

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

REFLEXIÓN ENTORNO AL TRABAJO REALIZADO EN CENTROS DE
INTEGRACIÓN JUVENIL, A.C., CENTRO LOCAL CIUDAD DEL CARMEN

REPORTE DE TRABAJO PROFESIONAL PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

CARLOS MANUEL BALLESTEROS GIJÓN

COMISIÓN DICTAMINADORA:

MTRO. JOSÉ REFUGIO VELASCO GARCÍA

MTRA. MARIA DE LOURDES JACOBO ALBARRAN

LIC. CESAR ROBERTO AVENDAÑO AMADOR

TLALNEPANTLA, EDO. DE MÉXICO

2006



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A mi madre, por su amor y comprensión de todos estos años.

A mi padre, por su apoyo dado durante mi formación.

A Javier, a Blanca y a Nora; por el aguantarme tanto tiempo.

A Xochiltzin, amiga, compañera y pareja, sin su amor y apoyo este trabajo no habría salido adelante.

A Sandra y Lula, por su amistad incondicional.

A Abraham, a Alejandro y a Sacra, mis amigos, ausentes y presentes.

A la UNAM.

ÍNDICE

Índice	4
Resumen	7
Capítulo 1. ¿Qué es Centros de Integración Juvenil?	8
1.1. Drogadicción	11
1.2. Centros de Integración Juvenil, programas institucionales	17
1.2.1. Prevención	20
1.2.1.1. Estrategias de intervención en la prevención del consumo de drogas	20
1.2.1.2. Proyectos preventivos	25
1.2.2. Atención curativa	31
1.2.2.1. Estrategias del Programa de Tratamiento y Rehabilitación	33
1.2.3. Movilización social	38
1.2.4. Investigación y enseñanza	38
1.3. Funciones del equipo médico-técnico en Centros de Integración Juvenil	39
Capítulo 2. Descripción de las actividades realizadas en Centros de Integración Juvenil, Ciudad del Carmen	41
2.1. Prevención	42
2.1.1. Nivel de Información	42
2.1.1.1. Proyecto: Información a Concurrentes	45
2.1.1.2. Proyecto: Información Pública Periódica	45
2.1.1.3. Proyecto: Escuelas	46
2.1.2. Nivel de Orientación Preventiva	47
2.1.2.1. Orientación Preventiva Infantil	48
2.1.2.2. Orientación Preventiva para Adolescentes	52
2.1.2.3. Orientación Preventiva para Adultos Jóvenes	54
2.1.2.4. Círculos de Lectura	56
2.1.2.5. Orientación Familiar Preventiva	57
2.1.3. Nivel de Capacitación	60
2.2. Atención Curativa	65

2.2.1. Entrevista Inicial	68
2.2.2. Historia Clínica	71
2.2.3. Entrevista Psicológica	74
2.2.4. Estudio Social	76
2.2.5. Terapia Individual	79
Capítulo 3. Exposición de las actividades realizadas dentro de los programas de Prevención y Atención Curativa, periodo 2004	85
3.1. Prevención	85
3.1.1. Proyectos Informativos	85
3.1.1.1. Información a Concurrentes	86
3.1.1.2. Información Pública Periódica	87
3.1.1.3. Proyecto Escuelas	87
3.1.1.4. Dificultades en la implementación del Proyecto Informativo	89
3.1.1.5. Situaciones que favorecen la implementación del Proyecto Informativo	91
3.1.2. Proyectos de Orientación	92
3.1.2.1. Orientación Preventiva Infantil	92
3.1.2.2. Orientación Preventiva Adolescentes	93
3.1.2.3. Círculos de Lectura	94
3.1.2.4. Orientación Preventiva Familiar	95
3.1.2.5. Grupos Organizados	96
3.1.2.6. Dificultades en la implementación del Proyecto de Orientación	98
3.1.2.7. Situaciones que favorecen la implementación del Proyecto de Orientación	100
3.2. Atención Curativa	102
3.2.1. Dificultades en la implementación del Proyecto de Atención Curativa	105
3.2.2. Situaciones que favorecen la implementación del Proyecto de Atención Curativa	107
3.2.3. Realidad y Transferencia	109
Conclusiones	116
Referencias	128
Bibliografía	129

Glosario	132
Anexo	141

RESUMEN

El presente escrito es un Reporte de Trabajo Profesional elaborado para obtener el título de Licenciado en Psicología que otorga la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

Los contenidos de este trabajo tratan sobre la labor realizada en el año de 2004, en los Centros de Integración Juvenil, A.C., Centro Local Ciudad del Carmen, ubicado en el municipio del Carmen perteneciente al estado de Campeche. La labor se realizó principalmente en los programas de prevención y tratamiento con los que cuenta la institución.

El texto se divide en cuatro partes. En el primer capítulo se hace una revisión sobre que son los Centros de Integración Juvenil, así como de su desarrollo histórico; se exponen los objetivos que persiguen los programas sustantivos y sus proyectos, además de las diferentes estrategias de intervención con las que cuenta la institución.

En el segundo capítulo se analiza a detalle las actividades que se llevan a cabo en Centros de Integración Juvenil, así como los métodos y temáticas de trabajo que se implementan principalmente en los programas de prevención y tratamiento.

En el tercer capítulo se hace una exposición de las actividades realizadas en Centros de Integración Juvenil en los programas de prevención y tratamiento durante el año 2004; además de algunos señalamientos y breves reflexiones respecto a lo realizado en estos programas.

En la cuarta parte se hacen las conclusiones de lo expuesto en este texto, así como algunas reflexiones en torno al papel que desempeña el psicólogo y respecto a la problemática que representa el consumo de drogas. Al final de esta parte se incorporan dos anexos. El primero es un glosario que se dedica a los términos más técnicos o complicados que se utilizan en el área de adicciones, y se explican aquellos que son más frecuentemente usados. El segundo anexo se dedica a una breve clasificación farmacológica de las drogas de abuso.

CAPÍTULO 1: ¿QUÉ ES CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL?

El consumo de drogas no es un fenómeno reciente. Desde la antigüedad ha sido una práctica común a muchas culturas, y ya entonces se conocían los efectos que tienen estas sustancias sobre la conducta y el estado de ánimo. En aquellas épocas el consumo era exclusivo de la clase sacerdotal o chamanes, como parte de ritos y ceremonias religiosas. Al estudiar los usos y costumbres de los pueblos se puede percibir este consumo de manera ritual y el respeto que se tenía a la sustancia, lo que conlleva a que no cualquiera podía acceder al uso de la sustancia.

Con la expansión que se presentó, sobre todo de Europa en la época colonial, se observa un cambio estratégico en el uso de las sustancias; los europeos (sobre todo los ingleses) se dan cuenta que las drogas pueden ser usadas para generar conflictos en un país que no se amolde a sus intereses. Así se dan conflictos con el uso del hachís en la India y el uso del opio en China, auspiciados por Inglaterra; lo que conlleva a una negociación económica y territorial en beneficio de este último para controlar el mercado de sustancias. La historia de la conquista de América es muy similar, ya que por acá se introdujo el consumo de bebidas alcohólicas destiladas, propiciando la adicción a las comunidades indígenas desde el norte al sur del continente.

Al hacer esta revisión histórica del uso de las drogas, se percibe que juegan un papel importante, más allá de lo que las historias oficiales quisieran y aceptan. De la época colonial a la fecha se puede afirmar que el consumo de drogas sirve para afianzar el dominio sobre los pueblos y mantener cotos de poder a nivel mundial.

Con el transcurso del tiempo, y particularmente en las últimas cuatro décadas, el consumo de sustancias adictivas se ha diversificado y extendido a grandes sectores de la población mundial. En la mayoría de los países se ha convertido en un grave problema social que afecta, sobre todo, a la población joven; es causa de daños a la salud; representa un problema familiar, escolar y laboral, al mismo tiempo que desempeña un papel importante en accidentes, actos violentos y delictivos. Esto debido a la producción de amapola que se dio en nuestro país durante la segunda guerra mundial, con el propósito de

abastecer a las tropas estadounidenses de morfina. A partir de esta época se ubica el nacimiento del narcotráfico en nuestro país.

Para entender el problema que representa el consumo de drogas debe entenderse desde dos vertientes: desde el tráfico de sustancias, y de la adicción que genera su consumo. Drogadicción y narcotráfico tienen su propia realidad, su especificidad, su lógica y su dinámica propias, pero en interrelación y en el interior de un contexto socioeconómico, cultural-ideológico, político e institucional, que es además y al mismo tiempo nacional e internacional. Es ineludible entonces considerar simultáneamente lo específico del narcotráfico y la drogadicción, y su contexto, lo internacional y lo nacional, los efectos y síntomas y sus causas, lo estructural y lo coyuntural, la oferta y la demanda, la represión, la prevención y la rehabilitación.

Uno de los grandes problemas que enfrenta nuestra sociedad es la delincuencia organizada, la cual extiende sus redes hasta el campo de las adicciones. Promueve la venta y el tráfico de drogas, haciendo fácil presa de los jóvenes, en una sociedad cambiante que se encuentra en conflicto entre los valores tradicionales y nuevas formas de adaptación a las demandas sociales y situaciones de crisis económicas y políticas, lo que rebasa sus recursos de contención y de resistencia. Se puede decir que el Estado ha fracasado en proporcionar los mínimos satisfactores a la sociedad.

La repercusión social de estos actos es bien conocida: incremento del gasto social, del narcotráfico y su cauda de corrupción; además de mayores índices de violencia. Baste para corroborar esto, las notas periodísticas que hablan al respecto; ejecuciones de personas en el norte y centro del país; decomiso de toneladas de sustancias en aeropuertos y puertos marítimos; accidentes automovilísticos y violencia intrafamiliar generados por el consumo de sustancias, y cosas por el estilo.

En cuanto al consumo de sustancias, en nuestro país se ha mantenido una tendencia estable de consumo de sustancias ilícitas alguna vez en la vida durante los últimos 5 años (población urbana entre 12 y 65 años de edad). Por ejemplo, la droga de mayor consumo, sin considerar al tabaco o al alcohol, es la marihuana, con una prevalencia de 4.70% en el año 1998 a un descenso en 2003 a 3.48%, una reducción de más de un punto porcentual; en

el caso de la cocaína la prevalencia en el año 1998 era de 1.45% y para el año 2003 se presenta de 1.23%. No es la intención atiborrar de datos estadísticos esta introducción, solamente se hace mención de ellos con fines explicativos. Estos datos nos quieren decir que actualmente se está abatiendo el consumo de sustancias ilícitas en nuestro país y aparentemente las estrategias para conseguirlo han dado buenos resultados; esto nos da a entender la ENA (SSA/INP 1998; SSA/INEGI 2003).

Ahora bien, el entendimiento del consumo de sustancias va más allá de los datos estadísticos; actualmente se considera a la drogadicción como un problema grave de salud pública y al narcotráfico como asunto de seguridad nacional; esto debido al gasto que invierte el estado en su atención y combate respectivamente por lo que cabe reflexionar sobre la situación real sobre esta problemática.

Hoy el primer elemento relevante en las adicciones es delimitar qué entendemos por adicción. A pesar de que hay criterios específicos para los distintos trastornos, como la dependencia de sustancias psicoactivas, el juego patológico, etc., todos parten de los criterios de dependencia de sustancias psicoactivas, dado que además en las adicciones, sean con o sin sustancia, se dan los fenómenos de pérdida de control, tolerancia, síndrome de abstinencia, etc. En esta línea, para el DSM-IV la dependencia de sustancias psicoactivas se caracteriza por un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres o más de los síntomas que se indican a continuación, y durante un período continuado de 12 meses. Estos síntomas son los siguientes:

- 1) Tolerancia, definida por cualquier de los siguientes ítems: a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado; b) el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.
- 2) Abstinencia, definida por cualquier de los siguientes ítems: a) el síndrome de abstinencia característico para la sustancia; b) se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- 3) La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.

- 4) Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
- 5) Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (por Ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (por Ej., fumar un cigarrillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia.
- 6) Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas, debido al consumo de la sustancia, y
- 7) se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo (por Ej., consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera).

1.1 DROGADICCIÓN

A la drogadicción se le entiende como un conjunto de fenómenos del comportamiento, cognoscitivos y fisiológicos, que se desarrollan luego del consumo repetido de una sustancia psicoactiva. También se define como el estado psíquico y a veces físico ocasionado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco u otra sustancia, que se caracteriza por producir modificaciones en el comportamiento y otras reacciones que incluyen siempre un impulso irreprimible por consumir la droga en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos, o bien, para evitar los malestares de la privación. En esencia estas dos definiciones son similares. Hay también quien dice que la drogadicción es un síntoma de la descomposición social que existe actualmente en nuestra sociedad. Todo depende de la visión con que se aborde la problemática. Para fines de este trabajo nos quedaremos con la segunda definición.

Este proceso en si es complejo, ya que es un fenómeno multicausal y delimitarlo no es nada fácil. Para una mejor comprensión del proceso se hace uso de varios conceptos para entender su génesis entre los que destacan los siguientes: Droga; factores de riesgo; factores de protección; tolerancia; síndrome de abstinencia, entre otros (véase el glosario al final de este trabajo).

Cabe diferenciar entre lo que se entiende por uso y abuso de sustancias para tener una mejor comprensión de la problemática, y entender en un momento dado cómo es que una persona pueda salir adelante de un proceso adictivo o no; además de diferenciar de una persona ya con algún tipo de adicción de otra que no cursa esta situación.

Uso de sustancias.

El uso, es decir el consumo de sustancias cuando es esporádico o experimental, 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 se habla de *uso de psicotrópicos, experimentación y uso social*, no siendo autorizado el calificarse de dañino o nocivo.

Abuso de sustancias.

El abuso en el consumo de drogas define por lo general un modelo de consumo desadaptativo diferente al que se produce en el caso de la dependencia, y se caracteriza esencialmente por el *uso continuo de una droga a pesar de que la persona está consciente de tener un problema causado o desencadenado precisamente por su uso*. En este punto la persona sabe que determinada droga puede poner en peligro su integridad psicofísica.

Los usuarios de drogas pueden ser experimentadores, sociales u ocasionales, funcionales y disfuncionales, de acuerdo con la frecuencia y, en ocasiones, con la cantidad de droga que consume, las primeras dos categorías se consideran de uso y las segundas como categorías de abuso.

De acuerdo con la cantidad y frecuencias del uso de sustancias se desprende una clasificación que considera desde aquel individuo que sólo ha consumido en una ocasión alguna droga para probar sus efectos, hasta aquel que presenta problemas severos para poder controlar su consumo y que es incapaz de funcionar sin la droga y requiere de tratamiento especializado.

Usuarios de Uso de Drogas

Experimentadores: Son aquellas personas que utilizan las drogas en una sola ocasión para satisfacer su curiosidad (“a ver a qué sabe”, “a ver qué se siente”).

Sociales u ocasionales: Las personas que consumen drogas sólo cuando están en un grupo o para hacer frente a una situación esporádica (por ejemplo, el estudiante que toma anfetaminas para mantenerse despierto).

Usuarios de Abuso de Drogas

Funcionales: Son aquellos individuos que necesitan usar drogas para funcionar en sociedad. No pueden realizar ninguna actividad si no la consumen. Presentan trastornos cuando no pueden consumirla.

Disfuncionales: Aquellos que han dejado de funcionar en la sociedad, toda su vida gira en torno a las drogas y sólo se dedican a conseguirlas y consumirlas.

Así y dependiendo de la categoría de consumidor de sustancias se llegue a encontrar la persona, puede llegar a presentar alguno de los siguientes fenómenos que a continuación se describen.

Síndrome de intoxicación

Por síndrome se entiende genéricamente el *conjunto de manifestaciones clínicas (síntomas y signos) que definen un estado mórbido particular, producido por uno o diferentes factores juntos o por separado*. Cuando este síndrome es de intoxicación por drogas se alude al estado agudo, crónico o crónico agudizado que se experimenta como consecuencia del consumo reciente de uno o varios de ellos, y que producen alteraciones psicofísicas asociadas a los niveles sanguíneos (CIJ 2001b, Pág. 35). La severidad de la intoxicación es resultado de la dosis, así como de otras distintas condiciones simultáneas en las cuales se utiliza la droga. Otros factores interactuantes tales como la tolerancia, pureza del principio activo, adulteración, vía de administración, uso simultáneo de otras drogas y la experiencia previa del individuo, pueden también modificar sustancialmente el cuadro de intoxicación de que se trate.

Tolerancia

Se trata de una condición fisiológica definida en términos de adaptación de los sistemas de la economía corporal ante la presencia e interacción constante de un psicotrópico. Este

fenómeno se caracteriza por la instauración de mecanismos compensatorios que permiten el funcionamiento relativamente normal de los órganos y sistemas corporales aún en presencia de altas concentraciones plasmáticas de diversas sustancias. La tolerancia se expresa a nivel clínico como una disminución de los síntomas producidos por la intoxicación, lo cual demanda incremento de la dosis para producir semejantes efectos.

El desarrollo de la tolerancia puede ocurrir de manera divergente entre varios órganos de un mismo sistema y en personas que tienen una historia en común de experimentación con dosis similares de una sustancia específica. Por ello es importante señalar que casi siempre que aparece la tolerancia, ocurre dependencia física (op. cit., Pág.37).

Síndrome de dependencia o adicción

El síndrome de dependencia a drogas es sinónimo de adicción y consiste en un conjunto de signos y síntomas de orden cognitivo, conductual y fisiológico que evidencian la pérdida de control de la persona sobre el consumo habitual de tales sustancias. En la dependencia, el individuo continúa utilizando los tóxicos a pesar de los efectos adversos que éstos ejercen en su organismo. Manifiesta también un incremento sucesivo en la dosis ingerida y como resultado de este patrón de consumo, el sujeto emplea la mayor parte de su tiempo, ya sea en consumir la sustancia, recuperarse de sus efectos o en el despliegue de conductas dirigidas a conseguirla (*craving*). Además, experimenta síntomas de intoxicación o abstinencia mientras lleva a cabo muchas de sus actividades cotidianas, las cuales se subordinan al consumo de la sustancia modificando sus relaciones y hábitos sociales.

Cuando la droga se consume de forma crónica, cuando existe fármaco dependencia como tal, aparecen síntomas orgánicos, psicológicos y sociales que se acompañan de tolerancia y abstinencia, razón por la cual el individuo tiende a recurrir al uso subsecuente de la sustancia a fin de mitigar los efectos psicofísicos que provocan tales estados (op. cit, Pág. 38).

Síndrome de abstinencia

Este término se refiere al conjunto de signos y síntomas producido como consecuencia de la reducción o interrupción de la administración de una droga, después de un tiempo de uso prolongado, o en casos más aislados, por dosis altas. La severidad del síndrome puede

determinarse mediante la evaluación de la intensidad de los signos y factores tales como la dosis utilizada y uso simultáneo de sustancias farmacológicamente sinérgicas. Mientras más rápidamente se desarrolle el síndrome, la severidad será mayor, de tal suerte que los síndromes de abstinencia más graves son aquellos que se producen como consecuencia del uso de drogas de acción corta o ultracorta por el efecto de taquifilaxia, tal como ocurre con los opiáceos.

Los patrones de uso, la cronicidad del consumo y el estado de salud, son factores que también influyen en las características e intensidad del síndrome de abstinencia; adicionalmente, los componentes ambientales del fenómeno abstinentes son igualmente importantes, puesto que generan respuestas condicionadas asociadas con la vista, sonido, colores o rituales que se hayan experimentado durante la administración. De esa forma, al presentarse el síndrome, los estímulos ambientales contribuyen decisivamente a la recaída sintomatológica del paciente (op. cit., Pág. 40).

La base para poder orientar adecuada y oportunamente a las personas hacia el desarrollo de conductas saludables, está en los resultados proporcionados por investigaciones del modelo epidemiológico para conocer las necesidades y características de la población. La epidemiología es la ciencia que a partir de estudiar la magnitud, distribución y etiología del consumo de sustancias psicoactivas, permite: conocer el comportamiento del problema, identificando grupos de riesgo, además de orientar la toma de decisiones para brindar un servicio de eficaz y de calidad.

