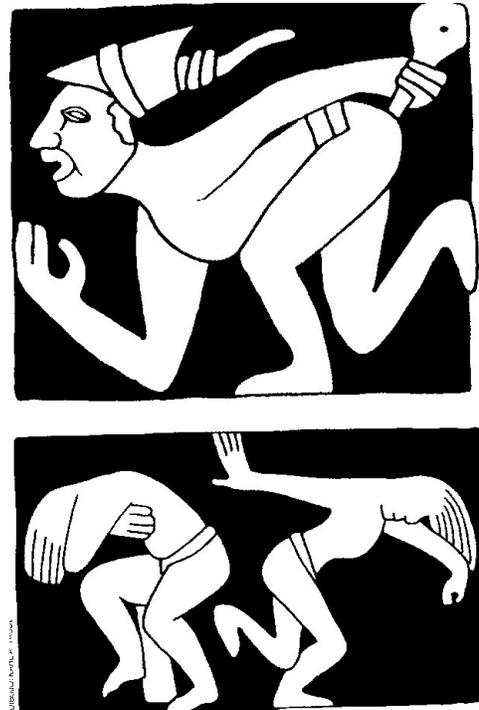


Figura # 4: Escenas relacionadas con el uso intoxicante de enemas. Estructura 1 grupo A, San Diego Yucatán tomadas de Taube, 1998.

Furts y Coe (en Taube, 1998) documentaron el uso de enemas intoxicantes entre los mayas del período clásico. Encontraron una vasija en la que aparece un grupo

de personas utilizando enemas mientras departían. La vasija muestra escenas de lo que podría parecer un palacio o una casa. En los enemas se puede apreciar en la boca del recipiente espuma de las bebidas alcohólicas fermentadas y en otras representaciones similares pertenecientes al clásico tardío llega a aparecer el glifo '*chi*' que denomina al pulque y la conjunción con '*ha chi*' que significa borracho.

Taube (1998) precisa que aunque los enemas contenían alcohol probablemente se les añadiera alucinógenos u otras sustancias para reforzarlos. La vestimenta que muestran los personajes en las escenas de las vasijas del Clásico Tardío, parecen representar eventos festivos ordinarios, en los que se come, se bebe y se fuman cigarrillos sin mayor pretensión que su deleite. En muchos de estos casos es evidente su euforia por los gestos y la representación de vómitos.

Uso medicinal de los enemas.

Los enemas también tenían un uso medicinal. Taube (1998) cita el Códice Florentino en el que se menciona una gran variedad de medicamentos que se aplicaban por vía anal para curar enfermedades tales como la orina sanguinolenta, las hemorroides, la diarrea, la retención de orina y la tos persistente con flemas y sangre. La evidencia de este uso entre los mayas de Yucatán la encontramos en la palabra '*halab*' que significa enema y que se traduce también como purga medicinal. Taube (1998) destaca que en el diccionario yucateco colonial de Viena, la frase *haalab t'zak* significa enema medicinal.

Uso de los enemas en los rituales religiosos.

No podía faltar el uso ritual en las ceremonias sacras de enemas, aplicados para las purificaciones en los rituales previos a las ceremonias y como parte del ayuno,

la limpia y el baño. Dentro de las ceremonias en sí, la intoxicación ceremonial procuraba facilitar la introducción del usuario en el mundo de lo sobrenatural y lograr de este modo la comunión con los ancestros y los dioses. A los espíritus que se contactan con la aplicación de enemas se les conocía con el nombre de 'way'. "Estos seres parecen ser la personificación de almas-sueños y con frecuencia tienen atributos del inframundo y la muerte" (Taube, 1998, pág. 44).

1.3.4 Otras drogas alucinantes

El uso de drogas alucinantes entre los mayas era común cuando se trataba de... "sus ceremonias de adivinación y curación, y la más importante eran los hongos tóxicos; El peyote... y el ololiuhqui o semillas de más de una variedad de maravilla (género *Ipomoea*)" (Thompson, 1998, pág. 232).

El uso del Ololiuhqui en la adivinación implicaba un ritual que incluía desde la elección de la planta y la autorización del "dueño del monte", para poder cortarla y después preparar un brebaje que produciría un estado alucinante en el cual se inquiría de los dioses para tener la respuesta requerida. Esta bebida conocida en la literatura maya como Ixtabentún o Xtabentun no debe confundirse con el producto artesanal elaborado para la venta en las regiones de atracción turística hoy en día. El licor que se consigue en las tiendas de artesanías y licorerías locales es meramente un licor de anís mezclado con miel y carece del elemento alucinatorio que es el Ololiuhqui.

Viesca (2001), en su "Bosquejo Histórico de las Adicciones" menciona que "en los murales del palacio de Tepantitla en Teotihuacán aparecen representada una planta de ololiuhqui (*turbina corymbosa*), directamente asociada con Tláloc, y en los murales del templo del dios de la lluvia en Tulúm, Quintana Roo, aparecen también representadas varias plantas alucinógenas e incluso algunas que parecen

corresponder a daturas.” Podemos suponer que muy probablemente se tratara de la misma planta debido a las similitudes que guardaban estos grupos en sus sistemas y rituales religiosos.

El maya de tierras altas casi con toda seguridad empleó los hongos tóxicos, porque éstos están representados abundantemente en piedra en los sitios arqueológicos de las tierras altas de Guatemala... también se hallan en Chiapas y Tabasco e inclusive aparecen grabados en las tierras bajas que muestran el uso de hongos alucinógenos aun cuando éstos no eran propios de la región. Dentro los sitios que muestran grabados de su uso están Mayapán en Yucatán, las regiones de Morales y Belice.

El pulque aun cuando fue una bebida alcohólica de mayor uso entre las etnias de la zona central del país (Viesca, 2001), ésta también era de un uso extendido entre los mayas precolombinos según lo muestran los hallazgos arqueológicos (Taube, 1998). No se descarta la posibilidad de su uso religioso en virtud de la influencia cultural que había entre mayas putunes y los mexicas.

1.4 El despoblamiento de Cozumel.

A partir de la conquista española, buena parte de lo que ahora conocemos como Quintana Roo, se convirtió en un territorio rebelde, carente del control del gobierno español. Los mayas prefirieron la rebelión a la huida y se internaron en la selva. Los puntos más cercanos de control español al territorio de Quintana Roo estaban en Valladolid y Salamanca de Bacalar.

Los pocos mayas que quedaban en la Isla de Cozumel vieron su fin cuando en marzo de 1520 arribaron a la isla 16 navíos comandados por Pánfilo de Narvárez

con la misión de capturar a Hernán Cortés. Este contingente salió de Cuba en donde la viruela había hecho estragos y sin ninguna precaución sanitaria ocasionaron, junto con la venta de esclavos indígenas, el despoblamiento de la Isla (Gracia, 1994).

La aparición de piratas y contrabandistas en la escena hizo de las islas del caribe territorio de nadie y refugio de piratas, corsarios, bucaneros y filibusteros. Durante el siglo XVI se produjeron diversos ataques y constantes saqueos contra las poblaciones de Isla Mujeres, Cozumel y Bacalar. La zona era propicia para allegarse de provisiones de las comunidades indígenas que se resistían al dominio español y se refugiaban en estas islas abandonadas. Los piratas normalmente conseguían estas provisiones por la fuerza y utilizaban las islas para esconderse y preparar ataques de mayor envergadura, ya sea por el Golfo de México o hacia el sur (Barrera y Gutiérrez, 1995).

En 1842 John L. Stephens y Frederick Catherwood visitan la Isla en donde descubren en ruinas vestigios de construcciones mayas destruidas por los españoles. En su crónica describen una gran soledad (Sabloff, 2002 y Gracia, 1994).

No es sino hasta 1847 y como consecuencia de la Guerra de Castas que un grupo de pobladores mestizos y mayas de Valladolid inicia el repoblamiento del Cozumel moderno. El uso de drogas y sustancias tóxicas vino de nuevo con este grupo migratorio que había logrado la subsistencia de sus usos y costumbres o bien en el caso de los mestizos se había logrado fusionar bajo los matices del cristianismo, dentro de ellas la celebración de la Santa Cruz en los ritos de la milpa en el poblado de El Cedral.

La tibieza de la inquisición y la influencia racional de los inquisidores españoles bajo la filosofía de Santo Tomás de Aquino, permitió la supervivencia de ciertos rituales al considerarlos como meros reductos de ignorancia que no merecían mayor atención. Se logró de este modo lo inevitable: el sincretismo religioso, una mezcla de usos y costumbres, creencias y presentaciones indígenas, hispánicas, africanas y en menor grado asiáticas (Alberro, 1998).

Si bien el racionalismo tomista de la época permitió el sincretismo y la supervivencia de algunos usos y costumbres mayas, también es cierto que este mismo enfoque filosófico fue haciendo que la gente que aspiraba a cierto nivel cultural fuera dejando de lado todo este conocimiento y su práctica con la idea de ser “más culto”, “menos ignorante”.

La lucha de la iglesia católica por adoctrinar y erradicar todo reducto del paganismo acentuó en el uso de ciertas drogas su desvinculación con las deidades prehispánicas para dejarlas libres de cualquier contacto con el paganismo, propiciando de este modo la distorsión de los ritos.

Si bien la llegada de los españoles al territorio maya no erradicó el uso de drogas lo cierto es que su contexto y contención y regulación llegó a desvirtuarse casi por completo o nulificarse. Algunas lograron sobrevivir junto con su ritual adaptándolo a la nueva versión de la religión católica. De este modo; “El Santo a quien está dedicada la iglesia del pueblo se convirtió en el patrón de la comunidad. A San Antonio se le pide que encuentre los objetos perdidos y la Virgen María se confunde con la diosa de la luna, que estaba muy lejos de ser virgen y toma algunas de sus funciones, en especial la de proteger de algunas enfermedades” (Thompson, 1998, pág. 208).

El juicio moral de uso de drogas se hace presente para condenar estas prácticas incomprensibles. En “El Manuscrito de la relación de las cosas de Yucatán” Fray

Diego de Landa (1995, capítulo XVIII) destaca los vicios de los indios y menciona que éstos solían “emborracharse” durante sus actos idólatras (pág. 38), y en la “Historia General de las cosas de la Nueva España” Fray Bernardino de Sahagún refiere que estos “vicios” tenían una correspondencia con “... las edades de la vida, desde la primera infancia hasta la vejez más avanzada; enumeran los deberes y las faltas de padres y madres, hijos y abuelos, y detallan en fin las bondades y desviaciones inherentes a los distintos oficios” (1938, pág. 133).

Fray Bernardino de Sahagún también refiere: “El joven Malvado. El joven malvado está loco. Anda bebiendo pulque tierno... Anda actuando con hongos, anda actuando con mixitl (es decir toloache, inquieto impúdico, desvergonzado, excesivamente ataviado, jadeante, al hablado, retorcido en el habla, maldiciente, desvergonzado, presuntuoso, lleno de polvo, lleno de basura (es decir, pecado). Tiene concubina. Posee discurso (para convencer a las mujeres). Vive en concubinato, vive en el vicio”. (1938., pág. 133).

Muchas drogas fueron adoptadas y adaptadas por el Nuevo Mundo para su uso y comercialización, otras fueron importadas sin marco regulador para su uso y muchas más que no alcanzaron a ser comprendidas en uso y sentido por los colonizadores, procuraron su erradicación bajo el título de “hechicería”, consolidando así la calificación moral del uso de ciertas drogas como demoníacas, malas perversas o moralmente reprobables y de otras como “buenas” o aceptables.

Conclusiones:

Del análisis anterior podemos concluir brevemente que:

1. El uso de diferentes drogas y sustancias tóxicas en Cozumel data desde tiempos prehispánicos y quizá mucho antes, desde que el hombre mismo habitó la isla.

2. Dentro de la cultura maya el uso de drogas no se limitó a los rituales y ceremonias religiosas sino que tenía un uso extendido que iba desde el médico hasta el lúdico y placentero.
3. Entre las culturas prehispánicas mesoamericanas existía un fuerte intercambio comercial y cultural.
4. Para el uso de drogas existía un contexto regulador que se articulaba en un todo religioso aun cuando el uso trascendiera el sentido de adoración.
5. Las drogas eran en su mayoría utilizadas por adultos y también existía la intoxicación por abuso de sustancias.
6. Algunos usos y costumbres de diversas drogas en el pueblo maya subsisten hasta el día de hoy. Muchos de ellos perdieron su contexto religioso y su sentido.
7. Surge una clasificación moral de las drogas: las buenas y las malas.

En lo ya expuesto se ha hecho un intento por semblantear algunos de los usos de diversas drogas que tenían los mayas en épocas prehispánicas y en la época colonial, no hemos logrado distinguir, a partir de esta evidencia, si en aquel entonces había problemas de salud relacionados con el uso, abuso y mucho menos si existían casos de dependencia a sustancias, y aun cuando no podemos concluir que el uso, en términos generales, de ciertas drogas empezó a calificarse de reprobable a partir de la época de la Conquista, sí podemos encontrar una relación clara entre el uso de drogas y su vinculación con prácticas religiosas “paganas”, con la hechicería y la herejía y la consecuente reprobación religiosa mediante la “Santa Inquisición”.

¿QUÉ ES DROGADICCIÓN?

*"No existen problemas sin solución
solo problemas mal planteados"*
Ludwing Wittgenstein

2.1 La drogadicción un problema mal planteado.

Hoy en día aún prevalece un enfoque fuertemente ligado al sentido moral en el consumo de las drogas. Para gran parte de la población mexicana la drogadicción es un grave "vicio".

"El término Vicio se iguala fácilmente con el concepto de Adicción, por lo cual, aquella persona con problemas de dependencia es encasillada en el "terreno de la desviación hacia el mal", dice el Mtro. Gerardo Flores Arnaud, Investigador de INACIPE, en entrevista a la revista Liber Addictus. Él agrega: "El concepto de vicio o vicioso en mi opinión, son constructos ideológicos que implican la criminalización de determinados individuos considerados como desviados" (Flores, 1999, pág. 17).

Para Jesús García Rosette, Psicólogo clínico y terapeuta familiar especializado en la atención de problemas de conducta, también entrevistado por la revista Liber Addictus, "La sustancia por sí misma no es ni buena ni mala, el sujeto tiene la doble propiedad de serlo mientras se le pueda juzgar desde una perspectiva moral, pero no es un problema moral, por eso la adicción no puede verse como un vicio" (Rosette, 1999).

El Instituto Nacional del Abuso de Drogas de Estados Unidos,¹ menciona que: "Muchas personas ven el abuso de drogas y la adicción como un problema estrictamente social. Los padres, los adolescentes, los adultos, y otros miembros de la comunidad tienden a caracterizar a las personas que toman drogas como moralmente débiles o como personas con tendencias delictivas. Ellos creen que los abusadores de drogas y los adictos pueden dejar de tomar drogas si realmente están dispuestos a cambiar su conducta" (NIDA, 2002).

Lo anterior ha llevado a la población en general a desgastarse en vano implementando una gran variedad de medidas "correctivas" planteadas desde el terreno de lo moral y la perspectiva de la fuerza de voluntad, tales como: aplicar medidas disciplinarias más estrictas, dar consejos, chantajear al adicto o abusador de drogas, encerrarlo, culparlo, etc. Podemos ver estas prácticas ampliamente difundidas en casi todas las esferas y escenarios de la sociedad.

Por ejemplo, en el terreno profesional de la salud podemos ver que algunos médicos "regañan" al paciente y lo califican de "necio" por usar o abusar de ciertas drogas pese a saber que dañan su salud. En el ámbito familiar vemos a personas que condicionan al pariente usuario de drogas a modificar su conducta o de lo contrario recibirá un castigo, o bien, se le pide que en un acto de altruismo deje las drogas por consideración o amor a los demás. Sin mucha variación en el terreno escolar se puede ver a las autoridades que en su mayoría tienden expulsar a los alumnos que usan drogas por ser "malas influencias" para otros compañeros de clase. Lo anterior solo para ilustrar. Los ámbitos en los que se muestra esta tendencia son amplios y muy variados.

A pesar de haber resultado ineficaces, estas prácticas no han cambiado en lo esencial, solo en su apariencia. Para el Dr. Francisco A. Cantú, director de una clínica del mismo nombre ubicada en Cuernavaca, Morelos, y especializada en la atención para casos de alcoholismo y drogadicción, no sorprende que estas

¹ NIDA: *The National Institute on Drug Abuse* de EUA, por sus siglas en inglés

técnicas hayan resultado ineficaces para el abordaje de la drogadicción puesto que no se trata de un problema moral sino de salud, él menciona que: "ninguna enfermedad se cura con consejos, castigos o chantajes. Las enfermedades sólo responden a tratamientos y la drogadicción es una enfermedad no un problema moral o de comportamiento" (Cantú, 2000).

Si evidentemente la drogadicción es una enfermedad en la que el uso de una o varias drogas está implicada, tendremos que aclarar ¿Qué es una droga?, ¿Todos los usuarios de drogas son adictos?, ¿Cuál es la diferencia entre usar, abusar y depender de las drogas?, ¿Son adicción y dependencia la misma cosa? ¿Qué indica que alguien ha desarrollado la enfermedad de la adicción?

2.2 ¿Qué es una droga?

Si preguntamos al azar a cualquier persona qué es una droga, nos encontraríamos con respuestas imprecisas y ambiguas. Si les pedimos que pongan ejemplos de algunas drogas, la mayoría se inclinaría a mencionar, casi exclusivamente, a las clasificadas como ilegales, ignorando que existen drogas legalmente permitidas que pueden tener un gran impacto en la salud si no se usan adecuadamente. Algunos incluso expresarían su sorpresa si se les informara que el chocolate y el café contienen sustancias psicoactivas (teobromina y cafeína respectivamente).

Las drogas pueden tener múltiples clasificaciones, por su origen, por su efecto, por su impacto, etc., hasta llegar a la clasificación jurídica que diferencia a las drogas en dos grandes grupos: las legales e ilegales. Al respecto, García (2002), menciona que "Hoy por hoy, los recursos clasificatorios han optado por una irreductibilidad de drogas: legales e ilegales, de acuerdo a los efectos farmacológicos sobre el Sistema Nervioso Central y cuya clasificación responde, muchas de las veces, a intereses de tipo jurídico-represivo, para justificar acciones persecutorias y criminalizantes contra los consumidores y soslaya la compleja madeja de relaciones que comporta el llamado problema de las adicciones." (p.17)

La clasificación legal ha tenido una gran influencia sobre el concepto predominante de lo que es una droga. A grosso modo diremos que las drogas legales son aquellas de las que se permite su uso y comercialización, y las ilegales son las prohibidas para su uso, tráfico y comercialización.

El énfasis puesto por la sociedad y, particularmente por los medios de comunicación, sobre las drogas ilegales y su tráfico (énfasis que obedece a múltiples cuestiones políticas y sociales que no es nuestro interés analizar aquí), hacen que el aspecto criminal destaque por encima del problema de salud en la perspectiva de la comunidad, reforzando el estigma moral del usuario de drogas como una persona mala y limitando el universo conceptual de drogas a las ilegales, excluyendo a las legales del cuadro o incluso considerándolas como inofensivas.

De este modo se deja de lado el impacto en la salud del uso de drogas legales e ilegales y se concentra la atención en aplicar únicamente medidas penitenciarias por la violación a la ley destacando la lucha contra la oferta en donde la lucha armada contra el tráfico ilícito de drogas es la principal estrategia.

Frente al problema de salud que implica el uso indebido de drogas cabe resaltar que si no se define adecuadamente el objeto base del problema, su abordaje será, como propone la cita inicial de Ludwing Wittgenstein, más complicado, ineficaz o quizá hasta imposible. De ahí la relevancia que vemos en plantear una definición de lo que es la droga desde otra perspectiva.

2.2.1 Definiciones.

En el *Breve Diccionario Etimológico de la Lengua Española*, de Guido Gómez de Silva (1998) encontramos como definición a la palabra droga que puede ser cualquier substancia o substancia medicamentosa. El origen de esta palabra

parece incierto y puede atribuir su procedencia del francés “drogue” que significa ingrediente químico o del alemán “drogue” que puede significar seco, ingrediente o artículo. Otros identifican el origen de la palabra del griego *pharmakon*, que puede significar tanto medicina como veneno, algo que salva o quita la vida (SSA y CONADIC, 1999).

Al escribir sobre generalidades de las drogas, Escohotado (2000) señala que a nuestro cuerpo entran diferentes cosas o sustancias por diversas vías como la oral, la epidérmica, la venosa, la rectal, la intramuscular y la subcutánea. Estas cosas o sustancias pueden ser asimiladas y convertidas en materia para generar nuevas células y de este modo conservar y mantener nuestra condición orgánica. A estas cosas o sustancias las conocemos como alimentos.

Él continúa explicando que existen algunas sustancias que resisten esa asimilación inmediata del cuerpo y de las cuales se pueden distinguir dos tipos: a) las que son expulsadas intactas sin ejercer ningún efecto sobre la masa corporal o el estado de ánimo como el cobre y la mayoría de los plásticos y; b) y las que son asimiladas total o parcialmente y que provocan una intensa reacción y generan un deterioro al organismo. En términos generales se puede decir que este segundo tipo de sustancias son las conocidas como “drogas”.

Algunas de estas sustancias afectan únicamente de manera somática como la cortisona o la penicilina y son más conocidas como medicamentos y otras no solo afectan somáticamente sino que influyen también sobre los sentimientos, como la marihuana y la cocaína, más comúnmente identificadas como drogas.

Courtwright (2002) menciona que: "El término ‘drogas’ es muy problemático, en parte debido a sus connotaciones de abuso y adicción... —él emplea— “drogas” como el término más adecuado y neutral para designar una larga serie de *sustancias psicoactivas*, legales o ilegales, blandas o duras, utilizadas o no para fines médicos... Ninguna es inherentemente nociva; de todas ellas puede

abusarse, todas son fuente de beneficios económicos; todas se han convertido –o al menos tienen la capacidad potencial de convertirse- en artículos de consumo globales". (Pág. 20 y 21).

La definición de droga propuesta por la Organización Mundial de la Salud se refiere a todas aquellas *sustancias psicoactivas*: "...que al interior de un organismo viviente, pueden modificar su percepción, estado de ánimo, cognición, conducta o funciones motoras" (SSA y CONADIC, 1999, pág. 12). La cita aclara que esta definición incluye el alcohol, el tabaco y los solventes y excluye las sustancias medicinales sin efectos *psicoactivos*.

Souza y Machorro, Guisa, Díaz y Sánchez (1997) definen a la droga del siguiente modo: "Droga: Sustancia química de origen natural, sintético o semisintético con fines profilácticos, diagnósticos, terapéuticos o paliativos, o para modificar con otra finalidad las funciones fisiológicas de animales o humanos." Y al referirse a las drogas de diseño dice que son... "sustancias con *propiedades psicoactivas** de tipo estimulante...". (Pág. 325).

Souza y Machorro (2000), en una publicación posterior amplía su definición de "droga" diciendo que... "En el sentido más amplio, es cualquier sustancia química o mezcla de sustancias distintas de las necesarias para la conservación de la salud en condiciones normales, cuya administración modifica las funciones biológicas y posiblemente también la estructura del organismo. De manera resumida, se le define como cualquier sustancia que introducida en el organismo vivo puede modificar una o más de sus funciones. Usada en tal sentido se considera sinónimo de fármaco." (Pág. 274).

Podemos notar que por lo menos tres de las definiciones citadas, y la gran mayoría de las que se puede encontrar en la bibliografía en general, mencionan dentro de las propiedades definitorias de una droga que sea "psicoactiva", es decir

que tenga la capacidad de modificar la percepción, las emociones o el estado de ánimo en una persona.

Independientemente del “grado de psicoactividad” que tenga una droga y a la luz de estas definiciones, podemos darnos cuenta que TODOS hemos usado o somos usuarios de alguna droga. Sin embargo, no es lo mismo fumar un cigarrillo de marihuana que uno de tabaco, tampoco es igual tomar una taza de café que esnifar una línea de cocaína, no solo por los efectos en el organismo y el estado de ánimo de quien lo fuma sino por toda una serie de implicaciones sociales y legales. ¿Qué hace las diferencias entre unas y otras drogas?, si todos somos usuarios de alguna droga, ¿Por qué no todos desarrollan complicaciones con su uso? ¿Cuál es la frontera del uso adecuado, si es que existe?

Debe Subrayarse que las drogas no deben ser vistas como un asunto general o como si todas refirieran la misma cosa. La investigación actual ha permitido conocer que las drogas son muy variadas y requieren clasificaciones específicas.

2.3 ¿Cuál es la diferencia entre uso, abuso y dependencia a una droga?

Aunque se han establecido estas tres categorías para clasificar a los usuarios de drogas, sus criterios definatorios siguen siendo muy ambiguos y poco difundidos, lo que ha propiciado que el criterio se ajuste a la inferencia, conveniencia personal o al cálculo basado en la experiencia y la tolerancia al consumo. De este modo, campañas que procuran prevenir sobre el impacto en la salud del abuso de ciertas drogas legales mediante letreros en anuncios publicitarios de alcohol y/o de tabaco con la leyenda: "El abuso en el consumo de este producto es nocivo para la salud", resultan absurdas e ineficaces toda vez que no se aclara qué se debe entender por abuso y qué significa procurar un uso adecuado.

La falta de un criterio diferencial no solo impacta el diseño de campañas preventivo-informativas sino que trasciende al nivel terapéutico en donde la

carencia de un criterio diagnóstico diferencial lleva a algunos profesionales de la salud a diagnósticos ambiguos e imprecisos y por ende a tratamientos sin éxito.

Diferenciar el nivel de consumo en el que se encuentra una persona, permitirá establecer el nivel de intervención terapéutica necesaria. Evidentemente no requiere el mismo nivel de intervención terapéutica una persona que ha probado una droga por primera vez en su vida, de aquél que es poli usuario de drogas de manera frecuente y en altas dosis y por un período de consumo mayor. De ahí que se intentará establecer una noción en la diferencia que existe entre estos tres tipos de usuarios de drogas.

2.3.1 Aspectos básicos de farmacología; consideraciones preliminares.

"Solo la dosis hace de algo un veneno"

Paracelso.

Citaremos el texto en el que Ecohotado (2000) explica de una manera sencilla este aspecto que nos interesa, la Toxicidad de las drogas:

"Llámense drogas o medicamentos, estos compuestos pueden lesionar y matar en cantidades relativamente pequeñas. Como a una sustancia con tales características la llamamos "veneno", es propio de todas las drogas ser venenosas o tóxicas. La aspirina, por ejemplo, puede ser mortal para los adultos a partir de 3 gramos, la quinina a partir de bastante menos y el cianuro de potasio desde una décima de gramo.

Sin embargo, lo tóxico o envenenador de una cosa no es nunca esa cosa abstractamente, sino ciertas proporciones de ella conforme a una medida (como el kilo de peso). De ahí, siguiendo con el ejemplo, la enorme utilidad que extraemos de la aspirina, la quinina y el cianuro, a pesar de sus peligros. La proporción que hay entre cantidad necesaria para obrar el efecto deseado (dosis activa media) y

cantidad suficiente para cortar el hilo de la vida (dosis letal media) se denomina margen de seguridad en cada droga.

Dentro del margen de seguridad, el uso de tóxicos plantea fundamentalmente dos cuestiones, que son el coste de la ganancia y la capacidad del organismo para adaptarse a su estado de intoxicación. El coste depende de los efectos que se llaman secundarios o indeseados, tanto orgánicos como mentales. La capacidad del organismo para "hacerse" al intruso depende del llamado factor de tolerancia aparejado a cada compuesto " (Escohotado, 2000, pág. 1180).

Cruz (2001) explica la tolerancia del siguiente modo:

"Se habla de tolerancia cuando se observa una disminución progresiva de los efectos de una droga después de administraciones repetidas o bien cuando se requieren dosis cada vez más grandes para obtener los efectos iniciales." (Pág. 263).

Ella distingue cuatro tipos de tolerancia a partir de los mecanismos involucrados en ésta:

- 1) Tolerancia metabólica, farmacocinética o disposicional es donde se tornan más eficientes los procesos de absorción, distribución o degradación de la droga de tal manera que se reduce su concentración en los lugares de acción.
- 2) Tolerancia farmacodinámica que se refiere a que las concentraciones de la droga no disminuyen pero sí lo hace la sensibilidad de los sistemas de respuesta.
- 3) Tolerancia conductual que alude al ambiente bajo el cual se administra la droga y que puede influir en el desarrollo de la tolerancia, y finalmente;
- 4) Tolerancia cruzada que es la que se presenta cuando se administra una droga con características similares a la que originalmente desarrolló la tolerancia y

esto se debe a que por compartir estas características, ambas actúan sobre los mismos sistemas de respuesta.

Con estos conceptos establecidos procederemos a intentar establecer una propuesta diferencial entre uso, abuso y dependencia.

2.3.2 Uso.

En virtud de que la línea divisoria entre uso y abuso es tan difusa procuraremos describir ambos conceptos por exclusión.

Según el libro de *Farmacoterapia de los Síndromes de Intoxicación y Abstinencia por Psicotrópicos*, de Souza y Machorro, Guisa, Díaz, y Sánchez, publicado por los Centros de Integración Juvenil, A. C. (1997), se considera uso de la droga o sustancia "... cuando es esporádico o experimental y puede mantenerse bajo una aislada y breve temporada sin que llegue a causar propiamente daño o alteraciones psicofísicas a la economía corporal. En tales casos sólo se habla de uso de psicotrópicos, experimentación y uso social, no siendo autorizado el calificarse de dañino o nocivo" (pág. 33).

Pareciera entonces que para Souza y cols. (1997), el criterio definitorio de uso tiene que ver más con frecuencias, cantidades, el posible daño físico y las alteraciones psicológicas. Aunque no necesariamente todas las drogas de uso o el uso de las drogas llegan inmediatamente a causar daño, los mismos autores reconocen que puede haber un uso o consumo perjudicial de ciertas drogas que aun cuando éste sea ocasional y no desarrolle en el organismo una adicción, podría traer consecuencias dañinas a corto plazo y en tal caso se estaría hablando de uso perjudicial de las drogas.

Por otra parte, para Medina (2001), directora del Instituto de Educación Preventiva y Atención de Riesgos, A. C. (INEPAR) en su trabajo *"Los conceptos de uso,*

abuso, dependencia y su medición", destaca que el uso y abuso no puede colocarse como extremo de una sola dimensión sino que deben considerarse parámetros sociales, médicos, biológicos y legales para poder determinar el criterio definitorio de uso y abuso en las diferentes sociedades.

"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, pág. 22). Para ilustrar lo anterior, retoma los estudios realizados en los Estados Unidos y estudios similares y aplicaciones correspondientes para la población mexicana que consume alcohol. Explica que el Departamento de Salud de los Estados Unidos determinó que el límite para el consumo moderado del alcohol en aquel país es no exceder una copa por día para las mujeres y no más de dos copas por día para los hombres. La diferencia en el límite para hombres y mujeres obedece a diferencias orgánicas, biológicas y fisiológicas entre los sexos.

En México se encuentran patrones de consumo muy diferentes a los de los norteamericanos. Sobresale que entre la población mexicana predomina el consumo de grandes cantidades por ocasión mientras que en los norteamericanos existe con mayor frecuencia un consumo diario en cantidades menores. Lo anterior hace que el criterio para establecer el límite de consumo moderado sea distinto al de los Estados Unidos. Así, se establece que el límite semanal para el consumo de alcohol en las mujeres no debe exceder más de nueve copas y en los hombres no debe ser mayor de doce copas a la semana. En ambos casos, las ocasiones de consumo no deben ser más de una copa por hora, ni más de cuatro copas por ocasión².

La cita de los estudios realizados para establecer operacionalmente los criterios de límites en el consumo del alcohol nos da ejemplo de lo que se puede hacer con

² Se considera una copa o bebida estándar a una cerveza de 12 oz, 5 oz. de vino o 1.5 oz de destilados.

las diferentes drogas de uso legal para poder distinguir entre uso y abuso y así evitar las ambigüedades en el discurso preventivo y terapéutico.

Medina (2001) menciona que para el caso de las drogas ilegales se considera que el uso de cualquier droga ilegal es considerado directamente como abuso debido a los aspectos biomédicos involucrados en este tipo de sustancias (existe una mayor potencialidad de adicción en las drogas ilegales que en las legales) y a su contexto legal.

2.3.3 Abuso

La definición de abuso es igualmente imprecisa y, generalmente, la referencia a abuso o uso inadecuado también suele tener diversos significados en distintos países de acuerdo con lo que se considera un problema de abuso de drogas en una cultura específica. El uso popular de la expresión "abuso de drogas", tampoco hace una distinción entre los que las consumen de manera ocasional, habitual o presentan dependencia hacia las drogas. Generalmente el criterio de abuso se define a partir del comportamiento conflictivo sin considerar los aspectos biomédicos involucrados. Nuevamente, intentaremos retomar la bibliografía que procura establecer referencias operacionales para establecer un criterio diferencial.

La Organización Mundial de la Salud hablaba de abuso de drogas cuando se presentaba un uso persistente o esporádico excesivo de las drogas fuera de una práctica médica aceptable. Este término fue reemplazado por el de "uso dañino" y refiere: " un patrón de uso de sustancias psicoactivas que causa daño a la salud (...) física o mental" (SSA y CONADIC, 1999, pág. 12).

Para Souza y Marrocho, et. al. (1997) el concepto de "abuso"..." define por lo general un patrón de consumo desadaptativo diferente al que se produce en el caso de la dependencia y se caracteriza esencialmente por el uso continuo de un

fármaco a pesar de que el sujeto está consciente de tener un problema causado o desencadenado precisamente por su uso. En este punto la persona sabe que determinado fármaco puede poner en peligro su integridad psicofísica. Los síntomas derivados de ello pueden presentarse repetidamente por un tiempo prolongado, pero para fines diagnósticos deben estar presentes por lo menos durante un tiempo - arbitrariamente considerado -, no menor a un mes."

Souza y Machorro, et. al. (1997) agregan que "abuso", también permite describir un patrón de consumo que es frecuente e interfiere con otros aspectos de la vida, o que se presenta de manera ocasional pero en períodos de consumo muy intenso.

La Asociación Psiquiátrica Americana en el DSM IV (APA, 1997) también utiliza el concepto de abuso como el saco en el cual se coloca lo que sobra de la diferencia que puede establecerse entre uso y dependencia. Considera al abuso de sustancias psicoactivas como una categoría residual para indicar los modelos desadaptativos del uso que no cumplen los criterios de dependencia a un tipo particular de droga.

Generalmente estos modelos desadaptativos de uso de drogas se caracterizan por: a) el uso continuo de la sustancia a pesar de que el sujeto sabe que tiene un problema social, laboral, psicológico o físico, persistente o recurrente provocado o estimulado por el uso de la sustancia; y b) el uso recurrente de la sustancia en situaciones en que resulta físicamente arriesgado. Cabe señalar que el diagnóstico de abuso de sustancias se realiza sólo si algunos síntomas han estado presentes durante un período prolongado de tiempo y cuando excluye el diagnóstico de dependencia.

En términos generales, puede notarse que las definiciones de uso y abuso están en función de cantidades, frecuencia y consecuencias del consumo. No obstante, aun falta mucho por operacionalizar en cada caso la diferencia entre uso y abuso

de las drogas legales. No hay que olvidar que hay otros factores que también intervienen para determinar si se trata de uso o abuso de una sustancia, tales como la susceptibilidad del individuo, antecedentes genéticos y factores del entorno físico.

De ahí que, las recomendaciones sobre las cantidades límite deben tomarse sólo como un indicador que marca una noción diferencial y no como una norma que aplica por igual a todas las personas. Por ejemplo, lo que para una persona "normal" puede significar un consumo sano o moderado de alcohol, no exceder de doce copas a la semana (limitando su consumo a no más de cuatro por ocasión y no más de una por hora), para los hijos de alcohólicos, quienes presentan mayor riesgo para desarrollar problemas de salud relacionados con su forma de beber alcohol, será muy difícil no evolucionar a patrones de consumo más severos (Medina, 2001).

2.3.4 Dependencia

Dentro de la triada de conceptos que intenta dar cuenta de uno de los problemas de salud más graves de estos tiempos, el concepto de dependencia se intercala y usa indistintamente en bibliografía especializada y de divulgación con otros términos tales como; adicción, toxicomanía, síndrome de dependencia química, farmacodependencia, drogodependencia, etc.

Por ejemplo, para Velasco (1997), adicción, dependencia, drogadicción y farmacodependencia, son la misma cosa, no existe diferencia conceptual entre los términos o si la hay es completamente irrelevante y estas refieren al "... estado psicofísico causado por la interacción de un organismo vivo con una droga" (pág. 13). La adicción se caracteriza por una modificación del comportamiento y otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible por consumir el fármaco en forma continua o periódica.

Los conceptos más usados en la bibliografía nacional son: adicción y dependencia. Algunos las usan como sinónimos, otros marcan diferencias conceptuales entre una y otra.

Para Escobedo (2000), la dependencia es un fenómeno en el que los principales elementos de la dependencia a las drogas son: ..."a) el refuerzo o premio que el hábito mismo proporciona; b) el vacío o deficiencia del que es síntoma; c) las incomodidades concretas que se derivan de interrumpirlo" (pág. 1183).

Desde esta incertidumbre conceptual cabría preguntarse entonces si aquellas personas que requieren, por ejemplo, administrarse cortisona o insulina de por vida son indistintamente adictos y/o dependientes.

2.3.4.1 ¿Dependencia o Adicción?

En 1963 la Organización Mundial de la Salud adoptó el término de dependencia, entendiéndolo por ésta: "Un estado psicológico y a veces físico de interacción de un organismo vivo y una droga, caracterizado por respuestas conductuales y de otro tipo que siempre incluyen una compulsión por tomar la droga de manera continua o periódica para experimentar sus efectos psíquicos y, a veces para eludir el malestar debido a su ausencia. La tolerancia –una disminución de los efectos específicos a la misma dosis de la droga y por lo tanto la necesidad de aumentar la cantidad y/o frecuencia- puede o no estar presente en la dependencia"... (SSA y CONADIC, 1999 Pág. 13).

En 1992 la misma OMS pensó que era necesario aclarar más el término y fue modificado por: "un grupo de fenómenos fisiológicos, conductuales y cognoscitivos de variable intensidad, en el que el uso de drogas psicoactivas tiene una alta prioridad; (...) hay preocupación y deseo de obtener y tomar la droga, por lo que se adoptan conductas para buscarla. Los determinantes y las consecuencias

problemáticas de la dependencia a las drogas pueden ser biológicos, psicológicos o sociales y usualmente interactúan." (SSA y CONADIC, 1999, Pág. 13).

Souza y Machorro, et. al., (1997) al emplear el término "adicción" destacan que éste se refiere al uso repetido de una(s) sustancia(s) psicotrópica(s) que permite al individuo estar periódica o crónicamente intoxicado, genera a su vez una compulsión en su consumo impidiendo el cese voluntario. Ello puede llevar a cambiar el uso de la sustancia por otra semejante o de más intensos efectos y a tratar de conseguirlas por cualquier medio. La adicción no es un término diagnóstico en la CIE-10 (1997) [Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud, 10ª revisión] pero continúa siendo usado de muchas maneras por los profesionales de la salud, como sinónimo de dependencia (Síndrome de Dependencia).

Hasta aquí los dos conceptos planteados parecen confirmar que no existen diferencias relevantes y que podrían bien utilizarse ambos términos como sinónimos para referir este fenómeno.

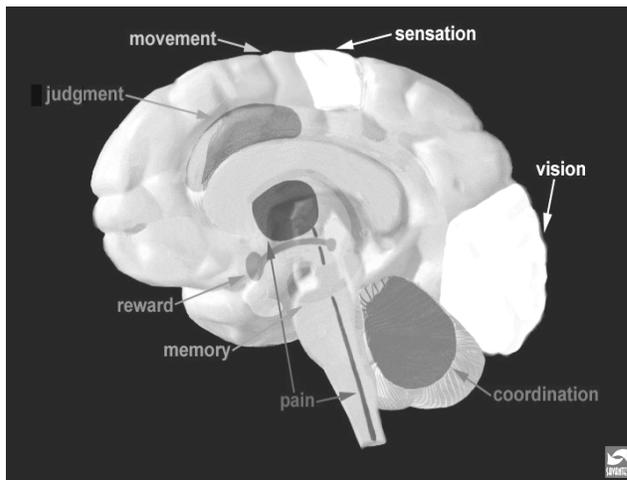


Figura # 5: Permite identificar la zona de recompensa entre otras áreas especializadas del cerebro señaladas por su nombre en inglés.

No obstante, el NIDA (2002) en su material de divulgación "*The teaching packets*" dentro del material didáctico de "*Introduction to the brain*" explica que la adicción es un estado en el que un organismo se envuelve en una conducta compulsiva de consumo de drogas, aun cuando pueda enfrentar consecuencias negativas.

Esta conducta es reforzada y mantenida mediante un cambio bioquímico en la vía neuronal de recompensa (identificada en la figura # 5 por su expresión en inglés

"reward") ocasionada por la administración de la droga y que el organismo experimenta como placentero. Uno de los principales rasgos que destaca el NIDA respecto a la adicción es la pérdida de control para limitar la administración de la sustancia adictiva. Menciona que con bases bioquímicas, celulares y moleculares que se dan en la adicción, a ésta se le puede identificar como una "enfermedad del cerebro".

Es en este paquete didáctico del NIDA en donde encontramos la primera propuesta de diferencia entre adicción y dependencia basada en la influencia de la droga en diferentes zonas del cerebro.

El NIDA señala que, a diferencia de la adicción, la dependencia se desarrolla cuando las neuronas se adaptan a la exposición repetida de la droga y sólo funciona normalmente en presencia de ésta. Cuando la droga se retira, ocurren una serie de reacciones fisiológicas que van de moderadas a mortales y esto es conocido como el síndrome de abstinencia.

Para ilustrar lo anterior mencionaremos el caso de la dependencia y adicción a la morfina, en el que se puede observar que las áreas del cerebro que subyacen a la adicción son las comprendidas dentro de la zona de recompensa mientras que las que subyacen la dependencia son el tálamo y tallo cerebral (ver Figura # 6)³.

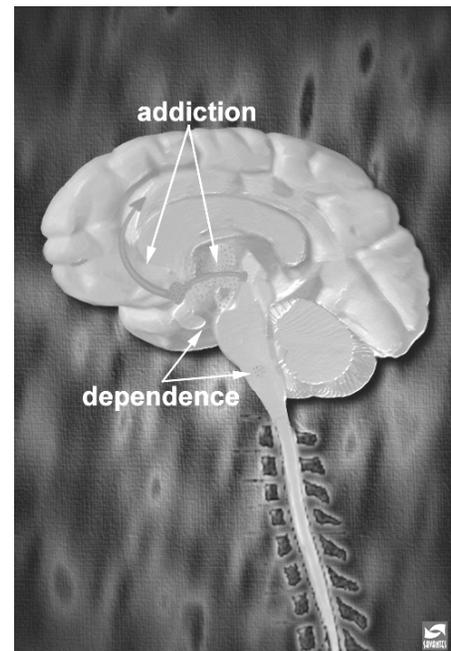


Figura # 6: Identifica las zonas especializadas del cerebro en donde se da la adicción y la dependencia.

³ Las ilustraciones fueron tomadas del Teaching Pakets del National Institute on Drug Abuse . En: www.nida.nih.gov.

De ahí que, es posible ser dependiente a la morfina, sin que se sea adicto a ella. Sin embargo, muy probablemente si uno es adicto a la morfina será también dependiente.

Esto lo podemos ver en personas que se tratan crónicamente con morfina para aliviar algún dolor, por ejemplo las personas con cáncer terminal quienes llegan a ser dependientes, pero no son usuarios compulsivos de esta droga, es decir no son adictos.

Lo anterior también sirve para explicar porqué una persona usuaria de alucinógenos (otro grupo de drogas) como el LSD se puede volver adicta pero no así dependiente ya que esta droga no tiene ninguna reacción sobre el tálamo y tallo cerebral.

Como se mencionó anteriormente, (Cruz, 2001), la adicción también se compone de la tolerancia que se refiere a la disminución progresiva de los efectos de una droga después de administraciones repetidas o cuando se requieren de dosis cada vez mayores para obtener los efectos iniciales.

Esta tolerancia puede ser; a) metabólica o farmacocinética cuando se tornan más eficaces los procesos de absorción, distribución o degradación del fármaco de tal modo que se reduce su concentración en los lugares de acción, y; b) tolerancia farmacodinámica cuando las concentraciones de la droga no disminuyen, pero sí la sensibilidad de los sistemas de respuesta.

Cruz (2001) también señala que una droga será más adictiva mientras menor sea el tiempo que transcurre entre su administración y el máximo efecto producido por ésta en el organismo. El grado de adicción de una persona se puede determinar fundamentalmente en función del tiempo y conducta que emplea la persona en obtener y administrarse la droga, mientras que el grado de dependencia física se valora a través de la magnitud de síntomas de abstinencia que se producen al

suspender el consumo de droga. De este modo a mayor cuadro sintomático por abstinencia mayor es el nivel de dependencia que se supone tiene la persona.

Por su parte, Souza y Machorro, et. al., (1997) establecen esta diferencia de manera más o menos similar pero refiriendo únicamente el concepto de dependencia y distinguiendo a la dependencia física de la dependencia psíquica o psicológica. Dentro de la dependencia psíquica mencionan que una droga producirá sentimientos de satisfacción y motivación que harán al usuario requerir de una administración periódica o continua de la droga para producir placer o para evadir el malestar, concepto similar al presentado anteriormente como consumo compulsivo.