El modelo epidemiológico, como dispositivo para conocer el estado actual del consumo de drogas en un tiempo y espacio determinado, establece un conjunto de estrategias de intervención enfocadas, en dos sentidos, complementarios:

- A. Invertir o reducir la influencia de **Factores de Riesgo**. Un factor de riesgo es un atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiente que incrementan la posibilidad del uso y/o abuso de drogas (inicio) o la transición en el nivel de implicación con las mismas.
- B. Promover, realzar y fortalecer la influencia de **Factores de Protección**. Un atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiente que inhibe,

reduce o atenúa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación con las mismas.

A continuación se mencionan algunos factores de riesgo que pueden incidir en el desarrollo de un proceso adictivo:

Factores de riesgo relacionados con el uso y abuso de drogas

- Ⓢ Alcoholismo materno, paterno o de ambos.
- Ⓢ Uso familiar episódico intenso de alcohol o drogas.
- Ⓢ Historia familiar de alcoholismo.
- Ⓢ Historia familiar de conducta antisocial.
- Ⓢ Antecedentes de abuso infantil intrafamiliar o extrafamiliar.
- Ⓢ Familiares con escasas habilidades paterno filiales.
- Ⓢ Dificultades en las relaciones familiares.
- Ⓢ Uso de drogas en los hermanos.
- Ⓢ Uso familiar de drogas.
- Ⓢ Uso de drogas por los mejores amigos.
- Ⓢ Deficiente y escaso aprovechamiento escolar.
- Ⓢ Enajenación y rebeldía.
- Ⓢ Psicopatología, especialmente depresión.
- Ⓢ Alteraciones conductuales como la vagancia, baja empatía hacia los demás, poca tolerancia a la frustración, búsqueda constante de nuevas sensaciones, insensibilidad al castigo, etc.
- Ⓢ Desorganización estructural-funcional en la comunidad.
- Ⓢ Conducta antisocial.
- Ⓢ Baja o nula religiosidad.
- Ⓢ Confusión y pérdida de valores.
- Ⓢ Uso de alcohol y experimentación con drogas a edades tempranas.
- Ⓢ Conductas sexuales precoces.

Cabe mencionar que el simple hecho de que se presente en una persona uno o varios factores de riesgo no implica que sea o se convierta en usuario o adicto a algún tipo de

droga; esto se torna en un asunto de probabilidad, a mayor número de factores de riesgo mayor probabilidad de presentar un proceso adictivo.

1.2 CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL, PROGRAMAS INSTITUCIONALES

En 1969, un grupo organizado de la comunidad, Damas Publicistas y Asociadas A. C., se preocupó por contrarrestar el creciente abuso de drogas entre los jóvenes y realizó los primeros esfuerzos para sensibilizar a los diversos sectores sociales del país acerca de este problema. Gracias a esta labor pionera, presidida por Kena Moreno, el 12 de marzo de 1970 se dio apertura al primer Centro de Integración Juvenil denominado *Centro de Trabajo Juvenil*, el cual se ubicó en Coyoacán. Ahí se iniciaron las labores de prevención y tratamiento de la farmacodependencia; en él colaboraron especialistas en salud mental comisionados por la Dirección de Salud Mental, de la entonces Secretaria de Salubridad y Asistencia.

Desde 1970, Centros de Integración Juvenil se dedica a participar con investigación del consumo de drogas. La institución se encuentra ubicada dentro del Subsector Asistencia Social del Sector Salud como un organismo que brinda a la comunidad servicios en prevención, tratamiento, rehabilitación y descentralizado de participación estatal mayoritaria.

A continuación se presenta una breve revisión histórica de Centros de Integración Juvenil.

- ☛ **12 de Marzo de 1970:** abrió sus puertas el denominado Centro de Trabajo Juvenil en Coyoacán; en él se iniciaron las labores de prevención y tratamiento de la farmacodependencia.
- ☛ **12 de Octubre de 1973:** se constituye Centros de Integración Juvenil, A.C., bajo el gobierno de una asamblea General de Asociados y el primer Patronato Nacional integrado por las fundadoras y miembros de diversos sectores.
- ☛ **1973-1976:** se abrieron nueve unidades operativas en el Áreas Metropolitana y veinte en el interior del país.

- ☛ **1976-1979:** se impulsó la coordinación nacional y binacional, celebrándose reuniones con instituciones y representantes del gobierno de Estados Unidos para intercambiar información científica y teórico-práctica.
- ☛ **A partir de 1978:** se estableció el Servicio de Orientación e Información Telefónica, que desde 1980 brinda un servicio de 24 horas, los 365 días del año.
- ☛ **1979:** la institución fue invitada por la División de Estupeficientes de la ONU para presentar en Viena, Austria, el Modelo de Atención de CIJ.
- ☛ **1981:** la estructura organizativa de CIJ quedó definida por el Patronato Nacional como máximo órgano de gobierno y la Comisión de Vigilancia encargada de supervisar que los programas aprobados cumplan con las políticas y los lineamientos establecidos.
- ☛ **3 de Septiembre de 1982:** mediante Decreto Presidencial, CIJ fue incluido dentro de los organismos sectorizados de la Secretaría de Salud, con el carácter de institución de participación estatal mayoritaria y se integraron al Patronato Nacional representantes de la Asociación Civil y de los Patronatos Locales, así como de las Secretarías de Salud, Gobernación, Programación y Presupuesto, Contraloría General de la Federación, Trabajo y Previsión Social, Educación Pública y Desarrollo Social.
- ☛ **1994:** en su XXV aniversario, la institución convocó a expertos de varios países a una reunión internacional de intercambio de experiencias.
- ☛ **1998:** se firmó un convenio con el Programa de Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de drogas (PNUFID), para apoyar un proyecto de capacitación en 6 países de Centroamérica.
- ☛ **2001:** a solicitud del Consejo Nacional Contra las Adicciones, la institución comenzó a incorporar contenidos acerca de tabaco y alcohol en sus proyectos de prevención y, en el mismo contexto, se firmó un convenio con el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias para instalar clínicas de tabaquismo en todo el país.
- ☛ En **2002** se crearon las direcciones generales adjuntas de Normatividad, Operación y Patronatos, y Administración.
- ☛ **2004** se logró el establecimiento de la “Especialidad en el Tratamiento de las Adicciones” con reconocimiento de estudios de validez oficial de la Secretaría de Educación Pública; así como los diplomados “Terapia Breve para Bebedores Problema” con el respaldo de la Universidad Nacional Autónoma de México; “Adicciones y

Violencia Familiar” con la colaboración de Tech Palewi y el Hospital General de México.

Actualmente la cobertura institucional abarca todos los estados de la República Mexicana, contando con 82 Centros de Integración Juvenil, 3 CIJ Unidades de Tratamiento Residencial, 4 CIJ Unidades de Tratamiento en Consulta Externa y 1 Clínica de Metadona.

A continuación se plantea el objetivo general, la visión y la misión que se persigue en Centros de Integración Juvenil, A. C.

Objetivo general:

Disminuir, atenuar y/o retardar el consumo de drogas en la población considerada de riesgo.

Población objetivo:

Ésta ha sido determinada con base en los Parámetros Demográficos, Epidemiológicos y de Accesibilidad, que establecen como población blanco a la comprendida entre los 10 y 54 años. Aunada a los estudios epidemiológicos de pacientes que acuden a CIJ, se identifica como población prioritaria la comprendida entre los 10 y 18 años, por ser el rango de mayor frecuencia para iniciar el uso de drogas.

Visión

Una sociedad con mejores niveles de información y sensibilidad frente al consumo de sustancias, con más altos niveles de coparticipación en la tarea preventiva, con menos tolerancia o aceptación hacia el usos de drogas, con una mayor percepción del riesgo y con un mayor número de alternativas para vivir saludablemente.

Misión:

Prevenir, tratar e investigar el problema de la farmacodependencia, desarrollando acciones para disuadir y evitar el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias adictivas, otorgando servicios a la Comunidad prioritariamente en localidades con características identificadas que sitúan a los pobladores en condiciones de mayor riesgo de consumo.

La atención a la población se ofrece a través de equipos multidisciplinarios de salud mental apoyados coordinadamente por instituciones públicas, sociales y privadas, incorporando la participación activa y organizada de la comunidad.

Para poder cumplir con el objetivo y llevar a cabo la visión y la misión que se proponen, Centros de Integración Juvenil (CIJ) ofrece los siguientes servicios a la comunidad, y que a continuación se describen brevemente:

1.2.1. PREVENCIÓN

El programa preventivo de CIJ se llama “*Para vivir sin drogas*”, y tiene como línea estratégica la educación para la salud mediante la promoción de estilos de vida saludables. Por lo tanto, el consumo de drogas no es lo más importante, sino la conservación de la salud.

Desde este punto de vista, los servicios consisten en pláticas y cursos de información, orientación y capacitación dirigidos a niños, adolescentes y adultos. Estas sesiones se imparten en la escuela, la familia y la comunidad.

En estas pláticas, el personal de CIJ explica de manera sencilla cuáles son los factores de riesgo y de protección del consumo de drogas, haciendo énfasis en estos últimos.

CIJ ofrece sus servicios de prevención en:

- Escuelas: primarias, secundarias, preparatorias, colegios de bachilleres, planteles de educación técnica y universidades.
- Hospitales: públicos y privados, clínicas, centros de salud, así como en la Cruz Roja y el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF).
- Comunidad: en aquellas colonias consideradas de alto riesgo para el uso de sustancias tóxicas.
- Centros de trabajo: oficinas, empresas, fábricas, cámaras, asociaciones de trabajadores, etcétera.

1.2.1.1. Estrategias de Intervención en la Prevención del Consumo de Drogas

Para llevar a cabo los diferentes proyectos de prevención, primeramente debemos dejar en claro que es lo que entendemos por esta; para ello nos apoyaremos en el concepto que establece la NOM-028-SSA2-1999 y dice: “Prevención: al conjunto de acciones dirigidas a evitar o reducir el consumo no médico de sustancias psicoactivas, disminuir situaciones de

riesgo y limitar los daños asociados al uso de estas sustancias” (NOM-028-SSA2-1999, Pág. 14).

Actualmente, las estrategias de abordaje que se emplean en la prevención del consumo de sustancias tóxicas se definen con base al modelo desarrollado por el Instituto de Medicina de los Estados Unidos (IOM por sus siglas en inglés, 1994), el cual considera que la atención a la población de interés implica actividades de prevención, tratamiento y mantenimiento.

En este sentido, se plantea que con la prevención se pretende incidir en la reducción de la demanda, al disminuir los factores de riesgo y aumentar los factores de protección relacionados con el uso de drogas; con el tratamiento, atender el abuso de sustancias que han sido diagnosticados clínicamente, reduciendo así los efectos negativos asociados con la dependencia y la adicción a las drogas. El mantenimiento por su parte, implica acciones de apoyo, educativas y/o farmacológicas que se proporciona a largo plazo a los individuos que cumplen con los requisitos de diagnóstico del DSM-IV para el abuso de sustancias, enfatizando de esta forma sus esfuerzos a la prevención de recaídas y a los programas de rehabilitación.

Particularmente, debe señalarse que en la prevención se contemplan a su vez tres tipos de categorías: la prevención universal, la prevención selectiva y la prevención indicada, “las cuales reemplazan el sistema viejo y algunas veces confuso de prevención primaria, secundaria y terciaria”. Desde esta óptica, las citadas estrategias preventivas fundamentan su intervención a partir del nivel de riesgo para el abuso de sustancias en el que se encuentra cualquier individuo o grupo

Las estrategias derivadas de la intervención universal, selectiva o indicada representan a los grupos de la población a quienes se enfocan tales actividades preventivas y para quienes se piensa que éstas son óptimas de acuerdo a la situación de factores de riesgo y protección en la que se encuentran.

Prevención Universal

En este tipo de intervención las actividades que se desarrollan se diseñan para abarcar a todos los individuos de la población en general, sin considerar si algunos de ellos presentan mayor número de riesgos individuales que los conlleven al inicio y abuso de drogas; en

otras palabras, se considera que los miembros de la población pueden compartir los mismos factores de riesgo relacionados con las drogas, pero el riesgo puede ser variable para cada individuo.

El objetivo principal de la intervención preventiva universal es posponer o prevenir el abuso de drogas, a partir de la presentación de información específica y actualizada, así como promover el desarrollo de habilidades necesarias en las personas que contrarresten el problema de las adicciones.

La participación de los individuos en este tipo de programas es abierta, ya que no implica la formación de “grupos especiales” que presenten alguna característica en particular relacionada con el consumo de drogas. El trabajo en esta estructura temática de prevención favorece un beneficio generalizable a todos los participantes.

Se considera que los factores de riesgo y protección que se integran a los programas de prevención universal, reflejan principalmente las influencias del medio, más que las características individuales o de ciertos subgrupos; ejemplos de lo anterior lo representan los valores de la comunidad, el apoyo escolar, la estabilidad económica, el empleo, etcétera.

Algunas de las principales características que definen la intervención preventiva universal pueden resumirse de la siguiente forma:

- ④ Contempla en la realización de sus actividades a toda la población en general
- ④ Pretende retardar o prevenir el consumo de drogas
- ④ Los individuos no se seleccionan por requisitos establecidos para participar en las actividades
- ④ El riesgo individual relacionado con el uso de drogas regularmente no es valorado
- ④ No se enfoca a la solución de problemas personales que se relacionan con el abuso de drogas
- ④ El desarrollo de los programas puede requerir de menos tiempo y esfuerzo por parte de los participantes
- ④ El costo de operación de los programas tiende a ser menor sobre una base por persona, en comparación con los programas selectivos e indicados
- ④ Los efectos o resultados derivados de la intervención presentan limitaciones en lo que respecta a su medición

Prevención Selectiva

Las estrategias de trabajo en este tipo de intervención, se dirigen a ciertos subgrupos de la población que han sido identificados como sujetos en alto riesgo para el abuso de sustancias tóxicas; ya que presentan riesgos específicos que requieren su participación directa en actividades preventivas adecuadas a su situación.

De acuerdo con lo anterior, la vulnerabilidad individual o riesgo personal de los integrantes del subgrupo de interés, por lo general no es valorado, más bien, es el subgrupo como un “todo” el que se ubica en mayor riesgo para el abuso de sustancias en comparación con la población en general.

El objetivo principal de los programas basados en la prevención selectiva es evitar el inicio del abuso de drogas, a partir del fortalecimiento de los factores de protección de los integrantes del subgrupo en alto riesgo (Ej. autoestima, solución de problemas, etc.), de forma que éstos sean empleados como recursos efectivos contra los factores de riesgo (como la asociación que se establece con gente que abusa de las drogas).

Cabe señalar, que el conocimiento de los factores de riesgo específicos en estos grupos favorece el diseño de programas preventivos que enfocan sus objetivos a la reducción de riesgos particulares vinculados con las drogas.

Dentro de la prevención selectiva, los grupos en riesgo pueden identificarse a partir de factores biológicos (Ej. predisposición genética), psicosociales (Ej. disfunción familiar, falta de compromiso escolar) o ambientales (Ej. comunidades desorganizadas, normas que toleran el consumo) que se conoce están asociados con el abuso de sustancias y, particularmente, los subgrupos de interés pueden definirse por la edad, género, historia familiar, lugar de residencia, etcétera.

Frecuentemente, los factores de riesgo que son evaluados y considerados en los programas de prevención selectiva muestran tanto las características individuales y del subgrupo, como las influencias ambientales, por ejemplo: búsqueda de sensaciones placenteras, asociación con personas que han cometido actos delictivos, abuso de sustancias en miembros de la familia, desempleo, altos índices de criminalidad, etcétera.

Prevención Indicada

Los programas de prevención indicada dirigen sus actividades hacia aquellos individuos que han experimentado con drogas y que exhiben conductas problemáticas relacionadas, que están asociadas con el abuso de sustancias. La atención a estos individuos requiere de la elaboración de programas de prevención especiales.

De acuerdo con la IOM (Institute of Medicine, 1994), las personas que se identifican en estas etapas, a pesar de que muestran señales de uso temprano de drogas, no cumplen con los criterios de diagnóstico clínico como lo define el DSM IV, más bien muestran conductas parecidas a las del abuso de sustancias, pero a un nivel subclínico.

El objetivo central de los programas de prevención indicada no sólo es reducir el primer evento del abuso de drogas, sino también disminuir a lo largo del tiempo la continuación de señales; retardar el inicio del abuso y/o reducir la severidad del consumo excesivo de drogas.

Frecuentemente los programas de prevención indicada se emplean para las personas que usan y/o abusan de las drogas, sobretodo, porque presentan algunos factores de riesgo que aumentan las probabilidades de que desarrollen problemas asociados al consumo de sustancias, por ejemplo: fracaso escolar, problemas sociales interpersonales, delincuencia, otras conductas antisociales, depresión, ideación suicida, etcétera.

De esta forma, las actividades o programas preventivos se enfocan a los factores de riesgo asociados con el individuo (Ej. baja autoestima, problemas de conducta, alejamiento con los padres, la escuela o el grupo de amigos “positivos”), otorgando un menor énfasis a la consideración y modificación de las influencias ambientales como por ejemplo: las normas comunitarias.

En este tipo de intervenciones, es de gran importancia realizar una evaluación precisa sobre el riesgo personal en el que se encuentran los individuos, así como del nivel de conductas problemáticas relacionadas, en lugar de centrar la atención en la pertenencia de un individuo en cierto grupo de alto riesgo.

La operación de los programas preventivos implica periodos de tiempo más largos (meses), una frecuencia de contacto mayor entre el especialista y la persona de interés (horas, días), así como un gran esfuerzo por parte del participante, en comparación con las estrategias de trabajo universales y selectivas.

Debemos dejar en claro que la mayoría de los programas que desarrolla e implementa CIJ en la comunidad caen en el rubro de la prevención universal, y estos a su vez se dividen en tres: Proyectos de Información, Proyectos de Orientación y Proyectos de Capacitación.

1.2.1.2. Proyectos preventivos

Proyectos de Información

Como parte de la estrategia preventiva de Centros de Integración Juvenil A. C., se integran tres distintos proyectos (Información a Concurrentes, Información Pública Periódica y Escuelas), que responden a contextos situacionales distintos, aunque todos ellos estén dirigidos hacia el mismo objetivo: Proporcionar información científica en torno a los factores de riesgos y protección relacionados con el consumo de drogas, para sensibilizar a la población sobre este problema de salud pública, incrementando su percepción de riesgo hacia el mismo.

Cada uno de los proyectos de Información Preventiva, se desarrollan en una sesión única. Estos están considerados como elementos constitutivos y, por lo general, iniciales del Programa Preventivo Institucional, el cual implica un proceso más complejo y prolongado que involucra una serie de actividades de orientación y capacitación que se desarrollan en proyectos preventivos específicos. Por esta razón es que, los proyectos informativos adquieren sentido cuando su ejercicio es considerado como una estrategia de sensibilización, respecto al problema de salud pública que representan los problemas asociados con el consumo de drogas, para, con ello, iniciar un proceso preventivo más profundo; y no, por el contrario, cuando sus actividades son ejecutadas sólo como acciones informativas aisladas.

Por distintas circunstancias, cuando se realizan algunas intervenciones informativas no es posible continuar un proceso preventivo más prolongado a estas sesiones únicas, pero no por ello éstas carecen de importancia, pues podrán contribuir a modificar la percepción inicial de riesgo respecto al consumo de drogas que tiene un determinado grupo de la población. Pero se debe tener presente, que cuando las intervenciones informativas, aun cuando constituyan parte fundamental de cualquier programa de prevención, se limitan a

esta sesión única, no es posible que se le considere como una prevención de drogas en sí misma, pues para serlo, necesariamente tendría que implicar un proceso más amplio y estructurado.