De esta manera encontramos que una de las claves definitorias para poder distinguir entre dependencia y adicción estriba en las bases neurofisiológicas ya expuestas. No obstante, el peligro que se advierte en estas últimas definiciones es que el aspecto psíquico o mental de la enfermedad queda completamente excluido. También debe subrayarse que en la literatura en general sigue predominando el uso indistinto de estos conceptos o bien solo llega a diferenciarse la dependencia física de la psicológica.

Cabe preguntarse entonces, si ¿lo “psíquico” en el uso de las drogas se reduce únicamente a la compulsión? Y, si tal es el caso, ¿por qué aun no se ha acuñado el término de “sustancia compulsiva” para sustituir el de “sustancia psicoactiva”? O bien, si el prefijo “*psi*” refiere algo más del ‘alma’ humana, ¿qué del psiquismo se juega en el uso de las drogas? ¿Cómo o por qué aparece el deseo de modificar la percepción, las emociones o el estado de ánimo en uno mismo? Muchas de estas preguntas son planteadas no para ser resueltas en este ejercicio sino para señalar la necesidad de desarrollar teoría que avance a la par que las teorías farmacológicas de las adicciones. Entonces;

2.4 ¿Qué es la drogadicción?

Souza y Machorro (2000), dice que la drogadicción "Es una enfermedad mental primaria y crónica y su principal conducta clínica parece ser la recidivancia (recaída), en la que participan factores genéticos, psicosociales y ambientales que influyen tanto sobre su desarrollo como en sus manifestaciones. La enfermedad suele ser progresiva y fatal y se caracteriza por el uso repetido de una(s) sustancia(s) psicotrópicas(s) que permite(n) al individuo estar periódica o crónicamente intoxicado, genera a su vez una compulsión en su consumo impidiendo el cese voluntario. Además de la pérdida de control sobre el consumo de la sustancia y sus efectos, existe preocupación por ella y consumo reiterativo a pesar de sus consecuencias adversas, y distorsiones en el pensamiento, principalmente negación".

Según el NIDA (2002) la adicción empieza con el abuso de alguna droga cuando una persona elige conscientemente usarla, pero la adicción no es simplemente "consumir mucha droga". Implica la alteración del funcionamiento cerebral propiciando fuertes sentimientos de placer y presenta efectos a largo plazo en el cerebro y su actividad. En algún momento, ocurren cambios neurofisiológicos que transforman el abuso de droga en adicción; una enfermedad crónica y de múltiples recaídas. Los adictos a las drogas padecen de una ansiedad compulsiva por consumirla y no pueden dejarla por sí mismos. El tratamiento es necesario para acabar esta conducta compulsiva.

Es importante señalar que no se puede definir a la drogadicción con un criterio uniforme que aplique por igual al uso de cualquier droga ya que se presentan diferentes componentes en la intoxicación aguda y crónica con diferentes sustancias. Como ya se mencionó, debe mirarse a esta enfermedad como el resultado de un proceso en el que se puede determinar el nivel de adicción en función del tiempo y conducta que emplea una persona en obtener y administrarse la droga y el grado de dependencia física a través de la magnitud de los síntomas

de abstinencia que se producen al suspender el consumo de la droga como ya hemos señalado antes (Cruz, 2001).

Existen diferentes criterios que permiten diagnosticar específicamente a una persona como adicto o dependiente a alguna sustancia. Dentro de los principales están el CIE 10 (OMS, 1997) y el DSM-IV (APA,1997). Estas clasificaciones generalmente basan sus criterios únicamente en los aspectos fisiológicos y cronológicos tales como frecuencia y duración del consumo de drogas. Al parecer no existe tecnología psicológica para la evaluación de esta dimensión del problema de las adicciones.

Otras publicaciones retoman estos criterios para adaptar y publicar manuales de diagnóstico e intervención terapéutica. Tal es el caso de los libros publicados en México: *"Farmacoterapia de los Síndromes de Intoxicación y Abstinencia por Psicotrópicos y Diagnóstico y tratamiento de los síndromes adictivos"*, ampliamente citados en este trabajo. En virtud de que no es objetivo de este trabajo abundar en los criterios diagnósticos, remitimos al interesado a consultar directamente estas obras.

2.5 Drogadicción: Un problema de salud pública.

Hasta ahora hemos intentado ubicar al problema de la drogadicción como uno que compete al campo de la salud y no al terreno de lo moral. Pero, ¿Qué dimensión ha alcanzado ese problema de salud? ¿Qué debemos entender por salud pública? Y, ¿Por qué debe plantearse a la drogadicción como un problema de salud en este nivel?

2.5.1 ¿Qué es Salud pública?

De forma simplista se puede entender que "salud" es la ausencia de enfermedad. Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud dice que es el completo estado

de bienestar físico, mental y social que involucra el desarrollo dinámico en el que el hombre realiza sus potencialidades (en García, 1994). Entonces, “salud” no es únicamente la ausencia de malestar o dolencia, subrayamos; tiene que ver con condiciones a) físicas, b) mentales y c) sociales que permitan al hombre realizar su potencial.

Aun cuando en la teoría puedan separarse de manera esquemática los aspectos involucrados en la salud, es obvio que en la vivencia cotidiana existe una interdependencia dinámica entre ellos, por lo que quien promueva la salud deberá considerar un enfoque integral de éstos.

García (1994), en su tesis de licenciatura titulada: *"Farmacodependencia, un problema de salud pública en México"*, subraya que respecto a los problemas de salud, en general, lo biológico es mediatizado por lo social por lo que debe verse la relación salud-enfermedad como un fenómeno que obedece tanto a leyes biológicas como sociales. Aun cuando exista una interdependencia entre las leyes de orden social y el estado de salud, cabe señalar que no todas las enfermedades son un problema social y, mucho menos todas son un problema de salud pública.

García (1994), aclara que el término “Salud Pública” no denota propiedad sino un nivel específico de análisis poblacional que permite conocer el grado de afección que ha alcanzado un problema de salud en una sociedad determinada, para lo cual se apoya fuertemente en la epidemiología como disciplina auxiliar.

Ubicar un problema de salud como “público” implica algo más que clasificarlo y conceptuarlo, permite identificar dos campos de aplicación; primero como campo para la investigación y el conocimiento y, segundo como ámbito para la planeación y la acción. Él concluye que la farmacodependencia debe ser considerada como un fenómeno social en el que se requiere desde el punto de vista de la salud pública, del esfuerzo organizado de la sociedad para su solución.

En este sentido...“la epidemiología como ciencia diagnóstica de la medicina social nos permitirá una imagen de la frecuencia, distribución y tipos de enfermedades de la humanidad... explicándonos la relación que existe entre las mismas enfermedades y las condiciones externas que la rodean y determinan su modo de vida” (primer campo de aplicación) (Terris, 1987, pág. 23). Estos estudios descubren las bases para la acción y con éstos se definen las medidas de prevención (segundo campo de aplicación).

García Mayen (1994) dice que la epidemiología debe concentrar su atención en:

- El estudio de la distribución de la enfermedad: Edad, raza, sexo, geografía, etc.
- En la búsqueda de los determinantes o factores causales y;
- El conocimiento de las leyes sociales que conforman el proceso de salud y enfermedad colectivas.

2.5.1.1 ¿Por qué se reconoce a la drogadicción como un problema de salud pública?

Parece haber consenso general entre la comunidad sanitaria internacional para reconocer a la drogadicción como un problema de salud pública, por ejemplo:

- } Souza y Machorro, et. al (1997) dicen que esta enfermedad se ha diversificado muy ampliamente a lo largo del tiempo a tal grado que ha llegado a alcanzar grandes sectores de la población mundial constituyéndose, en la mayoría de las naciones, como un grave problema de salud pública. (Primera parte, aspectos generales de la farmacodependencia).
- } En los Estados Unidos, el aumento del consumo de cocaína entre los años 1984-1985, principalmente en las ciudades de Nueva York, Miami y San Francisco, llevó a las autoridades sanitarias de aquel país a considerarlo como

una "epidemia" y como un grave problema de salud pública (Souza y Machorro, et. al., 1997)

- }) El NIDA (2002) dice que el abuso de drogas y la adicción comprenden un problema de salud pública que afecta a muchas personas y tiene ancho rango de consecuencias sociales.
- }) En nuestro país el problema ha sido catalogado como de Salud Pública por diversas autoridades de la salud y de otras áreas sociales y de gobierno. En el Manual de Capacitación para voluntarios de los Centros de Integración Juvenil, se menciona que la drogadicción es un problema de salud pública por su magnitud y trascendencia (CIJ, 1995b).
- }) Este es un problema de salud que atraviesa diferentes características de la población en donde prácticamente cualquier persona queda expuesta a desarrollar un problema de adicción. En palabras de la Dra. Silvia Lorenia Cruz (2002): "cualquiera puede ser adicto porque cuenta con el equipo biológico necesario para responder a las drogas".
- }) También se reconoce a la drogadicción por su comorbilidad con otros problemas de salud asociados a ésta, tales como el cáncer, accidentes de tránsito, etc.

Agregaremos que todos sin excepción estamos expuestos a diversos factores de riesgo (mismos que analizaremos en detalle mas adelante) que nos ponen ante la posibilidad de desarrollar este problema de salud, sin olvidar el hecho de que la mayoría de la población ya es usuaria de algún tipo de droga.

2.5.2 Datos epidemiológicos que identifican a la drogadicción como un problema de salud pública en México.

Cuando se habla de epidemias es común que la generalidad de la gente piense en contagios ocasionados por virus, bacterias, hongos y parásitos dejando a la mayoría de las enfermedades mentales y trastornos emocionales (v. gr. la depresión) excluidos del modelo médico por no conocerse causas lineales de tipo biológico⁴.

De este modo la palabra epidemia queda asociada casi exclusivamente a los problemas de salud que encajan con un modelo biologista de la salud. Sin embargo, cabe señalar que el calificativo “epidemia” refiere características específicas del nivel de complejidad que ha alcanzado una enfermedad en una sociedad. Mencionaremos algunas de las características generales que presenta esta epidemia en nuestro país.

Según la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) de 1998 (SSA y CONADIC, 1999) actualmente el 5.27% de la población que habita en zonas urbanas ha consumido alguna vez en su vida una droga ilegal, lo que significa que alrededor de 2.5 millones de personas entre los 12 y los 65 años de edad han consumido este tipo de sustancias.

Este problema avanza a un ritmo constante. Como se muestra en la siguiente tabla, se puede apreciar que el promedio anual en el índice de crecimiento del consumo de sustancias ilegales fue de .19% entre 1988 y 1998. Sin embargo, mirando de cerca los datos sobresale que en los últimos años este ritmo casi se triplicó pasando del .11% anual entre 1988 y 1993 al .27% entre 1993 y 1998 (ver tabla 1).

⁴ Aunque no han faltado investigaciones que argumentan bases biológicas del fenómeno de las adicciones, se corre el riesgo de caer en un reduccionismo biologista.

Tabla 1: Comparativo del índice de prevalencia.

Índice de Prevalencia Nacional	1988	1993	1998	Promedio de crecimiento anual
	3.33%	3.90%	5.27%	.19%

Datos más recientes (aún no publicados de manera oficial) nos permiten seguir observando el acelerado crecimiento que presenta este problema. El Dr. Guido Belsaso, comisionado del Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC), durante la presentación del Programa Nacional de Control de Drogas 2001-2006 en México de la PGR, declaró que actualmente se calcula que puedan existir 3.1 millones de personas que han probado drogas ilegales alguna vez en su vida (Diario *La Prensa* del 04 de Noviembre del 2002). De confirmarse oficialmente esta cifra, significaría que el índice de prevalencia en el consumo de drogas ilegales se incrementó un 1.26% (casi cinco veces más que en último quinquenio) llegando a alcanzar al 6.53% de la población urbana entre los 12 y los 65 años de edad.⁵

⁵ Dato extraoficial y cálculos personales a partir de una nota periodística del diario capitalino. *La prensa*. Del 04 de Noviembre del 2002.

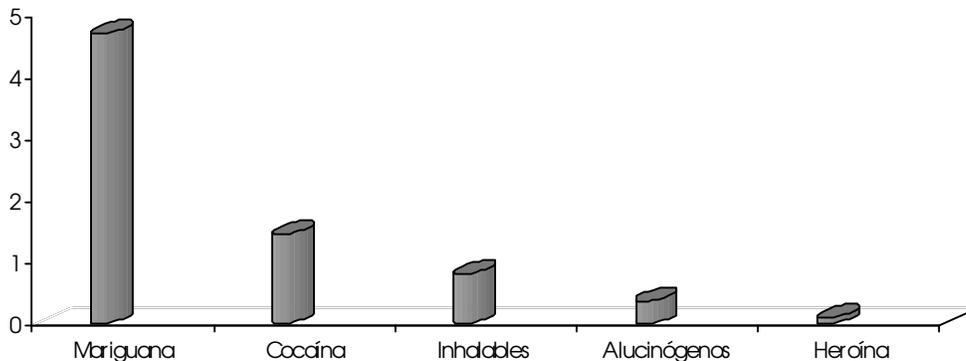


Figura # 7: Frecuencia de consumo de por tipo de droga. Fuente: ENA 1998

La ENA '98 señala que quienes presentaron mayor incidencia fue la población entre los 18 y los 34 años de edad del sexo masculino a una razón de una mujer por cada trece hombres. Las drogas más utilizadas fueron, por frecuencia de consumo: marihuana, cocaína, inhalables, alucinógenos y heroína (Fig. # 7).

En lo que respecta a la población entre los 12 y los 17 años de edad, el 5.5% refirió haber consumido alguna vez en su vida una droga ilegal. En el mismo sentido la misma ENA refirió que entre estos jóvenes en este rango de edad destacó de manera significativa el consumo de alcohol y tabaco, dato más que relevante toda vez que en nuestro país la venta de estas drogas está prohibida a todos los menores de 18 años.

Aun cuando no todos los usuarios de drogas han desarrollado la enfermedad de la adicción, es digno mencionar que cada vez más personas que abusan de drogas legales como el tabaco y el alcohol a temprana edad presentan mayor riesgo de consumir drogas ilegales en la edad adulta, aumentando de este modo la posibilidad de desarrollar un problema de adicción.

Es importante señalar que en la década de los '90 la droga más utilizada entre los pacientes que acudieron a solicitar tratamiento en los Centros de Integración Juvenil fue la cocaína (CIJ, 1999b) (Figura # 8) y que en términos generales, la ENA '98 señala que ésta resultó ser la droga con mayor índice de crecimiento a nivel nacional, reportando un aumento en el consumo del 159% entre 1993 y 1998.

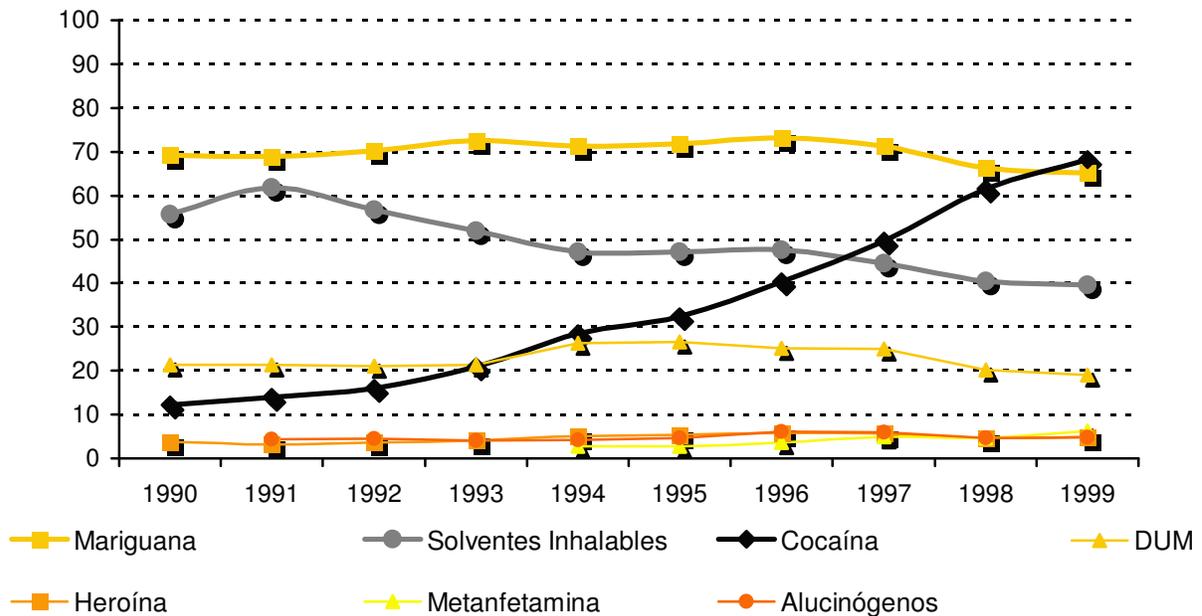


Figura # 8: Muestra el índice de prevalencia en el consumo de drogas entre pacientes que acudieron a tratamiento entre 1990 y 1999. Fuente: Departamento de Investigación de los Centros de Integración Juvenil, A. C., documento no publicado

El vertiginoso crecimiento en el abuso y adicción a las drogas en los últimos tiempos ha obligado al sistema de Salud Nacional a implementar programas preventivos que tiendan a evitar el desarrollo de esta epidemia. Es un hecho que en el área de la salud pública, la prevención es parte esencial y la responsabilidad de crear una sociedad más saludable debe ser compartida entre el estado y la sociedad. La drogadicción como problema de salud pública es un problema de todos aunque no todos la padezcan.

Conclusiones:

1. Gran parte del problema para el abordaje de la drogadicción ha implicado un planteamiento equivocado de la misma.
2. No debe confundirse el planteamiento neurobiológico con la exclusividad de este problema. Es importante que el psicólogo participe en la redefinición a fin de que incluya la dimensión mental del problema y su abordaje.
3. La investigación ha permitido mayor claridad para poder establecer criterios diferenciales de los problemas de salud implicados en el uso indebido de las drogas.
4. Es necesario difundir los hallazgos científicos a manera de información preventiva asequible a la población en riesgo.
5. Es muy importante ayudar a la población a replantear el problema de las adicciones del terreno moral al de la salud pública.
6. Es necesario crear una cultura paralela a la disuasiva del uso de las drogas ilegales que permita una claridad en el uso sano de las drogas legales.
7. La drogadicción es un problema de salud pública en crecimiento que afecta cada vez más a personas de menor edad.

PREVENCIÓN DE LA DROGADICCIÓN

"más vale prevenir que lamentar"

Sabiduría popular

La reacción que genera entre la población los casos y reportes de drogadicción van desde la alarma, la indignación, la confusión hasta el repudio. Indudablemente la drogadicción es un problema del que todos quisieran estar exentos. Sin embargo, al igual que sucede con otros problemas de salud como el SIDA, la mayor parte de la población piensa que esta enfermedad puede pasarle a cualquiera menos a sí mismo, de ahí que no consideren necesario implementar medidas preventivas en su vida cotidiana.

La influencia de los medios masivos de comunicación para la comercialización de drogas legales como el alcohol y el tabaco hacen que éstas parezcan inofensivas y hasta necesarias para el éxito social, restando o nulificando el impacto en la salud del consumo de éstas. La ambigüedad en los mensajes al tratar de promover un uso racional de este tipo de drogas, no ha resultado eficaz.

Lo anterior evidencia un grave desconocimiento de la drogadicción como enfermedad y de la necesidad de trabajar en campañas preventivas que incluyan la concienciación y la percepción del riesgo.

3.1 Percepción de Riesgo

“Prevenir - dice el Dr. Jesús Kumate (2002, pág. 7), Presidente del Patronato Nacional de los Centros de Integración Juvenil, A. C.- es anticiparse, adelantarse, actuar para evitar que algo ocurra, en este caso que se consuman drogas”. Nosotros replanteamos este concepto y diremos que la prevención de la drogadicción se adelanta, anticipa o evita que ocurra el uso inadecuado o abuso de las drogas. Incluso diremos que la prevención de la drogadicción debe incluir la promoción de una cultura del adecuado uso de las drogas legales.

Un programa preventivo eficaz necesitará del conocimiento preciso de las condiciones que favorecen el surgimiento de nuevos casos de la enfermedad y de estrategias que promuevan la percepción de la peligrosidad que presenta para la salud el consumo inadecuado de las drogas, lo que idealmente influirá en la toma de decisiones respecto al consumo de drogas, su cantidad, su frecuencia o la posibilidad de evitar por completo su consumo.

Debe destacarse que hasta ahora la investigación no ha identificado aún todas las causas de la adicción pero se ha podido identificar una etiología multifactorial de la enfermedad. No se ha podido precisar qué factores o qué combinación de éstos es más peligrosa, solo se sabe que su presencia predispone al uso o abuso de drogas. También se sabe que a mayor presencia de éstos aumenta el riesgo al que la persona queda expuesta para el consumo indebido de drogas (Kumate, 2002.)

3.1.1 Definición de Factores de Riesgo.

Los factores que pueden implicar un riesgo para la salud, sean éstos de orden biológico, ambiental o social son conocidos como factores de riesgo. Para que un fenómeno pueda ser considerado como factor de riesgo es preciso que su

incidencia tenga lugar antes de que se inicie el uso o abuso de drogas y que se asocie estadísticamente con un incremento en la probabilidad de que éstos ocurran. "Los factores de riesgo están presentes antes de que se dé el consumo y están estadísticamente asociados con un incremento en la probabilidad del abuso de drogas. Una aproximación centrada en el riesgo busca prevenir el uso de drogas eliminando, reduciendo o mitigando a los precursores." (Hawkins, Catalano, y Miller, 1992, pág. 64).

El libro "Cómo Proteger a tus Hijos Contra las Drogas" (CIJ, 1999c), dice que factores de riesgo son aquellas... "características que existen en la comunidad, familia, escuela e individuo previo al consumo de drogas, que aumentan la probabilidad de que este fenómeno ocurra... Estas circunstancias pueden estar relacionadas con algún (os) miembro (s) de la familia, por lo que su detección es importante, ya que a través de su identificación y de los esfuerzos que se hagan por desaparecerlas o disminuirlas, se protege a la familia." (pág. 117).

El conocimiento de los factores de riesgo supone la posibilidad de una intervención oportuna, la identificación de aquellos medios y estrategias más adecuados y efectivos que reduzcan la posibilidad de nuevos casos de uso indebido y abuso de sustancias tóxicas (CIJ, 1996).

La investigación que ha realizado los Centros de Integración Juvenil, A.C., ha permitido una clasificación en cuatro grandes rubros estos factores de riesgo¹:

- }\ Sociales
- }\ Factores escolares
- }\ Familiares

¹ A menos que se indique lo contrario, los factores de riesgo mencionados en este listado fueron tomados de: CIJ (1999c) *Cómo Proteger a tus Hijos Contra las Drogas. Una Guía Práctica para Padres de Familia*. Centros de Integración Juvenil, A. C. México, D. F. Pág. 111-150, y; CIJ (1996) *Programas de Prevención del Consumo de Drogas Centrados en Factores de Riesgo*. Informe de Investigación. Subdirección de Investigación. México, D. F. 13 págs.

} Individuales

A) Factores Sociales de Riesgo

- Falta de instalaciones deportivas, culturales y artísticas que den servicio a la población.
- Sociedad permisiva hacia el consumo.
- Disponibilidad de drogas.
- Vivir en zonas con las siguientes características:
 - } Fronterizas.
 - } Con alta afluencia de turismo Nacional o Extranjero.
 - } Polos de desarrollo o capitales de Estados.
 - } De producción o rutas de narcotráfico.
 - } Con alto índice de emigración, principalmente de los padres de familia.
- Problemáticas sociales:
 - } Desempleo.
 - } Alta tasa de niños de y en la calle.
 - } Promiscuidad, prostitución.

B) Factores Escolares de Riesgo

- Fracaso y deserción escolar.
- Trastorno por déficit de atención.
- Bajo interés por la escuela o bajo apego escolar.
- Escuelas de grandes dimensiones que no logran fomentar el apego escolar entre sus estudiantes.
- Cambios escolares.
- Absentismo.

- Desinterés en el desarrollo escolar a través de inasistencias frecuentes a clases, repudio a la permanencia en la escuela y disminución del tiempo que se dedica a las tareas escolares.
- Falta de límites o inconsistencia en las reglas (García,1998)
- Uso de drogas entre el grupo de amigos.

C) Factores Familiares de Riesgo.

- Actitud permisiva hacia el consumo de bebidas alcohólicas y tabaco en menores de edad.
- Abuso del alcohol y tabaco en el hogar.
- Percepción distal de los padres.
- Alcoholismo y/o uso de drogas ilegales por parte de los padres de familia.
- El consumo de drogas entre hermanos mayores.
- Escasa participación de la madre en las actividades de los hijos.
- Limitadas expectativas de los padres con respecto a la educación de sus hijos.
- Conducta represiva de uno de los padres y la conducta permisiva por parte del otro (inconsistencia).
- Inducción de sentimientos de culpa como mecanismo de control.
- Permisividad de los padres de familia.
- Comunicación negativa.
- Padres con temperamento violento y/o poco comunicativo.
- Escasa supervisión de los padres en las actividades extra curriculares de los adolescentes.
- Madres frías y poco estimuladoras hacia sus hijos.
- Familias monoparentales.
- Violencia intrafamiliar.
- Tolerancia en la familia hacia el consumo de drogas por parte de algún miembro de la familia.
- Padres mentalmente enfermos o antisociales.
- Antecedentes genéticos de alcoholismo y/o abuso de drogas.

- Falta de reglas o límites difusos o bien la inconsistencia con ellos.
- Expectativas poco realistas sobre los hijos.
- Paternidad a edades tempranas.
- Familias disfuncionales.
- Débiles vínculos familiares.
- Crisis de los valores tradicionales en la familia.

D) Factores Individuales de Riesgo.

- Conducta agresiva y antisocial a temprana edad (entre los 5 y los años de edad que persiste hasta la temprana adolescencia).
- Aislamiento de actividades sociales.
- Síndrome de hiperactividad y déficit de atención.
- Altos niveles de angustia.
- Sensación de poco control de la propia vida durante la adolescencia.
- Necesidad de experimentar emociones fuertes y sensaciones intensas durante la adolescencia.
- Baja autoestima.
- Falta de habilidades sociales para establecer y manejar relaciones interpersonales.
- El uso de drogas en edades tempranas.
- Abusos alimenticios.
- Creatividad limitada.
- Manejo inadecuado del tiempo libre.
- Control limitado de impulsos desde la infancia.
- Timidez e inseguridad.
- Altos niveles de depresión.
- Baja capacidad para resistir la presión de grupo.
- Fuerte necesidad de aprobación y dependencia emocional hacia el grupo de amigos.
- Curiosidad para el uso de drogas.

- Ser del sexo masculino (SSA y CONADIC, 1998).
- Estar en el rango de edad comprendido entre los 10 y los 18 años de edad (SSA y CONADIC, 1998).
- Bajos niveles para evitar riesgos hacia lo dañino y lo perjudicial.

3.2 Factores de Protección

Parafraseando al célebre filósofo alemán, Ludwing Wittgenstein, diremos que "No es suficiente con señalar el error, es necesario construir el camino que conduzca del error a la verdad". De este modo, señalar dónde está el riesgo es necesario más no suficiente para implementar una campaña preventiva que proteja contra las adicciones. Además se deberán promover aquellos factores que contrarresten, incrementen la resistencia y reduzcan las posibilidades de desarrollar un problema de adicciones.

Los factores de protección son aquellos elementos que fortalecen la organización y estructuración saludable del funcionamiento individual y colectivo de las personas y por tanto se consideran estructuradores y contenedores. (Souza y Machorro, et. al., 1997).

El libro "Como Proteger a tus Hijos contra las Drogas" Una Guía Práctica para padres (CIJ, 1999c), señala los siguientes aspectos que deben promoverse si se pretende reducir el riesgo del uso inadecuado de las drogas:

- } Enseñar Valores
- } Establecer y aplicar normas contra el uso de drogas.
- } Fortalecer la autoestima.
- } Hablar con los hijos.
- } Expresar e intercambiar afecto.
- } Fomentar el apego escolar.

-)} Promover entre las cámaras de comercios y asociaciones de restaurantes y otras organizaciones el apoyo en el cumplimiento estricto de las leyes relativas a la venta de drogas de uso legal.
-)} Incluir actividades preventivas dentro de las empresas en horarios convenientes como la hora del almuerzo o en los cursos de capacitación.
-)} Brindar apoyo económico para la reproducción de material preventivo.

Nivel de Medios de Comunicación.

-)} Incluir tópicos en materia preventiva.
-)} Promover un enfoque centrado en la salud.
-)} Cumplir con estricto apego el reglamento de publicidad en materia de drogas legales.

Con base en lo anterior podemos pensar que todo programa que pretenda prevenir un problema de drogadicción deberá tomar en cuenta los aspectos que la propician y aquéllos que reducen la posibilidad de que un nuevo caso de drogadicción surja.

Prevenir el uso mal sano de las drogas puede tener diferentes momentos y su objetivo siempre puede ser desde evitar todo contacto con sustancias de curso ilegal o evitar el uso indebido de las legales. Esto puede hacerse con personas que nunca han tenido contacto alguno con drogas de una manera mal sana, con personas que ya han experimentado indebidamente con drogas o bien con personas que ya presentan problemas de abuso o adicción a las drogas.

Souza y Machorro y cols. (1997) retoman el cuadro preventivo de Slaikeu mismo que aborda las formas o tiempos de intervención preventiva posibles. Slaikeu llama a estos tres tiempos de la prevención: prevención primaria, prevención secundaria y prevención terciaria (Ver tabla # 2).

En México existe una importante cantidad de programas preventivos de entre los cuales pueden enlistarse los siguientes: *Para vivir sin drogas*, de los CIJ's; el *Modelo preventivo del uso de alcohol y otras drogas para los trabajadores y sus familias*, del Instituto Nacional de Psiquiatría; el Modelo Preventivo de Riesgos Psicosociales Chimalli, del INEPAR; el *Programa de Educación Preventiva contra las Adicciones*, PEPCA, de la Secretaría de Educación Pública; el *Modelo Preventivo y de Rehabilitación de Adicciones, Modelo ECO 2*, del Centro de Formación Cáritas y la Fundación Ama la Vida; el *Modelo de Prevención para el Bebedor Excesivo: Autocontrol Dirigido*, de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México; el *Modelo "Yo Quiero, Yo Puedo"*, de imifap. Éstos son los más diseminados en nuestro país y cuentan, además, con algún tipo de evaluación (Castro, Llanes, y Carreño, 2002).

Tabla 2: Tres niveles de prevención

	PREVENCIÓN PRIMARIA	PREVENCIÓN SECUNDARIA	PREVENCIÓN TERCIARIA
Objetivo	<ul style="list-style-type: none"> σ Reducir incidencia de trastornos mentales σ Mejorar el crecimiento y desarrollo a través del ciclo de vida. 	<ul style="list-style-type: none"> σ Reducir los efectos debilitantes de las crisis de vida σ Facilitar el crecimiento por medio de la experiencia de crisis. 	<ul style="list-style-type: none"> σ Reparar el daño hecho por una crisis no resuelta, por medio de tratamiento mental.
Técnica	Educación, políticas, medios masivos de comunicación	Intervención en crisis: Primera ayuda psicológica.	Psicoterapia a largo plazo, rehabilitación.
Población	Todas las personas, pero en especial grupos de alto riesgo	Personas con experiencias de crisis individual, familiar o comunitaria	Pacientes psiquiátricos
Aplicación	Previo a que el evento ocurra	Inmediatamente después del evento	En forma mediata al evento

Personal que lo realiza	Escuela, medios de comunicación, iglesia y otras instituciones	Profesionales operativos: médicos, psicólogos, enfermeras, trabajadores sociales	Profesionales de la salud mental en hospitales y clínicas de consulta externa.
-------------------------	--	--	--

Tomado y adaptado de Slaikeu (1988).

Uno de los más graves problemas que podemos detectar en los esquemas y programas de prevención en el tópico de las adicciones, es que se centra en evitar el consumo de las drogas, cosa que nos parece muy ingenua, cuando es un hecho que tenemos años conviviendo con ellas y forman parte de la vida cotidiana. Será conveniente ir considerando la necesidad de clarificar que en esta campaña de salud la lucha no es contra las drogas sino contra la drogadicción y el uso mal sano de las drogas. Desde esta perspectiva debe reconocerse la necesidad de incluir en los discursos preventivos la difusión de una cultura adecuada del uso sano de las drogas de curso legal.

Conclusiones:

1. El problema de la drogadicción ha sido planteado y abordado erróneamente desde la perspectiva disciplinaria y moral, propiciando formas ineficaces para el abordaje del problema.
2. Debe replantearse el problema de la drogadicción como un problema de salud pública.
3. El desarrollo conceptual en torno al problema de la drogadicción aun es impreciso en muchos aspectos y carece de unificación de criterios de las diferentes disciplinas científicas interesadas en el abordaje del fenómeno.
4. Las definiciones de uso, abuso y dependencia de las drogas, aun no cuentan con criterios definatorios claros para cada una de las drogas legales y se limitan simplemente a hacer definiciones por exclusión, salvo algunos casos en los que ya se ha operacionalizado el criterio.

5. Es necesario evitar seguir construyendo este *problema*, basado en mitos y habladas que lo vuelen increíble a los jóvenes, y promueve entre ellos su carácter negativo. Es importante basar la información que se brinda en investigación científica que permita hacer un uso adecuado de las drogas legales y una abstención inteligente de las ilegales.
6. Existe un desconocimiento general en la población respecto a qué es una droga y cuál es el criterio de uso, abuso y dependencia.
7. La política e información general respecto a las drogas están más orientadas hacia la lucha armada contra el narcotráfico que en el aspecto de la salud.
8. Hay que evitar la criminalización y discriminación que provocan marginalidad de los consumidores.

**EL USO DE DROGAS EN EL
COZUMEL CONTEMPORÁNEO**

4.1 Ubicando el consumo de drogas en la Isla de Cozumel con respecto al consumo nacional.

Primeramente es necesario aclarar que a la fecha no se ha realizado un estudio específico para el diagnóstico situacional de la drogadicción en la Isla de Cozumel. La mayoría de los estudios realizados están más en función del estudio del consumo de drogas entre la población que de la enfermedad misma.

Debe subrayarse que no necesariamente el índice de consumo tiene una correlación uno a uno con el índice de drogadicción. Para ejemplificar lo anterior se puede mencionar la diferenciación que hacía el pasado 26 de junio del 2002, el Comisionado del Consejo Nacional Contra las Adicciones, Dr. Guido Belsaso, quien en el marco del Día Internacional de la Lucha contra el Tráfico Ilícito y Uso Indebido de las Drogas, mencionó que en el País existen alrededor de 2.5 millones de personas que han usado alguna vez drogas ilícitas y de éstos .5 millón habían desarrollado la dependencia (el 20% es decir una quinta parte de los usuarios de drogas).

No obstante, es evidente que los estudios el índice de prevalencia del consumo de drogas y factores de riesgo nos pueden plantear un panorama visionario de la magnitud del problema.

Factores de Riesgo Social en la Isla de Cozumel.

Según la ENA 1998 (SSA y CONADIC, 1999) en la región sur, conformada por los estados de Campeche, Chiapas, Yucatán y Quintana Roo la prevalencia en el consumo de drogas ilegales alguna vez en la vida fue de 2.69%; menor que la media nacional de 5.27% y menor que las regiones estudiadas norte y centro (ver tabla # 3). Del mismo modo el índice de crecimiento en la región sur fue el más bajo respecto a las otras regiones en tanto que el mayor se registró en la región norte (Tabla # 4).

Tabla 3: Uso de Drogas alguna vez en la vida,
Comparación de resultados.

<i>Regiones</i>	<i>1988</i>	<i>1993</i>	<i>1998</i>
Región Norte	3.70	4.92	6.00
Región Centro	3.58	3.71	5.97
Región Sur	2.50	2.29	2.69
Nacional	3.33	3.90	5.27

Fuente: ENA, SSA, 1988, 1993, 1998

Tabla 4: Porcentaje del incremento de consumo de drogas ilegales por período

<i>Regiones</i>	<i>1988 -1993</i>	<i>1993 -1998</i>
Región Norte	32.9 %	21.9 %
Región Centro	3.6 %	60.9 %
Región Sur	-8.4 %	17.4 %
Nacional	17 %	35 %

Lo anterior supondría que en la región sur y, Cozumel en particular, el problema no es tan severo como en otros estados del país, ya que en promedio estaríamos hablando de un supuesto de 1,615 personas que teóricamente pudieron haber tenido algún consumo de sustancias ilegales en la isla (esta cifra se desprende del total de la población en Cozumel multiplicado por el índice de prevalencia en la región: 60,025 hab. X 2.69%= 1,614.67) de los cuales hipotéticamente el 20%, es decir 323 personas, podrían haber desarrollado un problema de adicción (cifra que

se obtiene al aplicar la relación que existe a escala nacional entre usuarios y dependientes a sustancias).

Es decir, si a nivel nacional el 20% de los usuarios de drogas habían desarrollado un problema de adicción entonces, como parámetro puede utilizarse el mismo 20% para tener una idea vaga del número de posibles dependientes en la Isla de Cozumel.

No obstante, no debe confundirse la prevalencia en el consumo de drogas con el potencial de riesgo para desarrollar un problema severo de salud pública. Si el objetivo es la identificación de factores de riesgo para una intervención oportuna antes de que el consumo se convierta en un problema sin control se tendrán que analizar detenidamente aquellos fenómenos que aumentan la probabilidad en el surgimiento de nuevos casos.

El Estudio de “Riesgos Macrosociales de Farmacodependencia a Nivel Municipal y Red Estratégica de Atención en México” (CIJ, 1997) realizado por los Centros de Integración Juvenil en 317 municipios del país, nos permite considerar una serie de aspectos que determinan el nivel de riesgo social existente en las comunidades y conocer cual es el nivel detectado en Cozumel.

4.2 Factores de riesgo macro social de drogadicción; un análisis del Municipio de Cozumel.

Características del estudio realizado por el CIJ.

El estudio consideró a los municipios con una población mayor a los 50,000 habitantes bajo la premisa de que la drogadicción, como problema de salud pública, es un fenómeno predominantemente urbano, según los resultados obtenidos en el estudio previo realizado a comunidades rurales en 1991 (CIJ, 1991).

De ahí que fueran incluidos 317 municipios y delegaciones del Distrito Federal además aquellos municipios que por su ubicación en la franja fronteriza, por ser polos de atracción turística y/o ser identificados como rutas de narcotráfico, también fueron considerados como objeto de estudio. A estos se les denominó como Municipios Objetivo (MUNOBS).

Se eligieron siete aspectos con sus indicadores de riesgo integrados en grupos como se muestra:

1. DEMOGRAFICOS

- Alta proporción de la población concentrada en asentamientos urbanos.
- Alta tasa media de crecimiento poblacional.
- Alta proporción de población de 12 a 19 años.
- Desproporción del número de habitantes por sexo:
- Alta proporción de la población masculina.
- Alta proporción de la población femenina.
- Flujos migratorios:
- Alta inmigración (Atracción)
- Alta proporción de población universitaria.
- Alta emigración (expulsión).

2 ECONOMICOS

- Desempleo.
- Bajo Nivel de Ingreso.
- Municipios con Prioridad Gubernamental para su desarrollo (según SEDESOL).

3 EDUCACIONALES

- Alta proporción de la población de 15 años y más sin instrucción primaria.

- Alta proporción de población mayor de 12 años y más sin enseñanza media básica.
- Alta proporción de población de 12 a 15 años sin educación media básica.

4 GEOGRAFICOS

- Que el municipio se ubique en la frontera norte del país.
- Que el municipio o delegación forme parte de grandes metrópolis.

5 RUTAS DE PRODUCCION Y TRAFICO DE DROGAS

6 SOCIOFAMILIARES

- Alta prevalencia de parejas en conflicto.
- Alta prevalencia de adolescentes que han formado pareja.

7 ALTA AFLUENCIA DE TURISMO

- Turismo nacional y extranjero.

Procedimiento:

Para determinar la ponderación de riesgo se utilizó el método de 'jueceo' que consistió en el análisis de la información por un grupo de 58 expertos a quienes se les envió un cuestionario con 27 indicadores a los que calificaron del 0 al 10 cada uno y a partir de lo cual fueron ponderando a fin de determinar su peso específico como factor de riesgo y de acuerdo con el método Delphi el cuestionario se aplicó dos veces.

Ponderación:

Con base en las calificaciones promedio obtenidas mediante la aplicación del método Delphi, los indicadores se agruparon en siete módulos: Demográficos, económicos, educacionales, geográficos, producción y tráfico de droga, sociofamiliares y turismo.

El valor proporcional de riesgo se calculó dividiendo el promedio por módulo entre el promedio general y multiplicando el resultado por cien, de donde se obtuvo el peso proporcional del riesgo de cada módulo. El valor de cada indicador se dividió mediante el método de calificación por jueceo entre el subtotal del módulo correspondiente y el resultado representó el puntaje máximo que pueden alcanzar los municipios estudiados.

Resultados del estudio

Tabla 5: Resumen concentrado por factores de riesgo en la Isla de Cozumel, Quintana Roo.

<i>Indicadores</i>	<i>Concepto</i>	<i>Valores porcentuales</i>	<i>Puntaje</i>	<i>Nivel de Riesgo</i>	
<i>Demográficos</i>	Porcentaje de población urbana	82.36 %	0	NULO	
	Taza media de crecimiento anual ('90-'95)	1.50 %	0	NULO	
	Porcentaje de población entre los 12 y los 19 años	18.49 %	0	NULO	
	Des-proporción entre sexos	<u>Masculino</u>	<u>51.86 %</u>	<u>.928</u>	<u>EXTREMO</u>
		Femenino	48.14 %	0	NULO

	Flujos Migratorios	Inmigrantes	58.17 %	1.656	MUY ALTO
		Emigrantes	17.67%	.996	ALTO
Económicos	Porcentaje de desempleo		7.63 %	1.056	BAJO
	Porcentaje Bajo de nivel de ingresos		50.67 %	0	NULO
	Municipio con prioridad gubernamental SEDESOL		s/p	1.77	ALTO
Educacionales	15 años y más sin primaria		11.89 %	.964	BAJO
	12 años y más sin educación media básica		57.01%	.938	BAJO
	12-15 sin educación media básica.		64.26 %	1.796	MEDIO
Geográficos	Frontera Norte		0	0	NULO
	Grandes metrópolis		0	0	NULO
Rutas de tráfico de drogas	Ruta y/o producción de marihuana y/o de cocaína			3.944	ALTO
Sociofamiliares	Parejas en conflicto		1.55 %	0	NULO
	Adolescentes en pareja		10.40	4.194	ALTO
Afluencia turística	Turismo nacional	Abs.	Por.		
		64,800	144.31%	1.899 relat.	ALTO
			1.266 abs.	MEDIO	
	Turismo internacional	167,800	373.69%	3.835 relat.	EXTREMO
			3.068 abs.	ALTO	

Total de puntaje según los resultados del estudio CIJ. Posición 35 de la lista.	<u>27.32</u>	<u>MUY ALTO</u>
Total del puntaje de la sumatoria directa nos coloca en riesgo por arriba de la Ciudad Fronteriza de Reynosa, Tamaulipas. Posición 29 por puntaje real. A tan solo 6.2 puntos para alcanzar un riesgo EXTREMO.	<u>28.31</u>	<u>MUY ALTO</u>

Comentarios y observaciones de los resultados arrojados por el Estudio de Riesgos Macrosociales en la Isla de Cozumel.

Aún cuando nos concentraremos en los datos obtenidos en la Isla de Cozumel, no dejaremos de señalar los datos relevantes en el ámbito estatal y municipal que presenten características similares a nuestro objeto de estudio, no solo tomando en cuenta los antecedentes históricos sino también lo que refiere a la principal actividad económica, características y movimiento de la población y cercanía con la Isla de Cozumel. Lo anterior nos permitirá analizar y prever de algún modo la magnitud del problema en corto, mediano y largo plazo, así como estimar su velocidad.

4.2.1 Indicadores Demográficos

a) Alta proporción de la población concentrada en asentamientos urbanos.

Según el planteamiento que hacen los investigadores del ERMS, este criterio se consideró debido a que se ha notado que las poblaciones que presentan mayores niveles de concentración de la población en zonas urbanas, cuentan con menores espacios de esparcimiento por habitante y mayores desigualdades en el acceso a los servicios, lo que incrementa el riesgo entre la población para desarrollar problemas de drogadicción. Un estudio previo, también realizado por el CIJ, mostró puede considerarse a la drogadicción como un problema predominantemente urbano (CIJ, 1991).

El estado de Quintana Roo mostró al 96.98% de su población viviendo en zonas urbanas colocándose tan solo a centésimas del criterio mínimo de riesgo que es del 97.05%, por lo que aparece con un riesgo nulo en este aspecto. De forma específica el porcentaje de la población en Cozumel que habita en zonas urbanas fue del 82.36% por lo que quedó sin valor de riesgo este criterio.

No obstante, hablar de la concentración de población que presenta la Isla de Cozumel es un asunto muy relativo ya que cuenta con dos tipos de población; la flotante compuesta por el turismo nacional y extranjero y la permanente que consta de la población nativa y/o vecindada en la Isla.