A continuación se describen brevemente los proyectos informativos.

El proyecto *Información a Concurrentes (IC)* está estructurado para atender a población abierta (Estudiantes, Padres de Familia, Presidentes o Líderes de Colonias, Profesionistas de la salud, etc.), que acuden a la Unidad Operativa a solicitar información, la cual por lo general, está relacionada con información sobre drogas para realizar actividades extraescolares, trabajos académicos u otro tipo de actividades que guardan una relación directa con la organización familiar, grupal y comunitaria.

Así mismo, la respuesta oportuna a esta demanda, es motivo para incidir en el ámbito cognitivo y afectivo de los individuos con base en la sensibilización del entorno familiar y comunitario a través de un proceso comunicativo que permita realizar tareas conjuntas.

El proyecto *Información Pública Periódica (IPP)* trabaja directamente con un tipo de público que solicita información particular o general acerca de la farmacodependencia, pero en vez de acudir a manifestar su necesidad, lo hace a través de un tercero que puede concebirse como un intermediario. En este proyecto, las situaciones contextuales varían, a diferencia del anterior, pero debe señalarse que en todos, las condiciones culturales de la situación, son construidas socialmente. Este proyecto también exige la detección rápida y precisa de las necesidades del público.

El proyecto *Escuelas* está dirigido de forma específica a la comunidad del sector educativo (alumnos y maestros) y a los padres y madres de los alumnos. Por lo general, la demanda de este proyecto ocurre a través de un tercero, cuya percepción de necesidades en el contexto escolar, pueden corresponder o diferir de las necesidades reales de la comunidad escolar. Por tal motivo, es básico que de manera previa a la intervención, así como en el inicio y durante la sesión informativa, se detecten las necesidades de los grupos y se desarrollen los contenidos en correspondencia.

Cabe enfatizar que en el proyecto Escuelas, se abordan de manera simultánea tres distintas poblaciones, anteriormente descritas, por lo que en el desarrollo de los temas, deben considerarse las características y necesidades, así como el lenguaje más adecuado para cada uno de ellos.

Para el nivel de educación primaria se pretende implementar el proyecto con:

- Alumnos de 4to. 5to y 6to. grado;
- Los padres y madres de familia de los alumnos de estos grados
- Todos los maestros de cada una de las escuelas, en las que se lleve a cabo el servicio de prevención.

En educación media básica (secundaria) con:

- Alumnos de 1er, 2do y 3er grado
- Los padres y madres de familia de los alumnos de estos grados
- Maestros, orientadores y personal administrativo de cada una de las escuelas secundarias donde se estén llevando a cabo acciones preventivas

En educación media superior con:

- Alumnos de todos los semestres y/o los grados, dependiendo de la institución educativa
- Maestros, orientadores, personal de los servicios médicos y administrativo de cada una de las unidades en las que se trabaje el proyecto

En educación superior con:

- Alumnos
- Maestros y personal de los servicios médicos

Proyectos de Orientación

Como parte de la estrategia preventiva de Centros de Integración Juvenil, A.C., la orientación integra cinco distintos proyectos (Orientación Preventiva Infantil, Orientación Preventiva de Adolescentes, Orientación Preventiva para Adultos Jóvenes, Orientación Familiar Preventiva y Orientación a la Familia en su Conjunto), que responden a momentos de vida distintos de las personas y a intervenir de forma diferenciada, en función del riesgo al inicio del consumo de drogas en que se encuentren. Pero también existen similitudes o convergencias en tanto los objetivos que agrupan a estos cinco proyectos preventivos en un mismo nivel: todos ellos están dirigidos a incrementar la percepción de riesgo en el consumo de drogas, así como aprender y practicar estrategias y habilidades sociales que favorezcan a las personas y sus familias a afrontar distintas situaciones de riesgo para el consumo de drogas.

Además, hay que hacer mención de la existencia de un proyecto especial que es el Circulo de Lectura para padres de familia de los libros, “Como proteger a tus hijos contra

las drogas: Guía práctica para padres de familia” y “Drogas: las 100 preguntas más frecuentes”. Este proyecto se lleva a cabo en el transcurso de cinco sesiones de una hora y media de duración.

Cada uno de los proyectos de orientación, los cuales se desarrollan en la modalidad de taller, están considerados como elementos constitutivos del programa preventivo propuesto en Centros de Integración Juvenil, A.C., el cual implica un proceso más complejo y prolongado que involucra, además, una serie de actividades de información y capacitación que se desarrollan en proyectos preventivos específicos. Por esta razón es que, la orientación preventiva adquiere sentido cuando su ejercicio es considerado como parte de una estrategia más amplia, respecto al problema de salud pública que representan los problemas asociados con el consumo de drogas. La metodología se desarrolla en el transcurso de mínimo ocho sesiones a un máximo de doce sesiones, con una duración de hora y media por sesión.

A continuación se describen brevemente los proyectos de orientación.

El proyecto *Orientación Familiar Preventiva* (OFP) se dirige a los padres de familia, con los que se pretende desarrollar su potencial protector como núcleo familiar y favorecer su conformación como estructuras de contención en el aprendizaje y socialización de niños y adolescentes, ante el riesgo de inicio en el consumo de drogas. El trabajo con esta población se efectúa a través de la implementación de técnicas grupales que promueven la participación, motivación, aprendizaje y desarrollo de habilidades personales.

El proyecto *Orientación Preventiva de Adolescentes* (OPA) comprende a población adolescente que regularmente se ubica en el grado escolar de secundaria. El objetivo de la orientación en este proyecto preventivo es fomentar principalmente el interés, permanencia y participación de los alumnos en las actividades escolares; favorecer la expresión, aceptación, respeto y potencialización de pensamientos, capacidades y habilidades personales, etcétera.

El proyecto *Orientación Preventiva Infantil* (OPI) tiene como finalidad promover el incremento de la autoestima de los niños (10 a 12 años); fomentar la expresión de sus pensamientos y sentimientos, así como generar el interés por las actividades académicas,

mediante la creación de experiencias positivas personales y grupales, como el encuentro con los amigos, la realización de actividades manuales didácticas, juegos y ejercicios, etcétera.

El proyecto *Orientación Preventiva para Adultos Jóvenes* (OPAJ) se dirige a la población ubicada entre los 19 y 24 años de edad, favoreciendo en los individuos el aprendizaje y desarrollo de conductas que minimicen la influencia del estrés al que se enfrentan, debido al momento de vida por el que atraviesan (elección de carrera, formación de pareja, inserción en el ámbito laboral, etcétera); a la vez, el proyecto preventivo pretende facilitar la expresión de los pensamientos y sentimientos de los participantes de forma respetuosa y fortalecer su autoestima.

El proyecto *Orientación a la Familia en su Conjunto* (OFC) agrupa en un solo espacio a diversas generaciones: niños, jóvenes y adultos en general. El abordaje en estos grupos pretende centrarse en la detección de formas concretas en las que los padres o adultos pueden desarrollar y promover la autoestima, asertividad y habilidades sociales (toma de decisiones, saber escuchar, solución de problemas, etcétera) en los niños y adolescentes de su núcleo familiar. El trabajo con estos grupos implica necesariamente la implementación de diversas técnicas grupales, que permitan a los participantes experimentar y reflexionar sobre las situaciones cotidianas de vida, así como poder vivenciar con la familia y el grupo, nuevas situaciones y encontrar formas de interacción saludables que promuevan el cuidado de la salud y la prevención del consumo de drogas.

Proyecto de Capacitación

La Capacitación, es la etapa de instrucción preventiva; promueve la participación de los grupos en un ámbito externo a su propia dinámica, se lleva a cabo a través del manejo de información específica, de manera que se puedan planear actividades concretas en torno a la prevención primaria específica e inespecífica, reforzando factores de protección asociados con cada grupo. De acuerdo a los requerimientos que demanden los grupos se diseñan programas, a la vez que, se incentiva el desarrollo de las habilidades y aptitudes tanto individuales como colectivas para desarrollar el potencial preventivo.

De esta forma, se implementa el proyecto *Grupos Organizados* (GO), que se inserta en el nivel de capacitación, este proyecto tiene como propuesta un proceso de enseñanza-

aprendizaje, donde se busca consolidar y organizar una red. La capacitación en la prevención del consumo de drogas dentro del proyecto de Grupos Organizados requiere de un proceso que implica la sensibilización de los grupos en su papel de contención dentro de la red social, la revisión y análisis crítico de los factores de protección, así como de los factores de riesgo que intervienen en la formación de conductas adictivas; lo cual debe ser utilizado para el diseño y la planificación de los programas de intervención.

Cabe recordar que el universo poblacional de Centros de Integración Juvenil A.C., comprende el rango de edad de 10 a 54 años, donde se focaliza la atención hacia el sector que se encuentra entre los 10 y 18 años, por ser el más vulnerable a iniciar el consumo de sustancias tóxicas. Es por ello que, se ubica al sector de 19 a 54 años como estructuras de contención, que funjan como modelo y guía del grupo focalizado, quienes por medio de un proceso de capacitación, ponen en práctica actividades preventivas y de salud, 10-18 años. Es importante mencionar que con la capacitación dirigida al sector 10-18 años, se busca que esta población apoye en la multiplicación de las acciones preventivas con sus grupos de pares.

El propósito fundamental de los Grupos Organizados, no es el manejo conceptual ni teórico, sino la adquisición o reforzamiento de habilidades; llevar a la práctica lo aprendido en la capacitación es el punto central de los procesos grupales organizados bajo esta modalidad, lo cual implica una intervención profesional interdisciplinaria para establecer redes de apoyo.

1.2.2. ATENCIÓN CURATIVA

El programa de atención curativa que CIJ ofrece a la comunidad concibe al consumo de drogas como un problema de salud pública que ubica al adicto dentro de su contexto personal, familiar, cultural y social, para brindarle el tratamiento de acuerdo con sus características específicas.

Los servicios de tratamiento son proporcionados por profesionales de la salud mental: médicos generales, psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y enfermeros.

Los objetivos son:

- Reducir o suprimir el uso de sustancias tóxicas, incluyendo alcohol y tabaco.

- Ⓢ Impedir la evolución de la enfermedad adictiva.
- Ⓢ Identificar y tratar los padecimientos asociados.
- Ⓢ Impulsar la rehabilitación y la reinserción social.

El trastorno por abuso o dependencia de sustancias se define como una enfermedad crónica sujeta a recaídas. No obstante esta tendencia, los programas de tratamiento parecen olvidar el aspecto cualitativo, lo que impacta la operación de los mismos y afecta la eficacia y calidad de atención.

Para explicar esta característica, se aducen los problemas de personalidad de los sujetos dependientes o los efectos placenteros de las drogas. Aunque todo lo anterior es verdad, no son los únicos factores, pues existen diferentes e importantes situaciones clínicas que no deben tratarse de igual forma, sino que deben atenderse las necesidades de los pacientes de manera prioritaria a las de la institución responsable.

Respecto al tratamiento, el trastorno resultante del abuso de drogas se presenta en distintas etapas, cada una con cuadros clínicos específicos que varían de una droga a otra y constituyen un proceso en sí mismos, que pueden o no progresar en un *continuum* patológico cada vez más complejo e ir del abuso a la dependencia.

El abuso de sustancias puede generar síndromes de intoxicación y abstinencia, y así la demanda de tratamiento podría limitarse sólo a la solución inmediata de las molestias ocasionadas por tales síndromes.

Este tipo de situaciones requiere de programas que atiendan y solucionen eficaz y oportunamente dichos eventos, que incluyan además la orientación y educación respecto al daño que ocasiona el abuso y la dependencia, a fin de motivar a los pacientes a evitar el consumo de sustancias y ayudar con ello a llevar una vida libre de drogas.

La demanda de atención presenta dos vertientes:

- Ⓢ La social. Espera la solución definitiva del problema como un fenómeno que afecta a la salud pública.

Las expectativas de los pacientes. Demandan el alivio de las molestias ocasionadas por síndromes derivados del abuso de drogas, con base en experiencias previas relacionadas con un trastorno crónico, recidivante.

Esta actitud no coincide necesariamente con la expectativa social o la de las instituciones a cargo de la prestación de los servicios; sin embargo, el desafío para los equipos clínicos y administrativos consiste en que las tres esferas coincidan oportunamente.

Para lograrlo es preciso el abordaje de los procesos involucrados tanto en la demanda de atención de los pacientes, paralelamente a las etapas por las que atraviesan hasta lograr cambios conductuales duraderos, como en las características y los recursos con que cuentan las instituciones prestadoras de servicios, con personal eficaz y suficiente que garantice la calidad y calidez de la atención otorgada.

En general, el *proceso* se define como un conjunto de actividades que ocurren entre profesionales de salud y pacientes; por ejemplo, un examen médico y el cumplimiento de normas de práctica satisfactoria.

Los procesos comprenden el reconocimiento de problemas médicos, psicológicos, sociales y familiares; asimismo, métodos diagnósticos de evaluación, tratamiento, orientación y educación para la salud siempre que los pacientes requieran de la intervención y los servicios de la institución. La integración de actividades en cada proceso, consta de atención completa que cubre la demanda y permite mantener con los pacientes un contacto cercano que favorece la adherencia a la institución, a efecto de continuar otros procesos que los lleven a lograr y conservar la abstinencia.

Por otra parte, la dependencia de sustancias establecidas ya como un trastorno, complica más los síndromes de intoxicación o abstinencia, ya que se suman los daños a la salud física y mental producto de la severidad del trastorno, la sustancia de abuso y la tolerancia desarrollada (cantidad consumida).

La cronicidad del problema obliga a los programas de tratamiento a abordar de forma multimodal el trastorno adictivo. Este abordaje implica otro proceso de atención, puesto que las necesidades y demandas de los pacientes varían constantemente conforme se deteriora su salud.

El seguimiento de los pacientes y la prevención de recaídas son otros procesos que siguen de cerca la evolución de los pacientes y actúan antes de que regresen a los patrones de conducta disfuncional, característicos del abuso y la dependencia de sustancias.

El desarrollo de tales procesos resulta paralelo a las distintas etapas del cambio por las que atraviesa un paciente para acudir a tratamiento; desde la negación del problema hasta el

apego a una intervención terapéutica que busca y promueve un estilo de vida libre de drogas. Son cinco las etapas de cambio y cada una presenta características específicas: **Precontemplación**, cuando no se considera dejar de usar la sustancia; **contemplación**, cuando se piensa seriamente en dejar de usarla; **preparación**, cuando se intenta dejar de usar la sustancia; **acción**, cuando se hace un intento para dejar de usarla; y, **mantenimiento**, cuando se continúa sin usarla.

De manera subyacente a la conducta de abuso o al trastorno adictivo, encontramos generalmente una o más categorías diagnósticas, como alteraciones físicas, psiquiátricas o de personalidad, que también deben abordarse en los programas de tratamiento (comorbilidad psiquiátrica).

Estas etapas intermedias o procesos, como partes de un procedimiento general, se conocen como “puntos finales de procedimientos” y se consideran importantes para definir e identificar los resultados específicos de la intervención, ya que aportan índices para medirlos.

1.2.2.1 Estrategias del Programa de Tratamiento y Rehabilitación

Para la atención del abuso del alcohol, tabaco y otras drogas y de los síndromes de intoxicación y abstinencia

- ④ *Intervención en crisis.*-Se da un manejo inmediato del padecimiento para resolver la urgencia médica y psicológica, para evitar complicaciones haciendo énfasis en la intervención familiar.
- ④ *Farmacoterapia.*-Consiste en la administración racional y cuidadosamente decidida del equipo interdisciplinario, de medicamentos dirigidos a síntomas específicos para un control conductual, oportuno y eficaz del consumo de drogas.
- ④ *Terapia breve.*- Se establecen objetivos específicos en un tiempo corto que permiten obtener resultados de acuerdo al área más afectada, e ir observando los logros en la mejoría del caso.
- ④ *Terapia familiar.*- Se considera a la familia como paciente y no únicamente al miembro que presente el trastorno motivo de consulta, para detección y manejo integral de los factores, dentro de la familia, que influyan en el problema.

- ④ *Orientación, información y educación para la salud.*- Son programas que esclarecen las dudas acerca del padecimiento en todas las áreas de afectación del proceso adictivo; permiten tener un buen manejo de las emociones ante el problema de drogas.
- ④ *Detección temprana de personas seropositivas para VIH.*-Se realizan pruebas rápidas de diagnóstico (antidoping) y análisis de laboratorio cuando los pacientes refieren haber experimentado prácticas sexuales de alto riesgo desde la admisión o durante el proceso de atención, principalmente en la clínica de Metadona, con usuarios de drogas por vía endovenosa.

Para la atención del trastorno por dependencia y adicción (proceso adictivo), prevención de recaídas y de reinserción social en el ámbito de la consulta externa.

- ④ *Tratamiento psicoterapéutico individual, familiar y/o grupal.*-Son modalidades distintas de abordaje psicoterapéutico dirigidos al individuo, a la familia o a un grupo heterogéneo. La orientación teórica empleada es amplia y depende de la formación de cada terapeuta. El modelo de terapia más empleado es el cognoscitivo-conductual.
- ④ *Clínica para dejar de fumar.*- El programa empleado se basa en la evaluación y tratamiento médico de las probables complicaciones por el tabaquismo, en caso de existir complicaciones graves se canalizan a los servicios correspondientes en otras instituciones, así mismo el aspecto psicológico es abordado con técnicas y estrategias cognoscitivo-conductuales.
- ④ *Clínica contra el alcoholismo.*-Este programa de tratamiento del consumo del alcohol asociado al consumo de otras drogas, se lleva a cabo en todas las Unidades Operativas. En la mayor parte de ellas sesionan de manera periódica grupos de alcohólicos anónimos que, representan un apoyo terapéutico para el logro y mantenimiento de la abstinencia.
- ④ *Clínica de Rehabilitación libre de drogas (Círculo Terapéutico).*- Se basa en los principios de la comunidad terapéutica aplicados en la atención ambulatoria, mediante el desarrollo de un programa de actividades de corte psicoeducativo, psicoterapéutico, deportivo-recreativo y cultural en apoyo al mantenimiento de la abstinencia y prevención de recaídas. Favorecen en forma integral la rehabilitación y reinserción social.

- ④ *Acupuntura.*- Se basa en la medicina tradicional china, en donde por medio de la estimulación de cinco puntos en la oreja (técnica de auriculoterapia) se apoya el tratamiento de los síndromes de abstinencia con la finalidad de que se favorezca la adherencia terapéutica.
- ④ *Prevención de recaídas.*- Es un programa que se desarrolla por etapas, paralelamente al tratamiento de otras dificultades dentro de recuperación; con el fin de modificar el sistema de creencias de los pacientes acerca del abuso de drogas anticipándose a las situaciones de riesgo que provocan la recaída.
- ④ *Reinserción social a través de redes.*- Consiste en la coordinación interinstitucional de servicios de apoyo a pacientes y a sus familiares.

Para la atención residencial (hospitalización) se tienen habilitadas tres Unidades Operativas, ubicadas en Zapopan, Jalisco; Tijuana, Baja California y García, Nuevo León) y el tratamiento se basa en:

- ④ *Desintoxicación.*- Programa de atención a síndromes agudos, que incluye el tratamiento del síndrome de abstinencia. Generalmente la intervención es de corte breve entre una y tres semanas en la Unidad Operativa. Se realizan las actividades descritas anteriormente para la atención del abuso de alcohol y otras drogas.
- ④ *Comunidad terapéutica.*- Este programa se realiza con base en el modelo de atención en el cual, el agente de cambio principal es el entorno proveedor de relaciones humanas capaces de satisfacer necesidades de los internos en un contexto coherentemente terapéutico, lo cual, promueve el desarrollo de la ayuda mutua y solidaridad entre los residentes.

Programa de metadona

La clínica de metadona se ubica dentro de las instalaciones de CIJ Ciudad Juárez Chihuahua, y proporciona tratamiento integral para personas dependientes de opiáceos con agonistas: metadona y buprenorfina y mantenimiento de la abstinencia con antagonistas (naltrexona).

Para implementar las estrategias del programa de tratamiento y rehabilitación se cuentan con dos modalidades en el servicio: Consulta Externa y Tratamiento Residencial.

Consulta Externa

Este servicio consiste en atender al paciente o a sus familiares de manera ambulatoria, es decir, sin necesidad de hospitalización. Debido a que en México la mayoría de los usuarios de sustancias consume marihuana, cocaína, solventes inhalables y depresores del sistema nervioso central, no se requiere que el paciente se quede internado.

En esta variante de atención es posible proporcionar servicios de bajo costo sin necesidad de listas de espera.

Tratamiento Residencial

En esta modalidad se interna al paciente por un período máximo de 12 semanas. La atención se otorga a personas con las siguientes características:

1. Cuando presentan síndromes de intoxicación (síntomas producidos por ingerir una droga) o abstinencia (síntomas originados por la necesidad de consumir la sustancia adictiva), la estancia es de dos a tres semanas.
2. Cuando el trastorno adictivo es muy severo y, por lo tanto, requiere de un tratamiento más amplio. La duración puede variar de tres a 12 semanas, de acuerdo con la evolución del paciente.

Tanto en consulta externa como en el tratamiento residencial CIJ ofrece los enfoques de: farmacoterapia; terapias individual, grupal y familiar; orientación a familiares; clínica para dejar de fumar y técnicas alternativas como la acupuntura.

Hay que recordar que el programa de atención curativa está estructurado por diversas estrategias terapéuticas, partiendo del hecho que no existe un mantenimiento único para todos los pacientes.

En consecuencia para la recepción del paciente, su diagnóstico, tratamiento y rehabilitación se cuentan con varios servicios, con diferentes estrategias y técnicas terapéuticas.

Es así, que el programa contempla tres fases: diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

Fase Diagnóstica

Durante esta fase se efectúan la valoración psiquiátrica, psicológica y socio-familiar, se identifican la multiplicidad de agentes etiológicos a los cuales puede atribuirse el consumo

de sustancias, destacando los factores de tipo orgánico y psicológico, así como la manera en que el entorno social y cultural influyeron en la situación actual del usuario de sustancias.

El diagnóstico es necesario para establecer el plan terapéutico. Para ello, se cuenta con varios servicios:

- a) Entrevista Inicial
- b) Historia Clínica
- c) Entrevista Psicológica
- d) Diagnóstico Familiar
- e) Estudio Psicológico y/o Psicométrico

- Para aquellos pacientes que acuden con síndrome de abstinencia a cocaína, se esta empleando en algunas unidades operativas la auriculoterapia
- La farmacoterapia también llega a ser empleada desde esta fase.
- Para pacientes que dejan de acudir se implementan los servicios de rescate
- En caso de que se requiera ampliar la información para el diagnóstico se llega a realizar visita domiciliaria.
- En caso de que no se cuente con los servicios que requiere el paciente, se le refiere a la institución especializada en prestar atención a su problemática.
- Para pacientes con problemas legales que suelen acudir poco motivados al tratamiento, se cuenta con una estrategia de atención, denominada grupo de recepción.

Fase de Tratamiento y Rehabilitación / Reinserción Social

La fase de tratamiento y rehabilitación / reinserción social, esta conformada por las siguientes modalidades terapéuticas:

- a. Terapia Individual
- b. Terapia Grupal
- c. Orientación a familiares de Farmacodependientes Modalidad Grupal
- d. Terapia Familiar
- e. Orientación a Familiares de Farmacodependientes Modalidad Individual
- f. Farmacoterapia
- g. Rehabilitación / reinserción social
- h. Cuenta también con un tratamiento específico para dejar de fumar.

Es importante aclarar que la implementación de estas modalidades terapéuticas pueden llevarse a cabo de manera simultánea, así también pueden trabajarse con diferentes enfoques teóricos, siempre y cuando se parta de un diagnóstico y se estructure un plan terapéutico a seguir, lo cual deberá quedar consignado en los formatos del Expediente Clínico correspondiente a cada modalidad.

1.2.3. MOVILIZACIÓN SOCIAL

Las causas y las consecuencias del abuso de drogas no solamente son individuales, sino también sociales, pues al afectar la salud física y mental de los consumidores, las adicciones perjudican el entorno. Por ello, Centros de Integración Juvenil considera que la movilización social es un elemento muy importante para prevenir el uso de sustancias tóxicas.

La movilización social se entiende como la participación comunitaria a través de la cual se orientan organizadamente los intereses individuales, grupales e institucionales para contrarrestar y disminuir la influencia de los factores de riesgo (conflictos familiares, violencia y disponibilidad de drogas, entre otros) que podrían llevar a una persona a usar sustancias adictivas. Por tanto, CIJ busca fomentar y establecer la formación de personas, grupos, organizaciones e instituciones en redes sociales que ayuden a conformar un ambiente favorable al desarrollo de un estilo de vida saludable.

Esta estrategia preventiva se basa en la participación desinteresada de los voluntarios, quienes llevan a cabo diversas tareas: desde una plática informativa y de orientación hasta la obtención de recursos humanos, materiales y financieros para el funcionamiento de las unidades operativas de la institución.

1.2.4. INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA

El fenómeno de las adicciones no es estático. Por ser un grave problema de salud pública presenta cambios cuantitativos y cualitativos que deben ser analizados para

comprenderlo y elaborar programas de prevención y tratamiento acordes con sus nuevas particularidades. Las investigaciones que desarrolla la institución comprenden:

- Estudios epidemiológicos del consumo de drogas entre los pacientes de primer ingreso a tratamiento en CIJ.
- Investigaciones clínicas.
- Investigaciones psicosociales.
- Estudios de evaluación cualitativa de los servicios institucionales.

Estos estudios no solamente son de utilidad para CIJ, sino para otros organismos públicos y privados que atienden las adicciones.

Por otro lado, el área de Enseñanza busca consolidar a CIJ como una institución generadora y receptora de conocimientos en adicciones, para contar con un mayor número de especialistas en la prevención, el tratamiento y la investigación del consumo de drogas. Por ello, durante el año se imparten cursos de capacitación tanto al personal de Centros como al de otros organismos. Con el fin de otorgar esta actualización a los especialistas de la república mexicana, los cursos se realizan en la Ciudad de México y Guadalajara.

A grandes rasgos se han descrito los servicios, que ofrece Centros de Integración Juvenil a la comunidad en general. A continuación se menciona el objetivo, y se numeran las diferentes funciones que el equipo técnico debe realizar para cumplir con lo estipulado por la Institución.

1.3. FUNCIONES DEL EQUIPO MÉDICO-TÉCNICO EN CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL.

Objetivo:

Llevar a cabo los programas y proyectos de servicios de prevención, tratamiento y rehabilitación, capacitación e investigación de la farmacodependencia, alcoholismo y tabaquismo, a la población que lo demande, conforme a las normas, técnicas y procedimientos establecidos.

Funciones:

1. Elaborar y turnar a la Coordinación Regional, los Compromisos Cuantitativos e informar sobre las actividades realizadas.

2. Desarrollar los programas de prevención, tratamiento y rehabilitación, de acuerdo a los objetivos, metas y actividades programadas, siguiendo los lineamientos y normas establecidas.
3. Difundir la prestación de los servicios institucionales en acuerdo con la Coordinación Regional y la Subdirección de Promoción Institucional.
4. Proponer e instrumentar convenios de colaboración necesarios con instituciones y organizaciones afines y complementarias de los sectores público, privado y social, de su comunidad y ponerlos a consideración de la Coordinación Regional.
5. Coordinar la colaboración de voluntarios y estudiantes de servicio social para apoyar la realización de los proyectos de la Unidad Operativa.
6. Integrar, motivar y capacitar a Patronatos, asesorando y supervisando los procesos generales para su organización.
7. Organizar, supervisar y dar seguimiento al desarrollo de eventos comunitarios locales y regionales, que promuevan y consoliden la participación de los diferentes sectores sociales en el modelo institucional.
8. Llevar a cabo investigaciones de evaluación de los servicios de atención al consumo de sustancias psicoactivas, así como investigaciones que retroalimenten la visión psicosocial que del fenómeno de la farmacodependencia tiene la Institución.
9. Administrar los recursos humanos, financieros y materiales que se le asignen e informar sobre sus aplicaciones correspondientes a la Dirección General Adjunta Administrativa, así como procurar todo tipo de recurso necesario que coadyuve a la autosuficiencia de la Unidad Operativa.
10. Identificar, administrar y evaluar en forma permanente, los riesgos que se presenten en sus áreas de trabajo como resultado de su operación.

En los capítulos subsecuentes se expondrá el trabajo realizado en el Centro de Integración Juvenil de Ciudad del Carmen, Campeche; a la vez que se hará un análisis crítico entre la propuesta institucional y lo realizado cotidianamente, haciendo notar las correspondencias entre estos, así como también de las dificultades y tropiezos en la implementación de los proyectos sustantivos.

CAPÍTULO 2: DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL, CIUDAD DEL CARMEN.

En el capítulo anterior se abordó lo relativo al quehacer de Centros de Integración Juvenil, en este capítulo se describirán los diferentes proyectos que se implementan en el Programa de Prevención y de Atención Curativa.

Cabe mencionar que el enfoque preventivo seleccionado, para realizar una intervención, está estrechamente relacionado a los estilos de vida de la población a la que se dirige. Un estilo de vida es la manera de estar, de entenderla, la forma en que cada persona organiza la vida cotidiana, la forma en que se interactúa con otros, las costumbres, los valores, la postura que se asume ante todo lo que nos rodea.

En ocasiones resulta muy complejo, poder distinguir entre estilos de vida adecuados o correctos y estilos de vida que pueden ser inadecuados o incorrectos, por ello es que un marco referencial que nos proporcione indicadores de cómo y cuándo actuar en la prevención del consumo de drogas. Ese marco en Centros de Integración Juvenil, A.C. es la Educación para la Salud.

La Educación para la Salud es un proceso permanente, organizado y sistemático mediante el cual se trata de influir para que personas desarrollen conductas saludables a nivel individual, familiar y colectivo, en relación con su ambiente. Para ello se sustenta en la aplicación de acciones de enseñanza y de comunicación-aprendizaje, tendientes a transmitir conocimientos, formular conceptos y valores, estimular la adopción de actitudes y prácticas sociales que impliquen la promoción de la salud.

Una de las premisas que sustentan este proceso es que la salud implica un proceso social y que por lo tanto requiere de la intervención de la comunidad en su conjunto (en términos de una red social/estructural) para actuar consciente, intencionada y constructivamente en beneficio tanto de las personas, como de su(s) grupo(s) de referencia y pertenencia, y el medio que compartan. Dicho de otra forma, la prevención de los problemas asociados con el consumo de drogas, en términos de la Educación para la Salud, tiene como estrategia procesal a la Movilización Social.

A continuación describiremos los Programas de Prevención y Tratamiento, así como los diferentes proyectos que en ellos se implementan.

2.1. PREVENCIÓN

Específicamente, en esta modalidad de intervención es donde se insertan las actividades preventivas realizadas por Centros de Integración Juvenil A.C., a partir de la estructuración de su Programa Preventivo que comprende tres niveles: **Información, Orientación y Capacitación.**

2.1.1. NIVEL DE INFORMACIÓN

En el nivel de **Información**, se trata de proporcionar a los distintos grupos de la comunidad, en un tiempo de corta duración, un panorama acerca de los aspectos que permean el fenómeno social de la drogadicción. Los factores de riesgo y los factores de protección son temas fundamentales del mensaje preventivo en la medida que representan una información precisa y objetiva. Una vez que los sujetos han sido informados con relación a la problemática del uso de drogas, se cumple un objetivo preciso de este nivel: sensibilizar, para que la población genere y/o fortalezca una percepción de riesgo del problema del consumo de sustancias, que éste es prevenible y que requiere de la participación social para solucionarlo.

El segundo nivel es la **Orientación**, que se ubica desde los aspectos cognitivo-afectivos; se proporcionan espacios de reflexión grupal en donde los asistentes; niños, adolescentes, adultos jóvenes y padres de familia pueden expresar y trabajar las preocupaciones de su vida cotidiana. Se trata que los sujetos reflexionen sobre algunas problemáticas que, en momentos fundamentales de la vida como la niñez, la adolescencia, la etapa del adulto joven y paternidad-maternidad, pueden conducir a un individuo a la adicción a sustancias psicoactivas, descubriendo que el problema es prevenible, provocando cambios cognitivos ante algunas de estas circunstancias y generando alternativas de solución, basadas en factores protectores: autoestima, asertividad, apego escolar, afrontamiento del estrés y habilidades sociales entre otros.

La **Capacitación**, es la etapa de instrucción preventiva; promueve la participación de los grupos en un ámbito externo a su propia dinámica, se lleva a cabo a través del manejo de información específica, de manera que se puedan planear actividades concretas en torno a la prevención primaria específica e inespecífica, reforzando factores de protección asociados con cada grupo. De acuerdo a los requerimientos que demanden los grupos se diseñan programas, a la vez que, se incentiva el desarrollo de las habilidades y aptitudes tanto individuales como colectivas para desarrollar el potencial preventivo.

Nivel de Información Preventiva

Como parte de la estrategia preventiva de Centros de Integración Juvenil A. C., a continuación se presentan los lineamientos teóricos y normativos que corresponde a la Información Preventiva, la cual a su vez integra tres distintos proyectos: Información a Concurrentes (IC), Información Pública Periódica (IPP) y Escuelas (ESA, ESM, ESP); que responden a contextos situacionales distintos, aunque todos ellos estén dirigidos hacia el mismo objetivo: Proporcionar información científica en torno a los factores de riesgos relacionados con el consumo de drogas, para sensibilizar a la población sobre este problema de salud pública, incrementando su percepción de riesgo hacia el mismo.

Cada uno de los proyectos de la Información Preventiva, los cuales se desarrollan en una sesión única, están considerados como elementos constitutivos y, por lo general, iniciales del Programa Preventivo Institucional, el cual implica un proceso más complejo y prolongado que involucra una serie de actividades de orientación y capacitación que se desarrollan en proyectos preventivos específicos. Por esta razón es que, los proyectos informativos adquieren sentido cuando su ejercicio es considerado como una estrategia de sensibilización, respecto al problema de salud pública que representan los problemas asociados con el consumo de drogas, para, con ello, iniciar un proceso preventivo más profundo; y no, por el contrario, cuando sus actividades son ejecutadas sólo como acciones informativas aisladas.

Por distintas circunstancias, cuando se realizan algunas intervenciones informativas no es posible continuar un proceso preventivo más prolongado a estas sesiones únicas, pero no por ello éstas carecen de importancia, pues podrán contribuir a modificar la percepción inicial de riesgo respecto al consumo de drogas que tiene un determinado grupo de la

población. Pero se debe tener presente, que cuando las intervenciones informativas, aun cuando constituyan parte fundamental de cualquier programa de prevención, se limitan a esta sesión única, no es posible que se le considere como una prevención de drogas en sí misma, pues para serlo, necesariamente tendría que implicar un proceso más amplio y estructurado.

Método de Trabajo

Objetivo General de Información:

Proporcionar información científica de factores de riesgo/protección en el inicio y mantenimiento del consumo de drogas con la intención de sensibilizar a la población en general respecto al problema de salud pública que representa, aumentando la percepción de riesgo asociada al mismo.

Objetivos Específicos de Información:

- Conocer y actuar preventivamente a partir de las representaciones con que cuenten los participantes con relación al consumo de drogas, para incrementar su percepción de riesgo.
- Dar a conocer al grupo factores de riesgo directamente relacionados al inicio del consumo de drogas y factores protectores para el afrontamiento y resistencia a los mismos.
- Proporcionar información relacionados con los daños y riesgos asociados con el consumo de drogas.
- Promover los diferentes proyectos preventivos, motivando a la población a continuar participando en el proceso preventivo integral.

Universo de Trabajo y Tiempo Normalizado:

Los proyectos del nivel informativo están dirigidos a atender de forma diferenciada a la población de ambos géneros, principalmente, como población objetivo institucional a la comprendida entre los 10 a 54 años, a través del desarrollo de una sesión única. Esto, sin perder de vista, que por situaciones especiales del contexto o, de los grupos, es posible ampliar o disminuir las edades contempladas anteriormente, lo cual queda bajo la

responsabilidad y conocimiento del coordinador de grupo. Es necesario que se consideren los posibles y distintos escenarios en los que la comunidad se organiza y estructura (grupos escolares, de trabajo, grupos religiosos, etc.) para responder de manera efectiva a algunos de sus problemas.

2.1.1.1. Proyecto: Información a Concurrentes (IC)

Este proyecto esta estructurado para atender a población abierta (Estudiantes, Padres de Familia, Presidentes o Lideres de Colonias, Profesionistas de la salud, etc.), que acudan a la Unidad Operativa a solicitar información, la cual por lo general, está relacionada con información sobre drogas para realizar actividades extraescolares, trabajos académicos u otro tipo de actividades que guardan una relación directa con la organización familiar, grupal y comunitaria. Así mismo, la respuesta oportuna a esta demanda, es motivo para incidir en el ámbito cognitivo y afectivo de los individuos con base en la sensibilización del entorno familiar y comunitario a través de un proceso comunicativo que permita realizar tareas conjuntas.

Tiempo Normatizado:

- Actividad: 60 minutos
- Apoyo: 10 minutos

2.1.1.2. Proyecto: Información Pública Periódica (IPP)

Este proyecto esta dirigido para la población que solicita información particular o general relacionada con el consumo de drogas, la cual puede ser solicitada de manera directa o a través de un tercero. Dentro de esta población están considerados los diferentes grupos de la comunidad, que no provienen directamente del sector educativo, tales como: asociaciones vecinales, grupos de colonos, lideres formales e informales, grupos religiosos, etc., instituciones de sector gobierno salud, jurídico, empleados de gobiernos federales, estatales y municipales, que solicita el servicio preventivo, aunque ello no quiere decir que no puedan ser escolarizados.

Se debe tener presente que el ciclo escolar contempla temporadas vacacionales; en estos casos se puede tener la demanda de grupos, que si bien son escolares, pueden abordarse desde este proyecto, de igual forma, se consideran población objetivo de este proyecto los niños en el catecismo, niños en cursos de verano, etc.

Tiempo Normalizado:

- Actividad: 90 minutos
- Apoyo: 20 minutos
- Transporte: 70 minutos

2.1.1.3. Proyecto: Escuelas (ESC)

Este proyecto esta dirigido de forma específica a la comunidad del sector educativo (alumnos y maestros) y a los padres y madres de los alumnos. Por lo general, la demanda de este proyecto ocurre a través de un tercero, cuya percepción de necesidades en el contexto escolar, pueden corresponder o diferir de las necesidades reales de la comunidad escolar. Por tal motivo, es básico que de manera previa a la intervención, así como en el inicio y durante la sesión informativa, se detecten las necesidades de los grupos y se desarrollen los contenidos en correspondencia.

Cabe enfatizar que en el proyecto Escuelas, se abordan de manera simultanea tres distintas poblaciones, anteriormente descritas, por lo que en el desarrollo de los temas, deben considerarse las características y necesidades, así como el lenguaje más adecuado para cada uno de ellos.