Según el INEGI (2001b), en el año de 1999 un total de 682,062 personas (nacionales y extranjeros) arribaron a la Isla tan solo por vía aérea. Lo que elevó 11.36 veces la cantidad de la población local. Esto seguramente tuvo su consecuente impacto en la solicitud de servicios y del aprovechamiento de espacios recreativos de los solicitantes ya que en su mayoría los espacios de recreo y servicios existentes están orientados al turismo por ser esta la principal actividad económica.

b) Alta tasa media de crecimiento (datos 1990-1995)

La tasa de crecimiento de la población nos permite visualizar y estimar el incremento en la demanda de infraestructura y servicios para satisfacer las necesidades de la población en crecimiento. Cuando esta se presenta en niveles muy elevados, llega a impactar significativamente la economía de las localidades incrementando la demanda de servicios y elevando consecuentemente su costo.

En estos escenarios algunos padres y madres de familia se ven obligados a permanecer más tiempo fuera de casa a fin de conseguir los recursos para cubrir las necesidades básicas de habitación, alimento, vestido y recreo, derivando en una reducción de la atención y educación de los hijos, y por consiguiente

provocando disfuncionalidades en la familia, precipitando el problema de la drogadicción.

En el ERMS encontramos que este indicador se presentó de manera relevante en los municipios en los que destacan las actividades turísticas y en las grandes metrópolis. No sorprende pues que el estado con mayor tasa media de crecimiento en el período comprendido entre 1990 -1995 fuera Quintana Roo y el municipio con mayor tasa de crecimiento fuera Cancún. Éste último presentó 12 puntos por arriba del criterio mínimo de riesgo lo que significa que presenta un factor de riesgo extremo para la población cancanense.

La Isla de Cozumel, presentó una tasa de crecimiento media del 1.50% anual, lo que definió al municipio, libre de este factor de riesgo al quedar por debajo de los 9.87 puntos, criterio mínimo del estudio, mientras que en la última década 1990-2000 la tasa media de crecimiento poblacional se duplicó alcanzando un promedio anual del 3.0% (INEGI, 2001a). No obstante, para el año 2000 el crecimiento poblacional se había incrementado a 5.2% entre 1995 –2000 (INEGI, 2001b), lo que significa que presentó un incremento promedio en la tasa de crecimiento de 1.04 puntos porcentuales por año.

Dado que Cozumel es un destino turístico en crecimiento y un polo de atracción por sus fuentes de trabajo, podríamos suponer que como mínimo mantendrá este ritmo de crecimiento promedio en la tasa media de crecimiento poblacional. De este modo obtendríamos que dentro de un año (para el año 2004) la Isla estaría alcanzando un nivel riesgoso. Al respecto, cabe cuestionarse si la cantidad y calidad de servicios que se ofrecen actualmente en la Isla están cubriendo las necesidades de la población en crecimiento.

Consideremos por ejemplo lo siguiente: según el INEGI (2001b) para diciembre de 1999 Cozumel contaba con las siguientes unidades de esparcimiento (tabla # 6):

Tabla 6: Unidades de esparcimiento en la Isla de Cozumel

Parques infantiles	18
Jardines vecinales	16
Centros deportivos	9
Unidades deportivas	3
Salas de cine*	2
Teatros	1
Balnearios públicos	17
Total	66

Fuente INEGI

En promedio 909 personas podrían asistir a cada uno de los centros de esparcimiento (considerando a una población de 60,025 habitantes). Por una parte, sería necesario valorar si estos son suficientes en cantidad, capacidad y calidad de servicio, y por otra; si responden a las demandas y ofrecen contención a la población en riesgo.

Valdrá la pena proyectar el correspondiente crecimiento en infraestructura y servicios dirigidos a la población local de tal modo que se pueda garantizar su atención y contrarrestar el riesgo que representará su tasa de crecimiento poblacional, ya que “En la medida que el movimiento inmigratorio sea mayor, se reduce la posibilidad de servicios y oportunidades de esparcimiento sano por habitante” (CIJ, 1997, pág. 31).

* En el año 2001 se inauguraron 7 salas de cine del consorcio de multicinemas Cinépolis.

c) Alta proporción de la población entre los 12 y los 19 años de edad.

Según la ENA de 1998 (SSA y CONADIC, 1999), unos 200,000 jóvenes habían probado alguna droga ilícita antes de cumplir la mayoría de edad mientras que el grupo en el que se observó mayor consumo de drogas fue el que se encontró en el rango de edad entre los 18 a los 34 años (16.79%). Por su parte, la investigación epidemiológica que realiza CIJ de manera permanente a partir de la base de datos de los pacientes atendidos anualmente por toda la república, muestra que 8 de cada 10 sujetos que iniciaron el consumo de drogas tenían entre los 10 y los 18 años de edad (CIJ, 1993).

Este rango se considera riesgoso no solo por el referente estadístico, sino también por las implicaciones psicológicas que presenta la etapa de la adolescencia caracterizada por cambios físicos y psicológicos, en donde gran parte de la personalidad, intereses, capacidad de adaptación, aceptación e identidad del individuo son definidas.

Dentro de los municipios estudiados en el Estado de Quintana Roo, Felipe Carrillo Puerto presentó el puntaje más alto con el 20.82% de su población entre los 12 y los 19 años de edad, lo que significa que éste presenta un nivel de riesgo medio en este aspecto. Mientras que para Cozumel y Cancún el porcentaje de población entre los 12 y 19 años de edad no representó riesgo alguno por quedar por debajo del valor mínimo evaluado como riesgoso de 19.6 (en Cozumel el 18.49% y en Cancún el 16.47%).

No obstante, sería conveniente desarrollar una investigación local a fin de definir claramente la situación que guarda el consumo de drogas entre los jóvenes en este rango de edad considerado como riesgoso y establecer medidas que ataquen directamente los factores de riesgo detectados e implementar las medidas sanitarias pertinentes.

d) Desproporción entre sexos.

La desproporción que existe entre la población masculina y la femenina en la Isla de Cozumel, presentó un factor de riesgo extremo siendo el 51.86% de la población constituida por hombres y el 48.14% por mujeres. Aspecto importante, toda vez que la ENA '98 (SSA y CONADIC, 1999) encuentra una mayor prevalencia en el uso de sustancias ilegales entre personas del sexo masculino que en las del sexo femenino; a razón de una mujer por cada trece hombres.

Cabe señalar que aunque con cierta variación para el año 2000 el INEGI (2001b) muestra que esta diferencia se mantiene de manera significativa con un 51.52% de población masculina y un 48.47% de población femenina, dando vigencia al criterio de riesgo en cuanto a la desproporción entre los sexos.

Si consideramos que en la Isla existe un alto índice de inmigración de personas en busca de mejores oportunidades de empleo podríamos suponer que en su mayoría serían hombres solteros los que se mudan por la facilidad implica su desplazamiento. El arribo de hombres solos o familias a un nuevo entorno requiere de un proceso de adaptación que puede resultar difícil, especialmente para los jóvenes, lo que significa un elemento más de riesgo¹.

e) Alto porcentaje de población inmigrante y emigrante

Este factor se presentó como de riesgo muy alto con un valor porcentual en la valoración de riesgo del 58.17% debido a que tan solo el 38.8% por ciento de la población que habita la Isla es originaria del lugar mientras que el otro 61.2% proceden de otras entidades de la República Mexicana y el .6% de otros países.

¹ Fundamentamos nuestra suposición en que el porcentaje de la población compuesto por hombres y en el hecho de que el 36.1 % de las personas mayores de 12 años que habitaban la Isla para marzo del año 2000, se encontraba solteras y el 6.5 en unión libre según el INEGI en el *Cuaderno Estadístico Municipal Cozumel Quintana Roo. Edición 2000*. México D.F. pág. 12.

Los lugares de origen de los inmigrantes nacionales fueron principalmente de los estados de Yucatán, el Distrito Federal, Veracruz y otras entidades, mientras que los inmigrantes extranjeros procedieron en su mayoría de los Estados Unidos de Norte América (véase tabla # 7).

Tabla 7: Porcentaje de población según su origen.

<i>PORCENTAJE DE POBLACIÓN SEGÚN SU ORIGEN</i>		
Nacidos en la Isla		38.8%
Otro país		.6%
No especificado		.5%
Otra entidad	60.1%	Desglose:
		Yucatán 79.0%
		D.F. 5.9%
		Veracruz 2.7%
		Otras 12.4%

Además del impacto que tiene el crecimiento poblacional, producto de la inmigración, sobre la calidad y suficiencia en los servicios públicos e infraestructura en una localidad determinada, también deberán considerarse otras circunstancias de riesgo implicadas, como el surgimiento o crecimiento de zonas marginadas, la aparición de población con escasa actividad productiva y/o poco remunerada, lo que puede producir conflictos sociales como el consumo de drogas.

Igualmente importante se deberá considerar el impacto que esta inmigración tenga sobre la identidad de la población local y la identidad del inmigrante mismo. En un estudio del Consumo de Drogas en Cancún realizado en 1995 por el CIJ (CIJ, 1995a), se destacó dentro del riesgo que implica los altos índices migratorios la dificultad para la conformación de una identidad. Aún cuando la Isla de Cozumel

cuenta con una población de arraigo e historia, ésta cada vez se enfrenta a un fenómeno de transculturación que pone en riesgo su propia identidad.

Porcentaje de población emigrante

Presentándose con un porcentaje del 17.67% en su nivel de expulsión, el criterio del índice de migración en la Isla de Cozumel apareció como de riesgo alto.

Según el ERMS existe una importante correlación entre los dos sentidos del flujo, atracción y expulsión, que se destaca en tres estados de la República Mexicana; Quintana Roo, Estado de México y Baja California Norte. Entre ellos se encuentra el 100% de los municipios puntuados con el mayor riesgo por atracción y expulsión siendo el municipio de Cozumel uno de ellos.

El citado estudio menciona: “El caso extremo es Quintana Roo, que a pesar de contar con zonas turísticas de reciente desarrollo, la permanencia de una parte importante de la población es limitada, como queda de manifiesto al analizar los índices de expulsión.” (CIJ, 1997, pág.82).

Los motivos de migración pueden ser muy diversos y se carece por completo de información documentada al respecto. Se concentran cifras de entradas y salidas al territorio estatal y municipal pero se desatienden los motivos, mismos que para este estudio cobrarían relevancia.

Sin embargo, a partir del período del reporte de trabajo se pudo observar que entre los motivos de migración más frecuentes están; las dificultades para adaptarse al medio, la falta de arraigo entre algunos de los emigrantes, el temor a enfrentar fenómenos naturales desconocidos como los huracanes, la poca identificación con la zona, sus costumbres y sus tradiciones, el fin de convenios o contratos de trabajo, trabajos de temporal en función del movimiento de turismo (las llamadas temporadas “altas”), éstas dentro de un mar de posibilidades.

No obstante, uno de los motivos de migración más claramente definidos y que llamó nuestra atención es el de la población juvenil en un rango de edad promedio entre los 15 - 23 años, quienes salen en busca de mejores alternativas de educación media superior y superior a otros estados e incluso al extranjero. Al emigrar estos jóvenes en edad de riesgo dejan su lugar de origen y quedan sin tutela y respaldos familiares directos y cotidianos, y se enfrentan a un intercambio de estilos de vida y patrones de conducta diferentes a los de origen favoreciendo procesos de transculturación, crisis de identidad y falta de arraigo. Aspectos que pueden acentuar condiciones de riesgo.

Dentro de las ciudades a las cuales emigran con mayor frecuencia los jóvenes por motivos de estudios están: Monterrey, Puebla, Mérida y México, D. F. Todas ellas presentaron un nivel de riesgo extremo en cuanto al índice de población universitaria dentro de otros factores de riesgo. Entre aquellos jóvenes que emigran al extranjero se puede identificar como su principal destino los Estados Unidos, país que se destaca por sus altos índices de consumo en drogas. Se calcula que la proporción es de 7 jóvenes estadounidenses por 1 mexicano que consume drogas ilegales y que a razón de 237 por cada mil jóvenes estadounidenses han consumido drogas alguna vez, mientras que en México la proporción fue de 32 jóvenes por cada mil (SSA y CONADIC, 1999). Una cultura que presenta como normalizado el uso de drogas ilegales entre los jóvenes seguro tendrá impacto en la educación y formación de quienes han emigrado para educarse en estos lugares.

4.2.2 Indicadores Económicos

Como se ha venido analizando, el desarrollo turístico que presenta la Isla de Cancún, Playa del Carmen y la Isla de Cozumel, las ha convertido en importantes polos de atracción para quienes están buscando mejores oportunidades de trabajo. Podría decirse que es relativamente fácil emplearse en cualquiera de

estos lugares principalmente si se trata de mano de obra no especializada y barata.

Según el ERMS el nivel de desempleo que tenía Cozumel al momento de la realización del estudio, representó un factor de riesgo bajo para la drogadicción (nivel desempleo del 7.63%). Sin embargo, quizá deba considerarse que el fácil acceso al recurso económico también puede llegar a ser un factor de riesgo, veamos porque.

El INEGI (2001b), refiere que para marzo de 1990 el 36.4% de la población percibía entre uno y dos salarios mínimos, el 20.5% entre dos y tres salarios mínimos y el 15.5% entre tres y cinco salarios mínimos; es decir, en términos generales podría notarse que el 72.4% de la población percibe entre uno y cinco salarios mínimos.

Considerando que para esa fecha el salario mínimo fue de \$32.70 pesos diarios (salario mínimo para el 01 de enero del 2000), se puede calcular el ingreso en un rango entre los \$981.00 pesos y los \$4,905.00 pesos mensuales. Si a esto le sumamos que aproximadamente el 75.6% de la población se ocupa en actividades relacionadas con el turismo (identificado como sector terciario que comprende actividades de comercio y servicios), éstos pudieron haber aumentado sus ingresos mediante propinas, llegando inclusive a duplicarlos o triplicarlos en temporada alta.

Entre algunos usuarios de drogas se puede apreciar que los “extras” en los ingresos producto de propinas en temporadas altas les permite mantener su consumo de drogas y disponer de mayor tiempo libre en las temporadas bajas prescindiendo de un trabajo e ingresos fijos.

Además, entre los adolescentes que se emplean de manera temporal y que cuentan con un ingreso no existe supervisión de los padres sobre la

administración y uso del recurso económico y quedan expuestos a la creciente oferta de droga barata que existe en la Isla, propia de rutas de narcotráfico. De este modo lo que podría representar una ventaja en el desarrollo social, combinado con otros factores de riesgo la vuelven un potencial de riesgo. Para 1990 la población de personas mayores de 12 años fue de 23,905 de los cuales se encontraban ocupados 13,006, es decir el 54.40%, mientras que el 41% estaban inactivos, el 4% no se especificó y el 1% restante estaban desocupados. (ver fig. # 9).

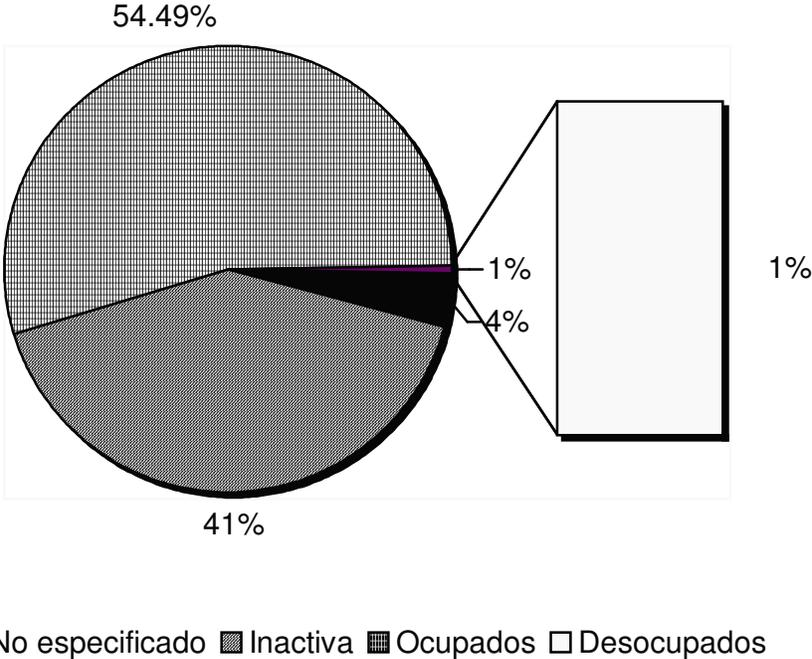


Figura # 9: Muestra el porcentaje de población económicamente activa.

Por otra parte debe considerarse que aunque la estadística muestra un porcentaje bajo de la población desocupada, este dato variará en función de las llamadas temporadas altas y bajas del turismo.

Respecto a la población desocupada y la que se dedica a actividades no especificadas el ERMS dice que... “se consideran indicadores de riesgo; la primera porque en forma clara refleja un problema social; en tanto, la segunda, se infiere que es principalmente la dedicada a actividades informales o marginales que, en la mayoría de los casos, no proporcionan niveles de bienestar con garantía para la estabilidad familiar” (CIJ, 1997, pág. 58).

Porcentaje de bajo nivel de ingreso.

Este valor de riesgo aparece como nulo al contar con una población del 50.67% con un ingreso hasta de dos salarios mínimos. Según el Cuaderno Estadístico Municipal (INEGI, 2001b) tan solo el 1.3% no percibía ingresos, el 11.6% percibía menos de un salario mínimo y el 36.4% de la población percibía de uno a dos salarios mínimos, lo que identifica al 49.3% dentro del criterio de bajo nivel de ingresos según los datos del INEGI y se puede confirmar que este factor no representó nivel de riesgo alguno.

Cabe señalar que dentro de los estados con mayor proporción de población ocupada con ingresos mínimos a escala nacional estuvieron: Chiapas, Oaxaca, Hidalgo, Yucatán, Veracruz, Puebla y San Luis Potosí, de los cuales, Yucatán y Veracruz aportaron significativamente el 79% y 2.7% de la población emigrante que habita la Isla de Cozumel y que procedía de otras entidades de la república (INEGI, 2001b).

4.2.3. Municipio con prioridad Gubernamental

Para efectos del estudio realizado por los Centros de Integración Juvenil, A. C., se retomó el criterio de la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL, 1995), en el cual se detectaron cien ciudades con prioridad para el crecimiento de unidades medias y que cubriera las necesidades de rezago en materia de infraestructura, equipamiento y servicios urbanos, pensado en el crecimiento económico y social

esperado para ellas. Dentro de estas ciudades se encontraron, la Ciudad de Chetumal, Cancún y la Isla de Cozumel, en el estado de Quintana Roo. Por lo que puede decirse que el nivel de rezago que existe en los aspectos arriba señalados representa un riesgo significativamente alto para la población.

4.2.4 Indicadores educacionales

Como niveles de riesgo bajo fueron evaluados los indicadores educativos del porcentaje de población de 15 años y más sin educación primaria y de 12 años y más sin educación media básica (con el 11.89% y 57.01% respectivamente). Sin embargo, aún cuando el porcentaje de población en este criterio no alcanzó niveles significativos de riesgo, no deben minimizarse la vulnerabilidad de esta población ya que presenta riesgo, particularmente aquellos ubicados en el rango de edad de mayor riesgo (10 - 18).

No debe olvidarse que la ENA de 1993 (SSA y CONADIC, 1999), mostró como más vulnerables a aquellas personas que no contaban con suficientes niveles básicos de educación. Del mismo modo la ENA en el '98 que permite ver que existe una mayor proporción de usuarios experimentales de drogas ilegales entre aquellos jóvenes (entre los 12 y los 17 años de edad) que no asisten a la escuela.

La prevalencia de uso experimental fue de 4.2% entre los no estudiantes vs. 1.3% de prevalencia entre los estudiantes.

Por su parte, el grupo de población entre los 12 y los 15 años de edad sin educación media básica obtuvo un resultado riesgoso de nivel medio, pues según los datos expuestos en el ERMS el 64.26% de la población en este rango etéreo no cuenta con educación media básica. Dado que se presume ésta es la edad en la que deberían estar cursando la secundaria, podríamos suponer si acaso no están asistiendo a la escuela, podrían estar insertos en el sector productivo en el

mejor de los casos, o bien desocupados. En ambos casos estarían expuestos a factores de riesgo.

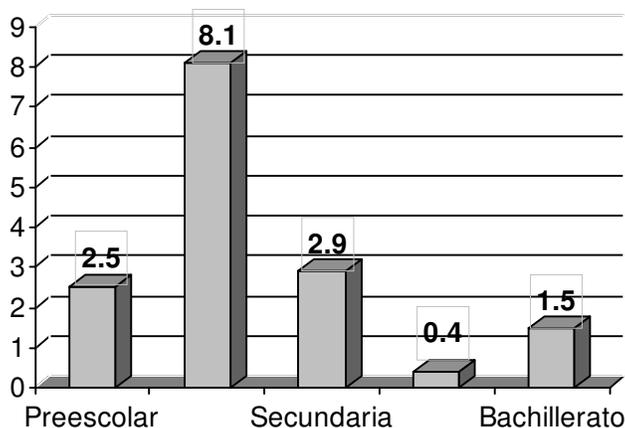


Figura # 10: Matrícula en miles de inscritos en a los diferentes niveles educativos

La siguiente gráfica (fig. # 10) nos muestra el total de alumnos inscritos en el período 1999/2000. Destacaremos los inscritos a nivel primaria, secundaria y bachillerato. De la matrícula de nivel primaria tan solo una tercera parte se inscribió a la secundaria y de estos la mitad continuó sus estudios en el bachillerato. Se puede

observar que el nivel de alumnos que interrumpen en este nivel sus estudios fue muy elevando (Fuente: Secretaría de Educación y Cultura del Gobierno del Estado. Dirección de Planeación Educativa; Departamento de Estadística y Sistema de Información en INEGI, 2001b).

Paradójicamente la misma fuente refiere que el nivel de aprovechamiento en los alumnos de primaria, secundaria y bachillerato fue del 93.6%, 76.9% y 62% respectivamente. Es decir, que existe una cantidad considerable de alumnos que se inscriben y que aprueban pero que esta se reduce conforme avanzan en grado académico. La mayoría mostró un índice de retención del 96.4%, 95.1% y 86.6% en cada nivel mismo que puede considerarse como significativo ya que existe poca deserción en el transcurso del ciclo escolar. Entonces ¿qué hace que se no continúen sus estudios?

Quizá muchos de estos jóvenes interrumpen su formación escolarizada ante la facilidad de incorporarse al mercado de trabajo que exige poco en cuanto al nivel

educativo debido a la gran demanda laboral. Si bien ésta no será la única causa de abandono de la educación escolar, quizá sea la principal (no existen datos documentados de motivos de deserción en alumnos de estos grados escolares). Será necesario investigar otras causas que puedan influir a fin de fortalecer el apego escolar entre la población en el rango de edad comprendido entre los 10 y los 18 años edad.

4.2.5 Indicadores Geográficos

Al hablar de factores geográficos el ERMS destaca la máxima puntuación obtenida en la “Frontera Norte” en donde se asignaron 17 municipios objetivo para su atención prioritaria por estar ubicados en la franja fronteriza y 34 por su proximidad a grandes metrópolis.

La ENA 1998 (SSA y CONADIC, 1999), nos permite entender el porqué del grave riesgo que presentan estos estados y particularmente las ciudades fronterizas. La región norte (comprendida por los estados de Baja California Norte y Sur, Sonora, Chihuahua, Coahuila, Monterrey, Tamaulipas, Sinaloa, Durango y San Luis Potosí) fue la que registró un mayor índice de prevalencia en el consumo de drogas ilegales teniendo como promedio el 6.0%, .73% por arriba de la media nacional y 3.31 puntos porcentuales más que en la región sur.

Las Ciudades de Tijuana y Ciudad Juárez sobresalieron en la región fronteriza con índices de prevalencia considerablemente elevados respecto al resto del país con una prevalencia del 14.73% y 9.20% por cubrir ambos criterios. ¿Qué tienen común estas Ciudades de la franja fronteriza norte del país con las de la franja fronteriza “sur”?

El flujo migratorio que existe entre las ciudades ubicadas de la frontera norte quizá sea más caracterizado por mexicanos que cruzan la frontera para trabajar, realizar compras o estudiar en las ciudades más cercanas de la unión americana, en tanto

que en la región sur el flujo es inverso y se presenta una gran movilidad de norteamericanos, que arriban a la región en busca de descanso y recreo. En las respectivas fronteras si bien no registra el mismo perfil de la gente en tránsito, si lo marca considerablemente y finalmente en ambos casos la población mexicana queda expuesta a la influencia intercultural por convivencia directa con la población de mayor consumo mundial de drogas.

Debido a la ubicación geográfica, es decir a que la Isla de Cozumel no está “ubicada” en la frontera norte del país, no presentó ningún nivel de riesgo en la valoración de zonas fronterizas, tal pareciera que la única frontera existente está en el norte. No obstante, debe reconsiderarse la evaluación de este criterio ya que la Isla de Cozumel se encuentra claramente ubicada dentro de una zona fronteriza (conocida como frontera sur) y muy cercana en sentido comercial y cultural a la gran metrópoli de Miami, en el estado norteamericano de Florida.

Aun cuando la Isla se encuentra separada de la mencionada ciudad americana por cientos de millas marítimas, cabe señalarse que los medios de comunicación vía aérea y marítima modernos han vencido el obstáculo que presentaba el mar y han acortado la distancia. Sin dejar de lado la importancia que ha tenido históricamente desde tiempos mayas en el flujo marítimo comercial con la región de centro y Sudamérica.

4.2.6 Rutas de producción y/o tráfico de drogas como indicadores de riesgo

Según los datos proporcionados por la PGR para el ERMS, en el estado de Quintana Roo se aseguró el 4.06% del total de la cocaína incautada en el territorio nacional, el .02% del total de la marihuana erradicada y el .54% de la marihuana asegurada a nivel nacional. La misma PGR (enero, 2000) en su página electrónica en la red de Internet declaró que en el año de 1994 el estado de Quintana Roo fue una de las principales rutas aéreas y marítimas de narcotráfico en el paso de la droga hacia los Estados Unidos. El boletín cibernético decía:

“Durante 1993 y 1994 las organizaciones del narcotráfico han realizado operaciones de lanzamiento de estupefacientes en las costas de México, especialmente en las del Sureste, en el mar Caribe.

Esta forma de tráfico se ha diversificando en relación con años anteriores en los que la tripulación buscaba aterrizar en pistas clandestinas del Sur del país para descargar la droga y posteriormente trasladarla vía terrestre hacia el Norte; actualmente los lanzamientos de estupefacientes se realizan en los litorales y riberas dificultando la interceptación de la droga que es recogida por lanchas rápidas” (PGR, enero, 2000).

Dentro de los municipios identificados como productores y/o de tráfico de cocaína y marihuana en el estado de Quintana Roo se encuentran Cozumel y Cancún (ver mapa de rutas de narcotráfico, figura # 11).



Figura # 11 : Muestra las rutas de tráfico aéreo y marítimo durante 1994.
Fuente PGR

Otros medios informan de cantidades mayores a las referidas oficialmente. Tal es el caso del diario capitalino La Jornada del 07 de abril de 1999 declaró que la fiscalía especial de los Estados Unidos había presentado una demanda contra el exgobernador del Estado, Mario Villanueva Madrid por haber permitido el tráfico de más de 200 toneladas del alcaloide durante su mandato (actualmente sigue un proceso legal por tal motivo).

Por su parte, la revista “Liber Addictus”, publicación especializada en el tema de adicciones, en el número 42 de Junio del 2000 menciona que según la ONU en el Estado de Quintana Roo se habían detectado ya laboratorios clandestinos de éxtasis (Rogel, 2000).

La cita dice:“En México se han detectado laboratorios en Tijuana, Mexicali, Chihuahua, Ciudad Juárez y Cancún. En 1993, nuestro país fue el principal proveedor de metanfetaminas del mercado estadounidense y el primer importador de efedrina (proveniente de China y de la República Checa)”.

Por todo lo anterior, resulta cuestionable que para el ERMS este factor haya arrojado un puntaje de riesgo alto y no “muy alto” cuando fuentes extra oficiales refieren mayor gravedad en el problema del tráfico y producción de drogas en la región y quizá se trate de un riesgo extremo. Se sugiere considerar en estudios similares posteriores otras fuentes alternas además de las oficiales para ponderar en mejor medida el riesgo.

De cualquier modo deberá considerarse este factor con mucha cautela en el establecimiento de estrategias eficaces para la erradicación de este problema ya que frecuentemente se confunde la lucha contra el narcotráfico y la lucha contra el uso de drogas ilegales y la drogadicción. A pesar de las omisiones puede destacarse que este factor evaluado presentó un nivel de riesgo alto para el consumo de drogas (ver tabla # 8).

Tabla 8: Puntaje de riesgo por tipo de droga.

Droga	Puntaje	Valor de riesgo
Cocaína asegurada	1.992	Muy Alto
Marihuana erradicada	.454	Bajo
Marihuana	1.488	Alto
General	3.924	Alto

Fuente: CIJ, 1997.

4.2.7 Indicadores Socio - familiares

“La integración familiar, es sin lugar a dudas un factor que interviene favorablemente en la salud mental de los miembros, en tanto que la existencia de desajustes puede conllevar a la manifestación de problemas, entre los que se encuentra el consumo de drogas” (CIJ, 1997, pág. 34).

Para evaluar este criterio de riesgo los investigadores del CIJ se basaron en los datos que tiene el INEGI (XI Censo General de Población y Vivienda 1990) en cuanto a número de parejas separadas o en divorcio por ser elementos que representan en forma directa una conflictiva familiar.

Los datos concentrados en el ERMS muestran que en Cozumel, para 1990, el 1.55% de las parejas que ahí existían estaban en conflicto, es decir separados o divorciados. De este modo el resultado arrojó un puntaje calificado como de riesgo nulo ya que quedó por debajo del 3.89% evaluado como criterio mínimo riesgoso. No obstante, merece la pena mirar algunos datos más actualizados.

Según la misma fuente en Cozumel el índice de divorcios aumentó en un 14.06% entre 1994 y 1999 (INEGI, 2001b). Los datos proporcionados por el INEGI muestran que uno de cada ocho matrimonios se divorció en 1994, mientras que en 1999 uno de cada 10 matrimonios lo hizo (ver tabla # 9). Lo anterior nos permite ver que la tendencia en este criterio riesgoso es a incrementarse por lo que quizá deba revalorizarse el nivel de riesgo que ha alcanzado actualmente.

Tabla 9: Comparativo de matrimonios vs. divorcios registrados.

<i>Matrimonios registrados en Cozumel</i>		<i>Divorcios registrados en Cozumel</i>	
1994	1999	1994	1999
522	746	64	73

Otro aspecto evaluado dentro del rubro de factores socio-familiares fueron los matrimonios entre adolescentes quienes presentan mayor riesgo por la dificultad que tienen para formar parejas estables, la falta de madurez, las limitaciones para obtener mejores oportunidades de empleos con remuneración suficiente para el sostén de una nueva familia, dificultad para independizarse y afrontar las responsabilidades de la formación de una familia (CIJ, 1997).

Si a lo anterior le sumamos que algunos de ellos se casan con la presión de un embarazo de por medio, tenemos que la obligación y presión social y la confrontación con una situación no planeada pueden propiciar múltiples frustraciones y problemas paralelos matizados de un sin fin de sentimientos. Cabe mencionar que este factor fue evaluado como de riesgo alto para la Isla de Cozumel ya que el 10.40% de las parejas eran constituidas por jóvenes entre los 12 y los 19 años de edad.

En Quintana Roo, Chiapas y Veracruz se presentó con mayor frecuencia este fenómeno que en el resto de la república mexicana. Dentro de Quintana Roo los municipios de Isla Mujeres (12.14%) y Cancún (11.63%) presentaron este factor como muy alto (CIJ, 1997). Puede apreciarse que los matrimonios entre adolescentes son una práctica significativamente difundida en el estado y por lo tanto un factor de riesgo en crecimiento.

4.2.8 Afluencia turística

Los investigadores del ERMS tomaron al turismo como factor de riesgo para la drogadicción por “ser una actividad que puede alterar y modificar los hábitos y costumbres de las poblaciones incluyendo el consumo de drogas” (CIJ, 1997, pág. 35).

Se ha encontrado que la mayoría los turistas extranjeros que visita nuestro país proceden de sociedades altamente industrializadas en las que existe mayor permisividad hacia el consumo de drogas. Aunque en algunos países el problema es fundamentalmente de facto y no de actitud. Tal es el caso de los Estados Unidos que a pesar de sus políticas antidrogas y su intolerancia hacia el narcotráfico registra los niveles más altos en el consumo de drogas a nivel internacional.

De este modo lo revelaron fuentes oficiales del mismo país. Por ejemplo, en 1997 el uso de drogas alguna vez en la vida, en lo que se refiere a cocaína y marihuana, registró el índice de prevalencia más alto ubicando a esta nación en el primer sitio a escala mundial (fuente: National Household Survey On Drug Abuse, SAMSHA, Estados Unidos de Norteamérica, en SSA y CONADIC, 1999). Dato más que relevante si consideramos que el grueso del turismo de recibe el estado de Quintana Roo y en particular la Isla de Cozumel procede principalmente de aquel país.

Debemos recordar que la principal actividad económica que registra el estado de Quintana Roo es la relacionada con la actividad turística. Se estima que el 58.8% del total de la población en el estado está involucrada en el sector terciario que incluye el comercio y los servicios (INEGI, 2001b). Dentro de los destinos de atracción turística con que cuenta el estado están Cancún que ocupa el primer

sitio en todo el país al respecto, Cozumel, Isla Mujeres y Playa del Carmen, además de otros sitios en desarrollo² (CIJ, 1997).

Con apego en los datos del XI Censo General de Población y Vivienda de 1990, el ERMS identifica a Cancún con una afluencia turística de 1'558,400 turistas y a Cozumel con una afluencia de 167,800 turistas al año, lo que permitió evaluar a la afluencia de turismo extranjero como un factor de riesgo extremo para el desarrollo de problemas de drogadicción.

Datos más actualizados los podemos encontrar en el cuaderno estadístico del INEGI para el año 2000 en donde se registró lo siguiente respecto al turismo que arribó a la Isla por vía aérea (ver tabla # 10):

Tabla 10: Afluencia turística que arribaron por vía aérea:

Año	Número de Vuelos	Pasajeros que arribaron vía aérea		
		Nacional	Internacional	Total
1994	18,704	18,704	114,779	533,728
1997	17,051	17,051	153,791	528,271

Fuente: INEGI, 2001b

Cabe señalar que este censo no considera afluencia de turismo vía marítima lo que reviste especial importancia para la dinámica económica y cultural de la Isla de Cozumel toda vez que este puerto es considerado el principal destino de cruceros turísticos en el país, el tercero más importante del caribe y el quinto más importante del mundo.

A fin de dimensionar la magnitud real de la influencia del turismo extranjero que arriba a Cozumel por cruceros, citamos la entrevista que realizó el periódico peninsular "Diario de Yucatán" el 22 de mayo del 2002 a Bob Dickinson, presidente de la compañía de cruceros Carnival Cruise Line, quién identificó a la

² Como el proyecto de desarrollo turístico conocido como "Riviera Maya"

Isla como el principal puerto de destino para los 18 barcos de esta compañía naviera:

—En 2000 arribaron a Cozumel 354 barcos con 718,324 pasajeros y 280,581 tripulantes; en 2001, arribaron 397 barcos con 843,431 pasajeros y 323,713 tripulantes, y para este año Puerta Maya espera recibir 1.1 millones de pasajeros —agregó.

—Para 2003 planeamos recibir 1.350,000 pasajeros.

Cabe destacar que Carnival Cruise Line es solo una de las varias líneas de cruceros que arriban a la Isla y que la terminal de “Puerta Maya” y “Punta Langosta” dos de las 3 terminales marítimas que conforman el total de las que existen hasta hoy para este tipo de embarcaciones (actualmente se proyecta la creación de una cuarta terminal al norte de la Isla). Lo anterior sin contar a los cruceros que “fondean” en el puerto, es decir; no atracan en ningún muelle y que y que son atendidos por barcos más pequeños que brindan el servicio de transportación a tierra llamados tender.

La delegación regional del Instituto Nacional de Migración (INM) informó que tan solo de enero a abril del 2002 entraron a Cozumel 817,207 pasajeros por vía marítima (Diario de Yucatán del 16 de mayo del 2002). Lo que significa que en realidad la cantidad de turismo que llega a Cozumel por crucero es mucho mayor de lo que aquí alcanzamos a semblantar.

Sin lugar a dudas, la convivencia con este flujo migratorio anual de extranjeros, principalmente norteamericanos, que llegan a ser 18.32 veces mayor al total de la población isleña, tiene fuerte influencia en los hábitos y costumbres de la población nativa y avecindada en Cozumel, especialmente cuando existe una cultura subyacente de admiración, velada o abierta, hacia esta nación que se ostenta como desarrollada y potencia mundial.

Por otra parte, aun cuando el flujo de turismo nacional es menor en comparación con el extranjero, éste también representó un factor de riesgo alto para la drogadicción. (De acuerdo con los datos retomados por el ERMS del XI Censo General de Población y Vivienda de 1990, Cozumel recibe una cantidad aproximada de turismo nacional de 64,800)

Conclusiones:

De los criterios considerados para la valoración de riesgos macro sociales de farmacodependencia por los Centros de Integración Juvenil, la Isla de Cozumel presentó indicadores riesgosos valorados como a) EXTREMOS: la desproporción entre sexos, estar dentro de una ruta de narcotráfico y la alta afluencia de turismo internacional. b) como MUY ALTO: la alta tasa de flujos de inmigrantes y c) como ALTOS: la alta tasa de flujos migratorios, ser considerado como un municipio con rezago en materia de infraestructura, equipamiento y servicios urbanos, tener un promedio significativo de parejas de adolescentes y por su afluencia de turismo nacional.



Figura # 11: Ilustra el nivel de riesgo por región en el Estado de Quintana Roo

Tabla 11: Rangos de valores para puntaje de riesgo.

Cortes	Riesgo
De 6.30 a 15.70	Medio
De 15.71 a 25.10	Alto
De 25.11 a 34.50	Muy Alto
De 34.51 a 43.9	Extremo

En términos generales la Isla de Cozumel fue valorada con un nivel de riesgo MUY ALTO (ver tabla # 11), para el desarrollo de casos de drogadicción ya que arrojó un total de 28.31 puntos quedando a tan solo a 6.2 puntos de

obtener un nivel de riesgo EXTREMO. No obstante, deberán considerarse las observaciones señaladas en el análisis del estudio ya que de aplicarse éstas, quizá el resultado pudiese alcanzar el nivel de riesgo extremo.

Cabe mencionar que de 317 municipios, evaluados el que salió con mayor puntaje de riesgo fue Tijuana en el estado de Baja California (43.88) definiéndose de este modo como el que encabeza la lista de los cuatro municipios que presentaron riesgo EXTREMO (Ciudad Juárez, Chihuahua; Nogales, Sonora y la Delegación Cuauhtémoc, D.F.), en tanto que Chiautempan, en el estado de Tlaxcala, con un puntaje de 6.30, se colocó al final de la lista como el municipio que presentó menor riesgo de todos los estudiados.

En el Estado de Quintana Roo dos municipios además de Cozumel fueron valorados como de MUY ALTO (ver figura # 11) riesgo para la farmacodependencia, destacando como el más riesgoso la Ciudad de Cancún con un puntaje de 34.17 y colocándose en el tabulador nacional en el séptimo sitio de riesgo mientras que Cozumel se ubicó en la posición número 35 a nivel nacional. Igualmente, valorada como sitio de MUY ALTO riesgo Isla Mujeres se colocó en la posición número 103 con 21.48 puntos, mientras que la Ciudad Capital de Chetumal obtuvo un puntaje del 15.78 lo que la colocó dentro del grupo de las Ciudades con un riesgo ALTO.

Dentro de los municipios predominantemente rurales evaluados en Quintana Roo, Felipe Carrillo Puerto se ubicó en el lugar 56 con 17.49 puntos presentando un riesgo ALTO.

Para estudios similares posteriores en el estado de Quintana Roo se recomienda incluir al municipio de Solidaridad por presentar diversos factores de riesgo de los ya expuestos, dentro de los más significativos, su alta tasa de crecimiento poblacional considerada la mayor de Hispanoamérica, con una tasa anual del

24%, muy por encima de la media nacional (Diario de Yucatán del 09 de mayo del 2002).

Se hace difícil pensar que los sitios tradicionalmente definidos como “paradisíacos” presenten un nivel tan elevado de riesgo. Pareciera inconcebible que respecto a la drogadicción sea más seguro para un padre de familia educar a sus hijos en Ciudad Netzahualcóyotl (26.60 puntos de riesgo), el Estado de México o la Ciudad de Guadalajara (26.60 puntos de riesgo) que en Cancún, Cozumel o Isla Mujeres. Lo anterior muy probablemente debido a que generalmente se asocia a la drogadicción con altos índices de violencia y delictivos.

Finalmente mencionaremos que quizá sea conveniente incluir como factor de riesgo a evaluar los llamados negocios que se encargan de lavar dinero por su estrecha vinculación con los problemas de narcotráfico. El diario capitalino *Uno más uno* del 28 de diciembre de 1999 destacó que en nuestro país se lavan anualmente entre 6 mil y 10 mil millones de dólares provenientes del narcotráfico. El binomio entre lavado de dinero y narcotráfico trae consigo un debilitamiento en el cumplimiento de las leyes y un desarrollo de la tolerancia hacia el uso indebido de las drogas. Con el tráfico ilícito de drogas y el lavado de dinero, su poder de corrupción y la consecuente neutralización de las autoridades frente a este problema la posibilidad de crecer como en terreno fértil aumenta.

**LA NECESIDAD DE CREAR UN CENTRO
PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL
DE LA DROGADICCIÓN EN
LA ISLA DE COZUMEL**

"La historia no existe si no está escrita"

Jaques Lacan

Antes de intentar aventurarme en un terreno que me es completamente ajeno, el del historiador, debo advertir que este relato no pretende dar cuenta cabal de los hechos como sucedieron en "realidad". Seguramente habrá omisiones o interpretaciones personales. Este apartado es más bien una propuesta para articular una historia que permita contextualizar y entender el origen y evolución del Centro de Integración Juvenil en Cozumel.

Si uno observara a un grupo de personas comentar una película que previamente hayan visto todos, aunque haya sido el mismo filme, muy probablemente notará que cada cual re-elabora una historia a partir de las cosas que le resultaron significativas o importantes. Cada uno reparará en detalles que le dicen algo y le permiten comunicar una idea, un anhelo, un deseo, un malestar o lo que sea a otro.

Del mismo modo, la historia del CIJ podrá ser contada por cuanta gente participó, observó, deseó o imaginó su desarrollo. Todos lo harán con apego a hechos reales o imaginarios (la mayoría los segundos), de ahí que pueda haber tantas historias como interesados en comunicar alguna idea a partir de este proceso.

Este apartado pretende validar su propio espacio en los términos ya descritos. Reitero, más que intentar hacer el trabajo que corresponde al historiador, intentaré, en la medida que mi subjetividad y mi memoria me lo permitan, relatar la percepción e interpretación de mi trabajo, el de otros y el de las condiciones que influyeron conjuntamente para la conformación y apertura de este centro especializado en la atención de las adicciones.

5.1 Antecedentes y precurrentes al surgimiento del CIJ en Cozumel.

Concebida por muchos como un paraíso, la Isla de Cozumel parecía uno de los pocos lugares en donde el problema de la drogadicción se haría presente. La constante asociación de este problema de salud con altos índices delictivos y la tranquilidad de la población cozumeleña la volvían invisible. La tolerancia cultural al consumo de drogas legales, particularmente del alcohol, la hacían inexistente.

Sin embargo, la evolución y diversificación en la manifestación de esta enfermedad vino a despertar inquietudes respecto la concepción del uso de drogas en Cozumel. La difusión en radio y prensa locales de casos que generalmente asociaban el consumo de drogas a la comisión de algún delito, obligó a propios y extraños a tomar conciencia de un problema que parecía corregible con castigos ejemplares o inclusive con expulsiones de la Isla. El problema se hizo ineludible cuando los abusadores de drogas no eran gente mala o delincuentes, bien podrían ser miembros de familias ejemplares o bien cualquier otra persona. Pronto las medidas disciplinarias fueron insuficientes.

La situación se agravó sensiblemente con el aumento en el tráfico ilícito de drogas por la ruta del caribe en su paso hacia los Estados Unidos de Norte América propiciando una disponibilidad inusitada.

Si bien el uso de drogas en la Isla no es nuevo, tampoco lo han sido los intentos y métodos por erradicar este fenómeno de la comunidad isleña. En tiempos más recientes, han sido muchos los casos de personas que, afectados de algún modo por las adicciones, se han involucrado de manera voluntaria para ayudar a otros en su lucha contra el consumo de drogas. Una gran cantidad de casos y esfuerzos antecieron al CIJ con trabajo ejemplar y varios de ellos aun permanecen en la Isla con programas y alternativas para quienes quieren dejar el uso insano de las drogas.

Dentro de los trabajos realizados podemos mencionar por su trascendencia o contexto temporal con el surgimiento del CIJ a los siguientes.

5.1.1 Los Grupos de AA.

Con la aplicación del modelo de los doce pasos y doce tradiciones y la metodología y organización propuestas por los grupos de AA (Alcohólicos Anónimos), éstos introdujeron a la Isla desde hace muchos años una de las primeras alternativas con un programa serio de atención a la adicción al alcohol.

Según el relato de Manuel M. conocido como “El Brujo”, fue en el año de 1967 en las oficinas de la Fuerza Aérea Militar de la Base Aérea Militar No. 4 y a solicitud del General en turno que se realizaron las primeras juntas informativas y fueron dirigidas al personal de la base (Revista Plenitud AA, 2002). En lo sucesivo se fueron conformando diversos grupos hasta alcanzar en el año 2001 la cantidad de trece.