Para el nivel de educación primaria se pretende implementar el proyecto con:

- ④ Alumnos de 4to. 5to y 6to. grado;
- ④ Los padres y madres de familia de los alumnos de estos grados
- ④ Todos los maestros de cada una de las escuelas, en las que se lleve a cabo el servicio de prevención

En educación media básica (secundaria) con:

- ④ Alumnos de 1er, 2do y 3er grado
- ④ Los padres y madres de familia de los alumnos de estos grados

- ④ Maestros, orientadores y personal administrativo de cada una de las escuelas secundarias donde se estén llevando a cabo acciones preventivas

En educación media superior con:

- ④ Alumnos de todos los semestres y/o los grados, dependiendo de la institución educativa
- ④ Maestros, orientadores, personal de los servicios médicos y administrativo de cada una de las unidades en las que se trabaje el proyecto

En educación superior con:

- ④ Alumnos
- ④ Maestros y personal de los servicios médicos

Tiempo Normatizado:

- Actividad: 60 minutos
- Apoyo: 60 minutos
- Transporte: 60 minutos

2.1.2. NIVEL DE ORIENTACIÓN PREVENTIVA

Como parte de la estrategia preventiva de Centros de Integración Juvenil, A.C., a continuación se presentan los lineamientos teóricos y normativos que corresponde a la Orientación Preventiva, la cual a su vez integra cuatro distintos proyectos: Orientación Preventiva Infantil (OPI), Orientación Preventiva de Adolescentes (OPA), Orientación Preventiva para Adultos Jóvenes (OPAJ) y Orientación Familiar Preventiva (OFP); que responden a momentos de vida distintos de las personas y a intervenir de forma diferenciada, en función del riesgo al inicio del consumo de drogas en que se encuentren. Pero también existen similitudes o convergencias en tanto los objetivos que agrupan a estos cuatro proyectos preventivos en un mismo nivel: todos ellos estén dirigidos a incrementar la percepción de riesgo en el consumo de drogas, así como aprender y practicar estrategias y habilidades sociales que favorezcan a las personas y sus familias a afrontar distintas situaciones de riesgo para el consumo de drogas.

Cada uno de los proyectos de orientación, los cuales se desarrollan en la modalidad de taller, están considerados como elementos constitutivos del programa preventivo propuesto en Centros de Integración Juvenil, A.C., el cual implica un proceso más complejo y

prolongado que involucra, además, una serie de actividades de información y capacitación que se desarrollan en proyectos preventivos específicos. Por esta razón es que, la orientación preventiva adquiere sentido cuando su ejercicio es considerado como parte de una estrategia más amplia, respecto al problema de salud pública que representan los problemas asociados con el consumo de drogas.

Objetivo General de Orientación:

Orientar y habilitar a la población, desde una perspectiva cognitivo conductual, en torno a distintas estrategias preventivas de carácter individual, familiar y social, que le permita afrontar adecuadamente las situaciones de riesgo ante el consumo de drogas.

Objetivos Específicos de Orientación:

- Evitar y/o retardar la edad de inicio del consumo de drogas en la población infantil y adolescente, a través de incrementar su percepción de riesgo y fomentar habilidades sociales y de afrontamiento.
- Orientar a la población adulta, principalmente a los padres y madres de familia u otros tutores, sobre las estrategias conductuales más adecuadas que permitan reducir los factores de riesgo presentes en la familia y su comunidad.
- Fomentar otros proyectos de capacitación, motivando a los participantes para que, de manera comprometida, continúen participando en un proceso preventivo más amplio.

2.1.2.1. Orientación Preventiva Infantil

Objetivo General del Proyecto:

Promover y fortalecer en los participantes actitudes y habilidades específicas que coadyuven a contrarrestar en su contexto inmediato situaciones de riesgo relacionadas con el inicio en el consumo de drogas.

Objetivos Específicos:

- Incrementar la percepción de riesgo respecto al consumo de tabaco, alcohol y drogas, así como de los problemas asociados a estos.

- Señalar y mantener actitudes y conductas que refuercen el autoconocimiento y la autovaloración positiva (autoestima).
- Fomentar el reconocimiento y desarrollo de habilidades sociales que contrarresten los factores de riesgo asociados al uso de drogas (toma de decisiones, presión de grupo, comunicación asertiva).
- Generar vínculos y estrategias personales y grupales que aumenten el interés y la participación por las actividades escolares y extraescolares.

Método de Trabajo

Universo de Trabajo y Tiempo Normalizado:

El proyecto Orientación Preventiva Infantil se dirige a niños que tienen un rango de edad de entre los 10 y los 12 años, considerando que de acuerdo con las investigaciones realizadas por Centros de Integración Juvenil, A.C. y otras instancias normativas nacionales e internacionales, es ésta la edad en la que se observa las personas inician o tienen altas posibilidades de experimentar con drogas. Para la operación del proyecto se tiene contemplado un tiempo aproximado de entre 60 y 90 minutos para cada sesión.

Estrategia de Abordaje:

La captación y consolidación de grupos de trabajo con población infantil, por lo regular resulta ser fácil, sobre todo porque la experiencia institucional refiere que el abordaje se realiza con grupos cautivos, es decir, con aquellos individuos que se ubican en un espacio y tiempo específicos, por ejemplo, los grupos escolares de primaria (4º, 5º y 6º grados) y secundaria (1er año). Sin embargo, debe tenerse presente que este no es el único recurso que puede emplearse en la promoción y desarrollo del proyecto preventivo, ya que existen otras posibilidades de acción que igualmente, fomentan la concreción de grupos. De esta forma, es importante que el operador del proyecto preventivo considere las siguientes opciones para consolidar grupos de trabajo:

1) Promoción directa

- Convocar de forma directa a los grupos y/o individuos de los diferentes sectores sociales para que participen en el proyecto preventivo.

- ④ Derivar a los individuos al proyecto preventivo, a través del contacto o participación que tienen con los proyectos preventivos del nivel de Información (Ej. del proyecto Escuelas).
- ④ A solicitud propia de adultos interesados en el proyecto, es decir, de que sus hijos o infantes a su cargo se vean beneficiados con estas actividades preventivas (Ej. formación de grupos de verano, familiares o pacientes en tratamiento que invitan a otras personas a participar en el proyecto preventivo, etcétera).

2) Promoción indirecta

- ④ Por medio del empleo de materiales impresos institucionales (carteles, folletos, dípticos, etcétera).
- ④ A través de acuerdos o convenios de trabajo que se establecen con instituciones del sector público y/o privado, con líderes comunitarios formales, organizaciones no gubernamentales (ONG), etcétera.

Se recomienda que la promoción y el desarrollo del proyecto preventivo no se centre solo en algunos sectores sociales y/o grupos en particular (Ej. los grupos escolares y religiosos), sino que es necesario también atender aquellos que por lo regular no se abordan en el quehacer cotidiano (Ej. grupos de comunidad abierta).

Contenidos Temáticos:

El desarrollo de las sesiones preventivas con los niños se estructura a partir de dos sesiones que son obligatorias, así como por 4 módulos temáticos que integran sus respectivas sesiones de trabajo.

Sesiones obligatorias:

- ④ Inicio (encuadre de trabajo).
- ④ Cierre del curso.

Módulos Temáticos:

Módulo I. Alcohol y tabaco: drogas desde la infancia

El problema del consumo de drogas en nuestro país, se ha vuelto una prioridad a ser atendida por los diferentes actores de la sociedad, incluyendo la población infantil la cual es

la más vulnerable hoy en día. Razón por la cual se ha elaborado el presente módulo temático, en el cual se propone trabajar temas como el consumo de alcohol, tabaco y drogas y, cómo influye la publicidad en el uso y abuso de algunas sustancias; pretendiendo así transmitirle al niño las herramientas y habilidades necesarias para poder enfrentar de una manera mas sana y posible los daños de esta problemática.

Contenidos:

- Tabaco,
- Alcohol,
- Drogas ilegales,
- Cómo influye la publicidad de la TV para el consumo de drogas.

Módulo II. Autoestima: el descubrimiento de mi imagen

Se considera relevante promover este módulo temático que contiene temas como el de autoconcepto y como mejorar mi autoestima, pretendiendo con ellos, habilitar a los niños en todo lo concerniente a las alternativas y recursos que tienen a su alcance para tener una autoestima alta y así disminuir la probabilidad de llegar a experimentar el consumo de alguna droga.

Contenidos:

- Autoconocimiento
- Cómo fomentar mi autoestima

Módulo III. Habilidades sociales

Se considera importante fomentar el desarrollo de habilidades sociales en los niños sobretodo cuando se espera que aprendan a tomar decisiones que fomenten el cuidado de su salud; a expresar lo que realmente piensan y desean y, a afrontar satisfactoriamente la presión de los amigos para experimentar con drogas, sin que por ello lleguen a sentirse molestos, inseguros o comprometidos a realizar algo.

Contenidos:

- Saber tomar decisiones,
- Cómo afronto la presión de mis amigos,
- Mejorando mi comunicación asertiva.

Módulo IV. La importancia de la escuela

Es la escuela el espacio donde los niños pueden encontrar diversas satisfacciones que los identifiquen y los motiven a asistir a ella, ya sea para estudiar, convivir con los amigos, participar en diversas actividades, etcétera. Por ello, resulta fundamental lograr que los niños adquieran y fortalezcan conocimientos y habilidades que beneficien su salud y lo s alejen de los riesgos asociados para experimentar con drogas.

Contenidos:

- Mis intereses escolares
- Cómo mejoro mi desempeño escolar
- En qué puedo ocupar mi tiempo libre

2.1.2.2. Orientación Preventiva para Adolescentes

Objetivo General del Proyecto:

Desarrollar habilidades que permitan al adolescente enfrentar situaciones de riesgo para prevenir el consumo de drogas.

Objetivos Específicos:

- Brindar información real y oportuna respecto a las drogas más comunes y los daños que estas ocasionan en el organismo.
- Brindar estrategias específicas que permitan fortalecer la autoestima de los adolescentes.
- Concientizar a la población adolescente respecto a la importancia de los valores básicos para un mejor desarrollo.
- Brindar estrategias que permitan favorecer la comunicación en la familia, la escuela y con el grupo de pares, favoreciendo la negociación y la resolución de conflictos

Método de Trabajo

Para lograr el cumplimiento de los objetivos, el curso deberá llevarse a cabo considerando las necesidades de cada grupo, lo cual hará un trabajo más especializado y específico, que aborde sólo aquellos elementos que el grupo necesita.

De acuerdo con las necesidades del grupo es que se deberá determinar el número de sesiones que se van a desarrollar y se seleccionarán aquellas que el grupo requiera. El diagnóstico se hará en la primera sesión, mediante un cuestionario breve, observación y lluvia de ideas. Es importante aclarar que las necesidades y los intereses del grupo son cosas distintas, por lo que es necesario considerar herramientas más profesionales y específicas para poder lograr lo que se desea.

Cada una de las sesiones tendrá una evaluación parcial, así como algunos indicadores para realizar una evaluación global, lo cual permitirá ir visualizando resultados inmediatos conforme se desarrolle el proceso, además de poder contar con elementos para algo más general.

Los temas de cada sesión están desarrollados para trabajarse entre 60 y 90 minutos, considerando la evaluación y la presentación del tema de la siguiente sesión, por lo que debe respetarse el tiempo establecido.

Contenidos Temáticos:

Sesión de inicio: Diagnóstico

- ④ Autoevaluación (calificar instrumento)
- ④ Conformación del programa
- ④ Cierre

Módulo 1: “Drogas y adolescencia”

Sesión 1: La influencia de la publicidad en los jóvenes

Sesión 2: Drogas ilegales, riesgos y consecuencias

Sesión 3: Alcohol, una droga peligrosa

Sesión 4: Tabaco, una droga muy adictiva

Módulo 2: “Autoestima”

Sesión 1: El valor de uno mismo 1

Sesión 2: El valor de uno mismo 2

Sesión 3: Buenos consejeros

Módulo 3: “Familia”

Sesión 1: Relación padres e hijos

Sesión 2: Reglas y normas en la familia

Sesión 3: Habilidades de negociación con los papás

Módulo 4: “Habilidades de comunicación”

Sesión 1: Comunicación asertiva

Sesión 2: Toma de decisiones

Sesión 3: La influencia del grupo de pares

Módulo 5: “Estrategias de afrontamiento”

Sesión 1: Estrés

Sesión 2: Tiempo libre

Sesión de cierre: Evaluación

2.1.2.3. Orientación Preventiva para Adultos Jóvenes

Objetivo General del Proyecto:

Habilitar a los jóvenes para reducir los riesgos de uso y abuso de drogas y desarrollar en ellos la percepción de riesgo.

Objetivos Específicos:

- Habilitar a los jóvenes para resistir la presión para consumir drogas.
- Habilitar a los grupos para evitar el consumo y abuso de alcohol y tabaco.
- Incrementar en los jóvenes la percepción de riesgo respecto al consumo de drogas.
- Fomentar en los jóvenes una actitud crítica hacia la publicidad que fomenta el consumo de drogas legales.
- Identificar las situaciones que generan vulnerabilidad respecto al uso de drogas.
- Habilitar a los grupos para detectar y canalizar a usuarios de drogas.
- Promover el uso del tiempo libre como una forma de prevenir el consumo de drogas.

Método de Trabajo

A. Formación de grupos.

Los grupos no deben de estar formados por más de 20 integrantes y el mínimo de personas para formar un grupo debe de ser de 12, lo anterior con la finalidad de desarrollar adecuadamente la metodología de taller en la que se basa el trabajo. Respecto a los lugares de trabajo, se sugiere que los espacios prioritarios sean escuelas, centros de trabajo, centros

comunitarios, clubes y otras organizaciones sociales y comunitarias, buscando que los lugares cumplan con las condiciones materiales adecuadas.

B. Diagnóstico inicial.

Se realizará mediante la aplicación del cuestionario diagnóstico correspondiente, este diagnóstico servirá para detectar las necesidades del grupo y determinar el programa de trabajo, la aplicación de este instrumento está incluida en la sesión introductoria.

C. Evaluación por módulo. Para evaluar el trabajo se aplicarán 3 cuestionarios (uno por módulo), bajo la modalidad de pretest y postest, debiendo aplicarse los cuestionarios a un grupo en cada semestre.

D. Desarrollo de actividades para cada sesión.

Discusión y reflexión grupal, realización de técnicas y ejercicios, cierre de sesión.

Contenidos Temáticos:

Sesión Introductoria.

- Presentación y detección de expectativas.
- Factores de riesgo y protección.
- Programa de trabajo.

Módulo 1: Habilidades Sociales.

- Toma de decisiones y afrontamiento del estrés.
- Comunicación efectiva.
- Resistencia y afrontamiento.

Módulo 2: Drogas: Las posibilidades de su prevención.

- Alcohol.
- Tabaco.
- Drogas ilegales.
- Publicidad y drogas.
- La salud ante las drogas.

Módulo 3: Situaciones de riesgo y juventud.

- Vulnerabilidad.
- El tiempo libre: evitando el consumo de drogas.
- Detección temprana y canalización oportuna.

2.1.2.4. Círculos de Lectura

Objetivo General del Proyecto:

Fomentar la lectura de los libros, *Cómo proteger a tus hijos contra las drogas* y *Drogas: las 100 preguntas más frecuentes*, para que los padres de familia puedan adquirir y reforzar conocimientos y habilidades en materia de prevención de adicciones.

Objetivos específicos:

- Apoyar a los padres de familia en la identificación, conocimiento y manejo de los factores de riesgo y protección.
- Motivar el interés de los padres de familia para fomentar en sus hijos, principalmente en aquellos entre los 10 y 18 años de edad, habilidades y estrategias que les permitan afrontar situaciones de riesgo al consumo de drogas.
- Contrarrestar la influencia negativa de los factores de riesgo, promoviendo y/o fortaleciendo los factores de protección individuales y familiares que permitan a los padres prevenir el consumo de drogas en sus hijos.

Método de trabajo

Para padres de familia con hijos de cualquier edad.

Conformación y dinámica de los Círculos de Lectura

- Para un mejor funcionamiento de los Círculos de Lectura, los grupos deben integrarse entre 8 y 20 personas.
- La metodología para el desarrollo del círculo es la lectura comentada, apoyada en una serie de preguntas y respuestas. Conforme se da lectura al libro *Cómo proteger a tus hijos contra las drogas*, se irán intercalando en apoyo al tema algunas preguntas del libro *Drogas: las 100 preguntas más frecuentes*.
- Los integrantes del grupo deberán sentarse uno junto al otro formando un círculo. En función del estilo de manejo grupal, el facilitador tiene la opción de integrarse al círculo y ser un participante más, o mantenerse fuera de éste y dejar que solamente los padres de familia sean quienes lean. En ambos casos, el facilitador deberá comentar o leer al grupo las preguntas y respuestas del libro *Drogas: las 100 preguntas más frecuentes*,

que están indicadas en la metodología. Además deberá leer, previo al inicio de cada sesión, aquellas marcadas como preguntas de apoyo.

- Al iniciar el Círculo de Lectura, el facilitador deberá de registrar a los participantes en el formato establecido para ese fin, llevando el conteo de las asistencias y los libros entregados durante el proceso del círculo.
- Un participante inicia la lectura en voz alta del texto que el facilitador el indique, los demás siguen la lectura en silencio; el facilitador indicará el momento en que se debe de cambiar de lector o de libro, de manera que todos los participantes tengan la oportunidad de leer una parte de ambos textos.
- No deberá haber ninguna interrupción durante la lectura en voz alta.
- Al finalizar cada una de la sesiones se abrirá un espacio, llamado Opiniones y Comentarios, para que los padres de familia puedan intercambiar ideas respecto a lo que se ha leído. El facilitador no deberá permitir discusiones entre los participantes durante el tiempo destinado a la lectura; cuando esto suceda deberá solicitarles que sus inquietudes sean tratadas en dicho segmento. En caso de que haya preguntas no relacionadas con la lectura o el tema, deberá solicitarles que sean tratadas con él fuera del tiempo destinado para la reunión, de manera de no desviar la atención de los textos que son materia de la lectura comentada.
- Es importante enfatizar que uno de los propósitos de estos Círculos de Lectura es motivar la lectura posterior e individual de toda la información contenida en los libros.
- Al finalizar el Círculo de Lectura se le entregarán los libros a los asistentes del mismo.

2.1.2.5. Orientación Familiar Preventiva

Objetivo General del Proyecto:

La Guía tiene como objetivo habilitar a los padres de familia en estrategias para prevenir el consumo de drogas en la familia.

Objetivos Específicos:

- Los participantes contarán con elementos básicos para distinguir situaciones de riesgo ante el consumo de drogas que puedan afectar la salud de la familia.

- Los padres y madres de familia ensayarán situaciones de comunicación adecuada en los hijos.
- Los padres y madres de familia aumentarán la habilidad para manejar los problemas de conducta de sus hijos.
- Los participantes desarrollarán rutinas de disminución de estrés cotidiano en la familia.
- Los asistentes reforzarán las habilidades de rechazo y autocontrol que los hijos deben tener para evitar el consumo de sustancias.

Método de Trabajo

A. Formación de grupos:

Se recomienda que los grupos incluyan de 10 a 15 integrantes. Cada sesión tiene una duración de 60 a 90 minutos. Los lugares en donde se sugiere aplicar el programa son los siguientes: escuelas públicas y privadas, Centros de Desarrollo Infantil, Centros de Salud, iglesias, entre otras.

B. Diagnóstico inicial:

Cuestionario exploratorio de quince preguntas con respuesta de opción múltiple, que facilita al coordinador armar el curso con base a las necesidades detectadas en el grupo y contemplando exclusivamente los temas del programa modular para padres y madres de familia. Este diagnóstico está incluido dentro del primer módulo “El Cuidado de la Salud en la familia”, de aquí la particularidad de que sea obligatorio al inicio del curso con padres y madres de familia.

C. Evaluación por módulo:

Cuestionario pre-post, en cada uno de los módulos que integran el programa modular para padres y madres de familia. Es necesario mencionar que los cuestionarios pre y post tienen la finalidad de hacer una comparación de lo aprendido en el módulo, por lo que el coordinador con base a su experiencia o criterio determinará si existió un cambio al comparar las respuestas de dichos cuestionarios.

Se debe dejar claro y asegurarse de que se comprenda la finalidad de los cuestionarios, sin dejar de lado la importancia de adecuar el discurso a un lenguaje acorde con las características del grupo (edad, escolaridad, género).