Con su discurso al pasar el mensaje, empezaron a difundir la idea de que los problemas de adicciones son una enfermedad. Es decir, que el alcoholismo es

un problema fundamentalmente de salud física y mental. Con esta visión resultaron vanguardistas a muchos médicos que seguían y siguen mirando a las adicciones como un problema de comportamiento y disciplina.

Fueron los grupos de AA pioneros en las campañas de difusión de la adicción al alcohol. Realizaban, como hasta ahora, su labor preventiva mediante testimonio de personas que han alcanzado la recuperación con la aplicación del programa. Actualmente AA ha logrado consolidar un aproximado de quince grupos que sesionan diariamente.

5.1.2 El “Padre Jeremy”

Desde la perspectiva religiosa, sin lugar a dudas muchos habrán sido los intentos por ayudar a los adictos, no solamente desde la religión católica sino desde la pluralidad religiosa que tiene actualmente Cozumel. Sin embargo, rescato este antecedente, entre otros, por la singular simpatía e interés que el sacerdote católico Jeremy desplegaba hacia los jóvenes, esto aproximadamente en el año 1988. Ubicado en una de las zonas más populosas de la Isla, hizo de la Iglesia de Guadalupe un centro de reunión para jóvenes quienes la sentían como un lugar propio.

Famoso por sus misas dirigidas a los jóvenes llegó a fortalecer la autoestima y valores de muchos, promovió la participación activa de los muchachos en la transformación de su realidad. Centró su atención en la potencialidad de los muchachos más que en acentuar su marginalidad.

Si bien, no podemos afirmar que el sacerdote tenía un enfoque desde la salud, si podemos pensar, basándonos en entrevistas, que él miraba en los jóvenes algo muy distinto a problemas, algo diferente a pecadores.

Actualmente, los diferentes movimientos religiosos procuran dar contención a los riesgos que presentan los jóvenes. Lamentablemente, la mayoría de ellos lo hacen centrados desde una perspectiva moralista que sanciona y culpa, propiciando el distanciamiento de los jóvenes a estos valores tradicionales más que su acercamiento.

5.1.3 “El Tigre”

Desde el año 1988 el Ing. Sergio Aké Solís, conocido entre los jóvenes de la Isla como "El Tigre", inició su programa de contención y rehabilitación a jóvenes con problemas de adicción y alto riesgo a partir de la muerte de un familiar en una riña callejera bajo los efectos de disolventes inhalables.

Sergio Aké, decidió reunir al grupo de jóvenes con quienes solía salir su sobrino a fin de orientarlos y entrenarlos en la disciplina del karate-do, con miras a fortalecer su voluntad y autocontrol. Con un estilo sencillo y cercano a los jóvenes el programa de “El Tigre”, logró dar contención a un grupo creciente de jóvenes a quienes motivaba a seguir estudiando, colocaba en trabajos y convivía de manera regular. Su programa sigue vigente y ha ampliado su atención a niños y padres de familia. Actualmente apoya otros programas de prevención y tratamiento en la Isla.¹

5.1.4 Programas de asistencia social del DIF.

El Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia durante la administración del presidente Municipal, Sr. Germán García Padilla (1993-1996), la presidenta del sistema DIF, Sra. Xiomara García de García y la dirección de la Lic. María Jesús García Rejón, pusieron especial interés en los problemas de

¹ Datos referidos en entrevista con el Ing. Sergio Aké.

drogadicción que presentaron un aumento en la frecuencia entre los niños abusadores de disolventes inhalables.

El programa D.I.A. (Desarrollo Integral del Adolescente), coordinado por el Sr. Luis Roel Itzá, centró su atención en la prevención de estos casos e inició la coordinación de esfuerzos con especialistas para informar y orientar a los adolescentes. Este programa logró reunir a dos psicólogos, Jeannete Canaam y Víctor Hugo Venegas y a un medico general Arturo Campos, para que voluntariamente informaran a la población respecto a diferentes tópicos del desarrollo del adolescente, dentro de ellos, sexualidad, autoestima y drogadicción.

También, durante esta administración, se empezó a desarrollar de manera incipiente una cultura preventiva del problema de la drogadicción. Esto se hizo mediante dos cursos denominados, uno: “Antes de que sea demasiado tarde”, dirigido a jóvenes que eran usuarios experimentales o abusadores y a jóvenes en alto riesgo; y el otro denominado: “Habilidades básicas para establecer una relación de ayuda”, dirigido a personal y voluntariado del DIF, impartidos por el Psic. Víctor Hugo Venegas. No obstante, el trabajo se perdió por falta de seguimiento.

En otros momentos la administración del DIF llegó a invitar al Psic. Raúl Arce Lara, director del Centro de Integración Juvenil de Cancún para apoyar foros y pláticas preventivas.

Durante la administración del Sr. Víctor Manuel Vivas González (1996-1999), la presidencia en el DIF de la Sra. Vlady Vivas de Vivas y la dirección de la Sra, Duly Marrufo, la preocupación por el creciente número de adictos se acentuó. Se contrataban los servicios de psicoterapeutas para el apoyo emocional de quienes

lo solicitaban y de aquellos que necesitaban orientación por problemas con el abuso de sustancias.

Los casos de adictos, que se consideraba necesitaban tratamiento, empezaron a ser canalizados a La Fraternidad, un anexo 24 hrs., en el estado de Puebla, en donde los chicos ingresaban a esta modalidad de atención por un periodo que podría variar de uno a tres meses. La abstinencia del consumo de drogas de los que regresaban a la Isla, reforzó la idea de éxito en este programa por lo que se siguió enviando a quienes necesitaban tratamiento. Los gastos eran absorbidos por el DIF lo que pronto significó una limitante para atender la demanda en aumento del servicio terapéutico.

Lo anterior propició la participación de particulares como la Sra. Adda Angulo Vda. de González quien inclusive llegó a invitar a los responsables del anexo de la Fraternidad de Puebla para entrevistarse con ellos y considerar la posibilidad de abrir un centro como aquél en la Isla de Cozumel.

5.1.5 El grupo de NA

Con estricto apego al programa de doce pasos y doce tradiciones pero aplicándola a la problemática del abuso de drogas, se abrió en la Isla de Cozumel un grupo de Narcóticos Anónimos. Este programa se puso en marcha por personas de la comunidad que habían ingresado a unidades de internamiento hospitalario para la atención de su enfermedad fuera de la Isla y que a su regreso promovieron la apertura de este grupo con la idea de dar continuidad al programa de contención iniciado en las clínicas. A este se sumaron gente que aun sin haber acudido a estas clínicas tenían el interés en participar del programa para alcanzar su recuperación. Los grupos de NA iniciaron sesiones en el año de 1997.

La presencia de estos grupos vino a fortalecer la idea de que la adicción es un problema de salud, ahora más explícitamente señalando hacia el uso de otras drogas además del alcohol. Al igual que los grupos de AA su método de difusión va dirigido a quienes desean integrarse al programa de recuperación y lo hacen a través de conferencias o charlas en las que adictos en recuperación comparten sus experiencias.

5.1.6 La Fraternidad Cozumel.

Con el apoyo de empresarios, dentro de ellos la Sra. Adda Angulo Vda. de González y el Sr. Santiago Herrera, el apoyo de la Fundación de Parques y Museos, del Gobierno Municipal y de personas recuperadas en La Fraternidad de Puebla, se logra la apertura de la Fraternidad de Cozumel, A.C. el mes de marzo de 1997, que trabaja con una adaptación de la filosofía del programa de AA y funciona básicamente en la modalidad de anexo 24 hrs., para alcohólicos y drogadictos.

Este programa también funciona con la participación de adictos recuperados quienes dirigen las sesiones y orientan a los anexados en la aplicación del programa de doce pasos y doce tradiciones.

De este modo, se puede ver que el contexto en el que surge el CIJ en Cozumel muestra una preocupación constante y creciente en todos los sectores de la sociedad ante el problema del uso indebido de drogas. Había una percepción del problema y un deseo por involucrarse en la solución del mismo.

Hasta este punto, en la historia de las medidas implementadas en y por la comunidad cozumelense contra la drogadicción, no había surgido ninguna propuesta profesional, clínica-médica, ni científica que presentara un plan de trabajo con una intervención preventiva y terapéutica hacia la comunidad. Un

plan que atendiera una epidemia que se manifestaba con claridad y requería una estrategia de salud comunitaria que trabajara desde su prevención. Desde nuestro punto de vista, dentro del mar de alternativas que existían en la Isla de Cozumel para la atención al problema de la drogadicción, justamente éste es el vacío que vino a cubrir el CIJ.

5.2 Relato cronológico del surgimiento del CIJ en Cozumel.

5.2.1 1993-1996

A partir de las pláticas de orientación dirigidas a los alumnos de la Escuela Secundaria Técnica Núm. 40, José Vasconcelos, los voluntarios del programa D.I.A. del DIF (Dr. Arturo Campos, Psic. Jeannete Canaam, quien funge como orientadora del mismo plantel hasta la fecha y el Psic. Víctor Hugo Venegas) comentaron con el coordinador del programa (Sr. Luis Roel Itzá) las inquietudes manifestadas por los alumnos, siendo una de las más frecuentes el uso indebido de drogas.

Las dudas planteadas por los alumnos evidenciaron en el equipo la necesidad de ampliar el conocimiento en torno a las adicciones para informar mejor a la población estudiantil de los daños y efectos del uso indebido de drogas. Para lo cual se programó una visita al Centro de Integración Juvenil de Cancún, abriendo el primer contacto para iniciar un trabajo de difusión y prevención a partir de la capacitación y orientación brindada.

El trabajo del programa D.I.A. en la escuela José Vasconcelos evolucionó con respuesta favorable por parte de la comunidad estudiantil y de las autoridades escolares hasta alcanzar, entre los voluntarios y el coordinador del programa, la inquietud por desarrollar un centro de atención médica especializada para los problemas de adicción.

Se organiza un segundo encuentro con el director del CIJ Cancún, Psic Raúl Arce Lara para solicitar explícitamente orientación para la apertura de un centro de enlace que contara con la asistencia y asesoría continuas y que a la larga permitiera brindar servicios profesionales de tratamiento. La entrevista con él dejó ver que se trataría de un trabajo voluntario largo, ya que los CIJ's no contaban con presupuesto necesario para la apertura de un nuevo local en la región. De abrirse uno en Cozumel, sería necesario pensar en los mecanismos para su autofinanciamiento. De momento el equipo decide continuar con el trabajo voluntario de información.

5.2.2 1996-1999

La inquietud por abrir un espacio profesional para la prevención y la atención de las adicciones persiste entre los miembros de este equipo de voluntarios, lo que motivó solicitar una audiencia con el nuevo presidente Municipal Víctor Manuel Vivas González. En ésta reunión se planteó la necesidad de abrir un centro especializado que pudiera prevenir el surgimiento de nuevos casos y tratar los existentes desde una perspectiva profesional de la salud.

El equipo manifestó su disposición e interés en trabajar coordinadamente con la administración Municipal a fin de concretar la apertura de un centro que brindara tales servicios lo que requeriría de su apoyo financiero para realizar los viajes a la Ciudad de Cancún a fin de recibir la capacitación necesaria. Esta capacitación se brindaría a una persona quien a su vez la multiplicaría entre los interesados en la Isla a fin de ir conformando un equipo de voluntarios sólido.

La respuesta fue afirmativa y el Sr. González pidió que se nombrara a un responsable para coordinar el proyecto. El equipo propone como coordinador del

proyecto para el establecimiento de un CIJ en la Isla al Psic. Víctor Hugo Venegas Molina.

5.2.3 Las Convergencias:

5.2.3.1 CANIRAC

En alguna reunión de trabajo con la Cámara de Restauranteros de la Isla de Cozumel, el Sr. Víctor Manuel Vivas González en su calidad de Presidente Municipal recoge la inquietud de este gremio por hacer algo frente a la creciente problemática que enfrentan los jóvenes en la Isla de Cozumel, particularmente en lo que refiere a los crecientes índices de violencia y abuso de drogas. En ese encuentro le plantean la necesidad de desarrollar un polideportivo que articulara múltiples programas de atención a la juventud y de este modo canalizar las inquietudes y reducir consecuentemente los índices delictivos y de violencia.

El presidente Municipal al ver la similitud de inquietudes con las del grupo de profesionistas que se habían acercado para solicitar su apoyo en el establecimiento de un CIJ en la Isla, promueve un encuentro a fin de ver la posibilidad de reunir esfuerzos.

Semanas más tarde se concreta una reunión en la que el equipo encargado del proyecto para el establecimiento del CIJ en la Isla, se reúne con el gremio de restauranteros encabezados por él, a fin de exponer la necesidad de trabajar concentrando la atención en uno solo de los problemas juveniles, la drogadicción. En la mesa, manifiestan su preocupación, interés y disposición para sumar esfuerzos el Sr. Ernesto Díaz, Sr. Adolfo Gracia, Sr. Luis Enrique Zarco, Sr. Raymundo Yañez y el entonces presidente de la CANIRAC, Ing. Aníbal de Iturbide.

A partir de la reunión con el grupo de la CANIRAC, se planea y realiza en el verano de 1996 el 1er Foro Al Encuentro de Alternativas Contra la Farmacodependencia patrocinado por la CANIRAC, el DIF Cozumel y el Centro Cultural Ixchel. Como resultado de este trabajo se presentaron cinco propuestas dentro de las que destacó la apertura de un CIJ a partir de la exposición del Psic. Raúl Arce Lara como una de las propuestas más serias y factibles para su realización. Se conforma un comité de seguimiento integrado por el grupo promotor del CIJ en Cozumel y la CANIRAC.

5.2.3.2 Kena Moreno y Pedro Joaquín

Durante uno de los viajes para la asesoría con el Psic. Raúl Arce Lara, en la Ciudad de Cancún, éste nos pregunta si el equipo para el establecimiento de un CIJ en Cozumel (compuesto por, la Psic. Jeannete Canaam, Dr. Arturo Campos, el Sr. Luis Roel y Psic. Víctor Hugo Venegas) tenía alguna vinculación con la Fundación de Parques y Museos.

Al hacer explícito que no habíamos tenido hasta entonces contacto alguno con la Fundación en este sentido, el Psic. Arce Lara nos explicó que en semanas previas se había entrevistado con el entonces presidente de la Fundación de Parques y Museos, C. P. Alberto Villanueva Martín, quien le pedía requisitos y asesoría para poder abrir un Centro de Integración Juvenil en la Isla. La Fundación estaría dispuesta a aportar el terreno, la construcción del edificio, el equipamiento y el pago de los salarios. El Contador Villanueva informa que este interés que tienen en la apertura de un CIJ surge a partir de una entrevista que sostuvieron la Sra. Kena Moreno y el Lic. Pedro Joaquín Coldwell.²

² En entrevista con la Psic. Carmen Fernández Cáceres, Directora Operativa Adjunta de Operatividad y Patronatos el 15 de enero del 2003, me notificó que el Lic. Pedro Joaquín Coldwell le planteó a la Sra. Kena Moreno la solicitud para la apertura de un CIJ en la Isla de Cozumel en el año de 1994 durante una gira de trabajo en la Ciudad de Mérida, Yucatán.

Con entusiasmo se comunicó al presidente Municipal, Víctor Vivas González, lo anterior y planteamos la posibilidad de que mediante su gestión su pudieran sumar esfuerzos y recursos. En entrevista que sostuvieron vía telefónica y estando presentes Jeannette Canaam y Víctor Hugo Venegas, el Sr. González y el Sr. Villanueva, acordaron conjuntar esfuerzos y apoyar al grupo que venía realizando algún trabajo previo con miras a la apertura del CIJ. De este modo, la Fundación ofreció su apoyo al proyecto del gobierno municipal. Como muestra de lo anterior la Fundación de Parques y Museos se ofrece a pagar el salario del coordinador del proyecto y el equipamiento del inmueble cuando éste estuviera listo.

En otro momento y con el apoyo de la Lic. María Jesús García Rejón, se sostuvo una entrevista privada entre Víctor H. Venegas y el Lic. Pedro Joaquín Coldwell en la Isla de Cozumel en donde se le presentó el proyecto y se solicitó su apoyo, a lo que expresó su conformidad y apoyo para la realización del mismo. Se logró la suma de esfuerzos con un fin común.

En diciembre del 1996 durante una visita a la Ciudad de México, el coordinador del proyecto para el establecimiento del CIJ en Cozumel, concreta una cita con el entonces director general de los CIJ's Lic. Jesús Alfredo Cabrera Solís, quien manifiesta su entusiasmo por la apertura de un CIJ en la Isla y hace disponible a su equipo para la asesoría inmediata a fin de realizar el proyecto.

Ese mismo día vía telefónica el Lic. Cabrera coordinó a su equipo a fin de que pudieran recibirme. Se sostuvieron reuniones de trabajo con el director de Tratamiento, Dr. Víctor Manuel Guisa Cruz, el director de Planeación Dr. Eduardo Salinas, la directora de administración Lic. Edith Escudero, la directora

de Participación Comunitaria*, Psic. Ana María Quintanilla y el subdirector de Prevención, Psic. Manuel Ponce Bernal.

La respuesta fue contundente, un apoyo logístico inmediato para la apertura del CIJ en Cozumel. En la distancia se puede interpretar que el Lic. Cabrera pensó que Víctor H. Venegas había sido enviado por el Lic. Pedro Joaquín Coldwell quien previamente había solicitado a la Sra. Kena Moreno la apertura de un CIJ en la Isla.

El resultado de este encuentro de trabajo fue regresar a la Isla de Cozumel con los pasos a seguir para la apertura de un CIJ en Cozumel:

- A. Conformar un patronato que se hiciera responsable moral y económicamente del CIJ toda vez que no se contaba con presupuesto para la apertura de un nuevo local.
- B. Gestionar la donación o el comodato de un local que albergara las instalaciones del CIJ.
- C. Conseguir el pago de los sueldos base para personal comisionado a trabajar en los programas del CIJ.
- D. Continuar con los trabajos de información preventiva en la comunidad.

Al regreso del viaje, se rindió un informe al presidente Municipal de las entrevistas sostenidas y de la proyección del trabajo.

5.2.4 Conformación del Patronato del CIJ Cozumel.

Con la asesoría e instrucciones de la ahora extinta dirección de Participación Comunitaria de los Centros de Integración Juvenil en la Ciudad de México, se inicia el análisis de perfiles y candidatos para la conformar el patronato del CIJ.

* La dirección de Participación Comunitaria actualmente no existe. Con un enfoque distinto el trabajo es retomado bajo la administración del Dr. Guisa Cruz por el departamento de Movilización Social.

Comentando las características que deberían cumplir los integrantes del patronato con líderes empresariales de la comunidad, dentro de ellos al Sr. Nassim Joaquín Ibarra, la Lic. Ma. De Jesús García Rejón y la Sra. Noemí Ruíz de Becerra, se elaboró una lista de aproximadamente 50 candidatos a conformar el patronato en las que se incluyó al grupo de la CANIRAC y dos miembros de la Fundación de Parques y Museos.

En febrero de 1997, se realizó una reunión con los candidatos a conformar el patronato en una de las salas de la CANACO Servytur en Cozumel, en la que se explicó a los asistentes la problemática del uso de drogas en Cozumel, el proyecto para la conformación de CIJ en Cozumel, las funciones de un patronato y el motivo de su presencia. Se pidió que analizaran la posibilidad de comprometerse de este modo con la comunidad. Como resultado de esta reunión destacó la disposición y compromiso del grupo de restauranteros quienes se propusieron de inmediato para conformar el patronato.

Finalmente para el mes de mayo de 1997 en el Museo de la Isla de Cozumel, mismo año queda conformado el patronato fundador del CIJ en Cozumel, destacó el interés del Sr. Ernesto Díaz Linares y su decisión por tomar la presidencia del patronato misma que implicaba el reto de poner en marcha un el CIJ en Cozumel y garantizar su solvencia económica y moral. Con su liderazgo y visión el patronato quedó integrado por:

Presidente: Sr. Ernesto Díaz Linares.

Vicepresidente A: Lic. María Jesús García Rejón.

Vicepresidente B: Ing. Luis Enrique Zarco.

Secretaria: Lic. Mercedes Pasquel de Iturbide.

Tesorero: Ing. Aníbal de Iturbide Peláez.

Vocales:

Sr. Adolfo Gracia Aguilar.

Sr. Rubén Barahona Mendoza.

Dr. Alberto Escartín y Castro.

Sra. Dulce María Leal Covián³.

5.2.5 Inauguración del CIJ en Cozumel.

A la conformación del Patronato, éste inició sus actividades de manera inmediata. Se puso en marcha la campaña para la procuración de fondos denominada “Quíntate un peso de encima” con la idea de reunir el recursos necesarios para la puesta en marcha del CIJ. Se iniciaron las gestiones para obtener el inmueble que albergaría las instalaciones del CIJ y se promovió con el gobierno Municipal el pago para el salario de una secretaria.

Finalmente el Centro de Integración Juvenil Local Cozumel, A.C. abrió sus puertas el día 05 de diciembre de 1997. En acto inaugural presidido por el Presidente Municipal, Víctor Manuel Vivas González, la presidenta del DIF estatal, esposa del entonces Gobernador del Estado, Sra. Isabel Tenorio de Villanueva, la presidenta del DIF Municipal, Sra. Vlady Vivas de Vivas, personalidades, autoridades de la Isla y público en general, se entregó oficialmente en comodato por tiempo indefinido el edificio que ocupa el Número 230 de la Av. Lic. Pedro Joaquín Coldwell.

¿Por qué un Centro Local en Cozumel?

Según el estudio de Riesgos Macrosociales (CIJ, 1997), los Centros Locales representan la opción viable para aquellos municipios cuya magnitud poblacional no justifique el establecimiento de un centro Regional, es decir para todos aquellos municipios que no excedan una población de 100,000 habitantes.

³ Gran impulsora del proyecto CIJ en Cozumel y ejemplo de tenacidad fallecida en la Isla de Cozumel el 12 de Febrero de 2001.

Condición importante para su adecuado funcionamiento es tener su origen en la formalización de un trabajo previo en la comunidad, que es quien debe promover su puesta en marcha y aportar las instalaciones, gastos de operación y personal comisionado. Exactamente del modo en que surge el CIJ Cozumel.

Los Centros Locales dependen organizacionalmente del Centro Regional más cercano a su ubicación geográfica, en este caso el CIJ Cancún. En una primera etapa desarrollan únicamente actividades preventivas, en la medida de sus resultados y demanda, existe la posibilidad de operar programas de atención curativa.

La pertinencia de los Centros Locales esta en función de su nivel de riesgo y magnitud poblacional, siendo recomendable como mínimo una población objetivo de 100,000 habitantes (CIJ, 1997).

Conclusiones:

1. La creación de proyectos de salud comunitaria requiere de la concienciación de la comunidad para que se dé como consecuencia la movilización de sus recursos.
2. Es importante incidir en todos los niveles y sectores de la sociedad a fin de concretar la realización de un proyecto.
3. Los proyectos de salud comunitaria deben estar basados en las necesidades reales detectadas y percibidas por la comunidad.
4. El proceso histórico que siguió el CIJ Cozumel es un ejemplo como los grupos de la sociedad civil organizada pueden promover proyectos de salud comunitaria de manera autogestiva.

CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL, A. C.

Se ha explicado ya las características riesgosas que presenta la Isla de Cozumel y porqué a pesar de contar con agrupaciones dedicadas a dar algún tipo de atención a la drogadicción faltaba una opción que brindara la atención desde la perspectiva de salud comunitaria. Pero, ¿qué ofrecen los Centros de Integración Juvenil, A.C.? ¿Qué son? ¿En qué medida sus programas pretenden dar respuesta a esta necesidad detectada en la Isla de Cozumel? ¿Cómo propone el abordaje y la atención al problema de la drogadicción?

¿Qué es el Centro de Integración Juvenil?

Los Centros de Integración Juvenil, son un organismo descentralizado del Sector Salud constituida como una Asociación Civil sin fines de lucro, los CIJ se han dado a conocer como una institución especializada en el tratamiento, la prevención y la investigación de la drogadicción. Con más de 33 años de experiencia y un acervo único en todo el país en la temática de las adicciones, los CIJ han alcanzado reconocimiento internacional dentro de los que destaca el otorgado por el PNUFID de la Organización de las Naciones Unidas. Ha logrado destacar en toda América Latina como una de las principales en su tipo.

Los CIJ's existen mucho antes de que llegara a constituirse el Consejo Nacional Contra las Adicciones y de que se realizaran en nuestro país las Encuestas Nacionales de Adicciones. Inclusive han colaborado con su experiencia en la formación de estas instancias, así como respecto a miles de investigaciones para entender la problemática involucrada en el fenómeno de las adicciones.

Actualmente cuenta con una red operativa por casi todo el territorio Nacional compuesta por: 71 centros regionales y locales, dedicados a la prevención y el tratamiento en la modalidad de consulta externa, 3 unidades de tratamiento residencial en las que se brinda el servicios de hospitalización, 4 unidades dedicadas exclusivamente a la consulta externa y 1 clínica de metadona.

6.1 Características de los programas del CIJ:

6.1.1 Programa Preventivo: Para Vivir Sin Drogas

Como mencionamos anteriormente, en México existe una importante cantidad de programas preventivos de entre los cuales pueden enlistarse los siguientes: *Para vivir sin drogas*, de los CIJ's; el *Modelo preventivo del uso de alcohol y otras drogas para los trabajadores y sus familias*, del Instituto Nacional de Psiquiatría; el Modelo Preventivo de Riesgos Psicosociales Chimalli, del INEPAR; el *Programa de Educación Preventiva contra las Adicciones*, PEPCA, de la Secretaría de Educación Pública; el *Modelo Preventivo y de Rehabilitación de Adicciones, Modelo ECO 2*, del Centro de Formación Cáritas y la Fundación Ama la Vida; el *Modelo de Prevención para el Bebedor Excesivo: Autocontrol Dirigido*, de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México; el *Modelo "Yo Quiero, Yo Puedo"*, de imifap. Éstos son los más diseminados en nuestro país y cuentan, además, con algún tipo de evaluación (Castro, Llanes y Carreño, 2002).

"Para vivir sin drogas" el programa preventivo de los Centros de Integración Juvenil es el resultado de 33 años de investigación y experiencia que se han acumulado atendiendo y estudiando el problema de la drogadicción en México. Este no es un modelo acabado, sino como uno en constante transformación, que evoluciona continuamente conforme lo hace la investigación.

La dificultad de citar bibliografía específica que describa el modelo tal cual se aplica actualmente, obedece a los cambios continuos y adecuaciones que han

rebasado la literatura impresa en su momento con la propuesta de un modelo teórico preventivo. La última literatura de la cual se dispone describe un enfoque multicausal de la farmacodependencia que actualmente no se aplica aunque se retoman aspectos esenciales de su organización. De ahí que, mucho de lo referido se base en la capacitación directa y como parte de la experiencia laboral dentro de esta institución.

El programa tiene como línea estratégica la Educación para la Salud, cuya premisa principal es la promoción de estilos de vida saludables, en donde la enfermedad no es el foco de atención sino la conservación de la salud. De ahí que su contenido concentre su atención en la identificación de factores de riesgo y la promoción de mecanismos que los neutralicen o disminuyan, generando condiciones que protejan a la población (CIJ, 1989).

El programa tiene tres niveles o momentos de intervención: a) Información, b) Orientación y c) Capacitación, y está dirigido a niños, adolescentes y adultos y llega a los diferentes escenarios naturales como la escuela, la familia y la comunidad, incorporando factores protectores como: Autoestima, Asertividad, Apego Escolar, Afrontamiento de Estrés y Habilidades Sociales para implementarse en los proyectos preventivos.

Su universo de trabajo es la población no consumidora comprendida entre los 10 y 54 años de edad, con base en indicadores epidemiológicos, demográficos y de accesibilidad a la población. Se atiende prioritariamente a la población de 10 a 18 años de edad, debido a que las investigaciones de pacientes que acuden a servicios de tratamiento en Centros de Integración Juvenil A. C., señalan que la edad de inicio del consumo de drogas es entre los 10 y los 18 años; considerando Estructuras de Apoyo (contención) a la población comprendida entre los 19 y 54 años de edad, dado que la influencia de los hermanos mayores, padres de familia y las instituciones, de acuerdo a estudios de factores protectores, los identifican como tales.

Información.

Este nivel de intervención preventiva tiene como objetivo fundamental crear conciencia en torno a la drogadicción, replantearla como un problema fundamentalmente de salud pública en el que todos presentamos algún nivel de riesgo. Se analizan los factores de riesgo y protección con la finalidad de que la población identifique su propio nivel de riesgo y las medidas que son necesarias implementar en su vida diaria a fin de reducir la posibilidad de desarrollar este problema de salud.

La metodología de este nivel se realiza a manera de charla interactiva y se apoya con material didáctico como rotafolios, volantes, pósters diapositivas, etc. Este nivel de Información tiene los siguientes proyectos: Información a Concurrentes, Información Pública Periódica y Escuelas, que varían y adaptan la presentación de la información dependiendo de la edad y características de la población en específico a la que se dirige. La plática informativa generalmente tiene una duración de una hora a hora y media.

La mera concienciación del problema no necesariamente deja a la población en condiciones de actuar para contrarrestar los factores de riesgo. Por ejemplo, decirle a un adolescente o un padre de familia que la autoestima baja es un factor de riesgo no implica que sepa qué deberá hacer para fortalecerla. De ahí que sea necesario promover la participación de la población en el segundo nivel;

Orientación.

Este segundo nivel de intervención preventiva tiene como objetivo ayudar a la población a desarrollar actitudes y hábitos que reduzcan o contrarresten los factores de riesgo que presentan hacia la drogadicción fortaleciendo los factores de protección.

Se trabaja aplicando una metodología de talleres vivenciales por lo que adquieren un alto sentido práctico y se aplican el concepto de transferencia de tecnología que evita que estos talleres sean exposiciones teórico--conceptuales, más bien se procura abrir espacios en los que los participantes puedan reflexionar, ejercitar y desarrollar las habilidades que establezcan factores de protección.

La transferencia de tecnología también enfatiza la aplicabilidad de estas habilidades aprendidas y ejercitadas dentro del taller hacia otras áreas y escenas de la vida cotidiana. Estos talleres pueden ser de ocho a doce sesiones con una duración de una hora a hora y media cada sesión.

Los materiales que se emplean varían dependiendo de las características de la población y la temática abordada. En términos generales se requiere de espacios amplios y cómodos y de material didáctico variado.

Los cinco factores de protección que se trabajan son:

- } Autoestima.
- } Habilidades Sociales.
- } Afrontamiento del Estrés.
- } Apego escolar.
- } Asertividad.

Los proyectos que integran este nivel preventivo son: Orientación Familiar Preventiva, Orientación a la Familia en su Conjunto, Orientación Preventiva para Adolescentes, Orientación Preventiva para Adultos Jóvenes y Orientación Preventiva Infantil.

Con los programas descritos se pretende trabajar a nivel familiar e individual o para contrarrestar la incidencia de los factores de riesgo. Con el propósito atender el nivel social de factores de riesgo se promueve el siguiente nivel preventivo.

Capacitación.

En este nivel se trabaja enfáticamente en la concienciación de que la drogadicción es un problema de salud pública y como tal es un fenómeno que demanda la participación de la comunidad a fin de reducir los factores en la comunidad.

Este nivel busca involucrar a la población en la identificación de factores de riesgo y en la implementación de medidas que los contrarresten a partir de sus propios recursos. Al igual que los programas anteriores éste se adapta a las características de los grupos y se enfoca en los factores de riesgo detectados por los participantes.

La metodología consiste fundamentalmente en dar asesoría y capacitación a los grupos para la elaboración y el desarrollo de sus propios programas. También se puede dar la capacitación específica en el desarrollo y aplicación de los niveles preventivos de información y orientación. Esto se hace con base en un análisis del perfil de los voluntarios, sus aptitudes y actitudes.

Los proyectos que conforman este nivel preventivo son: Grupos Organizados, Voluntariado y Personal en Servicio Social. La capacitación tendrá una duración en base a los objetivos propuestos por el grupo y derivará en la participación como voluntarios quienes contarán con apoyo y asesoría constantes. Existe una interrelación entre cada uno de los niveles preventivos con la idea de dar atención directa al problema de la drogadicción.

Hasta aquí el programa de los CIJ's atiende la prevención primaria descrita por Slaikeu anteriormente (en Souza y Machorro, et. al, 1997). Esta puede resultar muy económica ya que requiere la participación de personal con poco nivel de especialización si se realiza una adecuada capacitación. De ahí la importancia de involucrar a la población en el desarrollo de medidas preventiva. Parafraseando a Eldrige Cleaver diremos que: "si no eres parte de la solución eres parte del problema".

6.1.2 Programa de Tratamiento y Rehabilitación

Con una propuesta terapéutica que busca atender de manera integral el aspecto físico y mental de la adicción, Centro de Integración Juvenil cuenta con un programa de tratamiento dirigido al drogadicto y su familia. En este proceso terapéutico interviene un equipo interdisciplinario compuesto por trabajadores sociales, médicos psiquiatras y psicólogos.

La propuesta de tratamiento puede ser en dos modalidades dependiendo de la valoración diagnóstica que se haya establecido y éstas pueden ser de Consulta Externa o Tratamiento Residencial. En términos generales los objetivos perseguidos en el tratamiento son:

- Reducir o suprimir el uso de drogas
- Acortar el curso y evolución de la enfermedad adictiva
- Identificar y tratar los padecimientos asociados

En cada una de estas modalidades de atención se llevan a cabo diversas actividades clínicas que se agrupan en 3 fases:

- a) Fase Diagnóstica
- b) Fase de Tratamiento y Rehabilitación
- c) Fase de Seguimiento

a) La Fase Diagnóstica constituye la base fundamental de la que se derivan distintas modalidades de intervención terapéutica. El objetivo de este momento consiste en identificar la multiplicidad de agentes etiológicos a los cuales puede atribuirse la adicción, destacando los factores de tipo orgánico y psicológico, así como la manera en la que el entorno social y cultural influyen de modo adverso en la situación actual del paciente. La efectividad de cualquier intervención terapéutica posterior, depende en gran medida de la validez y certeza del diagnóstico que se obtenga en este momento.

En esta fase intervienen los tres profesionales de la salud que componen el equipo médico: Psicólogo, trabajador social y médico psiquiatra, quienes evalúan los cinco ejes determinados en el DSM-IV y los criterios diagnósticos del CIE-10 a fin de determinar el nivel de atención que requerirá el paciente; de esta manera, el tratamiento oportuno favorece su pronóstico y evolución.

b) La Fase de Tratamiento y Rehabilitación. Una vez concluida la fase diagnóstica el equipo se reúne para sostener una junta diagnóstica y determinar el plan de tratamiento que se aplicará con el paciente y su familia. En este nivel se pueden aplicar los siguientes servicios terapéuticos:

- Farmacoterapia
- Acupuntura
- Psicoterapia Individual
- Psicoterapia Grupal
- Psicoterapia Familiar
- Grupo de Orientación a Padres
- Técnicas Alternativas de Tratamiento

Las terapias son de breve duración, con objetivos y tiempo limitado, de orientación psicodinámica; familiar sistémica; cognitivo conductual, etc. Cada una de ellas

incluye adecuaciones técnicas de acuerdo a la experiencia adquirida y a las necesidades y características del adicto y su familia.

Como habíamos mencionado existen dos modalidades en las que se puede atender al paciente adicto dependiendo del diagnóstico establecido, estas son: Consulta externa o tratamiento ambulatorio y tratamiento residencial.

Consulta Externa

En México las drogas de mayor uso son marihuana, cocaína, inhalables y depresores del Sistema Nervioso Central. La mayoría de estos casos no requiere de internamiento y puede responder favorablemente al tratamiento ambulatorio.

Por ello, las acciones de tratamiento y rehabilitación en los CIJ's han sido diseñadas para que se efectúen en esta modalidad. Además representa una de las mejores alternativas para atender al paciente y su familia con costos muy reducidos.

La psicoterapia aplicada es de corte breve, multimodal, con objetivos y tiempo limitados, de tipo individual, familiar y grupal. El abordaje terapéutico integral del adicto, puede incluir la prescripción farmacológica en los casos en que se detecten alteraciones psiquiátricas, o como parte del manejo psicoterapéutico y también se aplica la acupuntura. Además, se promueve la inclusión de la familia en sesiones de orientación, como medida de apoyo y reforzador del tratamiento.

Tratamiento Residencial

CIJ cuenta con tres unidades que proporcionan servicios a pacientes cuyas condiciones de salud hacen necesario este tipo de atención. Ubicadas en los Estados de Jalisco, Baja California Norte y Nuevo León, otorgan atención a

pacientes que presentan cuadros de intoxicación por sustancias como cocaína, heroína y marihuana, y también se proporcionan servicios a personas que requieren del manejo y control de las manifestaciones psicofisiológicas de los síndromes de abstinencia.

Estas unidades residenciales contemplan la ejecución de actividades basadas en los postulados de la Comunidad Terapéutica, donde el uso de la estructura social funciona como una variedad de tratamiento en un medio ambiente concebido para producir el cambio deseado en los pacientes que ingresan a él. El uso de la estructura social representa un componente terapéutico en un espacio ambiental concebido para promover el cambio deseado en los pacientes que muestran motivación para iniciar este tipo de tratamiento.

El tratamiento debe ser integral. Si en la etiología de las adicciones intervienen múltiples factores, habrá que reconocer cuáles de ellos sobredeterminan la aparición de este trastorno para estar en condiciones de realizar una detección temprana, tratamiento oportuno y prevenir los trastornos concomitantes.

Conclusiones:

1. La propuesta de intervención del CIJ contra la drogadicción es una de las más serias y científicamente fundamentadas en México además de resultar económica y accesible a todos los niveles socioeconómicos.
2. El programa contempla de manera muy amplia los aspectos preventivos y terapéuticos en los niveles individual, familiar y social.
3. Además el programa contempla el planteamiento del problema de la adicción como uno de salud pública por lo que es necesario involucrar a la comunidad misma en la solución y lucha de factores de riesgo a partir de la movilización y aprovechamiento de sus recursos.

**EL PAPEL DEL PSICÓLOGO EN LA PROMOCIÓN DE
PROYECTOS
DE SALUD COMUNITARIA**

*“Zapatero a tus zapatos”...
Sabiduría Popular.*

7.1 Panorama general del quehacer del psicólogo en el campo de la salud

El desempeño del psicólogo incluye posibilidades muy bastas para el desarrollo de su práctica profesional. Ribes, Fernández, Rueda, Talento y López (1986) describen las posibilidades de la actividad profesional del psicólogo mediante un análisis basado en cuatro dimensiones que son:

- a) Por sus objetivos la actividad del psicólogo puede ser; la rehabilitación, el desarrollo, la detección, la investigación, la planeación y la prevención.
- b) Por las áreas generales de actividad, pueden ser: de salud pública, producción y consumo, instrucción y ecología y vivienda.
- c) Por las condiciones socioeconómicas en las que se desenvuelve dicha actividad, es decir los escenarios de acción, puede ser en las zonas urbanas desarrolladas, las zonas urbanas marginadas, las zonas rurales desarrolladas, y las zonas rurales marginadas.
- d) Por el número de personas a las que va dirigido el servicio puede ser a: individuos, grupos urbanos y grupos institucionales.

De este modo la propuesta para el análisis del potencial de la actividad profesional del psicólogo arrojaría una matriz con un total de 240 celdillas en las

que se mostraría en cada cuadro las actividades específicas que puede desarrollar este profesional del comportamiento humano (Ribes y cols 1986).

A lo anterior Emilio Ribes, et. al., distinguen dos dimensiones en las que puede encaminarse la intervención directa del psicólogo: en la solución de problemas y como planeador o creador de tecnología en la prevención eficaz de problemas conductuales en el ámbito comunitario (1986).

Así podemos encontrar diferentes campos o áreas especializadas de acción del psicólogo tales como; la psicología educativa, experimental, industrial y clínica dentro de otras. Es precisamente ésta última modalidad la que parece estar más asociada con la imagen típica del psicólogo y con gran influencia sobre su ejercicio profesional.

Según Richard Gross (1998) más de un tercio de los psicólogos egresados en activo califica su desempeño profesional dentro del área clínica, ya sea que hayan tenido una especialización o simplemente se dediquen a brindar este tipo de servicio.

Aun cuando esta sea la actividad que distingue por excelencia al psicólogo, este servicio parece quedar muy limitado al grueso de la población toda vez que en la mayoría de los casos se brinda de manera individual y privada convirtiéndola en un servicio de élite.

En los casos en los que instituciones de salud y asistencia pública cuentan con algún psicólogo tenemos que éste debe dividir su tiempo entre diversas funciones administrativas y la gran demanda de servicio que generalmente llega mal canalizada.

Si comparásemos la cantidad de acciones que realiza el psicólogo en este ámbito con las que potencialmente podría realizar según la matriz propuesta por Ribes, y

cols. (1986) nos encontraríamos con un recurso sub-aprovechado y/o destinado a realizar algunas actividades fuera de su perfil profesional.

Graciela Rodríguez Arizmendi (1984) señala que la participación del psicólogo en el campo de la salud se ha concentrado más en funciones como auxiliar técnico del médico y limitado a ciertas actividades de prevención. Entre otras funciones que ha desempeñado el psicólogo en las instituciones de salud están la rehabilitación y las tareas administrativas como la organización, la selección de personal y la capacitación.¹

En gran medida la labor que hasta ahora ha desempeñado el psicólogo en el sector salud ha dependido del concepto de salud que subyace y en el que se basan las perspectivas, las políticas y los programas de trabajo. En términos generales se puede decir que la definición de salud que se aplica ha mostrado un marcado énfasis biologicista en el que la participación del psicólogo es tangencial y limitada (Rodríguez, 1984).

En este sentido, Francisco Morales (1995) señala que este enfoque biologicista y lo que él denomina “la era bacteriológica” han puesto singular énfasis en la medicina clínica de tipo curativo e individual. Esta atención individualizada incide también en el modo en que las personas acceden a los servicios de salud, eleva sus costos y limita considerablemente la calidad y acceso a los mismos.

Las políticas de salud, aunque en las campañas de difusión y discursos públicos parecen dar importancia a la prevención, en los hechos demuestran que la balanza se inclina hacia la cura. Es decir, se ha centrado la atención en la cura por

¹ Rodríguez, G. (1984) menciona que en el IMSS y el ISSSTE al psicólogo se le pide, entre otros requisitos de admisión para laborar en estas instituciones, que tengan conocimiento de la ley y reglamento de seguridad social y del contrato colectivo de trabajo. Así mismo las funciones que debe cubrir incluirán la aplicación de estudios psicológicos y de aptitudes, participación en el tratamiento médico en los servicios de neuropsiquiatría y rehabilitación, desarrollo de programas de tipo clínico y análisis de factores que inciden en el rendimiento del trabajador lo que hace una mezcla extraña entre el psicólogo industrial y el clínico.

encima del mantenimiento de la salud misma². De este modo se pondera a la enfermedad sobre la salud y se descuida la inversión en tecnología y recursos para la promoción de salud, terreno en el que el psicólogo podría hacer aportaciones muy significativas.

Es importante recordar y reconocer que la salud responde a una serie de agentes patógenos, físicos y biológicos fuertemente vinculados al comportamiento, subjetividad y circunstancias en las que vive la persona (Morales, 1995). Por ejemplo; “Las indisposiciones psicosomáticas se incluyen también entre aquellas en las que las reacciones emocionales traen un cambio en uno de los órganos del cuerpo. Entre las enfermedades psicosomáticas más comunes están el asma, las úlceras y la hipertensión” (Haller, 1974, pág. 16).

Debe evitarse la visión fragmentada del paciente en la que se primaría un solo aspecto del todo que supone su salud. Debe subrayarse la necesidad de promover una concepción que derive en la atención integral de la salud de las personas. Graciela Rodríguez (1984) señala la necesidad de que el psicólogo participe de manera más decisiva esta redefinición o replanteamiento del concepto de salud. Nosotros pensamos que esto es indispensable a fin de retomar la dimensión psicológica del paciente toda vez que existe una gran cantidad de factores o aspectos de orden psicológico que pueden dar origen o estar relacionados con el surgimiento de muchos padecimientos.

Para el ejercicio de la psicología en ésta área, Francisco Morales (1995) recomienda un modelo en el que de entrada se conciba el proceso de salud-enfermedad como multicausado por factores naturales físicos y biológicos, económicos, sociales y del comportamiento y que forman parte de un continuo.

² Como ejemplo de lo anterior se puede mencionar la campaña para la promoción de la salud mental promovida por la SSA en el contexto del año mundial de la salud mental (2000). En esta campaña se invitaba a la gente a solicitar servicio de atención psicológica en las instituciones públicas como el IMSS e ISSSTE, sin embargo, esta campaña no fue respaldada con un mayor presupuesto para que existiera personal suficiente que pueda atender la demanda existente ni la generada a partir de la campaña.

Para esto propone que la participación del psicólogo se sustente en las siguientes bases:

1. Una concepción general del proceso salud-enfermedad.
2. Un modelo explicativo del papel del comportamiento en la determinación de la salud y la enfermedad.
3. Un enfoque de salud pública.
4. La colaboración activa entre la investigación básica y la aplicada.
5. El desarrollo de tecnologías apropiadas.
6. La formación de recursos humanos bien calificados.
7. El fomento del ejercicio profesional interdisciplinario, y;
8. El intercambio de la información y la evaluación sistemática.

El principal objetivo en esta propuesta sería el mantenimiento de la salud y no el remedio de la enfermedad. Si se da mayor importancia a lo anterior entonces tendremos como resultado que se ponderaría la prevención y una cultura que permitiría al individuo adquirir hábitos, actitudes y aptitudes que mantengan o mejoren su estado de salud en los que el psicólogo tendría mucho mayor posibilidad de acción que las limitadas a las administrativas o de consejería.

7.2 ¿Qué hace el psicólogo en las instituciones de salud?

No obstante todo lo anterior, debe reconocerse que el trabajado del psicólogo en diferentes áreas en general y en particular en el campo de la salud, ha ido creciendo y marcando una mayor presencia en la promoción, el mantenimiento y la restauración de la salud.

Dentro de las funciones que desempeña el profesional de la psicología en este terreno, Graciela Rodríguez (1984) menciona la aplicación de pruebas de psicodiagnóstico, la rehabilitación de personas con daño cerebral, la investigación, el diseño de ambientes propedeúticos dentro de instituciones de atención médica,

el diseño de técnicas de persuasión y relajación y la utilización de “medicina conductual” a fin de lograr una menor dependencia del paciente a los fármacos y por lo tanto una reducción en el gasto en medicamentos.

Gilmer B. Von Haller (1974) dice que la labor que desempeña el psicólogo en el área hospitalaria y de la salud se centra dos funciones fundamentales; el clínico que realiza trabajos terapéuticos tales como: la atención a disminuidos mentales, neuróticos, valoraciones psicológicas, investigaciones en psicología fisiológica comparada, enseña en las escuelas de medicina; y el trabajo que realiza en la comunidad.

Por su parte Richard Gross (1998) menciona que el psicólogo que ejerce en el terreno clínico debe contar con una preparación que le permita:

- a) Realizar evaluaciones de personas con discapacidades, realizar y aplicar pruebas a pacientes con daño cerebral, el diseño de programas de rehabilitación para enfermos psiquiátricos crónicos, y para evaluación a ancianos en cuanto a su capacidad para vivir de manera independiente en sus hogares.
- b) Debe ser capaz de planificar y ejecutar programas de terapia general y demás técnicas conductuales para la modificación de la conducta.
- c) También se dedican a la enseñanza de otros grupos de profesionales como enfermeras, psiquiatras y trabajadores sociales.

Morales (1995) agrega que el psicólogo que trabaja en el área hospitalaria debe ocuparse del comportamiento de los pacientes, de lo que hacen y deben hacer, de la adaptación a la institución hospitalaria y a las limitaciones de la enfermedad, del fomento de la adherencia a los tratamientos y de la facilitación de la expresión de sus inquietudes e incertidumbres

Para Salvador García Mayen (1994), la labor del psicólogo en la promoción de la salud también incluye:

- } La formación de hábitos sanos.
- } Armar métodos.
- } Desarrollar Instrumentos.
- } Medición de pruebas de psicodiagnóstico.
- } Rehabilitación de personas con daño cerebral.
- } Enseñanza de técnicas de relajación.
- } Administración de los servicios de salud.
- } Evaluación de programas.
- } Desarrollo de instrumentos de medición y técnicas para validar socialmente éstos instrumentos.
- } Selección y capacitación del personal.
- } Formación y capacitación de recursos humanos en la prevención a favor de la salud.
- } Desarrollo y aplicación de tecnología psicológica como la estimulación temprana y los tratamientos de rehabilitación.

El psicólogo también puede participar en la investigación científica dentro del área de la salud. Rodríguez (1984) dice que "... se necesita del psicólogo en la investigación para determinar las características de personalidad o patrones de comportamiento..." (pág. 26).

"La inserción del psicólogo en el equipo multidisciplinario de salud se encuentra con la participación del diseño de estrategias de investigación para el estudio de aquellas interacciones del individuo con su medio, que presupongan un riesgo potencial a su salud" (Torres y cols. 1988).

En una combinación del trabajo que puede desarrollar el psicólogo en el área de la administración de los servicios de salud y la investigación se menciona que:

“La tradición metodológica y la investigación del psicólogo le permite hacer aportaciones como la evaluación de programas, poniendo en acción su formación en el desarrollo de instrumentos de medición y el desarrollo de técnicas para validar socialmente sus instrumentos... Los psicólogos que participen en la actividad de evaluación deberán poseer una base metodológica sólida y una amplia perspectiva de la problemática social a la que se enfocan los programas que pretende evaluar. Como evaluador el psicólogo podrá ser un activo participante de un proceso de desarrollo científico y social del país.” (Rodríguez, 1984, Pág. 25).

Una de las herramientas auxiliares básicas para la investigación y monitoreo en la salud es la epidemiología, de ahí que Salvador García Mayen (1994) recomiende que para realizar una adecuada vigilancia epidemiológica que proporcione datos significativos a la investigación es necesario identificar los siguientes aspectos:

- a) Estructura demográfica de la población atendida.
- b) Características de los grupos más afectados.
- c) Trastornos con repercusiones más severas.
- d) Tipos y subtipos de alteraciones.

Es importante considerar los siguientes componentes del sistema de vigilancia epidemiológica:

- a) Sistemas de registro y recolección de datos.
- b) Sistemas de procesamiento y análisis.
- c) Sistema de retroalimentación.

Dentro del ámbito de la investigación el psicólogo no debe limitarse a su participación en el análisis de los datos epidemiológicos sino que ésta debe

extenderse a la propuesta y generación de tecnología encaminada a la prevención y el tratamiento de enfermedades dentro de su ámbito de acción.

En el nivel preventivo la participación del psicólogo es fundamental ya que una intervención oportuna evitará que la enfermedad surja. Gracia Mayen (1994) propone tres niveles de prevención en los que puede participar el psicólogo:

1º Nivel orienta las acciones hacia la disminución de los trastornos emocionales, afectivos y comportamentales en la comunidad, la detección temprana de focos de riesgo social que favorecen la presencia de dichos trastornos. Para ello requiere del trabajo organizado de la comunidad con las diferentes instituciones.

2º Nivel de prevención se da con la detección a tiempo de los problemas psicopatológicos o funcionales para un tratamiento oportuno, esta actividad requiere de la organización de la comunidad y la realización de un cuerpo de salud mental, encargado de proporcionar la terapéutica idónea.

3º Nivel de prevención en salud mental incluye la atención de los aspectos residuales que surgen después de que un paciente ha sido dado de alta de un hospital, el propósito principal es la rehabilitación social del individuo y su pronta asimilación a la vida productiva y social.

El libro de “El arte de la Guerra” (Sun Tzu, 2002) se narra la siguiente historia que parece *ad hoc* para destacar la importancia de una de las funciones que realiza el profesional de la psicología en los programas de salud comunitaria:

“Según cuenta una vieja historia, un noble de la antigua China preguntó una vez a su médico, que pertenecía a una familia de sanadores, cuál de ellos era el mejor en el arte de curar.

El médico, cuya reputación era tal que su nombre llegó a convertirse en sinónimo de 'ciencia médica' en China, respondió: 'Mi hermano mayor puede ver el espíritu de la enfermedad y eliminarlo antes de que cobre forma, de manera que su reputación no alcanza más allá de la puerta de la casa.

'El segundo de mis hermanos cura la enfermedad cuando todavía es muy leve, así que su nombre no es conocido mas allá del vecindario.

'En cuanto a mí, perforo venas, receto pociones y hago masajes de piel, de manera que, de vez en cuando, mi nombre llega a oídos de los nobles”.

(...sin comentarios)

7.3 ¿Qué otras cosas puede hacer?

Antes de intentar enunciar las perspectivas de participación que puede tener el psicólogo en el campo de la salud comunitaria o pública, debe distinguirse primeramente que no necesariamente todo aquel psicólogo que labore en el área clínica y/o hospitalaria debe ser un psicólogo clínico, ni todo psicólogo clínico deberá limitar su espacio de acción al área clínica y/o hospitalaria.

Debe destacarse que en la multiplicidad de especialidades que tiene el psicólogo mucho dependerá de las funciones que requiera el departamento en donde se desempeñará para saber qué perfil específico será el más idóneo para ocupar el puesto. Así por ejemplo, en el departamento de recursos humanos de un hospital seguirá siendo más conveniente tener a un psicólogo industrial y el área de tratamiento a un psicólogo clínico.

Como hemos visto, dentro de una clínica, hospital o proyecto de salud comunitaria el psicólogo puede desempeñarse en cuatro áreas fundamentales: la administrativa, la clínica, la preventiva y la investigación. Todas ellas han sido

descritas en los apartados anteriores. Sin embargo, en éste concentraremos nuestra atención en aquellos aspectos que puntualizan actividades que puede desarrollar el psicólogo dentro de estas áreas y que casi no se conocen o que simplemente retomamos para subrayar su importancia.

Una de las áreas menos conocidas de la psicología de la salud es la psicología comunitaria a pesar de que ésta no es nueva. Según Haller, (1974) se pueden rastrear los inicios de la psicología comunitaria desde 1896 con la fundación de la primera clínica psicológica en la Universidad de Pensilvania y posteriormente con la Clínica de educación para niños en la que se realizaban trabajos preventivos y de modificación de la conducta en Chicago. Morales (1995) identifica el inicio de la psicología comunitaria en nuestro país alrededor de los años sesenta con los programas preventivos de salud mental.

Actualmente, en la Ciudad de México diversas Universidades, públicas y privadas, han incorporado como parte de su servicio a la comunidad clínicas de atención psicológica en las que los alumnos en formación realizan sus practicas profesionales en el terreno de la clínica³.

Sin embargo, cabe preguntarse si abrir un servicio de atención psicológica a la comunidad es hacer salud comunitaria en la dimensión psicológica de ésta. ¿El servicio se basa realmente en las necesidades que las comunidades presentan o más bien la demanda debe ajustarse y limitarse a la propuesta curricular de esa escuela? ¿Aprende el estudiante de la carrera de psicología a hacer una evaluación diagnóstica comunitaria para proponer intervenciones en este nivel? ¿Aprende a mirar su participación en el nivel comunitario o se limita a la intervención individual y grupal como máximo? Creemos que en parte la gran ausencia del psicólogo en este terreno se ha limitado debido a la falta de un concepto claro de lo que es la psicología comunitaria y su potencial de acción.

³ En el caso específico de la FES Iztacala cuenta con la CUSI en donde se brindan servicios rehabilitatorios y terapéuticos. También se pueden mencionar como ejemplo otras como la Universidad del Valle de México plantel Lomas Verdes que brinda el servicio a bajo costo a la comunidad, entre muchas otras.

La psicología comunitaria supondría el diagnóstico en esta dimensión, análisis de factores de riesgo para desarrollar problemas de salud en su competencia, la propuesta de ambientes y contingencias sociales que permitan reducir o suprimir estos problemas de salud.

De esta manera... “La psicología comunitaria es más cercana a la epidemiología y la salud pública. Puede ofrecer aportes para el trabajo de la atención primaria en el sector salud... mediante la aplicación enfoques de psicología social y de trabajo con grupos en la promoción de competencias, a la identificación de personas con riesgo para las enfermedades denominadas mentales y la para la prevención del desarrollo de las mismas o la atención ambulatoria de pacientes crónicos.” (Morales, 1995, Pág. 179).

Así al realizar un programa de atención primaria a la salud, se pretende lograr que la comunidad asuma la conciencia de los problemas de salud que enfrenta, de sus condicionantes, de la importancia y trascendencia de su organización para asumir el compromiso de su participación. El psicólogo comunitario adquiere una visión más amplia de los fenómenos de salud y sus condicionantes, con lo que genera nuevas estrategias de intervención para los problemas de salud mental. Entre las más importantes se encuentran las labores de prevención, promoción terapéutica y rehabilitación (García, 1994).

Otro campo potencial del desarrollo profesional del psicólogo en la salud es el descrito por Francisco Alonso-Fernández (1989) distingue una rama específica de la psicología que denomina “la psicología médica” y ésta refiere los conocimientos sobre la personalidad del enfermo, la relación médico-enfermo, la personalidad del médico, el diagnóstico personal y comprensivo y los procedimientos de curación psicológica o psicoterapia.

Esta nueva rama que no es privativa del ejercicio del psicólogo sino que más bien tiene como objetivo preparar al médico con el objeto de que pueda comprender mejor al enfermo es más bien una nueva disciplina dirigida a médicos generales. En esta nueva material de la formación del médico el psicólogo puede participante de manera significativa con aportaciones teórico-prácticas y asesoría en la practica ejercida⁴ (Alonso-Fernández, 1989).

Para finalizar este apartado destacaremos la reflexión de Graciela Rodríguez (1989) en torno a la limitada participación del psicólogo como profesional de la salud en la que ha tenido gran responsabilidad la formación académica que se brinda.

Conclusiones:

1. Es necesario replantear el concepto de salud al margen del arsenal médico que da paso a un concepto originado en una clasificación de lo orgánico anómalo, énfasis en lo biológico, integrado por tres grandes dimensiones: la anatomía, la fisiología y la bioquímica, sin considerar aportaciones psicociológicas que observen a la salud desde lo orgánico como una de las partes que completan la vida integral (integridad orgánica, bienestar internacional o comportamental e integridad o bienestar cognitivo emocional), en ésta debe participar el psicólogo.
2. La labor que ha realizado el psicólogo dentro del sector salud ha marcado una creciente presencia. No obstante, ésta sigue siendo limitada y no aprovechada al máximo. Dentro de las actividades en las que mayormente se desempeña están; las administrativas, las terapéuticas en el área clínica, de investigación y de capacitación.
3. Existen campos poco explorados que podrían ser mejor aprovechados abriendo perspectivas de trabajo para el profesional de la psicología tales como la psicología comunitaria y los proyectos de salud comunitaria.

⁴ Se antoja sugerir algo así como una práctica clínica asistida o supervisada por el psicólogo.

4. La visión y perspectiva que tiene el estudioso del comportamiento humano le permite una proyección única en el desarrollo de proyectos de salud pública. La inclusión en el currículo formativa será decisiva para que el psicólogo en formación aprenda a plantearse y analizar en este nivel problemas para los cuales está capacitado pero en los cuales tiene muy poca participación.

REPORTE DEL TRABAJO REALIZADO

EN EL CIJ COZUMEL

EN EL PERÍODO

COMPRENDIDO

DEL AÑO 1997 AL AÑO 2001

“Nadie es mejor que todos juntos”

Graffiti pintado en la pared de un

Campo de fútbol en la Colonia Roma,

Cd. De México, D. F. Verano del 2001

El presente reporte de trabajo integra las actividades realizadas por un grupo de voluntarios y equipo técnico profesional que ha conformado durante estos años el personal del CIJ Cozumel. Durante este período, las actividades realizadas por el psicólogo fundamentalmente fueron: la planeación, organización y coordinación de las actividades a realizar por este equipo; la administración del recurso humano y material, y la participación en los programas de prevención y de tratamiento ya descritos en el capítulo 6 bajo el título “¿Qué son los Centros de Integración Juvenil, A. C.?”.

La manera en que presentamos esta información es en orden cronológico a fin de mostrar la evolución en cada uno de los programas y al final se integra un resumen general.

8.1 1997 El principio

8.1.1 Contexto socio-cultural y la inauguración del CIJ en Cozumel.

Algunos de los aspectos del trabajo previo que requirió la conformación de este centro especializado en la atención para los problemas de adicciones, han sido ya descritos en el capítulo 5 “La necesidad de crear de un Centro para la Atención Integral de la Drogadicción en la Isla de Cozumel”. En este apartado presentaremos el trabajo realizado focalizado en la aplicación de programas preventivos y su proceso.

Contexto socio-cultural del surgimiento del CIJ en Cozumel

Desde su repoblamiento en 1845, la Isla de Cozumel ha logrado conformar una comunidad con historia e identidad propias. Su carácter le ha permitido articular una sociedad con arraigo, solidaridad y gran sentido de pertenencia. De carácter hospitalario, la Isla de Cozumel ha dado la bienvenida a gente que llega a avocindarse en busca de mejores condiciones y oportunidades para vivir.

Dentro un amplio grupo de profesionales que han ejercido una influencia positiva para la comunidad destaca la figura del médico y de entre ellos el Dr. Adolfo Rosado Salas (sin dato exacto de su natalicio y defunción), hombre con un alto sentido filantrópico y visión orientada hacia la salud comunitaria. Muchos más han sido los médicos que han trabajado a lo largo de la historia por la promoción de la salud en la Isla.

En el haber histórico se puede encontrar la labor de especialistas de la salud forjando cultura preventiva. Macías, C. (1997) dice que la 1ª campaña preventiva que se dio oficialmente en Quintana Roo (incluyendo la Isla de Cozumel) fue en 1901 contra el mosquito transmisor de la quinina, promovida por el Consejo Superior de Salubridad.

En términos generales y aún cuando se logró avanzar en la creación de una cultura preventiva y promotora de salud, el concepto de salud-enfermedad que predominaba estaba centrado en un enfoque biologicista, en donde los trastornos de tipo emocional o psicológicos eran reducidos a meros caprichos o chantajes que debían ser ignorados, tratados con engaños (placebos), disciplina, o de encontrarse con un médico de “buenos sentimientos”, hasta con consejos.

La incursión del psicólogo como profesional de la salud mental en escena de los servicios de salud, no ha sido sencilla. Al inicio fueron ignorados o desvirtuados en su quehacer por la comunidad en general y por la médica en particular. Nada distinto con lo ocurrido en su oportunidad a lo largo del territorio nacional. Con idea de que este profesional (el psicólogo clínico) solo atiende a “locos” y menospreciado por otros colegas de la salud, el trabajo psicológico en la prevención y tratamiento de trastornos mentales, emocionales y de la conducta, al inicio fue considerado como equivalente a la intervención del amigo, del compadre, del cura o del consejero que alientan oportunamente ante un problema emocional.

No obstante, el quehacer del psicólogo se abriría paso, marcaría su lugar en la salud comunitaria. Al respecto podríamos señalar como pioneros en el trabajo de la clínica psicológica formal en la Isla de Cozumel el desarrollado por los psicólogos Jeannette Canaam Navarro y Miguel Zetina Angulo, quienes abrieron el trabajo de la clínica psicológica con terapia individual de tipo privado.* La presencia de nuevos profesionales en el área en fechas posteriores vino a reforzar y a acelerar un trabajo ya iniciado por ellos.

El reto que enfrentaba el proyecto para la creación del CIJ en la Isla de Cozumel estribaba en tres aspectos fundamentales:

* Cabe señalar que, según el INEGI (2001b) hasta el 2000 ninguna institución del sector salud contaba con el servicio de atención psicológica.

1. Que la salud mental era ignorada o considerada como innecesaria para la atención profesional. Los casos de indudable salud mental (“locura”) eran abordados desde el punto de vista psiquiátrico considerando únicamente su función neurobiológica.
2. El desconocimiento de que la drogadicción es problema de salud pública y su erróneo planteamiento desde el orden de lo moral, y;
3. La poca difusión en cuanto a la función profesional del psicólogo en ambos campos: el de la salud mental en general y el de las adicciones en particular.

8.1.2 Planeación y proyección del CIJ en Cozumel.

Existen diferentes tipos de unidades operativas en el CIJ que podríamos definir y diferenciar del siguiente modo:

- 1) La Unidad de Tratamiento Residencial que brinda servicios de tratamiento hospitalario.
- 2) La Unidad de Tratamiento en Consulta Externa que ofrece exclusivamente servicios de tratamiento en la modalidad de consulta externa o tratamiento ambulatorio.
- 3) Centros Regionales que brindan servicios comunitarios de prevención y de tratamiento en la modalidad de consulta externa, y;
- 4) Centros Locales que ofrecen servicios preventivos y algunos de tratamiento.

¿Qué tipo de centro se abriría en Cozumel?

El Proyecto: Un Centro Local

La reunión sostenida con el entonces director general de los Centros de Integración Juvenil, A. C., Lic. Jesús Alfredo Cabrera Solís, en la Ciudad de

México en diciembre del '96, permitió definir el tipo de centro que se abriría en la Isla de Cozumel.

En virtud de que aún no se había realizado ningún estudio diagnóstico en la Isla no se contaba con un indicador confiable del índice de prevalencia en el consumo insano de drogas, ni con indicadores que pudieran arrojar alguna luz clara sobre la necesidad de implementar programas preventivos*. No obstante, el Estudio Básico de Comunidad de la Ciudad de Cancún (CIJ, 1995a), y por las similitudes que guardan ambas ciudades, permitió tener una idea de la posible dimensión del problema en la Isla de Cozumel.

El criterio fundamental para definir el tipo de centro que se abriría fue su factibilidad a partir del recurso económico. Los gastos de operación por tipo de unidad y los servicios que ofrece el CIJ marcarían que el más viable de todos era un Centro Local con miras a constituirse en mediano plazo en un Centro Regional. La siguiente tabla (#12) permite analizar el costo-beneficio en cada una de las modalidades de las unidades operativas de los CIJ's.

Tabla 12: Presupuesto ejercido por tipo de unidad.

<i>Tipo de Unidad</i>	<i>Personal mínimo requerido para su funcionamiento</i>	<i>Presupuesto Anual Ejercido</i>	<i>Impacto en prevención anual</i>	<i>Impacto en sensibilización anual</i>	<i>Impacto en tratamiento anual</i>	<i>Altas de tratamiento anual</i>
Unidad de Tratamiento Residencial	25 especialistas y 21 camas	356.3 miles de dólares	No impacta	No impacta	122	70
Unidad de Consulta Externa	8 especialistas	131.1 miles de dólares	No impacta	No impacta	1,284	449
Centro Regional	8 especialistas	145.4 miles de dólares	70,467	36,596	512	179
Centro Local	Personal comisionado	Se adapta a los recursos disponibles	Variable en función del recurso.	Variable en función del recurso.	Variable en función del recurso.	Variable en función del recurso.

* El estudio de Riesgos Macrosociales citado en capítulos aun estaba en imprenta y su publicación fue posterior a la apertura del CIJ Cozumel.

Si bien la apertura del CIJ en Cozumel implicaría requerimientos mínimos toda vez que se planteó como un Centro Local cuya labor se dedicaría casi en exclusiva a dar servicios preventivos, su proyección requería considerar el aumento en la demanda de servicios por lo que, todo lo que se procurara para la apertura del Centro Local debería tener como mira el establecimiento de un Centro Regional, con capacidad para atender programas preventivos y brindar servicios de tratamiento en la modalidad de consulta externa.

Sin embargo, ¿cual era el mínimo de personal operativo necesario para el desarrollo de programas preventivos requerido para la Isla de Cozumel?, ¿Debería el fenómeno ajustarse a la disponibilidad económica o es ésta la que deberá procurarse a la luz de la necesidad detectada?

Ya que un Centro Local se dedica casi exclusivamente a la prevención, ¿cual era la perspectiva que debía tener este Centro si quisiera hacer una intervención preventiva significativa?

Planeación del trabajo preventivo en Cozumel.

En virtud de que los mayores índices de inicio en la experimentación con drogas se presenta en el grupo de edad entre los 10 y los 54 se define a este rango etáreo como la población objetivo del programa preventivo.

Los programas preventivos en una comunidad deben considerar cuatro distintos grupos poblacionales correspondientes a cuatro fases cruciales en la vida de la población que se busca impactar: niños, adolescentes, adultos jóvenes y adultos mayores. Al respecto, puede señalarse que:

En virtud de que los mayores índices de inicio en la experimentación con drogas se presentan en el grupo etáreo de 10 a 18 años, resulta importante comenzar la prevención desde el cuarto año de educación primaria.

En el trabajo dirigido a adolescentes debe considerarse la inclusión de contenidos y técnicas de alto impacto motivacional que permitan el abordaje de la ambivalencia propia de esta edad.

Con los adultos jóvenes, conviene incorporar temas relacionados con la elección de pareja y de oficio o profesión, y con la paternidad responsable.

A los adultos mayores hasta de 54 años que, por su oficio, profesión o paternidad, tengan vínculo con la población anterior, conviene aportarles elementos que les permitan enriquecer su relación con ellos y les faciliten un mejor desempeño de sus roles.

El programa se subdivide en dos tipos específicos de población; a) la población objetivo prioritario que es la comprendida entre los 10 -18 para el desarrollo de actitudes, aptitudes y habilidades que contrarresten o reduzcan el efecto de factores de riesgo y; b) la población objetivo que puede crear contención y apoyo comprendida entre los 19 y 54 años conviene aportarles elementos que les permitan el fortalecimiento de factores protectores y grupos el fortalecimiento de grupos de contención.

En la introducción del estudio de Riesgos Macrosociales, Jesús A. Cabrera Solís* (CIJ, 1997) hace un análisis que permite establecer criterios para estimar la velocidad óptima de prevención en una comunidad a fin de que tenga un impacto significativo sobre el problema.

Él menciona que en el rango de edad entre los 10 y los 54 años se cuenta con 44 años en la vida de una persona para que pueda recibir mensajes preventivos. Si la persona recibiera cuatro intervenciones preventivas a lo largo de su vida

* En el año 2001 se nombró director general de los Centros de Integración Juvenil, A.C. al Dr. Víctor Manuel Guisa Cruz.

(considerando cuatro etapas cruciales; la infancia, la adolescencia, la adultez y la vida como padre de familia), tendríamos que cada 11 años ($44/4=11$) se debe impactar a toda la población de una localidad dentro de este rango de edad. Por tanto, 11 años o menos es la velocidad adecuada para la conducción de los programas preventivos.

Suponiendo que en la Isla de Cozumel, la población entre 10 y 54 años representara aproximadamente entre el 60% y el 65% del total de la población (ver figura # 12)¹ y tomando como base una población de 60,025 habitantes (CIJ,1997), tendríamos que la meta mínima de población a cubrir cada 11 años, sería de 39,016 personas ($60,025 \times .65 = 39,016.25$) por lo que el mensaje preventivo debe llegar a 3,547 personas cada año si se pretende atender al total de la población cada 11 años, (39,016/11).

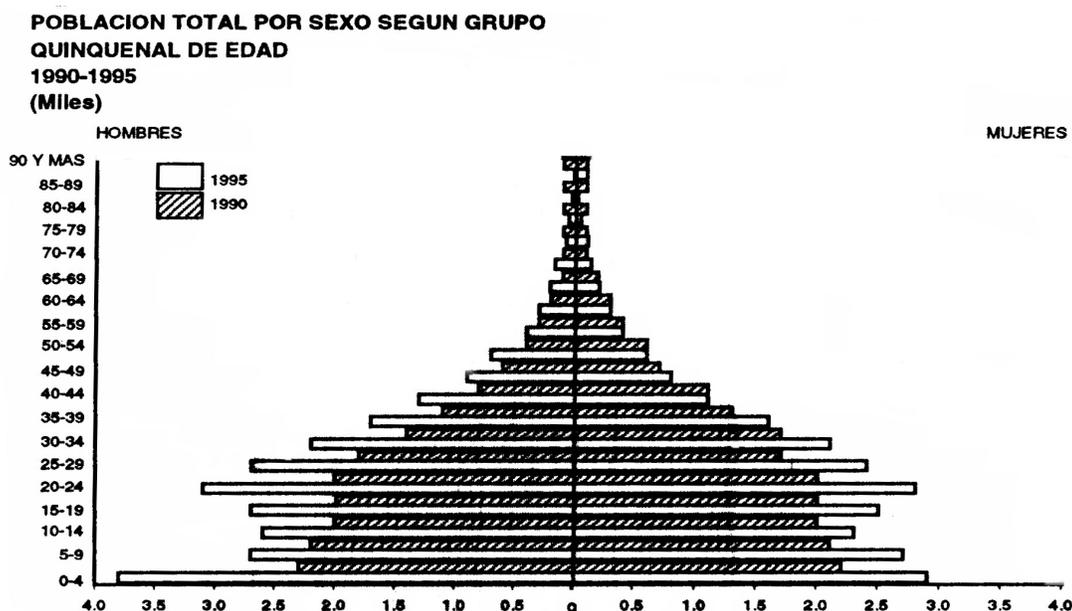


Figura # 12: Tomado describe la población total por sexo según grupo quinquenal de edad en Cozumel. Fuente INEGI, 2001b.

¹ Según el COESPO Quintana Roo (2001) la población comprendida en el rango de edad señalado es del 71% considerando un total de 69,588 habitantes de los cuales 35,969 son hombres y 33,619 son mujeres.

No obstante, para poder contener, disminuir o eventualmente erradicar el uso indebido e insano de drogas, el esfuerzo preventivo debe ser igual o mayor que la velocidad con que el fenómeno se dispersa por lo que la meta de cobertura preventiva debe incrementarse en la misma proporción que la tasa de crecimiento anual de la población.

A fin de que no se presente un rezago en las coberturas preventivas con respecto a la dispersión y penetración de la drogadicción y considerando una tasa media de crecimiento poblacional del 5.2% en la Isla de Cozumel, el incremento anual en la meta preventiva sería de 184 personas sobre la base establecida de 3,547 personas al año.

De este modo, a su apertura, el CIJ Cozumel proyectaba una cobertura anual mínima de 3,547 personas, misma que debería incrementar 184 personas al año, por lo que la cobertura esperada al 2001 sería de un total de 15,292 personas al cabo de cuatro años (de 1998 a 2001).

Cabrera (CIJ, 1997) sigue mencionando que la experiencia de CIJ indica que la capacidad de cobertura preventiva de un miembro del equipo técnico, con el apoyo de las instituciones y los voluntarios con quienes se coordina, es de 4,000 personas al año*. Por lo tanto, si las condiciones demográficas de Cozumel requerían una cobertura mínima anual de 3,547 personas, la apertura del CIJ Cozumel necesitaba tan solo de una persona para poner en marcha el programa.

Determinar la velocidad que requiere el esfuerzo preventivo en una comunidad permite asegurar la eficacia de los programas ya que la continuidad en la aplicación y ejecución de los mismos traerá como consecuencia una intervención eficaz y resultados prácticos. De ahí que la planificación de las acciones

* Suponiendo que cada miembro del equipo de trabajo coordina un grupo de cinco voluntarios en donde cada voluntario tiene una cobertura semanal de 200 personas mediante la realización de cinco intervenciones preventivas.

preventivas deba considerar la velocidad que deben tener las mismas para asegurar su éxito en el corto, mediano y largo plazo.

¿Cómo se habrían de alcanzar estas metas?

La propuesta involucraba tres elementos:

-)} El primer elemento está constituido por el equipo de trabajo dedicado de tiempo completo a la reducción de la demanda de consumo de drogas mediante los programas preventivos y terapéuticos.
-)} El segundo es la promoción de la participación comunitaria mediante la formación de voluntarios que realicen acciones multiplicadoras como parte del esfuerzo preventivo.
-)} El tercer elemento se refiere a la coordinación entre instituciones con el mismo objetivo u objetivos afines y que cuentan con programas que manejan factores protectores de interés para la prevención del uso de drogas y/o alternativas de tratamiento².

El proyecto estaba planteado. El CIJ Cozumel sería un Centro Local que brindaría básicamente los servicios preventivos y aquellos casos que solicitaran tratamiento se derivarían a las alternativas terapéuticas en la Isla o en su caso al Centro Regional de la Ciudad de Cancún.

Financiamiento

El plan rector de los Centros de Integración Juvenil, A. C., para 1998-2000 no consideró pertinente la apertura de un Centro Local en Cozumel a pesar de su alto

² Originalmente se planteo la posibilidad de canalizar la demanda hacia los grupos de NA, AA, La Fraternidad y al CIJ de Cancún en caso de ser necesario.

nivel de riesgo debido a un presupuesto limitado que obligó a priorizar aquellos municipios con más de 100,000 habitantes (CIJ, 1997).

La apertura y evolución del CIJ en Cozumel sería el resultado de la gestión y la participación comunitaria. Un proyecto autogestivo con la asistencia tecnológica y logística de los Centros de Integración Juvenil, A. C.

8.1.3 Inicia el trabajo del CIJ en la Isla

Con la capacitación recibida en el CIJ de Cancún, se inició la campaña preventiva de la drogadicción. Concentrando la atención en la Escuela Secundaria Técnica José Vasconcelos que había mostrado sensibilidad e interés hacia el trabajo realizado por los voluntarios del programa D.I.A. del DIF Municipal, se puso en marcha los trabajos preventivos dirigidos a jóvenes en edad de riesgo.

Para el mes de noviembre ya se había concluido el ciclo de conferencias del primer nivel preventivo Información Escuela Alumnos (ESA), proyecto con el que se pudo atender a un aproximado de 1,070 personas con el proyecto dirigido a escuelas.

Durante los primeros días de noviembre se clausuró el primer curso de Orientación Preventiva para Adolescentes (OPA). En estos talleres participaron un total de 90 jóvenes organizados en tres grupos de treinta miembros cada uno, en donde se trabajó en el fortalecimiento de dos factores protectores; autoestima y asertividad.

Estos grupos derivaron al tercer nivel de prevención que es la capacitación de Grupos Organizados (GO). A estos grupos de adolescentes en riesgo se les brindó capacitación y asesoría para la elaboración de propuestas preventivas quienes lograron conformar cinco proyectos preventivos. Dentro de estos

estuvieron; un taller de ecología, equipos deportivos, grupos de ajedrez y promotores preventivos para el CIJ.

Dentro del trabajo desarrollado con instituciones con objetivos similares a los del CIJ se puede mencionar el programa y acuerdo verbal establecido con la PRG, el DIF Cozumel y la Fraternidad de Cozumel, A. C., en el que se promovieron una serie de conferencias preventivas en contra de la drogadicción teniendo como escenario y objetivo el alumnado del Colegio de Bachilleres plantel Cozumel.

El trabajo no limitó su campo de acción al escolar. La difusión que se hiciera en diferentes sectores de la población brindaría el apoyo necesario para concretar la apertura del CIJ. Dentro de los grupos con los que se realizó trabajo previo a la inauguración del CIJ está el realizado con las damas voluntarias de la Cruz Roja de Cozumel a quienes se les brindó información y se establecieron los primeros acuerdos verbales de colaboración específicamente entre el comité de Juventud, el grupo de paramédicos de Cruz Roja y el CIJ.

El trabajo previo de difusión en torno a la drogadicción y la importancia de un centro especializado para la atención de este problema desde un enfoque profesional interdisciplinario se dirigió a diferentes sectores de la sociedad, tales como: el empresarial, el hotelero, el religioso, los clubes de servicio, el gubernamental, etc. Lo anterior con la finalidad de contar con su apoyo moral, económico o disposición a colaborar una vez inaugurado el CIJ.

Paralelo al desarrollo de actividades preventivas se venían realizando una serie de juntas con el patronato del CIJ ya conformado a fin de definir y destinar el uso del recurso económico recaudado en la campaña "Quítate un Peso de Encima". Estrategia diseñada y puesta en marcha por el patronato y bajo la coordinación del psicólogo. La decisión fue unánime; el recurso serviría para la adquisición de equipo y mobiliario.

En el mes de Noviembre se programa conjuntamente con el presidente Municipal, Víctor Manuel Vivas González, la inauguración del CIJ Local Cozumel, siendo el aporte del gobierno municipal el más significativo ya que brindaba en comodato el inmueble que albergaría por tiempo indefinido al CIJ. Durante este mismo mes se sostuvieron reuniones de trabajo con el patronato del CIJ para la compra del equipo y mobiliario y se ultimaron detalles del convenio tripartita con la Fundación de Parques y Museos, el Ayuntamiento y el Patronato del CIJ instrumento que garantizaría la permanencia del programa.

En el mes de Noviembre y Diciembre se termina de equipar con lo mínimo indispensable el inmueble para la inauguración del CIJ. Se cierra la campaña “Quítate un Peso de Encima”.

El 5 de Diciembre de 1997 se inaugura el CIJ Centro Local Cozumel con una persona conformando el equipo de trabajo. En el evento inaugural la presencia de un señor originario del municipio de Felipe Carrillo Puerto, quien se había desplazado desde la zona continental al evento a fin de solicitar ayuda para un familiar con problemas de uso insano de drogas, auguraría la pronta necesidad de promover los servicios de tratamiento.

Voluntariado:

Se inician los trabajos de capacitación para la formación de voluntarios y multiplicación de acciones preventivas. Además de los grupos organizados en las escuelas que empezaron a hacer acciones preventivas de contención se empieza a recepcionar voluntarios que se ofrecen para apoyar en la labor del CIJ siendo pioneros en esta institución la pasante de la licenciatura en Trabajo Social, Srita. Sara Martínez, la Sra. Lucila Tavares Ramos y las Sritas. Ana Lucía Alcocer Biasi y Karla Alejandra Balcázar López, estudiantes de la carrera de psicología en la Universidad del Mayab.

En la modalidad de grupos promotores preventivos surgió el primer grupo de promotores preventivos en la Isla a quienes rápidamente se sumó el grupo scout del Instituto Escultista Independiente que dirigido también por la Sra. Lucila Tavares Ramos.

El total de personas atendidas hasta la inauguración del CIJ fue de:

2 personas derivadas para tratamiento

90 en Orientación Preventiva Adolescentes

5 proyectos preventivos de participación comunitaria

3 voluntarias del CIJ

Reporte Financiero:

Los gastos generados para la inauguración del CIJ en Cozumel en su mayoría fueron cubiertos directamente por los donadores, siendo la principal aportación la del gobierno municipal con la adecuación de una antigua bodega de cervezas para el funcionamiento de las instalaciones de un centro preventivo. Otras aportaciones se aplicaron de manera directa o bien fueron aportaciones en especie como el proyecto arquitectónico mismo aportado por el Colegio de Ingenieros y Arquitectos (Ing. Luis Sandoval) y el salario de coordinador del proyecto que era pagado directamente por la Fundación de Parques y Museos de la Isla de Cozumel. El resto de los gastos se registró y se muestra a continuación (Tabla # 13):

Tabla 13: Ingresos-Egresos previos a la inauguración.

CONCEPTO	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
Equipamiento del CIJ	\$1,250.00	\$28,431.84
Viáticos		\$136.80
Paquetería		\$40.00
Papelería y material didáctico		\$80.10
Gastos Menores		\$240.00
Total	\$1,250.00	\$28,928.74

El primer paso ya estaba dado. El CIJ en Cozumel hacía presencia y había que continuar con un trabajo planificado con miras a su permanencia.

8.2 1998 La permanencia.

8.2.1 Prevención

Proyectos de Información

Con base en la experiencia en la Escuela Secundaria Técnica José Vasconcelos y por la facilidad que implicaba llegar de manera rápida a la población objetivo se promovió específicamente el proyecto informativo a escuelas. Dentro de estos programas se incluyeron los 5°s y 6°s grados de primaria, todos los grados de secundarias y preparatorias, abarcando tanto escuelas publicas y como privadas.

La figura 13 muestra el volumen de alumnos atendidos a lo largo de 1998 con esta fase del programa preventivo.

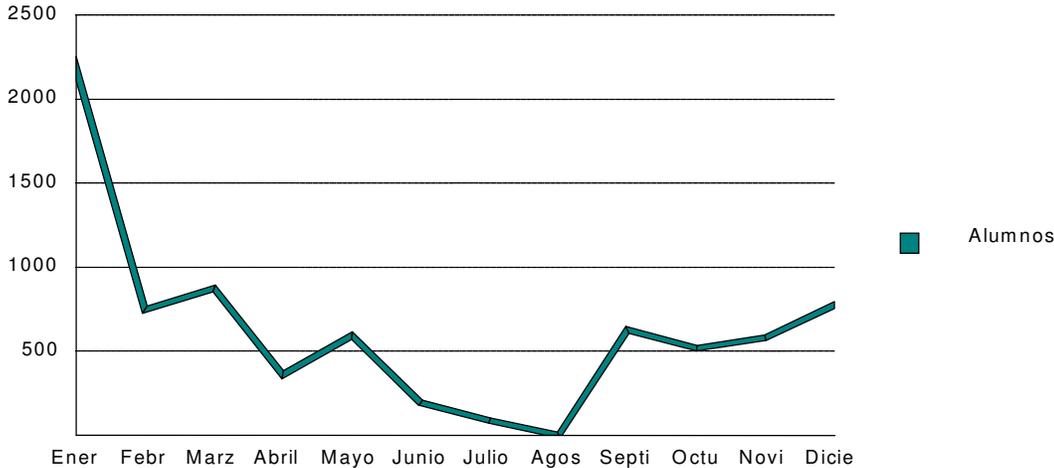


Figura # 13: Cobertura mensual alcanzada con el programa de información preventiva a alumnos.

La nula actividad dirigida a alumnos en el mes de agosto obedeció al período de vacaciones. No obstante, se coordinaron grupos de orientación y un curso de verano dirigidos a jóvenes entre 10 y 12 años y adolescentes entre los 13 y 17

años. Con este programa de información se atendieron un total de 7,537 alumnos, 212.48% más de lo esperado.

Informar únicamente a los alumnos respecto a la importancia de prevenir el problema de las drogas sería un trabajo incompleto de no atenderse a los padres de familia quienes necesitan tomar conciencia de la importancia de procurar un ambiente sano, física y mentalmente. Con el apoyo del Director General del Sistema Educativo Quintanarroense, las dos supervisiones escolares de zona y de los directivos de las secundarias y preparatorias, se convocó juntas de padres de familia para hacerles llegar esta información y sensibilizarlos de su responsabilidad. La respuesta no fue deseada, con un total de 325 padres de familia se vio la necesidad de trabajar en estrategias para atraer su participación (figura # 14).

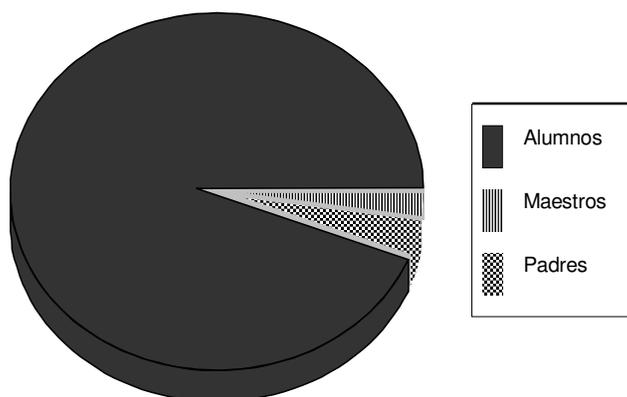


Figura # 14: Comparación de porcentaje de coberturas entre públicos atendidos con el proyecto preventivo escuelas.

Por otra parte, la labor educativa que desempeñan los maestros es muy importante y su papel en el desarrollo del adolescente puede significar la diferencia entre una orientación adecuada del uso de drogas o el manejo inadecuado de los casos riesgosos o de uso insano o indebido. Durante el primer año de trabajo del CIJ Cozumel se logró la

participación de un total de 220 profesores de los niveles de primaria, secundaria y preparatoria de un total de 696, es decir el 31.6% de los que existen oficialmente reconocidos (INEGI, 2001b).

Como se puede apreciar en la figura 14, el mayor porcentaje de las personas que participaron en el nivel informativo y de sensibilización fueron alumnos con el 93% del total atendido en los proyectos a escuelas.

Con los otros programas de información (Información Pública Periódica e Información a Concurrentes), se atendieron a 904 y 420 personas respectivamente. Esta población en su mayoría se encontraba en el sector hotelero, restaurantero, religioso y población abierta (fig. 14).

Proyectos de Orientación

La segunda fase ya descrita y que consiste en talleres de orientación, también se dirige a toda la población con la finalidad de identificar aquellas áreas que obstaculizan el desarrollo personal y movilizar sus propios recursos en beneficio de la persona. Esta fase se encuentra dividida en proyectos según grupos de edad e intereses. Durante todo el '98, un total de 929 personas participaron en estos cursos con una duración de dos semanas cada uno.

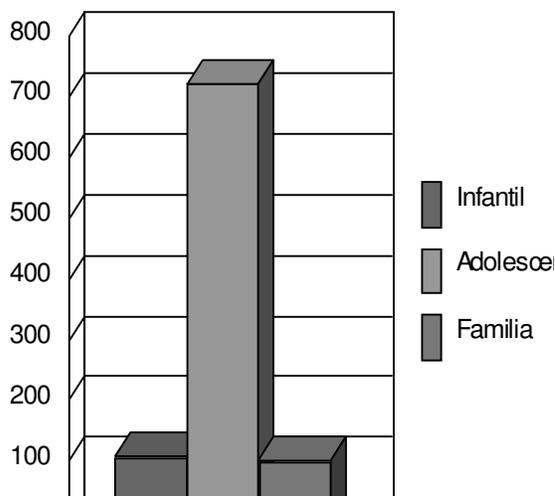


Figura # 15: Comparativo de cobertura alcanzada con los programas de orientación según el tipo de población atendido.

Al igual que en el primer nivel de prevención se observó que la población que más participó en este programa fueron los jóvenes entre los 13 y los 17 años (ver figura 15). Este dato es significativo si recordamos que en promedio los usuarios de drogas en el país inician a una edad aproximada entre los 9 y 10 años. Se propuso como uno de los objetivos para el '99 incentivar la participación de niños.

En lo que a los padres de familia se refiere su propuso trabajar en la percepción de riesgo a fin de que se logre su participación en los talleres de orientación.

Dentro de los temas más solicitados por los jóvenes en los talleres de orientación destacaron los de sexualidad, noviazgo y relaciones familiares. Y los que sobresalieron en el interés e la población infantil fueron los de los derechos de los niños, análisis de caricaturas, aprovechamiento del tiempo libre y relaciones familiares. En tanto que las preocupaciones de los padres se concentran en temas relacionados con el manejo y resolución de conflictos.