E. Desarrollo de actividades para cada sesión:

- ④ Práctica de habilidades
- ④ Discusión y reflexión en grupo
- ④ Lectura de materiales
- ④ Tareas y ejercicios para llevar a casa

F. Anexos:

La finalidad de los anexos es apoyar el desarrollo de las sesiones, por lo que se presentan en ellos: información, ejercicios, viñetas, sugerencias para llevar a casa, entre otros.

Contenidos temáticos:

Módulo I. “El cuidado de la salud en la familia”.

1. Salud mental y salud física.
2. Salud mental y autoestima.

Módulo II. “Habilidades de comunicación”.

1. Habilidades de comunicación en la familia
 - ④ Qué es la comunicación
 - ④ Comunicación positiva
 - ④ Técnicas de comunicación

Módulo III. “Habilidades sociales”.

1. Manejo de problemas y toma de decisiones
 - ④ Malos entendidos con los hijos
 - ④ Coherencia frente a los hijos e hijas
 - ④ Saber tomar una decisión (tomar riesgos y responsabilizarse)
 - ④ Prácticas para la resolución de problemas
2. Disminución del estrés cotidiano en la familia
 - ④ Organización de actividades y planeación del tiempo libre
 - ④ Alternativas para el tiempo libre
 - ④ Tiempo libre en la familia

Módulo IV. “Las drogas y la familia”.

1. Drogas ilícitas
2. Drogas lícitas: Alcohol

3. Drogas licitas: Tabaco

2.1.3. NIVEL DE CAPACITACIÓN

El proyecto *Grupos Organizados (GO)*, se inserta en el nivel de capacitación, este proyecto tiene como propuesta un proceso de enseñanza-aprendizaje, donde se busca consolidar y organizar una red. La capacitación en la prevención del consumo de drogas dentro del proyecto de Grupos Organizados requiere de un proceso que implica la sensibilización de los grupos en su papel de contención dentro de la red social, la revisión y análisis crítico de los factores de protección, así como de los factores de riesgo que intervienen en la formación de conductas adictivas; lo cual debe ser utilizado para el diseño y la planificación de los programas de intervención.

Cabe recordar que el universo poblacional de Centros de Integración Juvenil A.C., comprende el rango de edad de 10 a 54 años, donde se focaliza la atención hacia el sector que se encuentra entre los 10 y 18 años, por ser el más vulnerable a iniciar el consumo de sustancias tóxicas. Es por ello que, se ubica al sector de 19 a 54 años como estructuras de contención, que funjan como modelo y guía del grupo focalizado, quienes por medio de un proceso de capacitación, ponen en práctica actividades preventivas y de salud, 10-18 años. Es importante mencionar que con la capacitación dirigida al sector 10-18 años, se busca que esta población apoye en la multiplicación de las acciones preventivas con sus grupos de pares.

El propósito fundamental de los Grupos Organizados, no es el manejo conceptual ni teórico, sino la adquisición o reforzamiento de habilidades; llevar a la práctica lo aprendido en la capacitación es el punto central de los procesos grupales organizados bajo esta modalidad, lo cual implica una intervención profesional interdisciplinaria para establecer redes de apoyo.

Objetivo General:

Capacitar a personas interesadas en realizar actividades para la prevención del uso y abuso de alcohol, tabaco y otras drogas en su entorno inmediato.

Objetivos Específicos:

- ④ Proporcionar a los asistentes elementos teórico- metodológicos para que adquieran conocimientos sobre factores de riesgo y protectores en torno al consumo de drogas.
- ④ Habilitar a los participantes para que organicen actividades preventivas contra el uso de alcohol, tabaco y drogas.
- ④ Apoyar a los integrantes de los grupos para que concreten un programa de acciones, ya sea a nivel individual, subgrupal o grupal.
- ④ Promover que los grupos organizados se conciban y funjan como red de apoyo en su entorno inmediato.

Método de Trabajo

El proyecto está dirigido a los grupos de la comunidad interesados en realizar actividades para prevenir el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. Los grupos deberán conformarse por el número de integrantes que se adecuen para los fines del curso, por cuestiones didácticas y de costo beneficio, se sugiere que el número de integrantes no sea menor de 5 ni mayor a 20.

Captación de los grupos:

Los grupos se pueden conformar a partir de las derivaciones de los proyectos preventivos correspondientes al nivel de información (IC, IPP y ESCUELAS) y orientación (OFP, OPA, OPI y OPAJ), a través de contactos y/o convenios ínter instituciones (por ejemplo: DIF, Sector Salud, SEP, etc.)

Para la integración de un Grupo Organizado la estrategia es la siguiente: se debe considerar en las dos primeras sesiones de trabajo la inserción de nuevos integrantes (grupo abierto); sin embargo, en la tercera sesión no se permitirá el ingreso de otros participantes.

Los fines de constituir un grupo cerrado son:

- ④ Promover el desarrollo de una dinámica grupal favorable
- ④ Evitar la interrupción del proceso de capacitación

Estos aspectos posibilitan que el proceso de capacitación sea eficaz y eficiente, así como también que la mayoría de los integrantes del grupo puedan considerarse capacitados (asistencia al 80% de las sesiones).

Lugar de la actividad:

El trabajo preventivo se puede realizar en las modalidades *intramuros* y *extramuros*. Se sugiere la selección de espacios amplios, ventilados e iluminados, como condiciones mínimas para el desarrollo de las sesiones, asimismo, es conveniente que cuenten con mobiliario de fácil desplazamiento (sillas, mesas) para poder llevar a cabo técnicas que requieren la movilización de los participantes.

Sesiones:

El número de sesiones se establecerá de acuerdo a los objetivos propuestos y a las necesidades y posibilidades del grupo. Dentro de estas sesiones se deben considerar 2 sesiones para seguimiento; la primera sesión de seguimiento es de carácter obligatorio, la segunda sesión es de carácter opcional, dependiendo de las necesidades y características de cada grupo. El tiempo total para la realización de cada sesión es de entre 60 y 120 minutos.

*Contenidos temáticos:*1a. Sesión: Encuadre e introducción

Objetivo: Establecer el encuadre de trabajo e introducir al grupo en el proceso de capacitación.

- a. Encuadre.
- b. Propuesta Temática
- c. Propuesta Inicial de Actividades.
- d. Introducción a un tema: REDES

 La red social

 La red vincular

2da. Sesión: Importancia de la contención dentro de la red social

Objetivo: Sensibilizar a los participantes sobre su función de contención dentro de la red social.

- a. Redes y contención.
- b. El papel de las actividades preventivas

3era. Sesión: Factores de riesgo y percepción de riesgo

Objetivo: Analizar los factores y la percepción de riesgo en adicciones.

- a. ¿Qué es un factor de riesgo?
- b. ¿Qué es la percepción de riesgo?

- c. Análisis de factores de riesgo
- d. La red como apoyo

4ta. Sesión: Programa de Actividades

Objetivo: Proporcionar una estructura metodológica básica, para desarrollar un programa de actividades.

- a. ¿Qué es un programa de actividades?
- b. Componentes mínimos del programa de actividades (objetivos, contenidos o actividades, programación de las actividades)

5ta. Sesión: Elaboración de un programa de actividades preventivas

Objetivo: Plasmar en un programa de trabajo el tipo de acciones preventivas que se van a realizar.

- a. Análisis de los problemas para elaborar un programa de actividades
- b. Considerar a la red social para la elaboración de programas de actividades
- c. Elaboración de los programas de actividades del grupo

6ta. Sesión: Desarrollo de redes vinculares

Objetivo: Analizar los recursos disponibles en la red social y redes vinculares para reforzar las líneas de acción del programa de trabajo.

- a. Identificar redes vinculares
- b. Análisis de los recursos de la red vincular
- c. Importancia de la amplitud de la red vincular para el desarrollo de los individuos

7ma. Sesión: Factores protectores

Objetivo: Considerar la relación del programa de trabajo con el desarrollo de factores protectores.

- a. ¿Qué es un factor de protección?
- b. Análisis de los factores protectores dentro de la red.
- c. Los factores de protección: asertividad, autoestima, apego escolar, habilidades sociales y afrontamiento del estrés entre otros (sin ahondar en ellos se describen y tratan de aclarar al grupo).

8va. Sesión: Factor protector

Objetivo: Trabajar un factor protector y constituirlo como eje del proceso de capacitación y las actividades a desarrollar.

8ª Sesión, Ejemplo:

Asertividad

- ④ ¿Qué es la asertividad?
- ④ La asertividad como factor protector.
- ④ ¿Cómo se puede promover la asertividad?

9na. Sesión: Herramientas para realizar actividades preventivas

Objetivo: Brindar herramientas prácticas para la realización de las actividades.

Ejemplo: Sociodrama

- ④ ¿Qué es un sociodrama?
- ④ Elaboración de un guión
- ④ Ensayos

Plática informativa

- ④ Características de la población a la que se dirige.
- ④ Objetivos
- ④ Contenidos
- ④ Técnicas
- ④ Representación de la plática

10ma. Sesión: Detección temprana y canalización oportuna

Objetivo: Brindar elementos para la canalización de usuarios de drogas a CIJ

Esta temática se trabajará únicamente con el personal de otras instituciones, se hará énfasis en como canalizar al usuario de drogas para que se le brinde atención y no en aspectos de carácter clínico o terapéutico.

- a. La función de la red interinstitucional en la detección temprana y la canalización oportuna
- b. Servicios de atención curativa de CIJ (descripción general)
- c. Empatía.
- d. Cómo proporcionar la información sobre el servicio al que se deriva el usuario.
- e. Establecer contacto con el CIJ para la canalización

11va. Sesión: Revisión de avances en las actividades y el programa

Objetivo: Detectar aciertos y dificultades en el desarrollo del programa de actividades.

- a. Afinar programa de actividades.

- b. Revisión de las dificultades en el desarrollo de la actividad que se va a emprender.
- c. Alternativas para solucionar las dificultades en el desarrollo de la actividad:
- d. Uso de los recursos de otras instituciones.
- e. Directorios institucionales.
- f. Contactos estratégicos.
- g. El EBCO

12va. Sesión: Cierre

Objetivo: Evaluar el curso de capacitación.

- a. Resumen.
- b. Confrontación de expectativas y objetivos.
- c. Devolución al grupo.
- d. Devolución al coordinador
- e. Cierre.

13va. Sesión: Sesión de seguimiento (obligatoria)

Objetivo: Brindar seguimiento a las actividades planteadas en el programa de trabajo.

- a. Seguimiento del programa de actividades.
 - ④ Planeación
 - ④ Operación
 - ④ Evaluación
 - ④ Mejora del Programa
- b. Evaluación de la red.
- c. Percepción del grupo como red
- d. Uso de recursos de la red
- e. Intercambios y vínculos con otras redes
- f. Cierre

2.2. ATENCIÓN CURATIVA

En Centros de Integración Juvenil, A. C., se cuenta con el programa de Atención Curativa que apoya al usuario de sustancias tóxicas y a su familia, en la resolución de su

enfermedad. Las acciones se proporcionan a través de dos subprogramas: Consulta Externa y Tratamiento Residencial.

El manejo del trastorno adictivo usualmente incluye la evaluación del problema, la elaboración de un plan de tratamiento, la prescripción de medicamentos, la referencia a unidades especializadas de tratamiento y el seguimiento de la rehabilitación. Al mismo tiempo, la cercanía de la relación con el paciente y la familia permiten al equipo clínico influir positivamente para apoyar la reinserción social, escolar o laboral del miembro afectado.

El patrón de consumo, cada vez más complejo, cambia tan rápido que los recursos de atención para hacer frente al problema no son suficientes y las instituciones responsables de combatirlo se ven superadas en poco tiempo. La complejidad del patrón de consumo aumenta con las diferencias regionales y con la aparición en el panorama epidemiológico de las metanfetaminas -conocidas como drogas de diseño - lo mismo que por el incremento en la frecuencia de consumo de la cocaína y la heroína como sustancias de primera elección.

Los proyectos de CIJ están dirigidos a la solución de problemas clínicos relevantes por la frecuencia y la severidad con que se presentan, mismos que inciden positivamente en la población objetivo.

Los objetivos del programa de atención curativa son:

- ④ Reducir y suprimir el uso de sustancias adictivas.
- ④ Acortar el curso y la evolución de las conductas adictivas.
- ④ Identificar y tratar los padecimientos asociados con el trastorno adictivo (comorbilidad).
- ④ Identificar y tratar los patrones de relación familiar que propician y mantienen el comportamiento adictivo.

Con estos objetivos en mente, la operación de los programas hace énfasis en la reducción del daño producido, ya sea por el trastorno adictivo o por los trastornos que se asocian o los que se generen como consecuencia del consumo de drogas.

Los siete proyectos que se han implementado, son:

- ④ Clínica de metadona
- ④ Acupuntura

- Clínica de alcoholismo
- Clínica de tabaquismo
- Red de atención
- Prevención de recaídas
- Círculo terapéutico

Estos proyectos abordan la tendencia actual existente en México y en otros países, de ofrecer tratamientos especializados contra las diferentes dependencias causadas por las diversas sustancias adictivas o para la solución de síndromes específicos asociados con el abuso de sustancias. Como ejemplo de lo anterior, se cuenta con los programas de mantenimiento con agonistas opiáceos, terapia cognitivo conductual en personas dependientes de cocaína, clínicas para dejar de fumar, clínicas contra el alcoholismo, por mencionar algunos.

Con el propósito de brindar un servicio eficiente, el paciente debe pasar por el proceso de diagnóstico. Durante esta fase se efectúan la valoración psiquiátrica, psicológica y socio-familiar, se identifican la multiplicidad de agentes etiológicos a los cuales puede atribuirse el consumo de sustancias, destacando los factores de tipo orgánico y psicológico, así como la manera en que el entorno social y cultural influyeron en la situación actual del usuario de sustancias.

El diagnóstico es necesario para establecer el plan terapéutico. Para ello, se cuenta con varios servicios:

- a) Entrevista Inicial
- b) Historia Clínica
- c) Entrevista Psicológica
- d) Diagnóstico Familiar
- e) Estudio Psicológico y/o Psicométrico

A continuación se describen los diferentes servicios con los que se cuentan en el programa de tratamiento.

2.2.1. ENTREVISTA INICIAL

La Entrevista Inicial representa el primer contacto terapéutico entre paciente y Terapeuta, su objetivo principal es realizar una valoración clínica sobre la evolución que ha tenido el consumo de drogas y sus repercusiones en las diferentes áreas del paciente, y determinar las intervenciones médicas que se le realizarán.

Es el inicio formal del tratamiento este primer encuentro puede influir para que el usuario de drogas y / o familia (paciente) acepte(n) ingresar a un programa de tratamiento.

La entrevista se configura en un campo donde los dos protagonistas se encuentran interrelacionados, dependen y se influyen de manera recíproca, este fenómeno sólo puede estudiarse a través de los fenómenos de la comunicación: interacción verbal (forma de emplear las palabras), no verbal (gestos y señales) y para-verbal (tono, timbre e intensidad de la voz).

La entrevista es una situación nueva y desconocida para el paciente, la ansiedad será un factor importante y el terapeuta debe ser capaz de proporcionar un ambiente confiable; amistoso, pero con límites claros y definidos. Cuanto mayor sea el monto de ansiedad del paciente, mayor será su tendencia a “descargarse” en la entrevista, transformándola en una psicoterapia muy breve, con un engañoso alivio que puede movilizar una huida hacia la salud, es este el momento en que el Terapeuta debe señalar al paciente las fantasías mágicas de curación que han aparecido contrastándolas con la realidad de lo que significa el tratamiento.

No debe perder de vista que el usuario de sustancias psicoactivas puede presentar cuadros clínicos complejos, por la cantidad de síntomas asociados, como lo son la abstinencia, “craving”, intoxicación y presencia de cuadros psicóticos.

El paciente reproduce una realidad psicológica inmediata y concreta, a partir de la cual se puede obtener una valiosa información sobre su estructura mental y el tipo de relación que establece.

Por las condiciones clínicas del paciente, puede desarrollarse una transferencia masiva, proyectiva y voraz, que puede provocar en el Terapeuta sentimientos de miedo, rechazo e impotencia; influyendo para que la entrevista se desarrolle en un clima tenso, con desconfianza por parte de ambos, lo cual conducirá a resultados infructuosos y un buen

monto de frustración que se reflejará en entrevistas posteriores, tanto para el paciente como para el Terapeuta.

Aunque se debe facilitar al paciente la libre expresión de sus procesos mentales, nos parece que esta entrevista debe ser semidirigida ya que entre las características de personalidad de los usuarios de drogas están el ensimismamiento y la dificultad para comunicar sus pensamientos y sentimientos, sin dejar de recordar que muchas veces, acude a solicitar ayuda instado por terceras personas.

Por la experiencia adquirida a lo largo de los años en el tratamiento de consumidores de drogas sabemos que un gran porcentaje de ellos acuden presionados por la familia, la escuela, el trabajo o por problemas legales. Durante la entrevista suelen manifestar que están interesados en “tratarse”, sin embargo, no existe una demanda clara de ayuda para suspender el consumo de drogas, sino más bien para obtener ganancias secundarias.

Es de vital importancia que, aun cuando sean estos los factores que lo llevan a solicitar tratamiento, el terapeuta se enfoque a ir más allá, que intente leer entre líneas lo que el paciente no está manifestando con palabras, habría que detenerse a escuchar lo que está demandando. El paciente propondrá el mismo tipo de vínculo que lo ha llevado ahí, esperando la respuesta habitual, ser rechazado. El Terapeuta puede ofrecer un tipo de relación diferente, de aceptación, de interés genuino, de comprensión a su sufrimiento.

En el desarrollo de la entrevista se deben obtener datos sobre las razones que lo hicieron acudir, el patrón de consumo de las diferentes drogas que ha utilizado y utiliza, una descripción detallada de los períodos en que ha logrado suspender el consumo, los factores que influyeron para que reanudara el consumo, los problemas médicos y psicosociales que se han presentado, los diferentes tratamientos que ha intentado, los recursos de apoyo con los que cuenta, la motivación al cambio, la opinión que tiene sobre su problema.

Objetivo General:

Formular un diagnóstico inicial sobre la evolución del consumo de drogas y su impacto en las diferentes áreas, con el fin de determinar las intervenciones que deberán de realizarse para su tratamiento.

Objetivos Específicos:

- Efectuar la valoración diagnóstica del usuario de sustancias

- Ⓢ Favorecer el inicio de la relación terapéutica
- Ⓢ Conocer el motivo de consulta
- Ⓢ Conocer las expectativas sobre la atención institucional
- Ⓢ Conocer los aspectos generales en relación al uso de sustancias (patrón de consumo incluyendo tabaco y alcohol, períodos de abstinencia, reinicio del consumo etc.)
- Ⓢ Identificar los problemas médicos y psicosociales asociados al uso de sustancias.
- Ⓢ Identificar la actitud y el apoyo familiar
- Ⓢ Conocer la opinión que tiene el paciente sobre su uso de sustancias
- Ⓢ Clarificar la demanda de tratamiento
- Ⓢ Establecer el diagnóstico del eje I del DSM IV.
- Ⓢ Valorar si el paciente puede ser atendido en la unidad operativa
- Ⓢ Evaluar la capacidad de comprensión del paciente
- Ⓢ Determinar las intervenciones terapéuticas que se realizarán al usuario y/o familia para incorporarlo al tratamiento.

Metodología

Criterios clínicos para derivar a entrevista inicial

Se canalizarán a este servicio a los usuarios de sustancias psicoactivas y / o familiares que soliciten tratamiento.

Proceso

Cada unidad operativa establecerá los días y horarios en que realizará el servicio. Por la importancia clínica que tiene este primer contacto terapéutico, se sugiere que sea el personal de base el encargado de otorgar esta atención.

Cada unidad operativa valorará la pertinencia de que el recurso adicional participe en este proyecto, con el compromiso de cumplir con los lineamientos de las áreas involucradas. Se deberá contar con la autorización de la Dirección de Tratamiento y Rehabilitación.

El tiempo programado para la actividad es de 60 minutos y 15 de apoyo, indudablemente se presentarán casos que requieran de mayor tiempo.