Al término de los cursos de orientación, se promovieron actividades recreativas y se estimula a los jóvenes a plantear proyectos que les permitieran revalorarse a partir de un nuevo conjunto de valores que les brinden un lugar en la sociedad. Algunos de los que se incorporaron a las actividades formativas y recreativas fueron el taller de karate de CIJ que coordina el Ing. Sergio Muñoz Aké, promotor preventivo del Centro, el grupo de Scouts “Instituto Escultista Independiente” que dirige la Sra. Lucila Tavares, el Cine Club que coordina la Srta. Rossana y Fabiola voluntarias también, el Instituto Quintanarroense de Cultura que dirige el Prof. Jorge Navarro, el grupo de bicicross, el Parque de Chankanaab, etc. Todos estos grupos que ayudaron a dar alternativas de participación para los jóvenes.

De este modo en 1998 se logró alcanzar el gran total de 10,517 personas con el programa preventivo.

Voluntariado

Trabajar en la concienciación de que la drogadicción es un problema de salud pública implicó la promoción del trabajo voluntario a fin de que esa conciencia se vea materializada en actos que la sostengan. Durante el '98 se logró la participación de un total de 14 personas que se capacitaron para promover

actividades preventivas de algún tipo. Estas se sumaron a los 12 voluntarios que constituyen el patronato y 5 voluntarios estratégicos. En total 31 personas se ofrecieron para hacer alguna actividad como voluntarios durante el '98.

Colaboración y apoyo interinstitucional

Conforme a lo planeado se procuró la colaboración y apoyos estratégicos de grupos civiles e instituciones a fin de fraguar a una red estratégica de acción comunitaria. En este aspecto podemos destacar la disposición y colaboración de instituciones como el Sistema Educativo Quintanarroense, el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia, ANSPAC (Asociación Nacional de Superación Personal, A.C.), FAME (Familia Mexicana), el grupo recursos humanos del sector hotelero, la Fraternidad de Cozumel, los diversos grupos de autoayuda como Alcohólicos Anónimos y Narcóticos Anónimos, el Comité Municipal para la Cultura y el Deporte, los medios de comunicación masiva como radio, televisión y prensa, quienes en este primer año de trabajo participaron de alguna manera para poder impactar a un mayor número de personas.

Eventos

Una de las formas más eficaces de promover una cultura preventiva fue a través de eventos comunitarios que fortalecieron la incorporación gradual del cuidado de la salud como valor en la vida cotidiana. Además, los eventos comunitarios permitieron una mayor difusión y proyección institucional en la comunidad. La importancia de hacer eventos en coordinación con otras instituciones a fines estriba en la conformación de una red de acción interinstitucional en la comunidad.

Durante 1998 se programaron y realizaron los siguientes:

- 1) El veintidós de mayo se clausuró la jornada de conferencias juveniles que organiza el programa DIA del DIF y en las que participó el CIJ atendiendo a la población de la escuela secundaria del Instituto Partenón.
- 2) Con motivo de la celebración del “Día Internacional de Lucha Contra el Abuso y Tráfico Ilícito y de Drogas”, el 26 de junio donde se proyectó en el Auditorio del Museo de la Isla, la película de dibujos animados “Las Estrellas al Rescate”. A la proyección asistieron un total de 200 niños de educación primaria.
- 3) Destacó también la visita de la Sra. Isabel Tenorio de Villanueva el 8 de julio quien en coordinación con el DIF, conoció las actividades que realiza el CIJ. Durante su visita la Presidenta del DIF estatal entregó un equipo de fax para las oficinas administrativas del Centro.
- 4) Y finalmente, se realizaron las Jornadas Nacionales contra la Farmacodependencia CONALEP-CIJ, programa que se aplicó a la totalidad de la población estudiantil de esta escuela y que concluyó con un concurso de carteles. Ofreciendo como reconocimiento a su participación al primer lugar un pase doble para el delfinario de Chankanaab, segundo lugar un pase doble para el parque de Xcaret y tercer lugar un pase doble para un paseo en submarino. Los premios fueron cortesía de Parque Marino “Arrecifes de Cozumel”.

Un total de cuatro eventos comunitarios.

8.2.2 Tratamiento

Aun cuando el CIJ Cozumel no había proyectado en lo inmediato la apertura de servicios terapéuticos ya que estos serían canalizados a tratamientos existentes en la comunidad o bien al CIJ en la Ciudad de Cancún, pronto se vio que estas alternativas eran ineficaces para quien ya las había intentado o para quienes

buscaban tratamientos más formales y/o no contaba con suficientes recursos económicos ni el tiempo para desplazarse hasta la Ciudad de Cancún*.

Ante la demanda del servicio, el CIJ Cozumel se vio obligado a abrir anticipadamente el programa de tratamiento según lo permitieron los recursos humanos y económicos hasta entonces disponibles. Se procuro hacerlo lo más apegado a la normatividad institucional posible teniendo en cuenta que el ideal para conformar el equipo interdisciplinario de tratamiento es de un médico psiquiatra (como mínimo un médico general previamente capacitado), un psicólogo y un trabajador social.

¿De dónde saldría el recurso para brindar el servicio?

La contratación del coordinador del Centro Local como personal de base de los CIJ's en el mes de Septiembre, vino a liberar el donativo de la Fundación de Parques y Museos para hacer posible la contratación de otro psicólogo (Psic. Angela Pérez Ávalos) y abrir así los servicios de tratamiento.

También se promovió un convenio de colaboración con el entonces, director del Centro de Salud, el Dr. Juan Ortegón Pacheco, a fin de que proporcionara el apoyo de un médico comisionado una vez por semana para el reconocimiento de los pacientes.

Y se hizo un llamado a la comunidad médica en general para quien quisiera ayudar de este modo con el desarrollo del programa. Como respuesta la Química Farmacobióloga, Olivia Leal, se ofreció como voluntaria para realizar los análisis clínicos que el médico juzgara necesarios y la Trabajadora Social Reyna de la Escuela Secundaria Técnica para hacer los estudios socioeconómicos, rescates y seguimiento de los pacientes. De manera provisional se siguió solicitando al CIJ

* Aproximadamente implicaba un gasto de \$160.00 pesos más el costo de la consulta y cuatro horas de transportación además del tiempo necesario para el tratamiento a quien deseara esta alternativa terapéutica.

de Cancún su apoyo con el médico para la realización de los Estudios Físicos Neurológicos requeridos.

En este primer año se recibieron un total de 101 solicitudes de tratamiento a quienes se les ofreció fundamentalmente servicios de orientación, terapia individual y terapia grupal.

8.2.3 Finanzas

La apertura del CIJ no terminaba con el reto de reunir los fondos para su inauguración sino que iniciaba una nueva responsabilidad con el patronato y la comunidad cozumeleña para mantener abierto este nuevo servicio en la Isla.

Siendo una de las principales responsabilidades del patronato el procurar el soporte económico al CIJ para su funcionamiento y crecimiento, se programó una reunión de capacitación para ellos con la Psic. Ana María Quintanilla Enciso, Directora de Participación Comunitaria quien tenía a su cargo la coordinación de los patronatos en el país.

La reunión se realizó en mayo de ese año. En esta se revisaron estrategias y procedimientos, se ponderó el conocimiento básico de CIJ y sus objetivos generales, quedando pendiente una reunión posterior para seguimiento y evaluación. Como resultado de la visita de a Lic. Quintanilla se puso en marcha la comisión para la estructuración de un nuevo plan para la procuración de fondos.

El resultado del trabajo se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 14: Fondos procurados durante 1998

CONCEPTO	CANTIDAD
Campaña de procuración de fondos	\$82,436.00
Fundación de Parques y Museos	\$34,200.00
Personal Comisionado del Ayuntamiento	\$22,000.00
Gastos de agua y luz del Ayuntamiento	\$38,400.00
Renta que cubre el Ayuntamiento	\$120,000.00
GRAN TOTAL	\$297,036.00

Los ingresos aportados por el H. Ayuntamiento de Cozumel, han representado el 60.7%, aportado por la comunidad cozumeleña a través de la campaña permanente de procuración de fondos; el 27.7% y el 11.5% restante aportado por la Fundación de Parques y Museos durante 1998 (ver figura 16 y tabla 14)

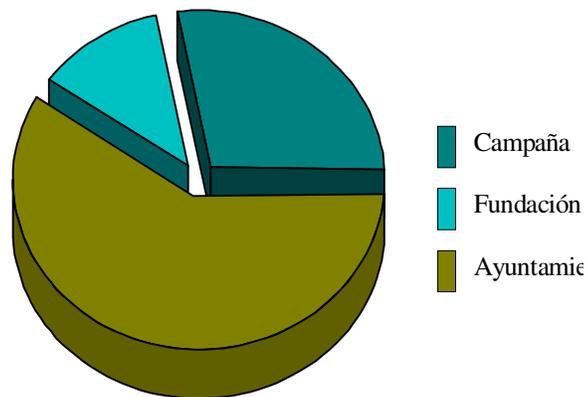


Figura # 16: Porcentaje de ingresos según su origen

Este gran total de fondos se aplicó del siguiente modo:

- } Gastos de operación 18.18%
- } Muebles 9.5 %

8.3.1 Prevención.

Información

La siguiente gráfica nos muestra los resultados obtenidos en el proyecto dirigido a escuelas (figura # 17).

Del total de personas impactadas con este proyecto (4,219) resalta el hecho de que un 90.5% fueron alumnos, el 9% padres de

familia y tan solo el .4% maestros. La baja participación de padres y maestros nos obliga a recordar que según la Encuesta Nacional de Adicciones de 1993 los principales lugares en donde los jóvenes consiguen la droga son, por frecuencia fue; la calle, la casa y la escuela, por lo que se intentó subrayar la importancia de la participación de padres y maestros en la lucha contra el problema de las adicciones.

La baja participación de padres pareciera reflejar que el problema no se vive como multicausal en donde la familia como círculo primario tiene una fuerte influencia y poder para poder prevenir y formar una cultura del uso adecuado de las drogas legales, sino como un problema en el que el "otro", llámese Dios, el gobierno, el padre, la madre, el maestro, el hijo, etc.... es quien debe hacer algo al respecto. No se vislumbra la necesidad de asumir a cada uno su propia responsabilidad en el nivel que le corresponda.

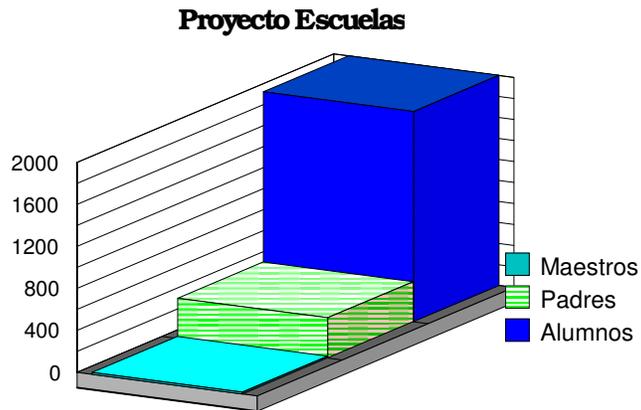


Figura # 17: Cobertura del proyecto de información dirigido a escuelas.

Incluyendo el resto de los proyectos informativos se puede observar la siguiente cobertura; 3,854 atendidos con el proyecto de información pública periódica (IPP), 293 con el proyecto de información a concurrentes (IC) y 4,219 con el proyecto a escuelas (ESC). De esta población se derivaron un número considerable de personas para su formación como voluntarios (ver figura 18).

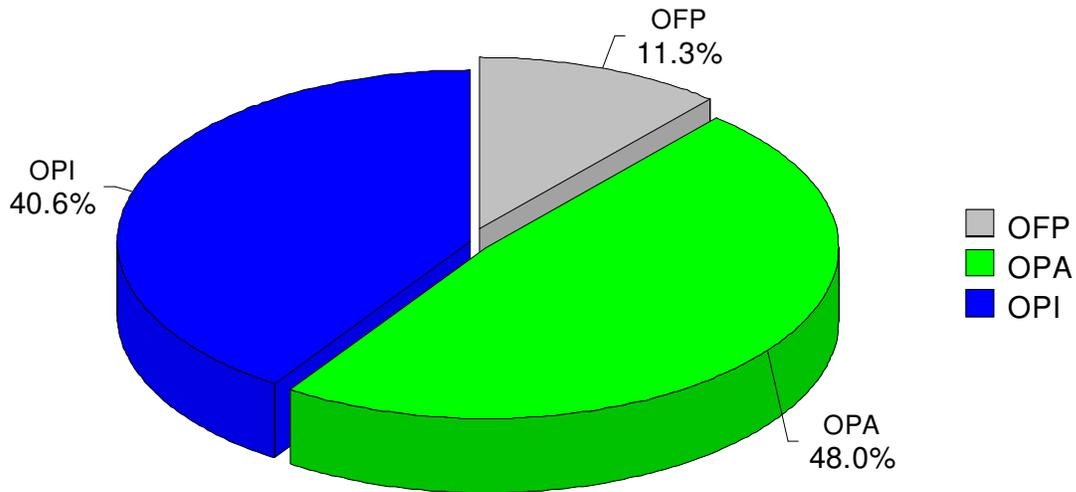


Figura # 18: Porcentaje de cobertura alcanzada por cada uno de los proyectos de información preventiva.

Orientación

En lo que respecta a los talleres de orientación preventiva se alcanzaron los siguientes logros (figura # 19):

Proyectos de Orientación Preventiva



Total 1,041

Figura # 19: Porcentaje de cobertura alcanzada en cada uno de los proyectos de orientación preventiva.

Con este proyecto se atendieron 1,041 personas, 12.9% más que en el '98, de las cuales, nuevamente el 88.6% son jóvenes y niños.

Los beneficios que se presume obtuvieron los participantes en este programa son:

Como alumno:

- El establecimiento de estilos de vida saludables que pueda favorecer sus relaciones personales con el grupo de amigos, la familia y la escuela.
- La identificación de la escuela como un espacio de formación, socialización y motivación.

Como maestros:

- Identificar la importancia de su rol como estructuras de apoyo a los estudiantes para reforzar su apego a la escuela.
- Promoción de una cultura libre de drogas con los estudiantes.
- Se fortaleció la participación preventiva en la población escolar de manera continua.

Como padres de familia:

- Reconocer la importancia que tienen como formadores y como estructuras de apoyo para cada integrante de la familia.
- Se promovieron habilidades para establecer una comunicación más abierta.
- Diferenciar las características y las etapas por las que atraviesa cada uno de sus miembros para generar estilos de vida más saludables y libres de drogas.

Durante el '99 se promovió el trabajo interinstitucional para abarcar otros sectores de la población dentro de las que destacaron; el DIF Cozumel, Supervisión de Zona Escolar 010 y 040, la Base Aérea Militar Número 4, el Sector Naval Militar, El Hotel Coral Princes, Centro de Salud, Registro Civil, Seguridad Pública, Comisión Federal de Electricidad, Regidores del Ayuntamiento y Juzgado Penal, que permitieron y apoyaron la difusión de esta cultura preventiva.

Capacitación

En cursos-taller de capacitación se habilitó a los voluntarios para la reproducción de acciones preventivas en diferentes ámbitos como las escuelas, empresas, comunidad, grupos y clubes sociales, asociaciones civiles y religiosas, etc. Durante 1999 se dio la capacitación a un total de 45 voluntarios que realizaron

diferentes actividades preventivas (ver figura # 20 para porcentaje de voluntarios por tipo).

Voluntarios que participaron en el '99

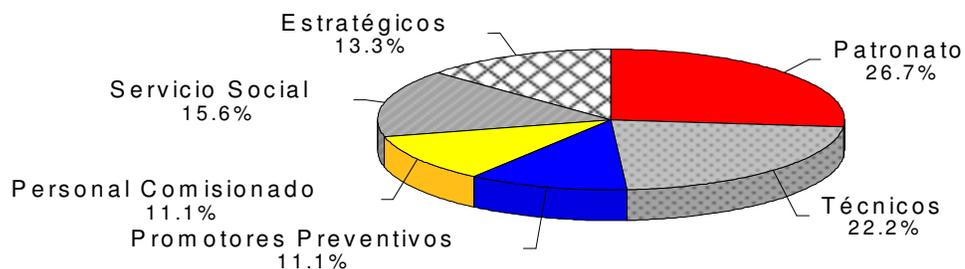


Figura # 20: Muestra el porcentaje de voluntarios por tipo.

Total: 45

El crecimiento que registró la participación voluntaria fue del 73% respecto a 1998 (fig. # 21). Dentro de la formación voluntaria esta la capacitación a grupos previamente constituidos con objetivos y actividades propias pero que pueden incorporar a su programa el desarrollo de actividades preventivas específicas o de contención. A esta modalidad de capacitación se le conoce como Grupos Organizados y se promovió por primera vez en el '99. En este año se formaron cuatro grupos organizados. El primero fue el grupo ANSPAC, pioneras en la formación voluntaria en esta modalidad.

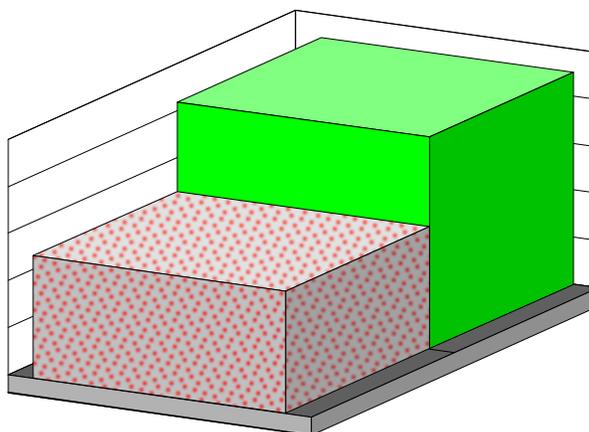


Figura # 21: Comparativo de voluntarios entre 1998 y 1999.

Los grupos de promotores preventivos conforman grupos mixtos que multiplican acciones para presentar alternativas sanas de formación y entretenimiento a los jóvenes, estableciendo así grupos de contención que les ayude a transitar por las edades de mayor riesgo. Estos grupos plantean sus propias propuestas de intervención y son grupos autogestivos. Esto ha permitido al CIJ Cozumel diversificar los servicios que ofrece a la comunidad sin impacto sobre el presupuesto del CIJ, tales como (ver tabla # 15);

Tabla 15: Talleres ofrecidos a la comunidad.

Taller	Responsable	Asistencia promedio	Lugar donde se imparte
Karate (dos grupos)	Sergio Aké Solís	45	CIJ Cozumel
Karate (Matutino)	Leopoldo Cen Yam	4	CIJ Cozumel
Karate (INAM)	César Sanromán	9	Casa de la Cultura
Teatro Guiñol *	Rocio Albarrán	3	Casa de la Cultura
Taller de Vídeo *	Lic. Zaydi Salazar	3	CIJ Cozumel
Básquetbol	Sergio Pérez y Virgilio Ruíz	11	CIJ Cozumel
Grupo de Aerobics*	Magdaly Cardeña	12	CIJ Cozumel
Grupo Teatro I *	Víctor Islas	7	CCI
Grupo de Teatro II	Javier Zapata Ravell	10	CIJ Cozumel
Cine Debate	Karla Segura J. Sofía Jiménez B.	5	CIJ Cozumel

Tabla 16: Resumen general de las actividades realizadas por los promotores preventivos:

TALLERES	PROMOTORES PREVENTIVOS	COBERTURA
10	10	109

Comparativo semestral por proyectos preventivos

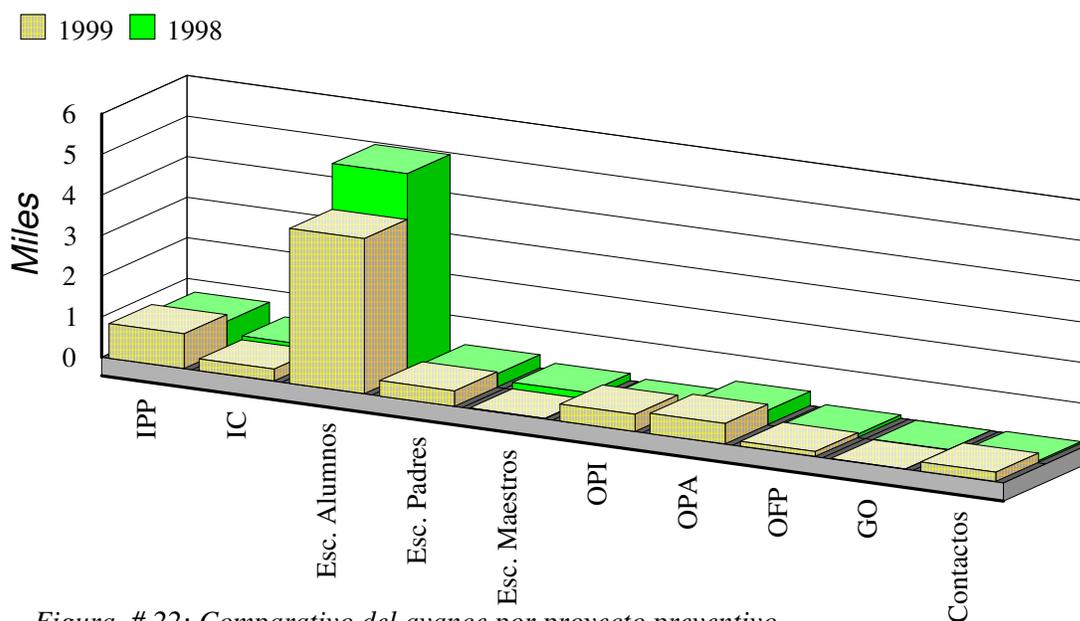


Figura # 22: Comparativo del avance por proyecto preventivo.

Los proyectos preventivos que mostraron un aumento significativo en el '99 se muestran en la siguiente tabla (figura # 21 y tabla # 16) y fueron:

Tabla # 17: Porcentaje de incremento por proyecto preventivo.

PROYECTO	AUMENTO PROCENTUAL
Información Pública Periódica	22%
Orientación Preventiva Infantil	370%
Orientación Preventiva Adolescentes	42%
Orientación Familiar Preventiva	57%

De este modo con el programa preventivo logramos atender un TOTAL de 6,637 personas.

Aun cuando se registra una ligera disminución del 6.28% en la cobertura alcanzada respecto al '98, no debe entenderse como un retroceso sino como un avance debido al incremento mostrado en los proyectos de orientación que demandan mayor tiempo para su desarrollo y que obligó restarle tiempo a los proyectos informativos.

Eventos

La organización de eventos se mantuvo como estrategia para la difusión de servicios y el fortalecimiento de la cultura preventiva. En total se programaron siete eventos de los cuales uno se canceló y tuvieron una asistencia total de 680 personas. En la tabla # 17 se detallan los eventos realizados.

Tabla # 18: Relación de eventos comunitarios realizados durante el '99

<u>Nombre del Evento</u>	<u>Fecha</u>	<u>Cobertura</u>	<u>Organizado por</u>
Informe anual y 1º Aniversario del CL Cozumel	20 Enero 99	130	Equipo Técnico Voluntariado y Patronato
"San Jordi" Día Mundial el Libro	29 Abril 99	70	Voluntarios Estratégicos
Visita de la Sra. María Rubio de Hendricks	02 Mayo 99	100	Coordinación con el DIF Cozumel
Día Internacional de Lucha Contra el Uso Indevido y Tráfico Ilícito de Drogas	28 Junio 99	180	Equipo Técnico y Voluntariado
Concurso de Grafitti	16 Junio 99	150	Coordinación con el DIF Cozumel
Foro Juvenil	Octubre	CANCELADO	CANCELADO
Presentación de Libro "Como proteger a tus hijos contra las drogas"	4 Diciembre 99	50	Voluntarios Técnicos y Personal de Base

Acuerdos y Convenios Interinstitucionales

Durante 1999 se promovieron acuerdos verbales de colaboración con diversas instituciones en las que destacaron:

Sector Educativo:

Todas las escuelas primarias de las zonas escolares 010 y 040.

Las escuelas secundarias públicas y privadas.

Cbtis 28, Conalep, ICAT, Universidad de Quintana Roo.

Sector Gobierno:

Ayuntamiento de Cozumel.

DIF Municipal.

Seguridad Pública.

Juzgado Penal.

Parque Marino Nacional Arrecifes de Cozumel.

Sector Privado:

Hoteleros y restauranteros.

Tiendas de buceo.

Sector Salud:

Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Centro Medico Cozumel.

Cruz Roja Mexicana.

8.3.2 Tratamiento

Si bien desde 1998 ya se había intentado abrir algunos servicios terapéuticos para quienes buscaban ayuda profesional a su problema de adicciones, no fue sino hasta el segundo semestre del 1999 cuando se contó con el equipo profesional completo para brindar el servicio.

Se anunció que el CIJ Cozumel podría con el apoyo de profesionales de la salud que participaban como voluntarios, ofrece tratamiento en la modalidad de consulta externa dirigida al usuario de drogas y a su familia. La incorporación del Sr. Luis Roel en el departamento de Trabajo Social permitía contar con el recurso que cubriera la función en ambos programas, el preventivo y de tratamiento.

Los servicios que se ofrecieron fueron:

Psicoterapia de tipo individual, familiar y grupal teniendo como marco un abordaje terapéutico

integral del paciente, además de la inclusión de la familia en sesiones de orientación, como medida de apoyo y reforzador del tratamiento.

Con este programa se han atendieron 36 solicitudes de tratamiento en las que prevalecieron en un 71.4% los usuarios de drogas en busca de ayuda por problemas con su consumo, de ellos la proporción entre sexos fue de tres hombres por cada mujer atendida. El 28.6% de los pacientes atendidos correspondió a familiares de pacientes a quienes se les ofreció el servicio de orientación para apoyar a su familiar en el proceso de recuperación (figura # 23).

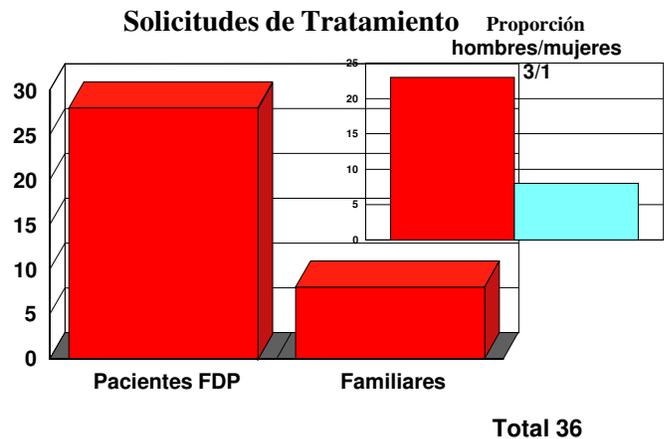


Figura # 23: Solicitudes de tratamiento recepcionadas durante 1999.

La figura # 24 nos permite observar que los rangos de edad con mayor incidencia en el consumo de drogas en Cozumel son los jóvenes entre los 11 y los 15 años de edad, ya que representan el 22% del total, seguido por el rango de 16 a 20 con mayor crecimiento durante el segundo semestre.

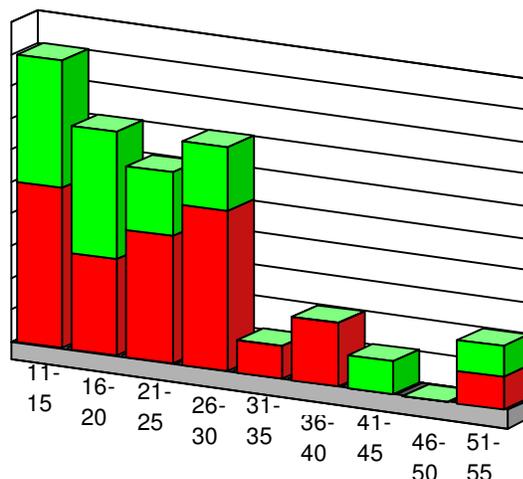
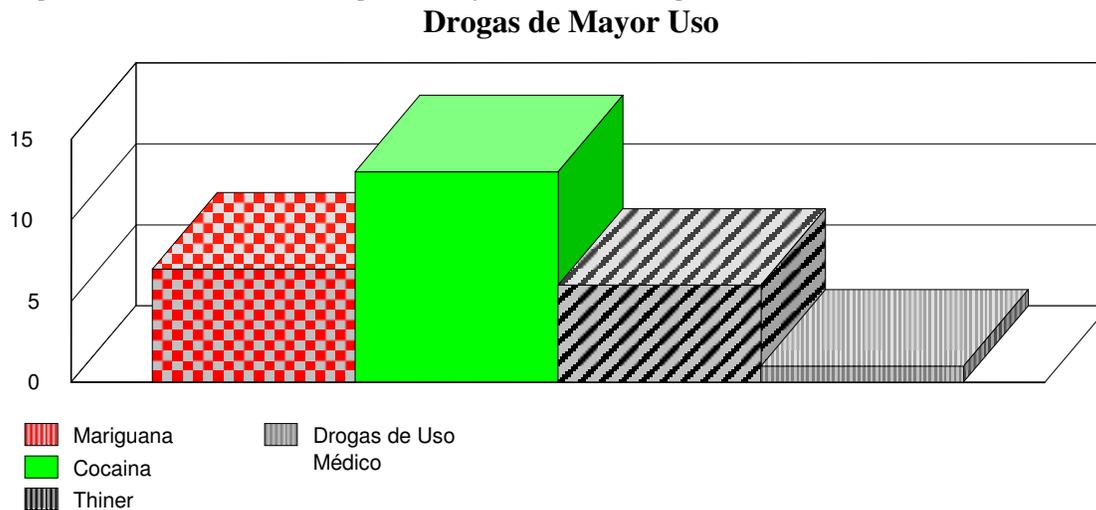


Figura # 24: Frecuencia por rango de edad entre los pacientes atendidos durante 1999.

Por otra parte se pudo detectar que las drogas de mayor uso entre los pacientes en tratamiento son la cocaína, marihuana, thiner y las drogas de uso médico, que contrastan con los resultados estadísticos de la región peninsular en donde sobresale el consumo de marihuana (Figura # 25).

Figura # 25: Muestra las drogas de mayor uso entre los pacientes atendidos.



Cabe señalar que en los resultados obtenidos durante el primer semestre, mostraron que la cantidad de usuarios de la marihuana y cocaína eran la misma y

al término del año se registró un aumento en entre los usuarios de cocaína por encima de los de marihuana.

8.3.3 Finanzas

Tabla # 19: Donaciones percibidas durante 1999

<u>INGRESOS</u>	
Donante	Monto
H. Ayuntamiento	\$ 173,300.00
Fundación Parques y Mi	\$ 30,000.00
Consultas	\$ 2,367.00
Iniciativa Privada	\$ 20,953.00
Total de ingresos	\$ 226,620.00

Destaca la aportación del Ayuntamiento de Cozumel con el 76.4%, la Fundación de Parques y Museos con el 13.24% y la Iniciativa Privada con el 9.25% (figura # 6)

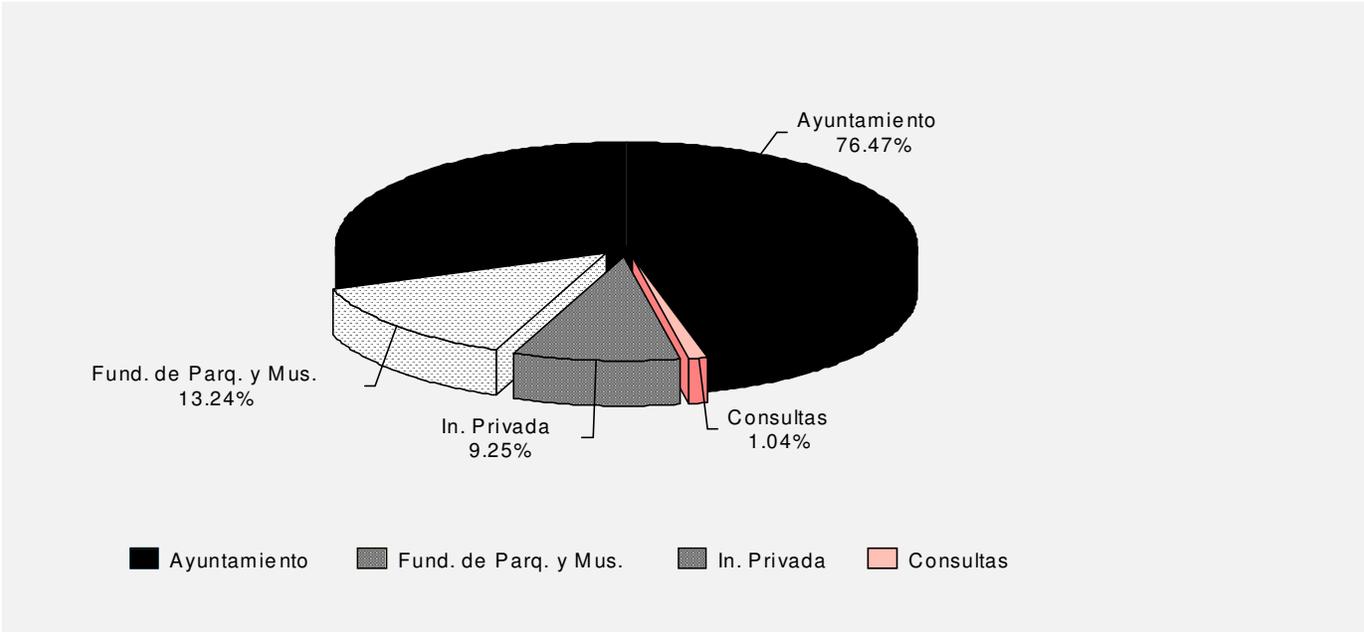


Figura # 26: Porcentaje de de aportaciones por donador.

Tabla # 20: Aplicación de recursos por concepto³

EGRESOS 1999

Concepto		TOTAL
Papelería	\$	8,626.77
Viáticos	\$	3,933.19
Matenimiento	\$	2,044.35
Mensajería	\$	1,431.98
Limpieza	\$	5,708.97
Varios	\$	1,586.81
Apoyo a voluntarios	\$	4,477.00
Teléfono	\$	9,874.50
Eventos	\$	1,075.45
Cafetería	\$	1,208.97
Renta del Inmueble	\$	120,000.00
Luz y Agua	\$	6,000.00
Sueldos y Salarios	\$	47,300.00
TOTAL	\$	213,267.99

Tabla # 21: Balance general de ingresos egresos.

BALANCE GENERAL

Concepto		Monto
H. Ayuntamiento	\$	173,300.00
Fundación P.y M.	\$	30,000.00
Consultas	\$	2,367.00
Iniciativa Privada	\$	20,953.00
Total de ingresos	\$	226,620.00
Total de egresos	\$	213,267.99
Caja Chica CIJ	\$	1,000.00
Cuenta del Patronato	\$	12,228.77
TOTAL	\$	226,496.76
DIFERENCIA	\$	123.24

³ Los donativos aplicados en renta, luz y agua así como sueldos y salarios son pagados directamente por el donador.

De este modo, el ejercicio del '99 se caracterizó por la puesta en marcha del programa de atención curativa con la participación de profesionales de la salud mediante acuerdos con instituciones a fines y a través de la promoción de la participación comunitaria y la consolidación de la permanencia del CIJ pese a los cambios políticos municipales que propiciar la discontinuidad en los apoyos a programas de asistencia social.

8.4 2000 El crecimiento

8.4.1 Prevención.

La figura # 27 nos permite observar de manera general el volumen de cobertura alcanzada en cada uno de los proyectos que conforman los proyectos preventivos y que en total suman la cantidad de 5,341

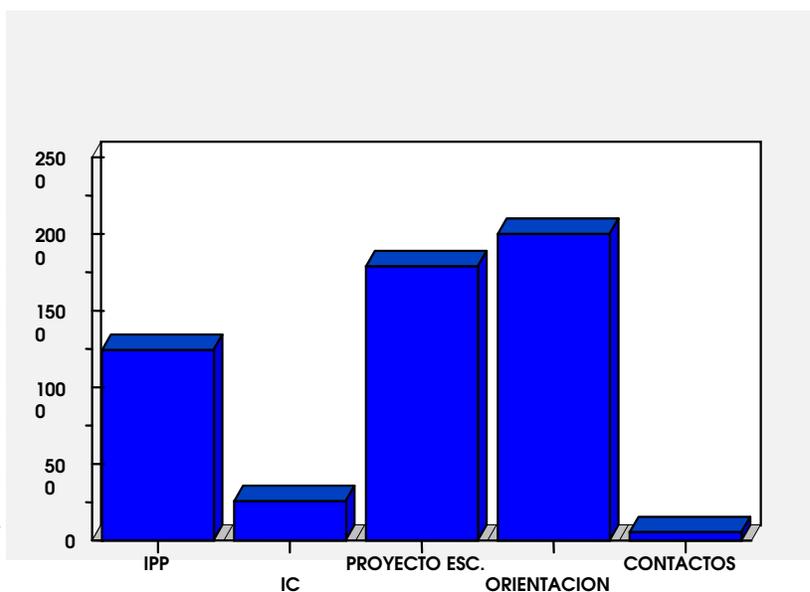
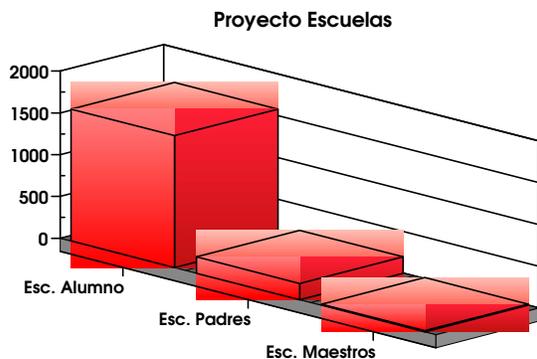


Figura # 27: Cobertura alcanzada por proyecto preventivo.

personas. Sobresale el proyecto Escuelas, el proyecto de Información Pública Periódica (IPP, IC: Información a Concurrentes) y los programas de Orientación.

El proyecto de atención a Escuelas destaca no solo por el volumen atendido, que alcanzó la cifra de 1,789 personas, sino por la importancia que reviste en la formación educativa y personal que los chicos tienen y que hacen de la escuela un lugar de riesgo o de protección (SSA y CONADIC, op.cit.). Durante el 2000 se procuró involucrar en el trabajo preventivo a los directivos y docentes de las escuelas con las que se trabajó a fin de que implementaran medidas preventivas y técnicas para la identificación y manejo de los casos dentro de sus planteles.

Para el 2000, el trabajo desarrollado en el proyecto a escuelas se consiguió gracias al apoyo de las zonas escolares 010 y 040 y particularmente a las escuelas primarias Bernardino Mezo, Eladio Novelo Gil, Miguel Hidalgo y las Secundarias José Vasconcelos y Andrés Quintana Roo.



Al igual que en los años anteriores, se puede notar una baja participación de padres y maestros en los programas dirigidos a escuelas, tan solo el .83% y 10.95% respectivamente del total de la población atendida con el proyecto a escuelas (figura # 28).

Figura # 28: Cobertura por programa del proyecto escuelas.

Se puede notar un ligero descenso en la cantidad impactada respecto a la cobertura alcanzada en el año 1999 en un 62.3% (figura # 29), esto obedeció al seguimiento que se dio al trabajo de información realizado en el '99 en las escuelas que derivó a la segunda fase de este programa preventivo, que es la orientación.

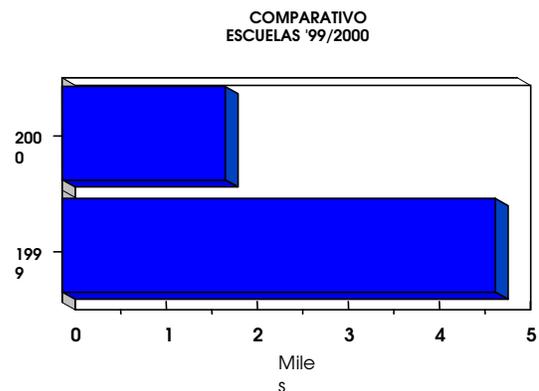


Figura # 29: Comparativo de cobertura alcanzada con proyecto escuelas durante el 1999 y el 2000

El trabajo en los proyectos de orientación requiere de una atención más especializada y de mayor tiempo frente al grupo. De ahí que pueda verse una correlación entre la disminución de la cobertura en información y el aumento en la cobertura en orientación. Ésta registró un incremento a dos mil personas impactadas, lo que significó un aumento del 60.7% sobre lo alcanzado en 1999.

De forma aún más particular, se puede señalar que el proyecto de orientación a adolescentes (OPA) registró un aumento del 153% respecto al '99.

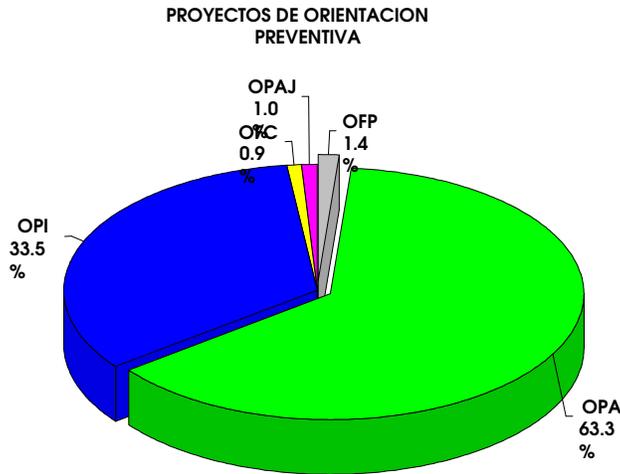


Figura # 30: Porcentaje de cobertura por proyecto

La participación que mostraron los diferentes sectores con estos proyectos de orientación fue: 2.3% de padres con los proyectos de Orientación Familiar Preventiva y Orientación a la Familia en su Conjunto (OFP y OFC respectivamente, figura # 30) y del 96.8% de niños

y adolescentes con los proyectos de Orientación Preventiva Infantil y Orientación Preventiva a Adolescentes (OPI y OPA, figura # 30). De lo anterior se desprende la necesidad de promover con mayor ahínco la participación de los padres a fin de lograr la integración real del modelo de abordaje y consolidar el establecimiento de nuevos hábitos, actitudes y cambios de comportamiento.

Para lo lograr lo anterior sería necesario el apoyo y una participación más comprometida de los directivos y docentes escolares, que nos permita establecer dentro de las escuelas grupos de redes preventivas y nos fortalezca con su capacidad de convocatoria para reunir y motivar a los padres, además de facilitarnos el trabajo con alumnos como hasta ahora.

Durante el 2000 el trabajo de información preventiva se siguió ampliando a otros sectores de la comunidad. El proyecto de Información Pública Periódica nos permitió atender los sectores empresariales, industriales, comerciales y de servicios diversificando de este modo nuestro universo de acción. Así,

registramos un incremento del 25.2% sobre lo realizado durante el '99 con un total de 1,242 personas impactadas (figura # 31). Dentro de las empresas y organismos que participaron en este proyecto estuvieron; Organización Becerra, Comisión Federal de Electricidad, Servicio Militar Nacional, Departamento de Policía y Tránsito, los hoteles; Costa Club, La Ceiba, Allegro Resort, Porto Real, la iglesia de San Miguel y la iglesia Presbiteriana, entre otros.

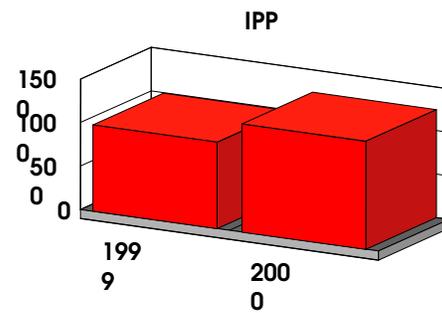


Figura # 31: Comparativo de cobertura en con el programa de Información Pública Periódica.

Participación Comunitaria

Una vez que hemos promovido un enfoque de salud respecto a la drogadicción en la etapa informativa y que fortalecemos el establecimiento de factores protectores en talleres de orientación dirigidos a niños, jóvenes adultos y familias, nuestro trabajo continúa al promover la participación de la comunidad poniendo énfasis en el hecho de que la drogadicción es un problema de salud pública y por lo tanto es un problema de todos.

Para lograr un cambio social la conciencia es necesaria más no suficiente. Se requiere de la participación activa de todos los ciudadanos. De ahí que en los Centros de Integración Juvenil se promuevan grupos de voluntarios que desarrollen actividades multiplicadoras del modelo preventivo, que organicen actividades alternativas para jóvenes creando grupos de contención, o bien; que establezcan medidas que busquen reducir riesgos sociales prevalentes en su comunidad.

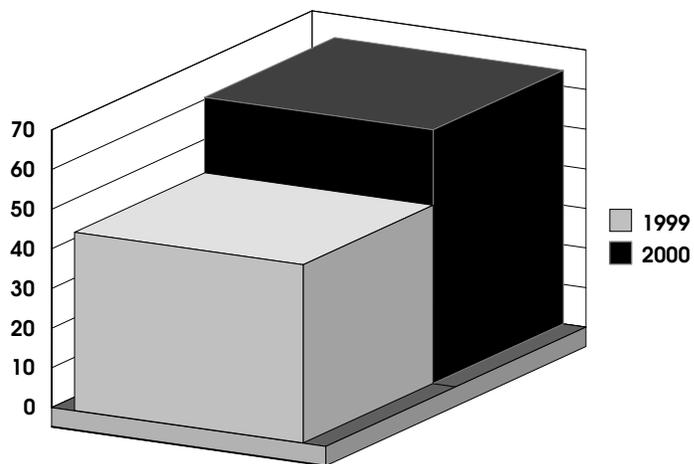


Figura # 32: Comparativo en la cantidad de voluntarios que participaron en 1999 y 2000.

Este grupo de 64 personas que colaboran con el Centro de Integración Juvenil de Cozumel conformaron la principal fuerza de trabajo. También debe notarse que durante el 2000 se logró un nuevo máximo en la cantidad de voluntarios

superando en un 42.2% la cantidad del año '99 (figura # 32).

Dentro de las propuestas que presentaron este año los grupos de promotores preventivos estuvieron (ver tabla # 22):

Tabla # 22: Talleres realizados por voluntarios durante el año 2000

TALLER	RESPONSABLE	ASISTENCIA PROMEDIO	LUGAR DONDE SE IMPARTE
Karate	Sergio Aké Solís	62	CIJ
Karate	Cinthia Chi Naal	14	INAM Karate-Do
Peques Club	Mercedes Aké Gómez	10	CIJ
Edecanes	Ma. José Guillermo	22	CIJ
Sociodramas	Jeannette Canaam	30	Sec. José Vasconcelos
Taller de expresión	Nallely Enríquez	20	CIJ
TOTAL	6	158	3

Eventos Comunitarios

En total se programaron siete eventos de los cuales uno se canceló y tuvieron una asistencia total de 1,295 personas, 60.7% más que el año pasado. En la siguiente tabla se detallan los eventos realizados (ver tabla #23).

Tabla # 23: Eventos comunitarios realizados durante el 2000

NOMBRE DEL EVENTO	FECHA	COBERTURA	ORGANIZADO POR
Informe anual y 2º Aniversario del CIJ Cozumel	21 Enero	130	Patronato Equipo Técnico Voluntarios
Participación en la Expo Filantrópica	03 Febrero	45	Fundación Cozumel Equipo Técnico Patronato
Toma de Protesta del Patronato Estatal	04 Febrero	145	Fundación de Parques y Museos Voluntarios Equipo Técnico
Kilometro del Peso Colecta Scout	20 Febrero	200	Promotores Preventivos Fundación Cozumel IAP
Día Internacional de Lucha contra las Drogas	26 de Junio	500	Voluntarios Equipo Técnico Promotores Preventivos
Reunión Anual de Voluntarios	07 Octubre	25	Equipo Técnico Voluntarios Servicio Social Voluntarios
Desfile de Modas	18 Octubre	250	Promotores Preventivos
TOTAL	7 eventos	1,295	

Acuerdos y Convenios Institucionales

Durante el 2000 el Centro local Cozumel mantuvo y celebró los siguientes acuerdos verbales de colaboración con diversas instituciones en las que destacan:

Sector Educativo:

Todas las escuelas primarias de las zonas 010 y 040

Instituto Estatal para la Educación de los Adultos

Todas las escuelas secundarias públicas y privadas

Cbtis 28, CONALEP, Universidad de Quintana Roo

Sector Gobierno:

Ayuntamiento de Cozumel

DIF Municipal Cozumel

Seguridad Pública

Juzgado Calificador

Base Aérea Militar # 4

Registro Civil

Juzgado Penal de Primera Instancia

Sector Salud:

Centro de Salud

Centro Médico Cozumel

Sector Privado:

Hoteles

Restaurantes

Tiendas de Buceo

Fundaciones

Clubes de Servicio

Cabe destacar de entre los acuerdos y convenios con instituciones, el establecido con el Registro Civil vigente desde 1999 y con seguimiento a lo largo del 2000. Este acuerdo consiste en la canalización de todas aquellas parejas menores de edad que solicitan matrimonio a fin de que acudieran al CIJ a pláticas

prematrimoniales de orientación (Orientación Preventiva Adolescentes Jóvenes; OPAJ). Lo anterior debido a que la edad representa en sí un nivel de riesgo además de que como se señaló en el capítulo 4 en el análisis de riesgos macrosociales se identificó a la alta prevalencia de adolescentes en pareja como característica demográfica riesgosa para la Isla (CIJ, 1997).

Mediante este acuerdo se pudo atender a 52 parejas de las cuales el 81% concluyó su curso de orientación y de las cuales se espera tengan menor riesgo que aquéllas que conforman matrimonios sin ninguna orientación preventiva.

También se trabajó en un acuerdo con el Juzgado Penal de Primera instancia en virtud de que el uso de las drogas suele ir acompañado por robos, asesinatos ó accidentes bajo el influjo de alguna sustancia tóxica. Mediante este acuerdo se buscó canalizar a todas aquellas personas que hubieran sido detenidas en la comisión de algún delito bajo el influjo de alguna droga. Lo anterior con la finalidad de dar cumplimiento al Artículo 199 del Código Penal Federal que señala que todo farmacodependiente deberá ser remitido a tratamiento prescindiendo de que tenga condena o no.

El establecimiento del acuerdo significó un avance en la perspectiva de las autoridades judiciales hacia el adicto, que más allá de concentrarse únicamente en el enfoque penalista se buscó atender el problema de manera integral considerando la salud del detenido.

Lo mismo se procuró entre los jueces calificadores a fin de que fueran canalizadas todas aquellas personas que, independientemente de que sigan un proceso legal o simplemente sean detenidos por faltas administrativas, bajo el influjo o en posesión de alguna droga, sean derivados para su atención médica al CIJ en cumplimiento de la ley.

8.4.2 Tratamiento

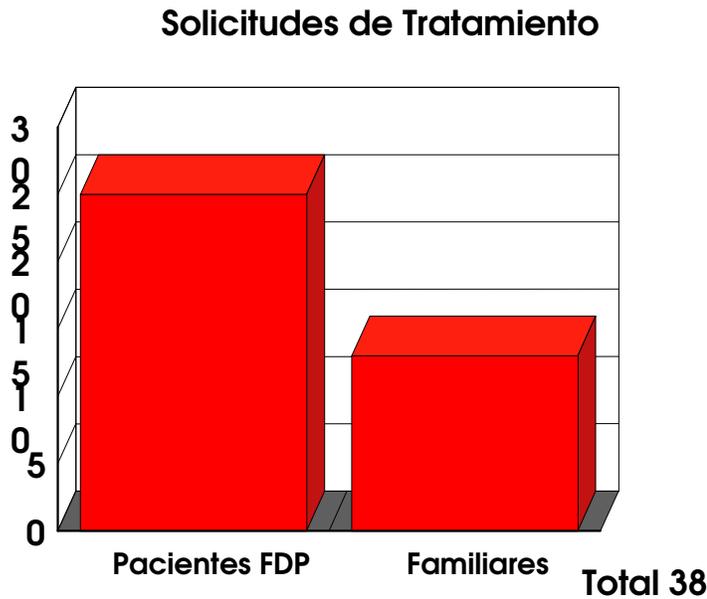


Figura # 33: Comparativo en la frecuencia entre familiares y pacientes

Con este programa se atendieron 38 solicitudes de tratamiento en las que prevalecen en un 65.7% usuarios de drogas y un 34.3 % de familiares de adictos que buscaban orientación para apoyarlos en el proceso de recuperación (figura # 33).

De los pacientes que estuvieron acudiendo a tratamiento el 24 % fueron mujeres y el 76 % hombres, lo que muestra una prevalencia más marcada en el uso indebido de sustancias entre la población de sexo masculino, por lo que el alto índice de masculinidad en la Isla se confirma como un factor riesgoso: Una proporción de tres hombres por cada mujer en tratamiento (figura # 34)

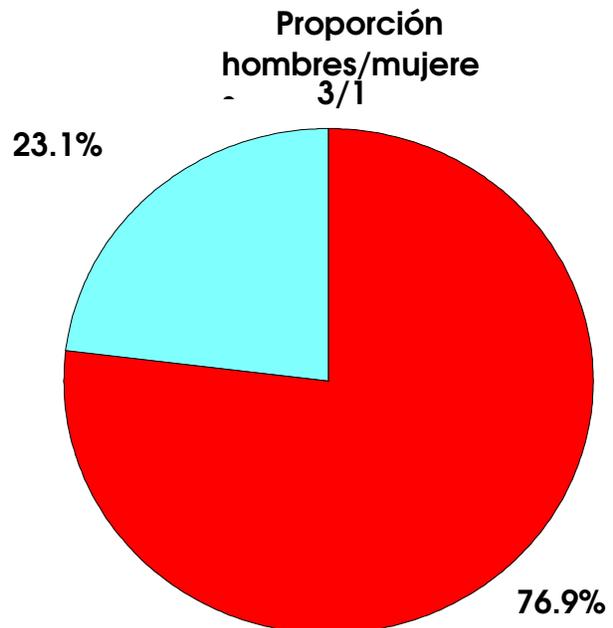


Figura # 34: Proporción según el género entre pacientes atendidos en el CIJ Cozumel.

A través de la demanda de tratamiento registrada durante el 2000 se puede

observar que la droga de mayor uso entre los pacientes que acudieron al CIJ fue la marihuana, seguida de los disolventes inhalables y quedando en tercero y cuarto sitios la cocaína y las Drogas de Uso Médico (figura # 35).

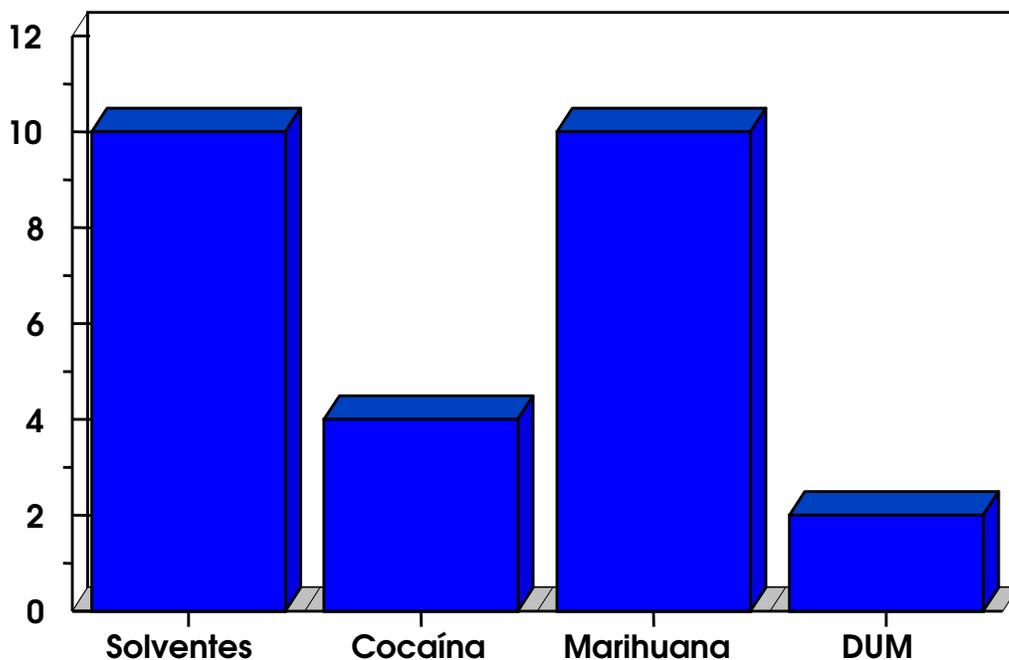


Figura # 35: Muestra la frecuencia de consumo según el tipo de droga

Estos resultados contrastan notoriamente con los obtenidos en 1999 en donde la cocaína apareció como la droga más usada entre los pacientes, seguida de la marihuana, el thinner y las drogas de uso médico.

No obstante, si sumamos las frecuencias de ambos años a fin de tener una visión general del patrón de consumo, podemos observar que la marihuana y la cocaína fueron las drogas usadas con más frecuencia, seguida de los disolventes inhalables por poco margen de diferencia y en último lugar por las drogas de uso médico.

De estos pacientes el 40% está en un rango de edad entre lo 10 a 20 años, 30% entre los 21 y los 30, 20% entre los 31 y los 40 y el menor porcentaje es el rango de 41 a 50 años con el 10%. No sorprende que el mayor volumen lo tengan los más jóvenes ya que estos son más vulnerables a los factores de riesgo prevaecientes (figura # 36).

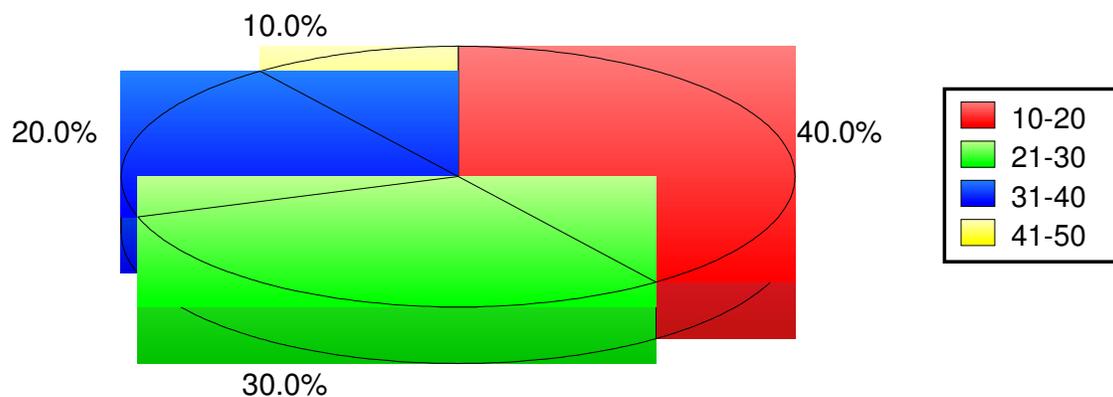


Figura # 36: Porcentaje por rango de edad.

La evolución que tuvieron los usuarios en esta modalidad de tratamiento fue la siguiente; el 34.2% de los pacientes mostraron mejoría, 42.1% desertaron de la terapia en fase diagnóstica e inicial del tratamiento sin ninguna señal de mejoría, el 5.3%, fueron remitidos a otro servicio y el 18.4% continuaron en tratamiento (Figura # 37).

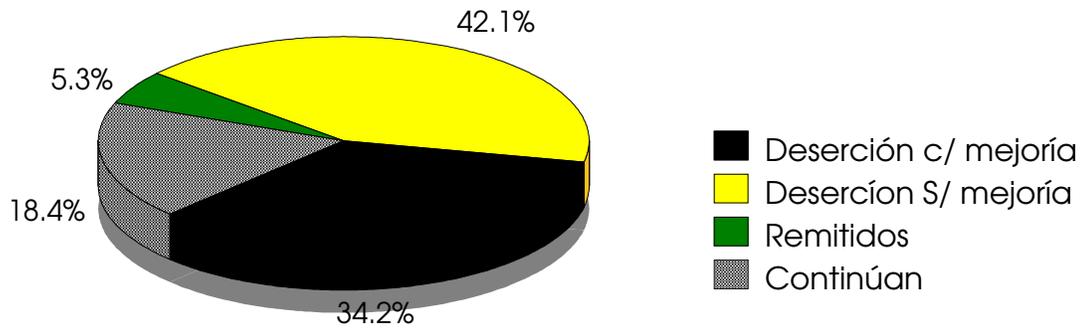


Gráfico 13

Figura # 37: Egresados del servicio de tratamiento.

Durante el 2000 y con un programa más completo de tratamiento se pudo detectar que la mayoría de los pacientes identifica al consumo de las drogas como el único problema de su enfermedad cuando en realidad éste es tan solo un síntoma de un fenómeno más complejo.

Esta perspectiva influye en la deserción ya que se ha observado con frecuencia que los pacientes interrumpen el tratamiento cuando consiguen suspender el consumo de drogas, lo que favorece a corto y mediano plazo la posibilidad de una recaída.

Otro de los aspectos que favorece la deserción de los pacientes es la falta de personal médico de base para garantizar la continuidad del proceso terapéutico. Aun cuando se contó con el apoyo de un médico general comisionado para la valoración médica y aplicación de los estudios físicos neurológicos, el servicio era irregular toda vez que cuando se requería la presencia del médico en el Centro de Salud debían cancelarse las citas de los pacientes en el CIJ.

El programa de tratamiento no podía depender de la participación voluntaria. Necesitaba de personal de base para garantizar la regularidad en el servicio.

8.4.3 Finanzas

El origen de los ingresos percibidos durante el 2000 se muestra en la siguiente gráfica por porcentaje de aportación (figura # 38).

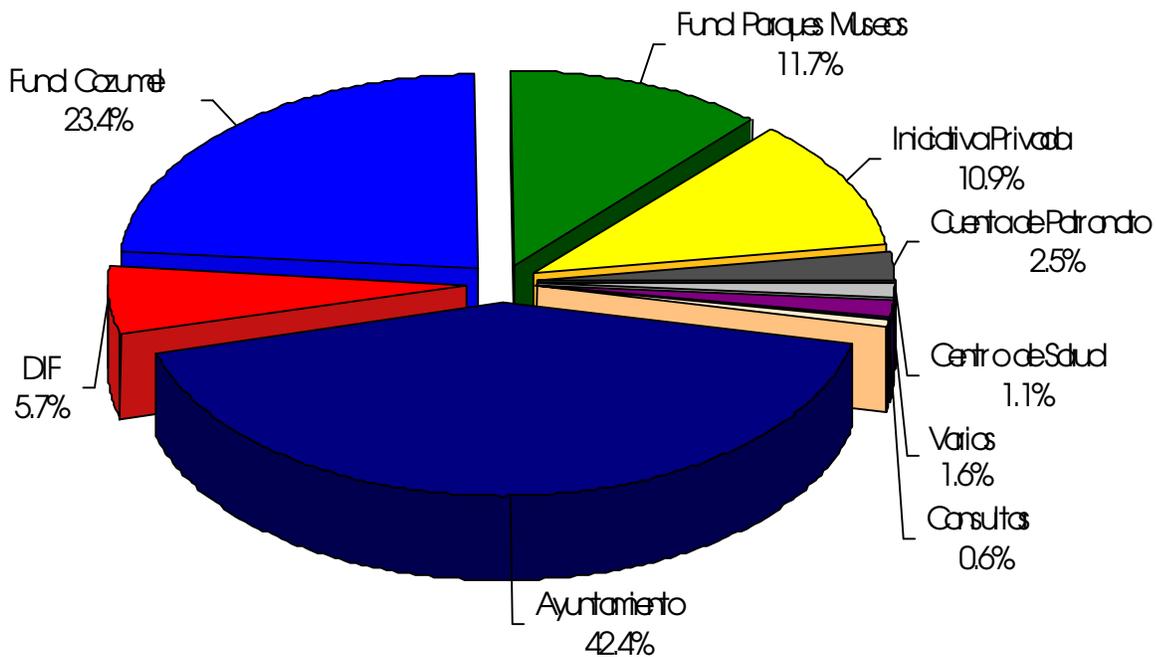


Figura # 38: Porcentaje aportado por donador.

La siguiente tabla (# 24) nos permite ver los montos recaudados en el 2000 y su origen. Esta cantidad superó en un 88.6% lo recaudado en el '99.

Tabla # 24: Ingresos procurados durante el 2000

Ingresos	
Cuenta de Patronato	10,638.74
Iniciativa Privada	46,720.00
Fundación de Parques y Museos	50,000.00
Fundación Cozumel, I.A.P ⁴ .	100,000.00
DIF Municipal	24,504.73
Ayuntamiento	181,200.00
Consultas	2,747.00
Varios	6,861.23
Centro de Salud	4,800.00
TOTAL	427,471.70

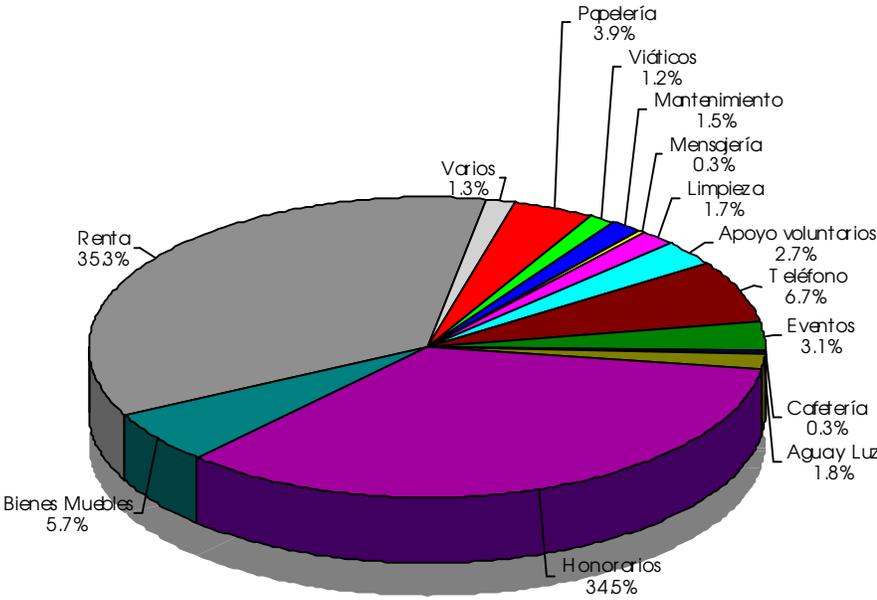
De las donaciones percibidas durante el 2000 el 42.4% fue aportado por el Ayuntamiento, el 23.4% por la Fundación Cozumel, el 11.7% por la Fundación de Parques y Museos y el 10.9% por la iniciativa privada, el 5.7% por el DIF Cozumel y el 1.1% por el Centro de Salud (figura # 38).

⁴ Actualmente registrada como Fundación Comunitaria Cozumel, I.A.P.

Tabla # 25: La aplicación de los recursos captados.

Egresos	
Papelería	\$ 13,239.15
Viáticos	\$ 4,109.91
Mantenimiento	\$ 5,207.66
Mensajería	\$ 1,106.00
Limpieza	\$ 5,865.48
Apoyo a voluntarios	\$ 9,263.64
Teléfono	\$ 22,713.88
Eventos	\$ 10,627.34
Cafetería	\$ 921.64
Agua y luz	\$ 6,000.00
Honorarios	\$ 117,230.00
Bienes muebles	\$ 19,349.50
Renta	\$ 120,000.00
Varios	\$ 4,451.07
TOTAL	\$ 340,085.27

La distribución por porcentaje se puede apreciar en la figura siguiente:



Total: \$340,085.27

os destacaron los rubros de renta y honorarios con el 35.3% y el 34.5% del gasto.

La tabla de Balance General (# 26) nos permite ver la situación económica del Centro de Integración Juvenil al cierre del año.

BALANCE GENERAL	
Ingresos	\$ 427,471.70
Egresos	\$ 340,085.27
Cta. Patror	\$ 84,887.53
Fondo	\$ 2,500.00
Total	\$ 427,472.80
Diferencia	1.1

Tabla # 26: Balance general de ingresos y egresos.

8.5 2001 La consolidación

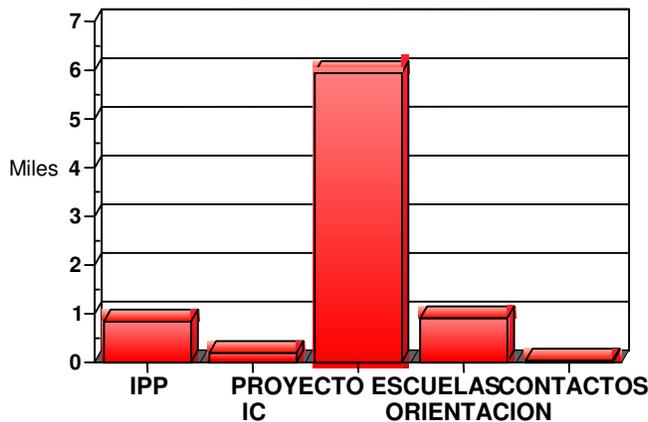


Figura # 40: Cobertura alcanzada por proyecto preventivo

entre los 10 y los 18 años de edad, registrando un incremento del 48 por ciento sobre la cobertura del año pasado.

8.5.1 Prevención.

La figura # 40 nos permite ver el avance alcanzado durante este año en cada uno de los proyectos preventivos. Destaca el “Proyecto Escuelas” con el mayor volumen de personas atendidas.

Con el programa preventivo se atendió a un total de 7,907 personas en su mayoría jóvenes

Mirando con detenimiento el “Proyecto Escuelas” se pueden apreciar avances significativos en los tres programas (figura # 41). Digno de mención son los aumentos en la participación de padres de familia y maestros que en años anteriores se habían mantenido con una participación casi nula. Ambos programas se presentan con un crecimiento de poco más del 200 por ciento.

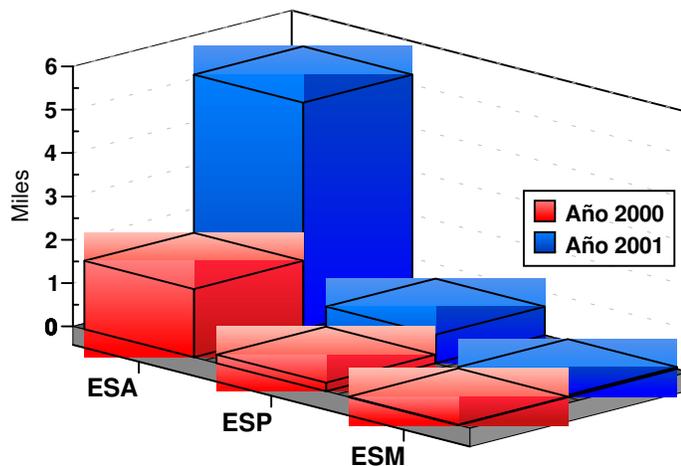


Figura # 41: Comparativo de cobertura proyecto escuelas

Dentro de la actividad con maestros cabe destacar la participación de un grupo de cinco maestros del CONALEP que se capacitaron en el programa piloto para la “Detección y canalización oportuna de alumnos usuarios de drogas”.

Del mismo modo la participación del Colegio Americano en el proyecto piloto “Escuela Libre de drogas” que incluyó la evaluación de factores de riesgo mediante una instrumento desarrollado por el Consejo Nacional Contra las Adicciones, la capacitación de un grupo de maestras en la detección y canalización oportuna y la intervención preventiva con alumnos y padres de familia de cuarto, quinto y sexto grados para el reforzamiento de factores protectores.

En lo que se refiere a los talleres de orientación durante el año 2001 se puede apreciar que la mayor participación la tuvieron los proyectos de Orientación Preventiva Infantil (OPI) y Orientación Preventiva Adolescentes (OPA), que son los dirigidos a niños y adolescentes por encima de los proyectos de Orientación a la Familia en si Conjunto (OFC) Orientación Familiar Preventiva (OFP) y Orientación

Preventiva a Adultos Jóvenes (OPAJ). En su conjunto sumaron el 69.3% del total realizado en el programa de orientación (Figura # 42).

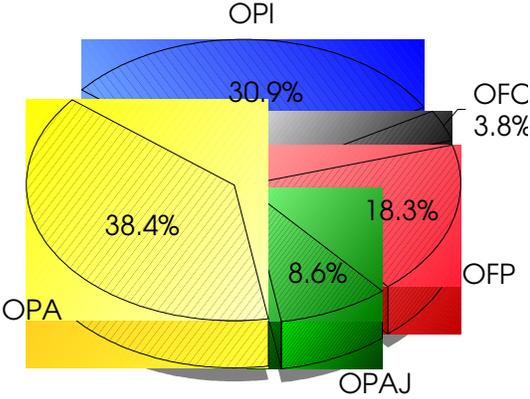


Figura # 42: Porcentaje por proyecto de orientación.

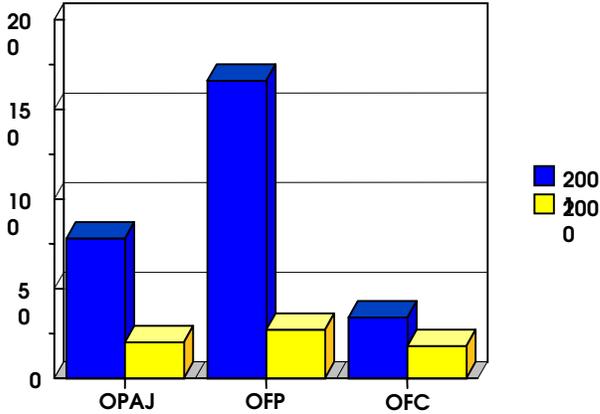


Figura # 43: Comparativo de los proyectos de orientación

No obstante, la participación de los padres también registró un aumento en las modalidades de orientación a padres y orientación a la familia en su conjunto, ambos con un incremento del 500% y 89% respectivamente.

Del mismo modo se puede apreciar un aumento de casi el 300 por ciento en la participación de jóvenes adultos en los talleres de orientación (OPAJ). Lo anterior producto del acuerdo de colaboración que se tiene con el Juez del Registro Civil, Lic. Bernardo Alonso Marrufo, ya mencionado (figura # 43).

En el tercer nivel preventivo que refiere la capacitación de personas con el proyecto preventivo de Grupos Organizados (GO) se capacitó a 40 personas.

De este modo el trabajo en el programa preventivo quedo como se muestra en la figura # 44.

General de Prevención

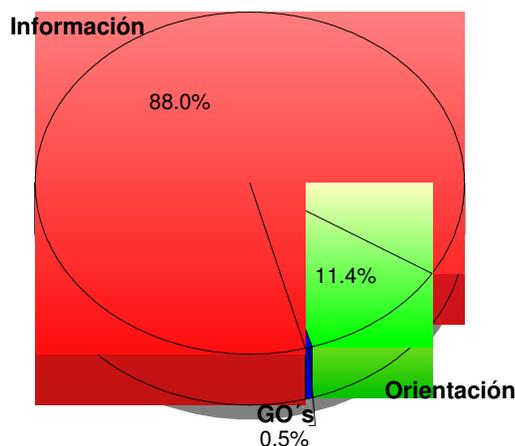


Figura # 44: Porcentaje de acciones preventivas por proyecto.

El 88% de las acciones preventivas se concentraron en la información, el 11.4% en la orientación y el .9% en la capacitación de grupos organizados. Es decir, que una de cada siete personas informadas pasó a orientación y de ellos una de cada 22 se capacitó para realizar alguna acción preventiva (figura # 44).

El total general de población atendida con los programas preventivos institucionales fue de 7,947 personas.

Participación Comunitaria.

Durante el año 2001 participaron un total de 58 voluntarios quienes desarrollaron las siguientes actividades (tabla # 27):

Tabla # 27: Talleres realizados por voluntarios durante el 2001

Taller	Responsable	Asistencia promedio
Karate CIJ	Ing. Sergio Aké Solís	60
INAM Karate-do	Prof. César Sanromán	18
Grupo de Jazz*	Vanessa Basto	6
Aeróbics*	Rosario Reyes Reynosa	10
Cine Club	Mercedes Aké Gómez	10
Tahitiano	Dianela Basto Flores	10
TOTAL	6 talleres	114

Tabla # 28: Eventos realizados durante el 2001

Fecha	Nombre del Evento	Cobertura	Organizadores
04 de enero	Conferencia 'El buen juez por su casa empieza'. Impartida por el escritor Ángel Ortiz	50 personas	Grupo Escultista Independiente y CIJ
27 de enero	3 Aniversario e Informe anual a la comunidad	120 personas	CIJ
22 de febrero	Concierto: 'Rock vs. Drogas'	450 personas	Cruceros Marítimos y CIJ
31 de mayo	Día Mundial de no Fumar	80 personas	Centro de Salud, DIF y CIJ
26 junio	Día Internacional de la lucha contra el uso indebido y el tráfico ilícito de drogas, denominado: 'Contra las drogas; la lucha es nuestra'	500 personas	CIJ
25,26 y 27 de octubre	Primer Foro Juvenil denominado: 'La vida es la neta'	650 personas	CIJ Cruceros Marítimos del Caribe
08 diciembre	Reunión Anual de Voluntarios	43 personas	CIJ
TOTAL	07 EVENTOS	1,893 PERSONAS	

La cobertura alcanzada este año en eventos comunitarios significó un aumento del 46% más que el año pasado.

Dentro de las actividades organizadas como eventos comunitarios se procuró incluir la participación de personas que pudiesen fungir como modelos para la población juvenil de la Isla, de ahí que se invitara a participar al tetra campeón mundial de Tae Kwon Do y medallista olímpico, Víctor Estrada Garibay, quien encabezó la marcha de solidaridad en la lucha contra el uso indebido y tráfico ilícito de drogas y profirió una conferencia dirigida a la asistencia en su mayoría adolescente y padres de familia.

Con la misma finalidad se promovió la realización de la primera edición del Foro Juvenil, denominado “La vida es la Neta”. A este evento se invitó a los protagonistas principales de la película “De la Calle”⁵, Maya Zapata y Luis Fernando Peña a fin de que participaran en el cine Debate de la misma cinta en la que se muestran diferentes problemáticas que viven los jóvenes y niños de la calle y que los exponen al consumo de drogas. Después del cine debate, Maya y Luis Fernando expusieron una conferencia de la importancia de la participación de los jóvenes en la solución de problemas sociales.

Ambos eventos fueron posibles con la participación y patrocinios de la comunidad empresarial de la Isla.

Acuerdos y convenios institucionales

En términos generales se dio continuidad a los acuerdos sostenidos con organismos en años anteriores. Sin embargo, el acuerdo suscrito con el Juez de Primera Instancia y el Juez Calificador quienes recepcionan a los menores infractores que presentan problemas de consumo de drogas para su atención en tratamiento, no pudo continuarse debido a la falta de personal médico de base y capacitado para la atención al enfermo.

⁵ Filme de Gerardo Tort premiado como la mejor *Opera Prima* en el festival de San Sebastián en 2001.

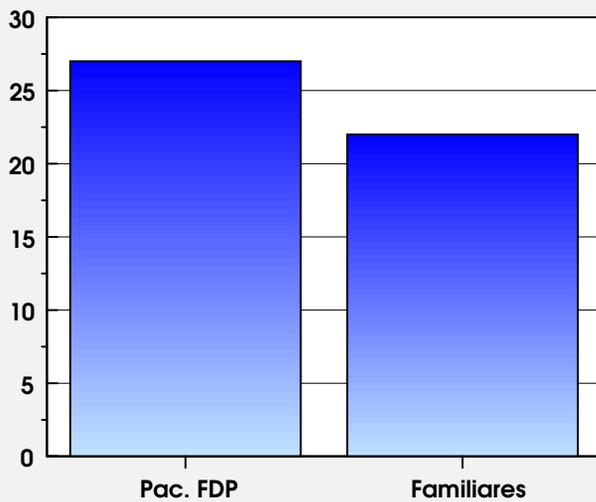


Figura # 45: Comparativa de asistencia entre pacientes usuarios de drogas y sus familiares.

8.5.2 Tratamiento.

Hasta antes de cerrar el servicio de tratamiento en el CIJ Cozumel, durante el año 2001 se logró lo siguiente: Se brindaron los servicios de acuerdo a las limitaciones de personal que se presentaron como la baja del médico asignado por el Centro de Salud para los estudios físico

neurológicos y la baja de un psicólogo para la atención de psicoterapia.

Se dio atención a 49 personas un 29% más que el año pasado. La distribución fue de 27 pacientes usuarios de drogas y 22 familiares que se incorporaron al programa de apoyo para personas en recuperación (figura # 45).

Un logro significativo fue alcanzar una mayor participación de los familiares en el programa de tratamiento ya que generalmente se mantenían ajenos a este proceso. Comparativamente con el año pasado esta participación creció del 34.3% al 44.8% (figura # 46).

Según su género podemos ver que la cantidad de hombres usuarios de drogas es el doble al de las mujeres (figura # 47). Éstos presentaron una diferencia en cuanto al rango de edades.

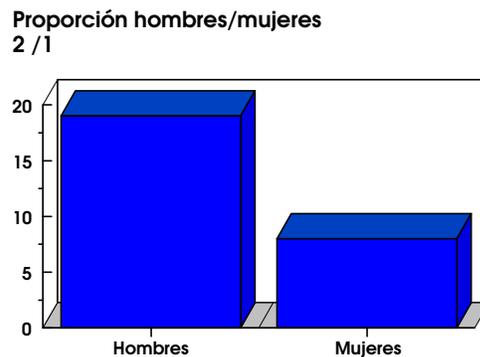


Figura # 46: Proporción de pacientes que asistieron a tratamiento según su sexo.

Pacientes por rango de edad

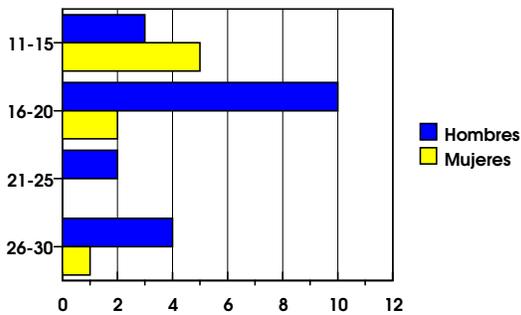


Figura # 47: Pacientes por rango de edad según su género

Mientras en los hombres el principal rango de edad se ubicó entre los 16 y los 20 años de edad en las mujeres se ubicó entre los 11 y los 15 años (figura # 47).

En términos generales podemos decir que las drogas más usadas en el 2001 entre los pacientes que se atendieron en el Centro de Cozumel, por orden de frecuencia, fueron los solventes inhalables, la cocaína, la marihuana y en cuarto lugar el éxtasis y las drogas de uso médico (figura # 48). Dato similar a los resultados obtenidos en la última Encuesta Nacional de Adicciones (1998) en donde aparece como droga más usada en el país la marihuana, seguida de la cocaína y quedando en tercer sitio los solventes inhalables.

Al mirar de cerca las diferencias en el consumo de los usuarios según su género se observa que la droga más usada por las mujeres atendidas en el CIJ fueron los solventes inhalables en tanto que los hombres usaron más frecuentemente la cocaína (figura # 49)

Drogas más usadas entre los pacientes

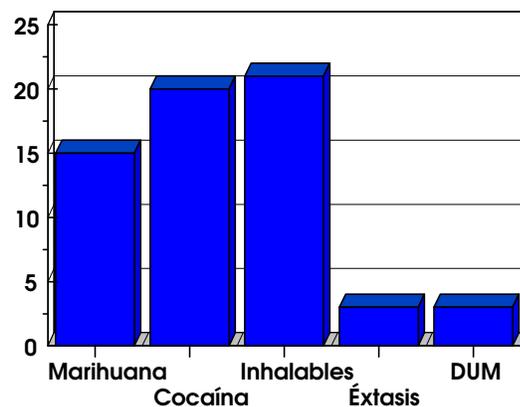


Figura # 48: Frecuencia de uso de drogas según su tipo.

Otro dato relevante es que se presentaron con mayor frecuencia los casos de poli usuarios en hombres, en tanto que las mujeres se mantuvieron más estables en el consumo de una sola droga. Dato más que significativo a considerar para el diseño del plan de tratamiento, ya que un poli usuario muy probablemente requiera

de un apoyo médico especializado en su proceso de desintoxicación y recuperación.

Características de los familiares.

Un estudio comparativo realizado por el Fondo de las Naciones Unidas

para la Infancia (UNICEF) y el DIF en 100 ciudades del país, reveló que los niños que vivían en la calle o con amigos o familiares en segundo grado eran más propensos a caer en el consumo de drogas y les resultaba más difícil salir de este problema que aquellos que vivían en casa con su familia.

La importancia que reviste la participación de la familia en el proceso de recuperación estriba en el hecho de que este núcleo primario de convivencia humana funciona como un sistema interrelacional en el que los miembros se afectan mutuamente. Por lo que si un usuario es atendido, pero no así su familia no solamente queda en mayor riesgo de una recaída, sino que además se deja sin atención terapéutica a los familiares quedándose con el daño y la confusión ocasionados por el consumo de las drogas.

Más importante aún, la familia ignorante de este proceso corre el riesgo de seguir favoreciendo actitudes y condiciones que pueden precipitar la recaída del adicto. Las principales características que presentaron los familiares de los usuarios de drogas atendidos con los servicios terapéuticos disponibles fueron las siguientes: una mayor participación de las mujeres en el proceso terapéutico a razón de 3 a 1, predominando un parentesco familiar con el paciente de madre-hijo.

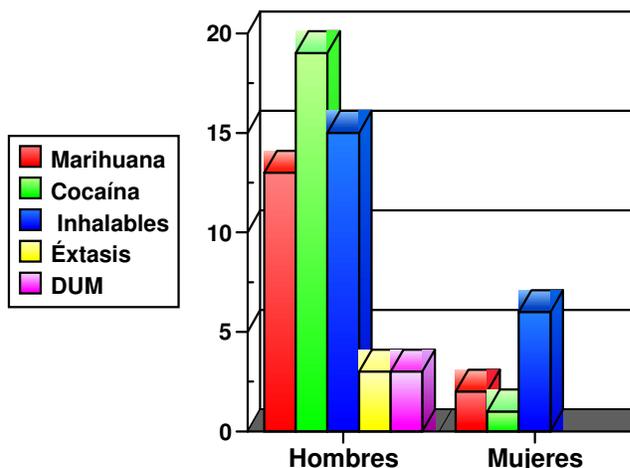


Figura # 49: Tipo de drogas utilizadas según su género.

En tanto que la participación de los hombres fue más marginal y se involucraron en el proceso a una mayor edad, siendo el rango más destacado entre los 41 a los 45 años (figura # 50). También entre ellos predominó una relación filial de padre-hijo. Quizá la mayor participación de mujeres en el tratamiento obedezca a roles culturales que confiere a la mujer el papel de educadora y sanadora y al hombre únicamente como proveedor del hogar. Es importante señalar el papel que juega la figura paterna en el desarrollo psicológico del adolescente y muy especialmente en el establecimiento de límites, de ahí su importancia en la participación en el proceso de recuperación.

Rangos de edad de los familiares

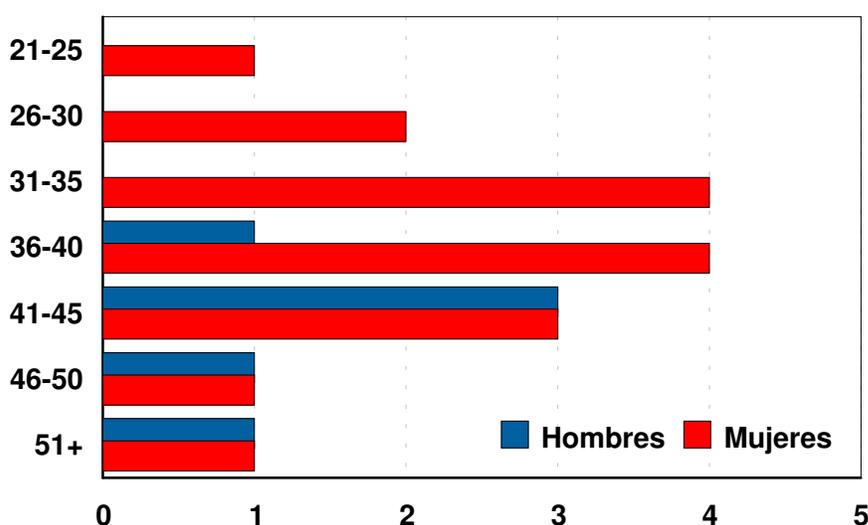


Figura # 50: Muestra los rangos de edad y el género de los familiares de pacientes que participaron en el proceso terapéutico.

En lo que se refiere a los resultados alcanzados mediante los servicios terapéuticos se puede observar que; de los 49 pacientes recibidos durante este año el 50% desertó en fase diagnóstica o bien fue remitido a otro servicio terapéutico a otras instituciones, lo que significa que no iniciaron la fase de tratamiento propiamente dicho. Del otro 50% de los pacientes, 13% abandonó el tratamiento sin presentar ninguna mejoría, 23.9% interrumpió después de haber

observado mejoría en su salud, 10.9% fueron dados de alta y el 1% continuó en tratamiento (figura # 51).

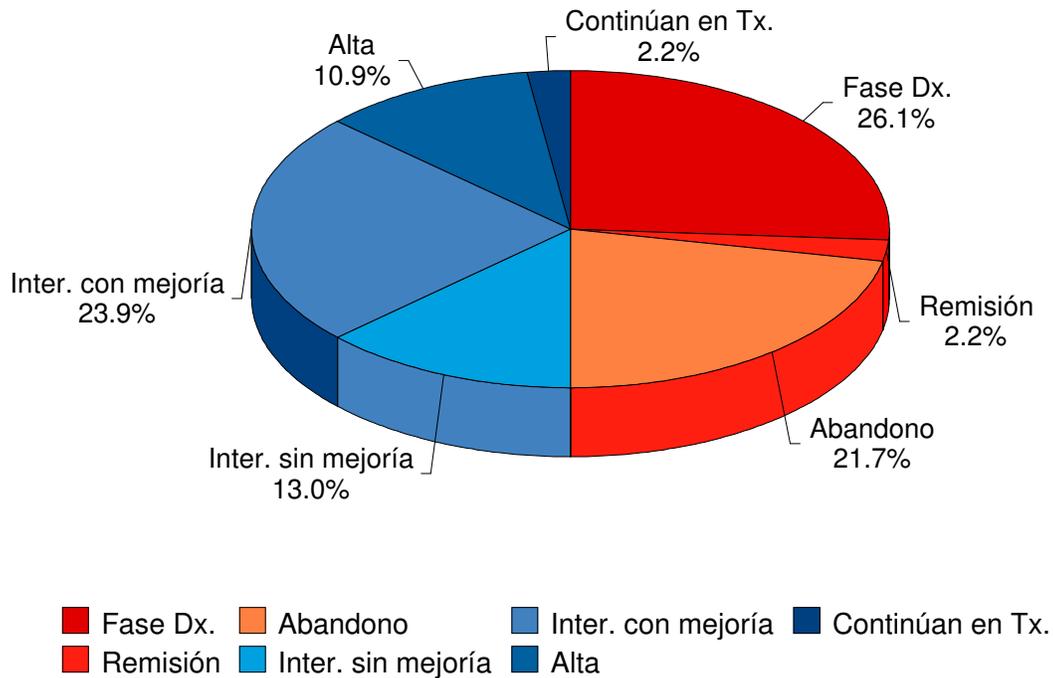


Figura # 51: Porcentaje de pacientes por fases evolutivas del tratamiento.