Responsable de la actividad:

Personal de Psiquiatría, Médicos Generales, Psicólogos y Trabajadores Sociales

Desarrollo:

1. Al iniciar la entrevista se debe explicitar el encuadre de trabajo: objetivos, técnicas, tiempo disponible, etc. es menester explicar claramente cual es el objetivo de la información que se solicitará.
2. Se deben registrar los datos de la ficha de identificación; se recomienda que se asiente en la entrevista que persona fungirá como responsable del paciente.
3. Al recabar la información sobre patrón de consumo, considerar alcohol y tabaco.
4. Al término de la entrevista se determinará el servicio al cual será derivado el paciente.
5. Concertará la cita del servicio subsiguiente, se le explicará brevemente al paciente en que consiste
6. En la libreta de expediente se le asignara el número correspondiente de manera consecutiva.
7. Informará sobre la cuota de recuperación que pagará por el servicio otorgado.
8. Concluir con el llenado del formato "Entrevista Inicial".

En caso de que se valore que el paciente no puede ser atendido en la unidad operativa por condiciones médicas de urgencia, se procederá a elaborar la Referencia.

2.2.2. HISTORIA CLÍNICA

El estudio clínico integral para el tratamiento, requiere de un instrumento que permita recoger la información necesaria, clara y suficiente que oriente la investigación diagnóstica de las demás disciplinas, para llegar a establecer una comprensión exacta del problema, un diagnóstico y un plan de tratamiento.

Toda esta información también debe ser susceptible de vaciarse en un sistema de informática para su manejo estadístico, detección de problemas para la mejora continua de los servicios y elevar la calidad de la atención.

Mediante la integración de la historia clínica y el examen físico en un solo formato se pretende dar respuesta a la problemática planteada, organizar y sistematizar la información clínica obtenida así como simplificar el manejo del expediente clínico.

Objetivo General:

Integrar en un formato la historia clínica y el examen físico, de los pacientes que acuden a tratamiento en las Unidades de Centros de Integración Juvenil, A.C:

Objetivos Específicos:

- Obtener, organizar, analizar y aportar al diagnóstico integral, la información clínica de las causas, efectos, evolución, complicaciones y daños a la salud física y mental producidos a los pacientes por el abuso o consumo crónico de sustancias adictivas.
- Registrar la información clínica, desde el punto de vista médico, para el estudio diagnóstico de personas con trastornos adictivos.
- Formar una base de datos para el programa de informática, con la información obtenida en la sección pre-codificada del formato de historia clínica psiquiátrica.
- Facilitar la revisión y discusión de cada caso, con información fácil de encontrar y de rápido acceso.

Metodología

La Historia Clínica Integrada sustituye a los formatos de Historia Clínica y de Examen Físico de la Guía Técnica del Programa Atención Curativa de Diciembre de 1999.

Este formato reúne los dos estudios que se venían realizando por separado y constituye un cambio lógico, acorde con el quehacer de las instituciones de salud y apegado a las normas oficiales vigentes.

Criterios clínicos

A todo paciente que sea admitido al Programa Atención Curativa se le practicará la Historia Clínica Psiquiátrica.

Proceso

1. El personal encargado de elaborar la Historia Clínica Psiquiátrica será el Médico o el Psiquiatra.
2. El estudio médico y la elaboración de la Historia Clínica Psiquiátrica, es flexible y puede adaptarse a la demanda y necesidades del paciente.
3. Los Síndromes de Intoxicación y Abstinencia como urgencias, deberán ser valorados clínicamente y la información mínima necesaria, para la solución oportuna de la

demanda de atención, podrá registrarse de manera temporal como nota de admisión, hasta que se pueda realizar el estudio de la Historia Clínica Psiquiátrica.

4. La nota de admisión deberá contener información clínica respecto al patrón de consumo (drogas de las que abusa), fecha y hora del último consumo, droga utilizada, cantidad, vía de consumo, inicio y evolución de la urgencia hasta el momento de consulta. A la exploración física, valorar estado de conciencia, excitación psicomotriz, marcha, reflejos, detección de heridas, fracturas, quemaduras y toma de signos vitales. En lo posible, practicar antidoping VIH, y prueba de embarazo. La evolución progresiva, rápida a partir del inicio del cuadro clínico hasta el momento de consulta, el estado de conciencia soporoso o en coma, o los signos vitales inestables y por debajo de lo normal, según el criterio del médico, podrán indicar la referencia a tratamiento residencial u hospitalario según el caso.
5. Los pacientes que no acuden voluntariamente, referidos por el sector justicia, por la escuela o por familiares y amigos, podrán seguir el procedimiento anterior hasta que el paciente se adhiera al tratamiento.
6. El formato de Historia Clínica Psiquiátrica proporciona una guía del contenido mínimo necesario para integrar el estudio diagnóstico desde el punto de vista médico. El formato incluye todos los rubros de Historia Clínica de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana emitida por la Secretaría de Salud. La parte inferior de cada hoja, está diseñada para consignar la información obtenida, durante el interrogatorio y la exploración de manera pre-codificada para constituir un programa de informática.
7. La forma de obtener la información es a través de un interrogatorio, en parte libre para que el paciente y la familia aporten datos espontáneamente y, en parte, dirigido por el médico, para aclarar la información obtenida, cuidando de cubrir todos los rubros y las sugerencias en cada uno.
8. El médico, con base en la información recabada, solicitará los estudios y exámenes de laboratorio y gabinete que considere necesarios para completar el estudio. Entre estos se deberá incluir, hasta donde sea posible, el estudio antidoping, VIH y prueba de embarazo.

2.2.3. ENTREVISTA PSICOLÓGICA

La entrevista como herramienta, es útil e invaluable. Sin embargo y en tanto una de las funciones más importante del psicólogo en la atención de los usuarios de sustancias, es el desarrollo de un plan de tratamiento basado en las características del paciente, es conveniente valerse de otros instrumentos.

Para comprender la situación clínica del usuario de sustancias, es necesario realizar una evaluación psicológica que contemple no solo lo captado por la escucha, sino también la organización psicológica que subyace a la condición clínica. Por ello, la integración de instrumentos tales como los tests y técnicas proyectivas, coadyuvan al análisis profundo de sentimientos, actitudes y emociones involucradas en el consumo; y a la valoración e identificación de las funciones psicológicas que se encuentran alteradas o deterioradas por el uso de las drogas.

La entrevista psicológica como actividad es el inicio de la toma de decisiones con respecto a los instrumentos requeridos para evaluar el funcionamiento y las primeras indicaciones terapéuticas, de ahí que la información recabada en ella deba vaciarse en un formato que contenga la descripción de los problemas y datos precodificados que ayuden a establecer el pronóstico y el curso que tomará el tratamiento.

La entrevista psicológica junto con el estudio psicométrico y psicológico, pretenden capturar una imagen clara de la información obtenida acerca de la situación personal del paciente, en forma organizada y sistemática.

Objetivo General:

Integrar información psicológica de los pacientes que acuden a las Unidades de Centros de Integración Juvenil, A.C.

Objetivos Específicos:

- Obtener, organizar, analizar y aportar al diagnóstico integral, la información clínica acerca de los aspectos emocionales que motivan la consulta; sus antecedentes, la situación actual y las condiciones de las diferentes áreas afectadas por el consumo de sustancias adictivas.

- Registrar información de los aspectos emocionales y el funcionamiento psicológico, para el estudio diagnóstico de personas con trastornos adictivos.
- Facilitar la revisión y discusión de cada caso, mediante información de fácil y rápido acceso.

Metodología

La Entrevista Psicológica se integra a la Guía Técnica del Programa Atención Curativa.

Este formato reúne los datos requeridos para establecer un diagnóstico psicológico, con base en las características de los pacientes explorados mediante el uso de la entrevista. Constituye un cambio lógico, que sienta las bases para elegir otros instrumentos psicológicos que complementen la información sobre la personalidad y las funciones psicológicas conservadas, alteradas o deterioradas.

Criterios clínicos

A todo paciente admitido al Programa Atención Curativa se le realizará la Entrevista Psicológica.

Proceso

1. El psicólogo será el encargado de realizar la entrevista psicológica.
2. Se cuenta con 60 minutos para el desarrollo de la actividad y 60 minutos de apoyo para el llenado de l formato. El tiempo puede variar por las condiciones clínicas que presente el caso durante la realización de la actividad. En caso de existir variaciones de tiempo, se registrará en el rubro de observaciones.
3. La evaluación psicológica, es flexible y deberá adaptarse al motivo de consulta y necesidades del paciente.
4. La exploración del motivo de consulta, dará la pauta de cómo realizar la entrevista: sus objetivos, su forma (dirigida, semidirigida, etc.), su secuencia, etc. Se sugiere combinar la entrevista libre y la semidirigida, para dar oportunidad a que el paciente se exprese libremente. Cabe resaltar la importancia de atender al lenguaje verbal y no verbal, ya que de ambos se obtiene información de los aspectos cognitivos y afectivos que subyacen a la condición clínica del paciente.

5. La entrevista no debe restringirse únicamente al consumo de drogas. Aunque este es el tema principal, deberán discriminarse los problemas referidos por el paciente y deberán evaluarse los aspectos emocionales involucrados.
6. Particularmente en pacientes que no acuden voluntariamente, la entrevista deberá manejarse clínicamente, procurando motivarlos.
7. Se valorarán la situación actual y las metas de las áreas: personal, familiar, escolar y/o laboral y social. Esta información se tomará en cuenta para determinar la extensión y duración del estudio psicométrico o psicológico y para sustentar la modalidad terapéutica a seguir.
8. El diagnóstico psicológico que se consignará, deberá contemplar una síntesis de los problemas principales en forma jerárquica, señalando los aspectos que deberán abordarse en la psicoterapia.
9. Se deberán señalar además, las indicaciones terapéuticas que correspondan, mencionando las líneas de trabajo psicológico a seguir, de acuerdo al análisis que el psicólogo haga de la situación particular del paciente.
10. El formato de Entrevista Psicológica proporciona una guía del contenido mínimo necesario para integrar una aproximación preliminar al diagnóstico desde el punto de vista psicológico. Incluye los rubros necesarios para consignar los aspectos que integran la conducta (cognitiva, afectiva y conativa). La última parte del formato esta diseñada para consignar posterior a la entrevista, el recuento de dichos aspectos en forma precodificada, para complementar el programa de informática.
11. El psicólogo con base en la información recabada, efectuará la aplicación del estudio psicométrico o psicológico, o hará la derivación para la aplicación de pruebas a otro psicólogo, cuando el caso así lo amerite.

2.2.4. ESTUDIO SOCIAL

El Estudio Social, como parte del proceso de valoración diagnóstica integral, se constituye como uno de los elementos fundamentales para el conocimiento de los pacientes usuarios de sustancias y sus diferentes contextos ambientales (*Ambiente físico, familiar, escolar, laboral, comunitario, etc.*), los cuales permiten hacer una vinculación de la

información en términos de influencias recíprocas entre los sistemas implicados en el problema de uso de sustancias y de otra variedad de problemas que inciden sobre su funcionamiento personal y social.

Este Estudio implica hacer un reconocimiento de los recursos personales, familiares y comunitarios necesarios y disponibles para el apoyo en la superación de dichas problemáticas.

De igual manera, esta información no sólo es útil como elemento de análisis, sino que se constituye como valioso material para el diseño de las líneas de intervención terapéutica, sobre todo, en términos de Rehabilitación y Reinserción Social.

Por otra parte, este conjunto de datos y análisis nos permite también hacer las conclusiones y clasificación de la situación Socioeconómica de las personas entrevistadas, para establecer los montos de la cuota de recuperación que pagarán por los servicios recibidos.

Objetivo General:

Contar con información que permita obtener un panorama completo del sistema familiar, comunitario y ambiental; sus influencias e implicaciones en el problema del abuso y dependencia a sustancias.

Objetivos Específicos:

- Obtener la información sobre la composición y características del ambiente físico, familiar y comunitario en los que se desenvuelve el usuario de sustancias.
- Especificar en el eje IV del DSM IV, los núcleos problemáticos más significativos involucrados en el surgimiento y mantenimiento del uso de sustancias.
- Contar con la información acerca de los intereses, hábitos y necesidades del usuario de sustancias, así como de los recursos personales, familiares y comunitarios con los que cuenta, a fin de favorecer la formulación de estrategias terapéuticas y de reinserción social.
- Determinar el nivel socioeconómico del usuario de sustancias y su familia, que permita establecer la cuota de recuperación que deberán pagar por los servicios institucionales.

Metodología

Criterios clínicos para derivar a estudio social

Ser usuario de sustancias o familiar de usuario de sustancias. En pacientes menores de edad, se deberá intencionar que acuda un familiar para que ayude a proporcionar información.

Proceso

1. El personal encargado de realizar el Estudio Social será el de Trabajo Social.
2. Se tienen programados 60 minutos para la actividad y 30 minutos de apoyo. Este tiempo podrá variar por condiciones clínicas que presente el caso durante la realización de la actividad; en caso de que suceda, deberá ser anotado en el rubro de Observaciones.
3. Explicar brevemente al usuario de sustancias y/o familia, al iniciar el Estudio
4. Social, los objetivos que se pretenden alcanzar, así como el encuadre de trabajo en que se realizará. Como es del conocimiento del personal de Trabajo Social, la población suele ubicarlos como las personas encargadas de “cobrar” los servicios, desvalorizando el papel tan importante que tienen en la planeación del tratamiento, por ello se recomienda explicitar la importancia de la información que se solicitará.
5. El personal de Trabajo Social deberá preguntar al paciente usuario de sustancias y/o familia, si se le puede visitar en su domicilio (rubro 10 del formato correspondiente), y explicarle claramente el objetivo a alcanzar, y registrar puntos de referencia que faciliten la visita domiciliaria en caso de ser requerida posteriormente.
6. El personal de Trabajo Social deberá consultar el Manual para la fijación de cuotas de recuperación y el tabulador correspondiente a Consulta Subsecuente de Especialidad a fin de determinar el nivel y monto de la cuota a pagar. Se deberá tener presente que la cuota también es establecida considerando las condiciones clínicas de cada caso.
7. Al momento de informar al paciente y/o familia sobre la cuota de recuperación asignada, se recomienda explicitar que la cuota se pagará por cada servicio que se otorgue de manera prioritaria y progresiva, considerando los recursos disponibles.
8. En caso de que la familia acuda a tratamiento sin el usuario de sustancias, se deberá realizar el Estudio Social con base en la información que se conozca sobre el mismo. En caso de que el usuario de sustancias asista posteriormente a solicitar tratamiento, se le deberá realizar el Estudio Social, con objeto de completar o corroborar la información recabada con anterioridad.

9. El Plan Social se conformará por una serie de estrategias de acción establecidas de manera prioritaria y progresiva, considerando los recursos disponibles.
10. No deberá derivarse al usuario o su familia a alguna modalidad terapéutica, sin contar con los resultados del Estudio Social, salvo a Acupuntura o Farmacoterapia.

2.2.5. TERAPIA INDIVIDUAL

En Centros de Integración Juvenil, se cuenta con el Proyecto denominado “Terapia Individual”, para dar atención a los usuarios de drogas, teniendo como base los elementos de una terapia breve con objetivos y tiempo limitado, que requiere indudablemente de una planificación, que parte desde el establecimiento de un diagnóstico hasta la formulación de objetivos terapéuticos.

La Dirección de Tratamiento y Rehabilitación, da apertura para que los Terapeutas trabajen con terapias de corte psicodinámico, gestáltico, programación neurolingüística, humanístico, enfoque de solución de problemas, hipnosis Erikssoniana, etc., siempre y cuando manejen esa técnica y cumplan con la normatividad establecida, teniendo como meta el logro y mantenimiento de la abstinencia de sustancias.

Objetivo General:

Lograr la resolución de los conflictos que están propiciando o manteniendo el consumo de drogas.

Objetivos Específicos:

- ④ Restablecer el nivel de funcionamiento previo al consumo de sustancias psicoactivas.
- ④ Observar la estructura, funcionamiento y mecanismos de defensa utilizados por el yo contra las ansiedades predominantes.
- ④ Sustituir defensas patológicas por otras más adaptativas.
- ④ Aumentar la autoestima.

El objetivo final debe ir encaminado a lograr y mantener la abstinencia a drogas.

Cada Terapeuta de acuerdo a su marco teórico referencial y considerando las características de cada caso en particular, establecerá los objetivos a alcanzar durante el tratamiento.

Metodología

Criterios clínicos para derivar a terapia individual

- Ⓢ Ser usuario de sustancias. Se sugiere retomar los criterios propuestos por Knobel:
- Ⓢ Contar con una estructura yoica relativamente preservada (aunque sea a nivel parcial, como lo presentan los pacientes psicóticos o fronterizos).
- Ⓢ Tener capacidad de hablar y oír.
- Ⓢ Mantener las funciones autónomas del yo.
- Ⓢ Tener una historia bio-psico-dinámica que revele que en determinados momentos evolutivos y situaciones de crisis el paciente consiguió superarlas y continuar su proceso evolutivo con su particular estructuración de su mundo objetal.
- Ⓢ Tener en su historia algún tipo de compromiso emocional positivo con otra persona, indicando que existe una experiencia afectiva confiable.
- Ⓢ Dar muestras de sentimientos de amor, odio, tristeza, desconfianza, alegría o una indiferencia aparente que contraste con lo que su historia revela.
- Ⓢ Establecer una relación con el psicoterapeuta de acuerdo con las posibilidades que tenga el paciente.
- Ⓢ Poder entender cuando se encuentra en situaciones de crisis.
- Ⓢ Revelar directa o indirectamente cierto nivel de motivación para la terapia.

Proceso

Antes de iniciar las sesiones de Terapia Individual se deberá contar con los resultados de: Entrevista Inicial, Estudio Social, Historia Clínica y Entrevista Psicológica.

Los elementos que integran este proceso son: el Diagnóstico, Plan Terapéutico y Tratamiento, cabe recordar que no se dan de manera aislada, ya que son componentes del proceso terapéutico.

Fase Inicial:

- Ⓢ Realizar una devolución de la Integración Diagnóstica del paciente
- Ⓢ Establecer de manera conjunta los objetivos clínicos a alcanzar tanto en términos de la Terapia Individual, como a nivel de la Rehabilitación/Reinserción Social. Es fundamental explicar al paciente sobre los objetivos que sí son posibles de lograr

durante la terapia, señalando de manera clara y directa que se trata de una labor integral y de conjunto, y no sólo una tarea del Terapeuta.

- ④ Explicar las técnicas que se utilizarán durante el tratamiento. Es menester recordar que para la mayor parte de los pacientes que acuden a Centros de Integración Juvenil, es la primera ocasión que tienen contacto con profesionales de la salud mental, siendo de gran utilidad intentar disminuir el nivel de ansiedad, explicando brevemente lo que se hará durante el tratamiento.
- ④ Explicar las medidas de seguridad: a) la contribución del paciente al trabajo terapéutico, b) lo que el paciente puede esperar del Terapeuta y c) las condiciones óptimas para mantener la relación terapéutica.
- ④ Especificar el número, frecuencia y duración de las sesiones terapéuticas. Se tienen considerados 45 minutos de actividad y 15 minutos de apoyo, este tiempo puede variar por condiciones clínicas que se presenten en el transcurso de la terapia, siendo necesario señalarlo en la Nota de Evolución.
- ④ Acordar el día y hora en que se realizarán las sesiones, así como el tiempo de tolerancia que se permitirá para dar inicio a las sesiones. El terapeuta debe valorar la frecuencia de las citas, tomando como base que en las primeras semanas es más difícil para el paciente lograr la abstinencia, si se le cita con mayor frecuencia puede favorecer una abstinencia a corto plazo.
- ④ Especificar el procedimiento a seguir en caso de ausencias. Considerar de antemano las diferentes situaciones que suelen presentarse a lo largo de un tratamiento, por ejemplo: si el paciente falta a sus sesiones sin avisar al Terapeuta, si las sesiones tendrán que ser pospuestas por los períodos vacacionales, incapacidades o asistencias a cursos del Terapeuta, etc.
- ④ Señalar si pagará la cuota de recuperación al inicio o término de las sesiones.
- ④ El Terapeuta elaborará en cada sesión la Nota de Evolución correspondientes, y la incluirá en el expediente asignado al paciente. En caso de inasistencia deberá elaborar la Nota de Evolución e incluirla en el expediente.