Debe subrayarse que el abordaje de un problema de salud físico y mental como lo es la drogadicción requiere de un equipo interdisciplinario para su adecuada atención. El servicio brindado a los pacientes que acudieron al Centro se limitó a la psicoterapia y la orientación familiar.

Estas carencias en los recursos para la atención adecuada, seguramente tuvieron su impacto en la permanencia y el éxito del tratamiento, v. gr., manejo del síndrome de abstinencia. En virtud de que un servicio limitado a la psicoterapia no cumple con lo establecido por la Norma Oficial Mexicana, se decidió cerrar el servicio terapéutico en el Centro de Cozumel hasta que no existieran las

condiciones necesarias y suficientes para garantizar al paciente un tratamiento completo.

En síntesis, se puede observar que la demanda del servicio de tratamiento en el Centro de Cozumel tuvo un incremento sensible del 29% sobre la demanda del año anterior.

Si consideramos que entre 1993 y 1998 el índice de prevalencia en la región tuvo un incremento del 2.29% al 2.69% (SSA y CONADIC, op. cit.), tenemos que el ritmo promedio de crecimiento anual en el índice de prevalencia es del .8 por ciento, lo que nos hace suponer que sobre una población estimada de 70 mil habitantes, hipotéticamente, cada año tendríamos 56 casos nuevos de drogadicción.

Si además asumimos la responsabilidad de que este es un problema de salud pública y no exclusivos de los usuarios de drogas, entonces, el día de hoy debemos estar haciendo algo para contrarrestar este futuro y garantizar las condiciones óptimas a quienes deciden atenderse.

8.5.3 Finanzas

Los ingresos percibidos durante el año 2001 se muestran en la siguiente tabla según su origen (tabla # 28).

Tabla # 28: Ingresos durante el año 2001

TABLA GENERAL DE INGRESOS	
Donador	Monto
Cuenta de Patronato	\$84,887.53
Ayuntamiento de Cozumel	\$222,158.00
Fundación de Parques y Museos	\$43,000.00
Programa de asistencia; Cruceros de te extiende la mano	\$94,305.52
Iniciativa Privada	\$131,529.18
Centro de Convenciones	\$40,000.00
Varios	\$11,985.92
Total	\$627,866.15

Es importante destacar que durante 2001 la captación de recursos se incrementó en un 46.8%.

Del total del recurso recibido, el 35.4% lo aportó el Ayuntamiento de Cozumel, el 20.9% fue aportado por diversos donadores de la Iniciativa Privada, el 15 % mediante el programa de asistencia social Cruceros Marítimos te extiende la mano, el 6.8% por la Fundación de Parques y Museos, el 6.4% por el Centro de Convenciones y el 13.5% restante provino del remanente del año antepasado (Véase figura # 52).

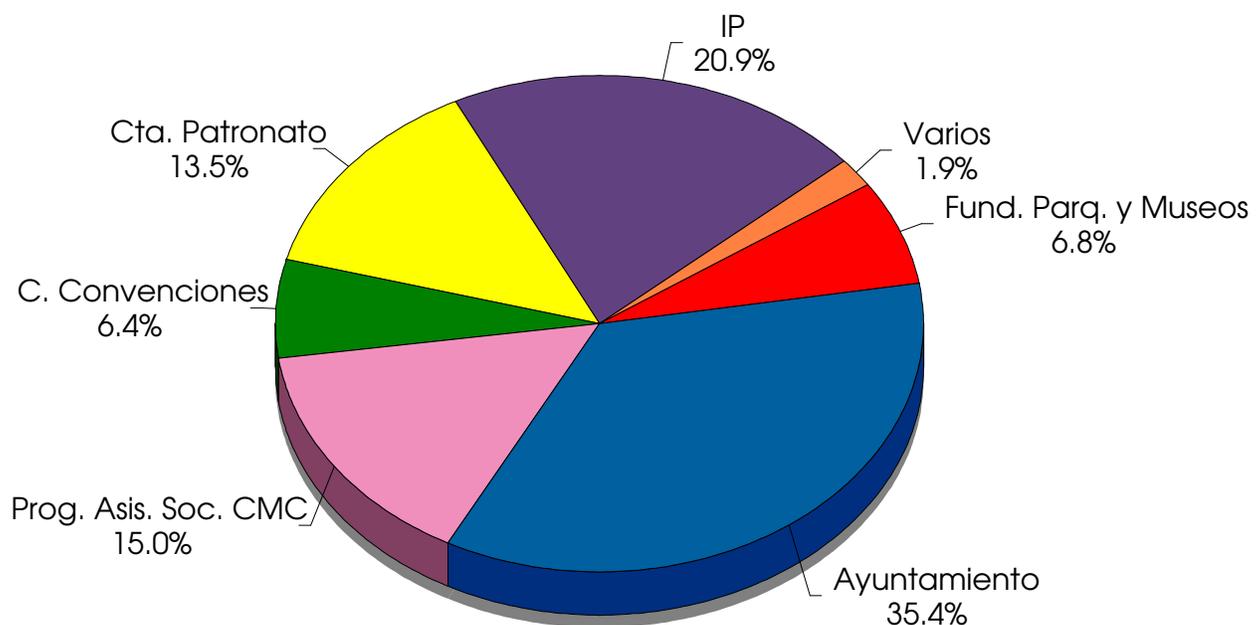


Figura # 52: Porcentaje aportado por donador al total de ingreso durante el 2001.

Egresos

La aplicación del recurso captado se muestra a continuación (figura 53):

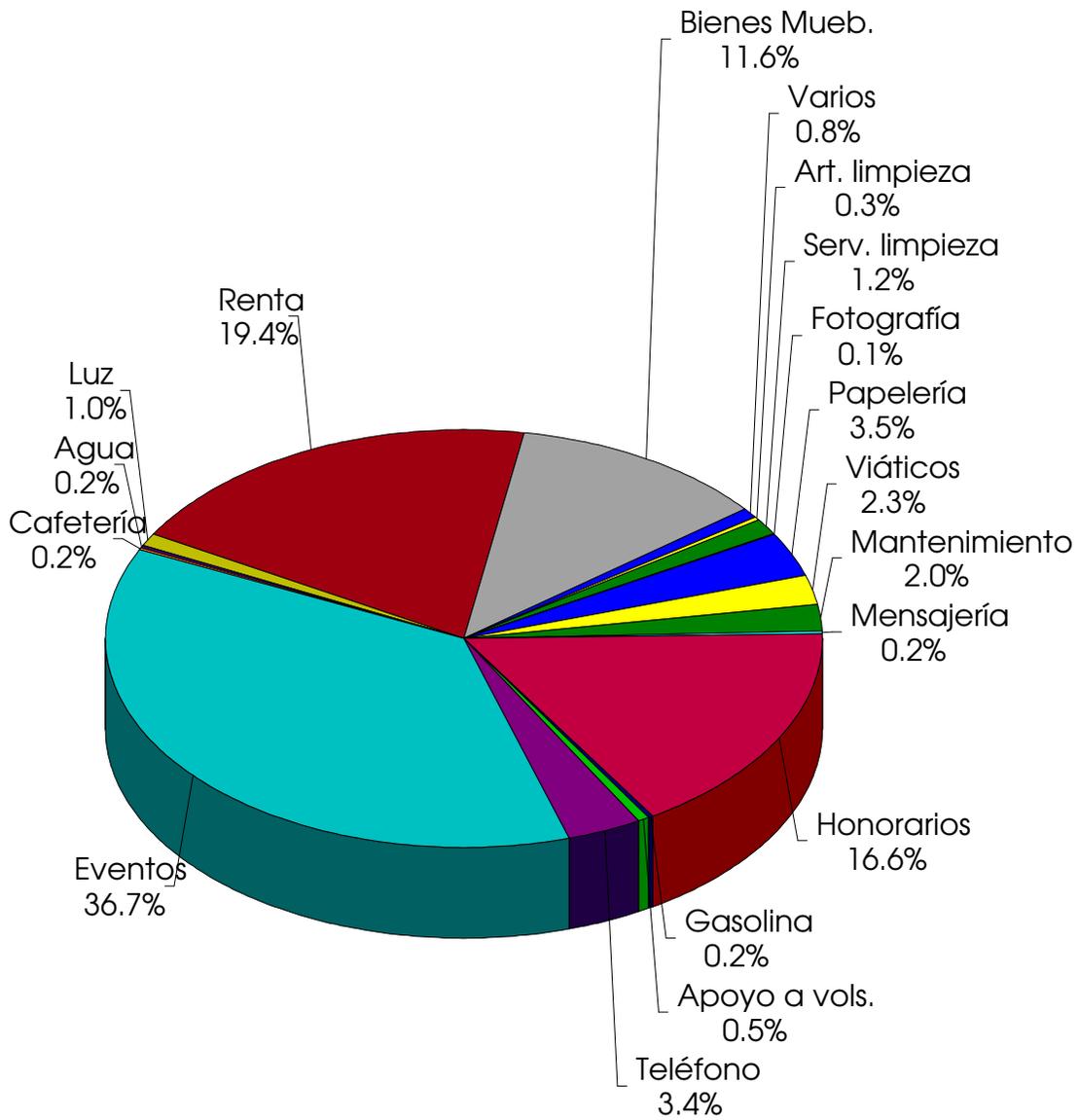


Figura # 53: Porcentaje de egresos según su concepto.

Sobresalen los gastos en los rubros de eventos con el 36.7%, renta del inmueble con el 19.4%, honorarios y complemento de sueldos con el 16.6% y la adquisición de bienes muebles con el 11.6% (figura # 53).

Cabe señalar que las aportaciones por eventos, renta y la adquisición de bienes muebles fueron hechas en especie por lo que su aplicación fue directa.

La siguiente tabla muestra en detalle el uso del recurso.

Tabla # 30: Egresos generados durante 2001

<u>TABLA DE EGRESOS DEL AÑO 2001</u>	
CONCEPTO	TOTAL
Papelería	\$ 21,395.14
Viáticos	\$ 14,228.87
Mantenimiento	\$ 12,520.60
Mensajería	\$ 1,285.07
Art. Limpieza	\$ 1,589.04
Serv. Limpieza	\$ 7,630.00
Honorarios y compensaciones	\$ 102,625.00
Apoyo gasolina	\$ 1,230.00
Apoyo Voluntarios .	\$ 3,240.00
Teléfono	\$ 20,864.90
Servicio fotográfico	\$ 328.00
Eventos	\$ 227,698.70
Cafetería	\$ 1,154.90
Agua	\$ 1,200.00
Luz	\$ 6,000.00
Renta del inmueble	\$ 120,000.00
Bienes Muebles	\$ 72,195.04
Varios	\$ 4,832.50
TOTAL	\$ 620,017.76

Para finalizar el rubro de finanzas, podemos ver en el balance general que a fin de año contamos con un total, que suma el fondo revolvente, la cuenta del patronato y gastos por comprobar, la cantidad de \$7,848.39 pesos.

Tabla # 31: Balance General del año 2001.

<u>BALANCE GENERAL</u>	
Ingresos	\$ 627,886.15
Egresos	\$ 620,017.76
Cta. Patronato	\$ 2,811.76
Gastos por comprobar	\$ 2,321.63
Fondo revolvente	\$ 2,715.00
Total	\$ 627,866.15
Diferencia	\$ -

El egreso enunciado en conjunto puede sonar alto. Sin embargo, si prorratamos el gasto general entre las 10,061 personas atendidas con los diversos programas del CIJ en Cozumel, tenemos que el costo por persona fue de tan solo \$ 61.62 pesos en todo el año.

Conclusiones.

1. En cuatro años el CIJ Cozumel rebasó la meta de atender a 15,292 personas con el programa preventivo en un 111.6% alcanzando la cantidad de 32,365 personas en cobertura de preventiva⁶. Se puede ver que la velocidad del esfuerzo preventivo fue muy positiva lo que ubicó a este Centro entre los primeros 10 lugares de productividad a nivel nacional durante el período comprendido entre 1998 y 2001 y logrando mayor cobertura que algunos Centros Regionales y óptima aplicación del recurso humano.

⁶ Un total de 35,970 personas incluyendo la cobertura de eventos comunitarios y tratamiento durante los cuatro años.

2. Según los datos del Consejo Estatal de Población en Quintana Roo (COESPO Quintana Roo, 2001) de la población meta comprendida en un rango entre los 10 y los 54 años de edad que es de 49,434 personas se logró atender en cuatro años al 65.4%. De mantener esta velocidad del esfuerzo preventivo el tiempo estimado para cubrir a la población se reduciría de 11 años a tan solo 6.
3. El gasto promedio de operación del Centro anual durante este período fue de \$367,601.75 pesos, un ahorro de cuatro veces el costo de una un Centro Regional que opera con un presupuesto anual de 1.5 millones de pesos.
4. El costo beneficio por persona fue de solo \$45.43 pesos logrando constituirse como uno de los programas de mayor impacto social en la comunidad y de menor costo económico.
5. La participación de los diferentes sectores sociales es fundamental en el éxito del proyecto CIJ Cozumel, su continuidad y permanencia ya que fue la comunidad quien aportó los recursos para su funcionamiento.
6. La latente necesidad de tratamiento obligó a ir implementando medidas terapéuticas gradualmente hasta poner en marcha el programa de tratamiento completo a pesar de haber considerado que no existiría necesitaría demanda suficiente para este servicio.
7. La institucionalización de la ayuda mediante la figura jurídica y moral del patronato permite garantizar la permanencia y transparencia del proyecto comunitario.
8. La población que más participó en los programas fue la población en riesgo, sin embargo la poca participación de padres y maestros nos hace pensar en la baja o nula percepción de riesgo que existe entre la población adulta.
9. El programa de los CIJ's no cuentan con un sistema de evaluación que permita verificar la eficacia de la intervención preventiva. Es decir, no existen instrumentos que nos permitan ver que los niños que hace cinco años participaron en los programas preventivos hayan efectivamente eviten el contacto con drogas ilegales.

- 10.El programa de tratamiento no cuenta con una propuesta ni modelo terapéutico para el abordaje de la drogadicción.
- 11.No existen criterios clínicos para definir el nivel de adicción que tiene el paciente y de ahí poder estructurar un plan de tratamiento ad hoc para el paciente y su familia.

**ANÁLISIS CRÍTICO DEL
TRABAJO REALIZADO
EN EL CIJ COZUMEL**

*“Me niego a admitir el
fin del hombre”
William Faulker*

El presente análisis lo haré dividiendo en siete aspectos básicos la labor realizada en los Centros de Integración Juvenil, A. C. Aún cuando se ha intentado a lo largo del trabajo expuesto hacer algunas apreciaciones críticas de la labor realizada, este espacio servirá para exponer aquellas que se hayan omitido por algún descuido y/o aquellas merecen subrayarse.

9.1 Del trabajo de organización para la apertura del CIJ en Cozumel.

9.2 Del esquema preventivo.

9.3 Del trabajo con voluntarios.

9.4 Del tratamiento.

9.5 Del modelo administrativo.

9.6 De la conciencia social.

9.7 Del crecimiento personal.

9.1 Del trabajo de organización para la apertura del CIJ en Cozumel.

Aún cuando se contó con asesoría para la apertura del Centro Local Cozumel y ésta se llevó a buen término, el camino resultó innecesariamente incierto. Para una organización con 34 años de experiencia en la prevención y tratamiento de adicciones resulta inconcebible que no cuenten con un modelo para la apertura de Centros de manera autogestiva, una forma alternativa que no sea la línea directa de las autoridades de salud y las limitaciones presupuestales.

Hasta la fecha de elaboración de este documento no existía en la organización ningún modelo o manual tipo que permita a comunidades organizarse para la puesta en marcha de un Centro de atención y prevención de adicciones.

En la primera reunión que se sostuvo con los directivos de las diferentes áreas de la institución (diciembre de 1996) y ante la solicitud expresa de orientación para la apertura de un CIJ en la Isla se obtuvieron como respuestas las más variadas reacciones, pero ninguna respondió de manera concreta a la demanda.

Prácticamente la apertura se fue dando de manera empírica y a partir de la intuición, la experiencia, la buena voluntad, la constancia y la suerte de los interesados. Quizá por eso Centros Locales que tuvieron un origen similar al de Cozumel abortaron en el proceso o murieron a la sombra de sus fundadores por no contar con una guía que les permitiera orientar de manera atinada sus esfuerzos y estructurar el trabajo de tal forma que garantizara su permanencia en el tiempo.

A pesar de que la palabra “autogestivo” forma parte del discurso y objetivos institucionales e inclusive se revisa como parte de la temática de las sesiones de capacitación permanente, debe subrayarse que la autogestión no llega a concretarse de forma práctica en los programas. Pareciera que se esperara que los proyectos autogestivos surgieran con su invocación.

“La autogetión es un proyecto de sociedad,...es a la vez un método y una perspectiva de cambio social.

...la autogestión es una anti-utopía... siempre hay un déspota en potencia de tras de cada utopista que sueña con infligir a la sociedad las soluciones de su generosa imaginación y que no piensa más que en justificar el carácter absoluto de su poder en la certidumbre de la felicidad que aportará a la humanidad” (Iturraspe, 1986).

recomienda la revisión del libro *“Turning Awareness into Action, What your Community Can Do About Drug Use In America”*, de Amatteti (1991) y muy en particular la aplicación de los cuestionarios que ahí se encuentran.

B) Metas y Objetivos.

-)} En función de la investigación diagnóstica y de la proyección del problema se deberán establecer Objetivos y Metas específicos.
-)} En el trabajo de equipo con sectores comunitarios se recomienda el modelo ZOOP o del “árbol” para:
 - o La identificación del problema:
 - ♣ Sus Causas y sus efectos.
 - o La estructuración del objetivo general.
 - o El establecimiento de metas, actividades a realizar y criterios generales de evaluación¹.

Este sistema se puede encontrar con ejemplos prácticos en el libro *“Diseño y evaluación de proyectos sociales, herramientas para el aprendizaje”* de Sergio Martinic (1997) y resulta muy sencillo de aplicar con personas de cualquier nivel educativo.

B) Identificación de recursos.

-)} Identificar a líderes comunitarios sensibilizados ante el problema y motivar su participación.
-)} Identificar instituciones a las que les competa el abordaje del problema y promover alianzas estratégicas.

¹ Un error grosso del sistema de evaluación de los Centros de Integración Juvenil, A. C., es que contabilizan y evalúan únicamente las actividades programadas por la normatividad pero dejan de lado y no se da una adecuada evaluación y seguimiento a esfuerzos para la estructuración de nuevos Centros en los que muchas de las actividades que se desarrollan no existen en la normatividad. Queja muy extendida de muchos compañeros de trabajo es la cantidad de acciones que realizan que no pueden ser reportadas al sistema de evaluación.

F) Función de las Oficinas Centrales de los CIJ's autogestivos durante el proceso.

A fin de brindar apoyo a estos grupos "autogestivos" para la apertura de nuevos centros sería conveniente que la administración general de los Centros de Integración Juvenil considerará la incorporación de un área o departamento que pudiera brindar un acompañamiento integral al "nuevo Centro en gestación", que oriente y guíe hacia el cumplimiento de los objetivos y las normas institucionales, cubriendo las funciones que se muestran en la figura 54:

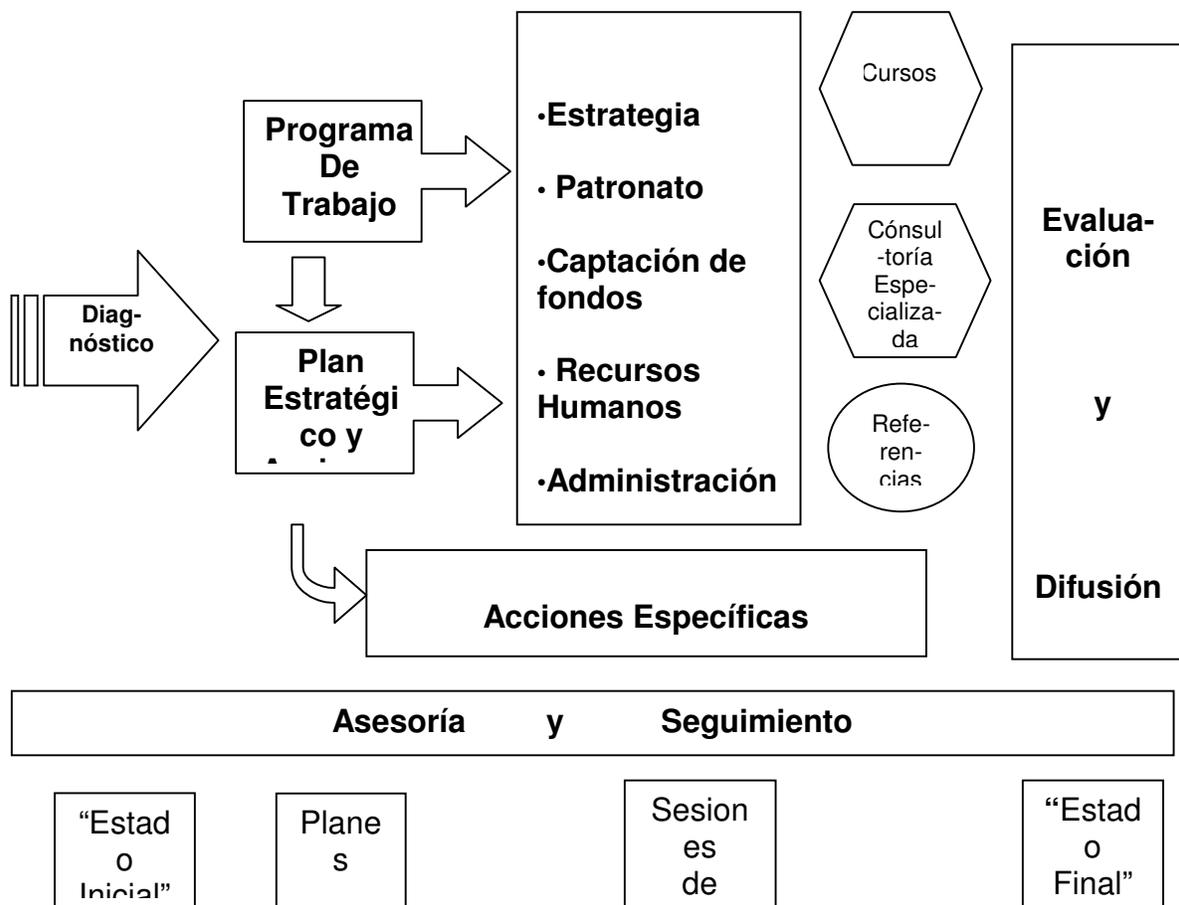


Figura # 54 : Propuesta de flujo para el proceso en la gestión y apertura de un nuevo local de los CIJ's en la modalidad de autogestivo.

Finalmente en lo que a aperturas de Centros se refiere, se sugiere mayor flexibilidad para que los patronatos que asumirán la responsabilidad económica y moral del nuevo Centro, sean también quienes decidan en cuanto a la figura jurídica que tendrá el mismo, sin alterar los lineamientos normativos de la Institución pero considerando las ventajas que en su estado o región les pueda derivar tener una figura jurídica u otra.

Por ejemplo, en algunos estados como el de Quintana Roo la Junta Estatal de Asistencia Privada provee de asesoría jurídica, mercadotécnica y logística a las organizaciones constituidas bajo la figura de Institución de Asistencia Privada. Del mismo modo, esta instancia provee de recursos a todas aquellas instituciones que en su calidad de IAP's están operando programas de asistencia social con fondos provenientes del Monte de Piedad en un promedio de \$100,000.00 pesos anuales por el simple hecho de estar constituidas como IAP's.

Las IAP's guardan algunas diferencias con AC's (Asociaciones Civiles) en cuanto a las obligaciones que deben cubrir, pero estas responsabilidades deben ser analizadas y asumidas por los patronatos que directamente se harán cargo de la operatividad y financiamiento de los Centros. Para ver las diferencias se sugiere consultar: *"Introducción a las Instituciones Filantrópicas: Asociaciones Civiles e Instituciones de Asistencia Privada"*, de la Colección de Cuadernos Legales del Centro Mexicano para la Filantropía (Castro, 2000).

Como ejemplo de la posibilidad de que esto suceda, está la Cruz Roja Mexicana que en algunas entidades de la república están constituidas como AC's y en otras como IAP's, en ambos casos no altera su misión, objetivos y normatividad que las rige.

9.2 Del esquema preventivo.

El primer problema que surge es que no existe claridad en cuanto a lo que se previene, es decir, no se tiene el problema planteado de manera adecuada y congruente.

No se cuenta con una adecuada y científica clasificación de las drogas que permita congruencia con el discurso preventivo. Se confunde el objetivo preventivo entre el consumo de cualquier droga con base en una muy ambigua distinción entre las drogas legales e ilegales.

Nuestra insistencia es en que el objetivo general debe ser la prevención de las adicciones y como más específicos; la promoción de un uso adecuado (entiéndase “sano”) de las drogas legales y la disuasión del uso de las ilegales, todo esto basado en información científica y práctica. HACE FALTA UNA CULTURA DEL USO SANO DE LAS DROGAS.

Debe trabajarse con firmeza para replantear el problema de la drogadicción del terreno de lo moral al terreno de la salud y esta cultura se puede promover desde el discurso preventivo.

También proponemos que dentro de la prevención se de un énfasis práctico al factor genético y se estimule a las personas que tengan este antecedente a que se realicen pruebas de tamiz para evaluar su nivel de riesgo tales como la prueba FAGERSTRÖM para usuarios de tabaco y la prueba AUDIT para usuarios de alcohol.

Creemos que la última propuesta preventiva del trabajo centrado en factores y zonas de riesgo es muy positiva ya que evita divagar en el mar de la multicausalidad que se usaba antes y terminaba alejando a los profesionales de su

principal objetivo. Si además la identificación de factores de riesgo se centrara específicamente en la comunidad, en la familia y en la persona en las que se interviene, creemos que resultaría mucho más práctica y más eficaz.

Es muy necesario construir indicadores que permitan saber la eficacia de las medidas preventivas adoptadas y dar seguimientos longitudinales a las intervenciones en comunidad. Es decir, no existe un sistema de evaluación que permita confirmar que los aspectos que se promueven como factores protectores están realmente reduciendo la probabilidad en la incidencia de la drogadicción.

Por su autoridad moral como institución en la lucha contra la drogadicción, los Centros de Integración Juvenil, A. C. podrían promover una iniciativa que busque unificar conceptos y sentido de los discursos preventivos de las instituciones que desarrollan actividades en este sentido y podrían hacerlo teniendo como base la Norma Oficial Mexicana 028 para la Prevención y el Tratamiento de las Adicciones.

9.3 Del trabajo con voluntarios.

De las acciones preventivas que se llevan a cabo a nivel nacional un porcentaje considerable (al rededor del 70%) son realizadas por voluntarios. De un total aproximado de 13,000 personas que trabajan para los Centros de Integración Juvenil, A.C. alrededor de 11,000 (el 84.6%) son voluntarios. No cabe duda que son un recurso muy importante y también lo fueron para el CIJ Cozumel.

No obstante, la institución no cuenta con un sistema de motivación de voluntarios, más bien éstos son excluidos con frecuencia de diversas actividades que podrían estimularlos tales como; foros, seminarios, capacitación, fiestas y/o reuniones. A algunos les resulta excesiva la carga administrativa que se da al voluntario tal como firmar una hoja de asistencia con hora de entrada y salida, dentro de muchas otras.

A fin de cubrir estas carencias en el caso de CIJ Cozumel se instituyó una cena anual del voluntario en la que todos los restaurantes de la Isla aportan un platillo para poder realizar una cena buffet y algunas tiendas donan regalos para ser rifados entre ellos como una muestra de reconocimiento a la labor que realizan.

Del mismo modo se instituyó entregar el distintivo del voluntario del año en el marco del aniversario del CIJ, dentro de otros sistemas, logrando apego y permanencia del voluntariado. Sin embargo, este aspecto no debe dejarse a la creatividad y espontaneidad de quien coordina equipos de trabajo con voluntarios, pensamos que debe estructurarse un programa en este sentido.

9.4 Del tratamiento.

Aún cuando no se logró establecer de manera permanente el programa de tratamiento en el período de los cuatro años reportados, mencionaremos aquellos que fueron manejados de manera circunstancial.

Se pudo detectar un énfasis muy marcado en lo que al manejo administrativo del expediente clínico se refiere por encima del tratamiento mismo. En lo que a la norma se refiere ésta establece un trabajo interdisciplinario más que multidisciplinario, no obstante no existe el modelo teórico que permita a los profesionales de la salud (psicólogos, trabajadores sociales y médicos) hacer un abordaje coherente.

La fase diagnóstica más que permitir conocer el nivel en el que se encuentra el paciente se convierte en una sesión de llenado de formularios que en algunos casos pueden arrojar cierta luz en cuanto al nivel de adicción del paciente y en otros solo alargan el ingreso del paciente al tratamiento.

Se sugiere estudiar la posibilidad de incluir el criterio diagnóstico ASAMH que está siendo aplicado con éxito en los Estados Unidos y permite ver el nivel de adicción en el que se encuentra el paciente y los servicios terapéuticos que requerirá.

Actualmente en los CIJ's se están aplicando exitosamente terapéuticas alternativas como la acupuntura y la clínica de metadona.

Por otra parte, no debería considerarse objetivo fundamental la supresión del consumo ya que este es sólo un síntoma del problema mayor que implica la adicción por lo que los objetivos deberán considerar también los demás aspectos.

9.5 Del modelo administrativo.

El hecho de que la institución no tenga una filosofía y un marco teórico referencial la vuelve divagante, no logra precisar lo que quiere como meta. La falta de definición clara del problema arrastra tras de sí no solo dificultades en el quehacer preventivo y terapéutico sino por consecuencia lo administrativo.

La hace construir arbitrariamente normas y lineamientos para lograr la sensación de control que podría sustentarse en una mejor definición del problema y de la postura frente a él. Existen cargas administrativas que se planean desde las oficinas centrales y que con frecuencia no tienen vinculación con la realidad que se vive en las comunidades del interior de la república. Las normas y las instrucciones que se dictan desde la "Central" corren el riesgo de hacer de sus "directores" en los centros regionales, secretarios ejecutivos.

Creemos que es necesario impulsar la descentralización de los Centros. Creemos que los directivos de los Centros de Integración Juvenil a nivel nacional deben dedicarse al gobierno de la institución mientras que los directores a la administración de los mismos.

No obstante, es necesario reconocer que aunque no creemos que los esfuerzos estén dirigidos correctamente, el sistema de organización como tal, es muy eficiente.

9.6 De la conciencia social.

Hacer campañas de concienciación en torno al problema de las adicciones es necesario más no suficiente para lograr un cambio en la actitud de la población hacia el consumo insano de drogas.

Para lograr un cambio significativo es imprescindible que exista una sinergia entre los diferentes actores sociales para concretar con hechos un cambio real. El camino de la congruencia (nótese que no es una meta) será el que logre un cambio significativo en la sociedad. Es urgente que se coordinen esfuerzos encaminados hacia este fin.

También será importante trabajar en la reducción de riesgos macrosociales ya que el discurso preventivo por si solo no transformará los factores de riesgo en este nivel. Por ejemplo, es muy importante que dado que la Isla cuenta con una población juvenil considerable se implementen actividades de recreo para este sector de la población.

9.7 Del crecimiento personal.

El trabajo en los Centros de Integración Juvenil me permitió alcanzar una visión más amplia del problema de las adicciones, me impulsó a investigar y profundizar en este fenómeno de salud.

Descubrí el potencial del psicólogo en el campo de la psicología comunitaria y en el de la salud en general.

El contacto con personas adictas me permitió contactar con mis propios riesgos, descubrir que soy igualmente susceptible de desarrollar un problema de adicción si no consumo las drogas (legales) de manera responsable. Descubrí amigos entre los adictos cuando tomé conciencia de lo humanos que somos.

Me permitió aprender y valorar mucho el trabajo de voluntarios que sin ningún interés monetario dan de su tiempo, trabajo, cariño para construir un mejor lugar para vivir.

Esta experiencia profesional me dio la oportunidad de poner en práctica los conocimientos adquiridos durante mi formación profesional y me permitió identificar aquellos que podrían ser necesarios de incluir en el currículo para la formación de nuevos profesionales de la psicología.

Me brindó la posibilidad de crecer, madurar en sentido profesional, de ser útil a mi comunidad, de ampliar mi visión hacia otras áreas en las que puedo desarrollarme.

9.8 Breves sugerencias a la curricula de la Licenciatura en Psicología.

Emilio Ribes Iñesta autor del modelo de enseñanza que en parte me tocó vivir durante mi formación profesional, señala en su libro *“Enseñanza, ejercicio e investigación de la psicología. Un modelo integral”* (1986) que dentro de los objetivos de la actividad profesional del psicólogo están la planeación y la prevención y dentro de las áreas de los problemas que contemplan identifica el sector de la salud pública. También señala que este trabajo lo puede desarrollar de manera directa el psicólogo o bien como “planeador y creador de tecnología en la prevención eficaz de los problemas conductuales a nivel comunitario” (p. 27).

Dentro de las ventajas que Ribes (1986) ve a su propuesta es que ésta metodología experimental y aplicada de la psicología estarán en función de una

realidad social que podemos modificar positivamente a través de nuestra acción profesional y que el psicólogo va a adiestrarse inmerso en una problemática social que la comunidad plantea constantemente, pero no de manera empírica o intuitiva sino con base experimental.

Existen muchos temas en el área de la salud pública en los que el psicólogo debe tener una intervención significativa en los que profundizar en los temas de psicología de la salud y psicología comunitaria podrían resultar muy benéficos.

Ribes (1990), posteriormente propuso en cuanto al tema de psicología y salud un modelo interactivo que toma en cuenta tres factores fundamentales: 1) la forma en que el comportamiento participa en la modulación de los estados biológicos, en la medida en que regula el contacto con el organismo con las variables funcionales del medio ambiente; 2) las competencias que definen la efectividad del individuo para actuar con una diversidad de situaciones que afectan indirectamente el estado de salud y 3) las maneras consistentes que tipifican a un individuo en su contacto inicial con situaciones que pueden afectar potencialmente su condición biológica.

Para esto propone dos categorías de análisis, los factores de proceso y los factores de resultado, los cuales facilitan la caracterización de niveles de riesgo y el desarrollo de intervenciones que fomenten comportamientos útiles para mantener el estado de salud y la disminución del riesgo, y para facilitar la evolución de la enfermedad y la rehabilitación de las secuelas.

Al estudiante de la carrera en psicología debe enseñársele a identificar los principales problemas de salud comunitaria y a desarrollar programas con objetivos específicos definidos y acciones congruentes con estos objetivos cuyo impacto pueda evaluarse en términos de resultados. También sería importante enseñarle cuales son los niveles y servicios de atención del sistema de salud en los que podría participar.

Como hemos visto en el presente trabajo las posibilidades de ejercicio profesional en el sector salud son muy amplias. Sin embargo, aún cuando la currícula de la FES Iztacala contempla la materia de Psicología Clínica no existe en la revisión de este material los principales problemas de salud comunitaria ni se realizan diagnósticos comunitarios en este sentido. Tampoco y a pesar de contar con una clínica para las practicas profesionales (CUSI) se ha desarrollado un modelo que permita el aprendizaje y la organización de modelos interdisciplinarios de intervención.

Si podemos ofrecer los avances de la psicología, sumar nuestras acciones hacia el beneficio social y profesional, y derivar de la trayectoria avanzada nuevos caminos que nos lleven a comprender mejor nuestro quehacer profesional, entonces será posible apoyar eficaz y oportunamente a elevar el nivel de salud de nuestra comunidad.

También será posible ayudar a cambiar el enfoque de la salud pública hacia una acción interdisciplinaria, que promueva la responsabilidad individual en la aplicación de las ciencias Psicológicas y biomédicas en la prevención y tratamiento de la enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

AA (2002). *AA aterriza en Cozumel*. (6-11) En: AA. Plenitud AA Año XXV Núm. 119.

Alberro, S. (1998). *Las abusiones de origen prehispánico. El Santo Oficio de la Inquisición*. Arqueología mexicana. Vol. VI Núm. 34.

Alonso-Fernández, F. (1989). Psicología Médica Social. Barcelona, España: Salvat Editores.

Amatetti, Sh. (1991). Turning Awareness into Action, What your Community Can Do About Drug Use In America. Rockville, MD. USA: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration. Office for Substance Abuse Prevention.

APA (1997). Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Desórdenes Mentales. DSM-IV. México, D.F.: Masson.

Barrera, B. y Gutiérrez, M. (1995). *Patatas de palo y palo de tinte. Historias de piratas*. Arqueología mexicana. Vol. III Núm. 14.

Cantú (2000). Revista de adicciones. (En red) Disponible en: www.revistaadicciones.com.mx/Revista.asp

Castro, C (2000). Introducción a las Instituciones Filantrópicas: Asociaciones Civiles e Instituciones de Asistencia Privada. Colección de Cuadernos Legales. Legal 1. México, DF.: Centro Mexicano para la Filantropía.

Castro, M.E., Llanes, J. Y Carreño, A. (2002). *Material preventivo Contruye tu vida sin adicciones*. Liber Addictus. 60.

- CIJ (1989). Educación para la salud. Cuaderno Temático. México, D.F.: Autor.
- CIJ (1991). Consumo de drogas en el medio rural. México, D.F.: Autor.
- CIJ (1993). Panorama epidemiológico del Consumo de Drogas. México, D. F.: Autor.
- CIJ (1995a). El consumo de drogas en Cancún, Quintana Roo. Análisis de condiciones y líneas de acción (1995-2000). México, D.F.: Autor.
- CIJ (1995b). Manual de Capacitación para el Voluntario. México, D.F.: Autor.
- CIJ (1996). Programas de prevención del consumo de drogas centrados en factores de riesgo. Informe de investigación. México, D.F.: Autor.
- CIJ (1997). Riesgos Macrosociales de la Farmacodependencia a Nivel Municipal y Red Estratégica de Atención en México. México, D.F.: Autor.
- CIJ (1999a). Historia de las Drogas. Video documental 20 mins. México, D.F.: Autor.
- CIJ (1999b). Boletín Informativo del Departamento de Investigación. De uso interno. No publicado.
- CIJ (1999c). Cómo proteger a tus hijos contra las drogas. Una guía práctica para padres. México, D.F.: Autor.
- COESPO Quintana Roo (2001). Situación demográfica de Quintana Roo. Chetumal, Q. Roo. Autor.
- Courtwright, D. (2002). Las drogas y la formación del mundo moderno. Breve historia de las sustancias adictivas. Barcelona, España.: Paidós.

Cruz, S. (2001). *Efectos y mecanismos de acción de las drogas de abuso*. (261-275) En: R. Tapia. Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas. 2ª Edición. México, D.F.: Manual Moderno.

Diario capitalino La prensa. 04 de Noviembre del 2002.

Diario de Yucatán. 16 de mayo de 2002.

Diario de Yucatán. 22 de mayo de 2002.

Diario de Yucatán. 9 de mayo de 2002

Diario El financiero. 28 de diciembre de 1997

Diario La Jornada. 07 de abril de 1999.

Diario Uno mas Uno. 28 de diciembre de 1999.

Escohotado, A. (2000). Historia General de las Drogas. 3ª Edición. Madrid, España.: Editorial Espasa Calpa, S.A.

Flores, G. (1999). *¿Qué es adicción?*. Liber Addcitus. Núm. 35.

García, M.S. (1994). La farmacodependencia, un problema de salud pública en México. Tesis de licenciatura no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala. Edo. De Méx. México.

García, R. (2002). *Las adicciones: del concepto a la reflexión crítica*. Liber Addcitus. Núm 57.

García, R. J. (1998). La importancia de las reglas claras. *Libber Addcitus* Año 4 Número 22. México, D.F.

Gómez de Silva, G. (1998). Breve Diccionario Etimológico de la Lengua Española. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica y el Colegio de México.

Gracia, A. (Ed.) (1994). Totún Cuzamil. Mérida, Yucatán: Imporexpres.

Gross, R. (1998). Psicología Ciencia de la Mente y la Conducta. México, D.F.: Manual Moderno.

Haller, G. (1974). Psicología General. México, D.F.: Harla.

Hawkins, J.D. (Catalano, R.F. y Miller, J. Y. (1992). *Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescents and early adulthood. Implications for substance abuse prevention*. Psychological bulletin 112 (1).

INEGI (2001a). Censo General de Población y vivienda 2000. México, D. F.: Autor.

INEGI (2001b). Cuaderno estadístico Municipal: Cozumel, Quintana Roo. Edición 2000. México, D.F.: Autor.

Iturraspe, F. (1986). Participación, cogestión y autogestión en América Latina. Venezuela. Editorial Nueva Sociedad.

Kumate, J. (2002). *Percepción de riesgo y consumo de drogas en jóvenes mexicanos*. En: CONADIC, CONADIC Informa Boletín especial de junio. México, D.F.: CONADIC, Secretaria de Salud.

Landa, D. De (1995). Relación de las Cosas de Yucatán. Mérida, Yucatán: Editorial San Fernando.

Macías, C. (1997). Nueva Frontera Mexicana, milicia burocracia y ocupación territorial en Quintana Roo. Chetumal, Q. Roo.: Universidad de Quintana Roo.

Margaín, H. (1993). *Prólogo*. En: P.H. Smith (Ed.) El combate a las drogas en América. Primera edición en español. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica.

Martinic, S. (1997). Diseño y evaluación de proyectos sociales, herramientas para el aprendizaje. México, D.F. Colectivo Mexicano de Apoyo a la Niñez y Centro Juvenil Promoción Integral, A. C.

Medina, M. E. (2001). *Los conceptos de uso, abuso, dependencia y su medición*. En: R. Tapia. Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas. México, D.F.: Manual Moderno.

Morales, F. (1995). *La psicología de la salud al final del siglo: Una aproximación desde la profesión*. Revista Mexicana de Psicología. Vol. 12. Núm. 2. Págs. 177-183.

NIDA (2002, octubre). *Introdution to the brain. The Teaching Pakets*. (En red) Disponible en: www.drugabuse.gov/infobox/understand.html y www.nida.nih.gov

OMS (1997). Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, CIE-10. Vol. 1, 2ª Reimpresión. Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C., EEUU.

PGR (2000, enero). Boletín informativo. (En red). Disponible en: www.pgr.gob.mx

Ramírez, D. y Azacárate, M.A. (2002). *Investigaciones recientes en Cozumel. Arqueología mexicana*. Vol. IX Núm. 54.

Ribes, E. (1990). Psicología y Salud: Un análisis conceptual. Barcelona: Editorial Martínez Roca.

Ribes, E., Fernández, Rueda, Talento y López (1986). Enseñanza, ejercicio e investigación de la psicología; un modelo integral. México, D.F.: Trillas.

Rodríguez, G. (1984). *La participación del psicólogo en el sector salud*. Revista Mexicana de Psicología. Vol. 1. Núm. 1 Págs. 22-26.

Rogel, A. (2000). *Juventud en Ecstasy*. Liber Addictus. Núm. 42.

Rogel, A., Lara P. y Takahashi, H. (2000). *Rituales de consumo*. Liber Addictus. Núm. 37.

Rossette, J. (1999). *¿Qué es adicción?* Liber Addictus. Núm. 35.

Sabloff, J. (2002). *La Isla de Cozumel*. Arqueología mexicana. Vol. IX Núm. 54.

Sahagún, B. De (1938). Historia General de las Cosas de la Nueva España. 5 Vols. México, D.F.: CONACULTA

SEDESOL (1995). Programa de 100 ciudades. Tríptico informativo. México, D.F.: Autor.

Souza y Machorro, Guisa, V., Díaz, L. y Sánchez, R. (1997). Farmacoterapia de los síndromes de intoxicación y abstinencia por psicotrópicos. México, D.F.: Centros de Integración Juvenil, A.C.

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

SSA y CONADIC (1999). El consumo de drogas en México: Diagnóstico, Tendencias y Acciones. México, D.F.: Autores.

Sun Tzu (2002). El arte de la guerra. 23^a. Edición. EDAF: Madrid, España.

Taube, K.A. (1998). *Enemas rituales en Mesoamérica. Curación, purificación e intoxicación*. Arqueología mexicana. Vol. VI Núm. 34.

Terris, M. (1987). La revolución epidemiológica y la medicina social. 3^a edición. México, D.F.: Siglo XXI.

Thompson, E. (Ed.) (1998). Historia y Religión de los Mayas. 11^a Edición. México D.F.: Siglo XXI.

Torres, I.A. y Cols. (1988). Revista Sonorense de Psicología. Vol. 12. No. 1, pág. 55.

UNODCCP (2000). *World Drug Report 2000*. Great Britain. Oxford University Press. Bath Press Ltd.

Velasco, R. (1997). Las adicciones, Manual para maestros y padres. México, D.F.: Trillas.

Viesca, T.C. (2001). *Bosquejo histórico de las adicciones*. En: R. Tapia. Las adicciones, dimensión, impacto y perspectivas. Segunda Edición. (3-19) México, D.F.: Manual Moderno.