Fase Intermedia:

Independientemente de la evaluación que realiza el Terapeuta en cada sesión, se recomienda realizar una evaluación de manera conjunta con el paciente durante la fase media del tratamiento.

Fase de Terminación:

- Durante las 3 últimas sesiones contratadas se debe señalar al paciente la proximidad de la terminación del tratamiento.
- En la última sesión se deberá realizar una evaluación del proceso terapéutico, haciendo una revisión de los objetivos propuestos inicialmente.
- El Terapeuta valorará si procede a otorgar el egreso, de acuerdo a los criterios establecidos en el formato Egreso, o si propondrá al paciente una recontractación.
- Si decide otorgar el egreso, establecerá el plan de seguimiento normatizado. (Consultar el punto Plan de Seguimiento).

Recontractación:

El Terapeuta puede considerar clínicamente pertinente proponer al paciente un recontrato, para lo cual debe:

- Establecer de manera conjunta los objetivos clínicos que se pretenden alcanzar durante este período.
- Especificar el número, frecuencia y duración de las sesiones terapéuticas.
- Acordar el día y hora en que se realizarán las sesiones, así como el tiempo de tolerancia que se permitirá para dar inicio a las sesiones.
- Registrará en el formato clínico Nota de Evolución, los acuerdos establecidos para esta recontractación.
- Posteriormente retomará los procedimientos señalados en la fase intermedia y en la fase de terminación (Se sugiere recontractar sólo en 2 ocasiones).

Rescate:

- Ⓢ Existe la posibilidad de que el paciente deje de asistir a terapia antes de cubrir las sesiones contratadas, en tal caso el Terapeuta valorará la pertinencia de solicitar rescate (Consultar Rescate).
- Ⓢ Si opta por el Rescate deberá solicitarlo a Trabajo Social y llenar el formato clínico
- Ⓢ Rescate – Visita Domiciliaria, registrando claramente los objetivos que pretende alcanzar con esta acción.
- Ⓢ Si el paciente regresa a terapia, deberá realizar un análisis de los motivos que tuvo el paciente para dejar de acudir.
- Ⓢ Si el Terapeuta considera que no es clínicamente recomendable solicitar Rescate, deberá evaluar los logros alcanzados durante el tiempo que se efectuó la terapia, con base en ellos podrá establecer el criterio de egreso que otorgará, registrándolo en el formato clínico Egreso.

Reingreso:

Si se llegara a presentar la situación en que el paciente fue egresado y acude nuevamente a solicitar tratamiento, el terapeuta debe seguir los procedimientos establecidos en Reingreso (Consultar Reingreso).

Plan de seguimiento

Si el paciente es egresado por los criterios de Curación o Mejoría, debe establecerse un Plan de Seguimiento.

Con éste se intenta mantener la comunicación con el paciente, a fin de constatar su evolución para apoyarlo y ofrecerle la posibilidad de que éste recurra a la Unidad en caso de una posible recaída. En el seguimiento el principal aspecto a evaluar es:

- Ⓢ El sostenimiento de los logros alcanzados durante el tratamiento.
- Ⓢ Las características actuales de inserción en su sistema familiar y red social.
- Ⓢ La presencia de factores que indiquen una posible recaída.

En cada sesión de seguimiento se llenará la **Nota de Evolución** y se anexará al Expediente Clínico.

La primera sesión de seguimiento se establecerá al mes de haber otorgado el egreso; la segunda sesión a los dos meses de haber otorgado el egreso; la tercera sesión a los tres meses de haber otorgado el egreso, la cuarta sesión a los seis meses de haber otorgado el egreso y la quinta al año de haber otorgado el egreso.

En los siguientes capítulos analizaremos las actividades realizadas durante el año 2004 en los rubros de Prevención y Tratamiento, cotejando los resultados obtenidos con lo hasta este momento expuesto; así como las dificultades que obstaculizaron nuestra tarea, y por que no, lo que apoyo la misma.

CAPÍTULO 3: EXPOSICIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS DENTRO DE LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN CURATIVA, PERIODO 2004.

En este capítulo se analizarán las actividades realizadas durante el año 2004 en el Centro de Integración Juvenil de Ciudad del Carmen, Campeche. Primeramente se expondrán las actividades realizadas en el Programa de Prevención dentro de sus diferentes proyectos. En un segundo momento se analizará lo realizado en el Programa de Tratamiento, ejemplificando con dos casos clínicos.

Cabe resaltar que todas las actividades debían ser reportadas en formatos estadísticos, con la intención de llevar un registro de lo realizado en la institución, así como justificar los tiempos empleados dentro de la jornada laboral. Esta estadística sirve además, para realizar evaluaciones cuantitativas en torno a la productividad de los Centros de Integración Juvenil y aportar datos para investigaciones institucionales.

3.1. PREVENCIÓN

Como se ha mencionado anteriormente, el programa preventivo de CIJ es muy vasto; la labor impacta a diversos sectores de la sociedad siendo la población prioritaria la que se encuentra en un rango de edad que va de los 10 a los 18 años; esto debido a que diversos estudios demuestran que es la edad en la que se puede iniciar un consumo de sustancias, que a la larga se vuelve problemático. La intención del programa, es la de evitar o retardar en medida de lo posible el consumo de sustancias y toda la problemática que ello acarrea.

A continuación expondré las actividades realizadas durante el año 2004 en el programa de Prevención.

3.1.1. PROYECTOS INFORMATIVOS

Este proyecto lo lleve a cabo en jardines de niños con padres de familia; escuelas primarias, secundarias y preparatorias; así como en diversas instituciones gubernamentales como son: DIF municipal; ISSSTE; IMSS y Centro de Salud Municipal.

La labor se enfocó básicamente a dar pláticas informativas sobre tres temas en específico: *Tabaco, Alcohol y Drogas Ilícitas*. La intención de estas pláticas es la de tener un primer contacto con la comunidad, donde se menciona lo que es CIJ, que hace como lo hace; además de informar respecto a los daños a la salud que provocan estas sustancias. También esta plática sirve para conocer las necesidades del grupo, las creencias en torno al consumo de sustancias y en ocasiones para detectar personas que ya están inmersos dentro de un patrón de consumo de sustancias.

Cabe mencionar que este primer contacto se utiliza para promover los demás programas que ofrece el programa preventivo, siendo prioritario promover la adherencia a alguno de ellos por parte del grupo.

Dentro de los proyectos informativos realice las siguientes actividades (tabla 1 y gráfica1).

3.1.1.1. Información a Concurrentes (IC)

Este proyecto se realiza dentro de las instalaciones de la institución y consiste en proporcionar información a las personas que así lo requieran. También es un primer acercamiento con aquellas personas que andan en busca de alternativas para dar solución a diversas problemáticas. El programa se implementa en dos modalidades: individual y grupal. La duración del programa es de 60 minutos de actividad, con 10 minutos de apoyo.

Las actividades realizadas son las siguientes: En información a concurrentes en su modalidad individual realice 8 sesiones; y en la modalidad grupal realice 8 sesiones, con una cobertura total de 31 personas.

Básicamente, en este proyecto la actividad principal se basaba en proporcionar información a personas que andan en busca de apoyo para algún familiar que presentaba problemáticas relacionadas al consumo de sustancias ilícitas. En este primer acercamiento se informaba a las personas en que consiste el programa de tratamiento, los pasos a seguir y el posible costo de las sesiones. Si a la gente le interesaba se le daba cita para que asistiera a entrevista inicial.

3.1.1.2. Información Pública Periódica (IPP)

Este proyecto se realiza fuera de las instalaciones de la institución. Las pláticas informativas las realice en instituciones de salud y gubernamentales, como son el ISSSTE, IMSS, el Centro de Salud, DIF Municipal y H. Ayuntamiento; la población a quien se dirige la plática, es a los usuarios de los servicios de las instituciones. También realice pláticas con los grupos de Alcohólicos Anónimos, principalmente en las celebraciones de los grupos o en juntas públicas, donde invitaban a participar a la población en general. Además colabore con un grupo de una iglesia cristiana, que se encuentra en una colonia de alto riesgo.

En este proyecto realice 9 sesiones con una cobertura de 218 personas. La duración del programa es de 90 minutos de actividad, 20 minutos de apoyo y 70 minutos de transporte.

La temática que aborde en este proyecto giro en torno al consumo de tabaco y alcohol principalmente. En ellas, se trato el que es el tabaco, que efectos produce en el organismo, porque se considera adictivo el consumo de tabaco, sustancias que contiene el humo de cigarro y daños a corto y largo plazo en el organismo. En cuanto al tema de alcohol, se trato que es el alcohol, efectos en el organismo a corto y largo plazo, consecuencias sociales del consumo de alcohol y consumo de alcohol por género.

Para implementar este proyecto, utilice diversos apoyos didácticos, como el uso de láminas, pizarrón, recursos audiovisuales como películas y presentaciones en power point cuando se contaba con computadora y cañón.

3.1.1.3. Proyecto Escuelas (ESA, ESM, ESP)

El proyecto escuelas es el más importante dentro de los proyectos informativos. Esto es debido a que en este proyecto se trabaja principalmente con la población prioritaria, además de trabajar con padres de familia y maestros. La ventaja que tiene el proyecto escuelas es que la población esta cautiva; esto quiere decir que se encuentran confinados en un aula, en

la mayoría de las ocasiones sin la posibilidad de ausentarse del salón de clases. Se trabaja con escuelas públicas y privadas.

El proyecto se lleva a cabo en jardines de niños, trabajando con los padres de familia principalmente; en escuelas primarias con alumnos de 4º, 5º y 6º, padres de familia y maestros; en escuelas secundarias federales y técnicas, con los alumnos de los diferentes grados, padres de familia y maestros; y en los diferentes planteles de bachillerato (CONALEP, CETis, CETMAR, UNACAR Campus) con alumnos y maestros principalmente.

En este proyecto realice las siguientes actividades: Alumnos (ESA) 14 sesiones con una cobertura de 418 personas; padres de familia (ESP) 5 sesiones con una cobertura de 140 personas, y maestros (ESM) con una sesión y una cobertura de 19 docentes. La duración de este proyecto es de 60 minutos de actividad, 20 minutos de apoyo y 70 minutos de transporte.

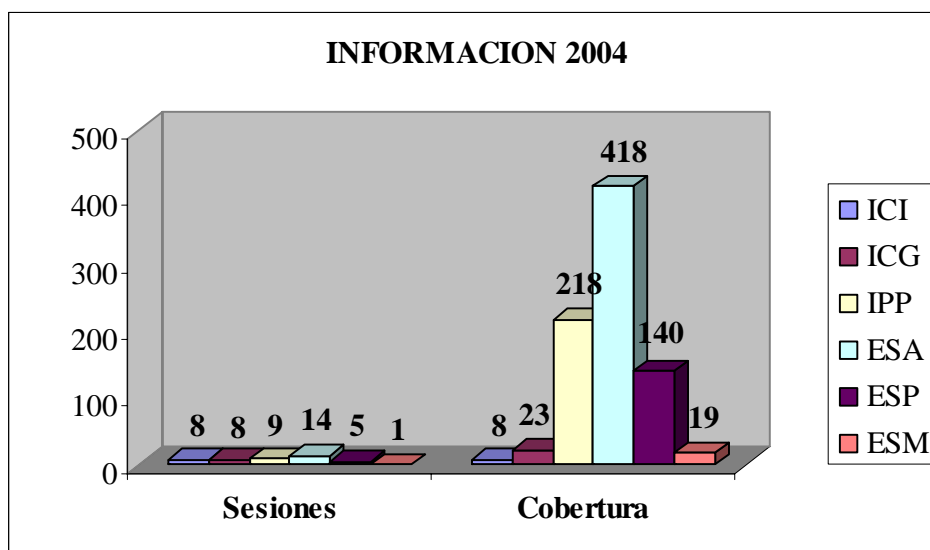
Al igual que en el proyecto IPP, la temática giro en torno a dos temas en concreto: tabaco y alcohol. A diferencia del proyecto anterior, en el proyecto escuelas se utiliza un cuestionario que se aplica al principio de la sesión informativa, con el propósito de apreciar el conocimiento que tienen las personas asistentes para modificar o reafirmar el conocimiento previo de la temática en cuestión.

Para implementar este proyecto, utilice diversos apoyos didácticos, como el uso de láminas, pizarrón, recursos audiovisuales como películas y presentaciones en power point cuando se contaba con computadora y cañón.

INFORMACION

Proyecto	Sesiones	Cobertura	Hombres	Mujeres
ICI	8	8	5	3
ICG	8	23	11	12
IPP	9	218	121	97
ESA	14	418	200	218
ESP	5	140	21	119
ESM	1	19	5	14
TOTAL	45	826	363	463

Tabla 1



Gráfica 1

3.1.1.4. Dificultades en la implementación del Proyecto Informativo

En los proyectos informativos, las mayores dificultades se presentan al momento de realizar la convocatoria para que se conforme un grupo; por ejemplo, en el proyecto IPP en las instalaciones del sector salud, las pláticas se llevaban a cabo en las salas de espera. Esto acarrearba el problema del tránsito de los usuarios de los servicios, la gente que entraba a su consulta, la gente que iba y venía buscando información. Esto generaba distracción en el grupo y un esfuerzo mayor por parte del expositor, ya que debía hacer la sesión lo más dinámica posible con el propósito de mantener la atención y evitar la segregación del grupo. Además, en la mayoría de las ocasiones no era posible pasar a otro nivel de prevención, debido a la falta de continuidad del grupo, debiendo conformarme con lo expuesto en la plática informativa y dejando de cumplir con el propósito de llevar al grupo a otro nivel de prevención.

En los proyectos de IC la problemática es similar; la gente acudía a las instalaciones institucionales en busca de apoyo, principalmente con problemáticas como pueden ser problemas de conducta en infantes o adolescentes, problemas conyugales, etc.; problemáticas que directamente no guardaban una relación con el consumo de sustancias. Siendo concientes de esta situación se procuraba canalizar al demandante del servicio a otras instituciones, a sabiendas de antemano que el apoyo que solicitaban tardarían en

obtenerlo. En CIJ normativamente esta instituido la atención únicamente a personas que presenten problemáticas por consumo de sustancias y a los familiares de estos. En general, este proyecto se prestaba más para orientar y canalizar a personas a otras instituciones que el de brindar información específica en adicciones.

Pasando a los proyectos escuela la labor no presentaba mayores dificultades. El problema más recurrente que se presenta en este proyecto es la negativa de los docentes a participar en las labores preventivas, la mayoría de las ocasiones se alegaba que se tenía mucha carga de trabajo, o se estaba fuera de horario. En varias ocasiones se les planteó la posibilidad de realizar la labor en día sábado, topándonos nuevamente con la negativa de los docentes, alegando ellos que ese era un día de descanso. Otra problemática que se presentaba era la negativa y la indiferencia de la dirección en relación a la labor de Centros de Integración Juvenil, dificultando y rechazando rotundamente la implementación de los proyectos preventivos en sus planteles.

Con los padres de familia no difiere mucho la problemática de la asistencia, ya que la mayoría de las personas en el mejor de los casos, alegaban motivos laborales para no acudir; aunque haciendo justicia cabe mencionar que en los grupos de padres de familia que se conformaban la participación era activa y la retroalimentación a la labor muy grata. Con estos grupos se podía pasar a diferentes niveles de prevención.

En cuanto a los alumnos, las situaciones más serias se presentaban en relación a que son grupos cautivos y en ocasiones no estaban dispuestos a participar en la plática informativa por motivos diversos, y estos podían ser que era la hora que tenían libre, no les interesaba o era la clase de educación física. En fin, lo más complicado con lo que había que lidiar era con los alumnos que pretendían sabotear la plática, la apatía y desinterés del grupo, por lo regular alegaban que la información ya la conocían; esto ocurre principalmente con alumnos de secundaria y bachillerato. Otra problemática que se presentaba con este sector de la población es el tiempo; a nivel secundaria y bachillerato las clases son de 50 minutos y las directivas de los planteles, la mayoría de las veces no nos permitían extender la plática más allá de ese tiempo, dejando de cumplir con los tiempos normatizados y en ocasiones no cerrar adecuadamente la plática informativa. A nivel primaria era raro que se presentara esta situación.

En general, las problemáticas que se presentaban no eran insalvables, simplemente requerían un mayor compromiso por parte del expositor en cuanto a la puntualidad y calidad del servicio que se proporcionaba; facilidad para la comprensión de los contenidos y dinamismo para exponerlos. Compromiso que se debía reflejar tanto fuera como dentro de la institución.

3.1.1.5. Situaciones que favorecen la implementación del Proyecto Informativo

No todo es desfavorable en la labor preventiva, también hay situaciones que favorecen la labor institucional. Laboré cinco años en el Centro de Integración Juvenil de Ciudad del Carmen, y una de las situaciones que favorecen la labor institucional es el conocer el proyecto que se implementa. Es importante conocer y manejar adecuadamente los contenidos que se exponen, además de saber manejar grupos, a través de diversas técnicas como puede ser la expositiva, juego de roles, lluvia de ideas entre otras. Este conocimiento de los contenidos se refleja en una mayor seguridad al momento de afrontar preguntas realizadas por los asistentes a las pláticas informativas.

Cabe señalar la importancia que tiene el trabar relaciones fraternales con directores, docentes y trabajadoras sociales de los planteles educativos, así como con directores y coordinadores de otras instituciones. Este tipo de relaciones favorece la apertura a la labor preventiva y en la mayoría de las ocasiones se obtiene un apoyo incondicional para otro tipo de actividades, como pueden ser los eventos comunitarios o la incorporación a los diferentes proyectos de voluntariado de CIJ.

Es menester en este ámbito promover la colaboración interinstitucional e involucrar a la población en general a participar en las actividades preventivas, con el propósito de fomentar y fortalecer las redes de apoyo comunitario, para en un futuro dar una mejor lucha contra el consumo de sustancias.

También favorece la implementación de los proyectos informativos y de orientación, los convenios que se tengan con otras instituciones; por ejemplo el convenio que se tiene a nivel nacional con el CONALEP. Este convenio estipula la participación conjunta en la elaboración e implementación de jornadas preventivas en los planteles educativos de esta institución, esto durante un periodo de 15 días.

3.1.2. PROYECTOS DE ORIENTACIÓN

Los proyectos de orientación son los proyectos de mayor relevancia que se manejan en la institución. Esto es debido a que el mayor impacto que se puede generar a los usuarios de los servicios de prevención, es dentro de estos.

La metodología que se utiliza en este proyecto, difiere radicalmente con la de los proyectos de información, ya que en estos últimos la dinámica se centra básicamente en técnicas expositivas. En cambio, en los proyectos de orientación se implementan diversas herramientas metodológicas, con el propósito de alcanzar una mejor comprensión de los contenidos por parte de los usuarios de los servicios. Estas estrategias van desde técnicas expositivas, juego de roles, lluvia de ideas, etcétera. En fin, toda una gama de alternativas que faciliten la transmisión y adquisición de los contenidos de los proyectos de orientación.

Dentro de los proyectos de orientación realice las siguientes actividades (tabla 2 y gráfica 2).

3.1.2.1. Orientación Preventiva Infantil (OPI)

Como se menciono anteriormente, este proyecto se desarrolla con niños de entre 10 y 12 años de edad; en mi caso lo realice con niños de 6° de primaria. En este proyecto abrí dos grupos, y en cada grupo lleve a cabo 10 sesiones, con una cobertura total de 62 niños y niñas. El objetivo primordial en este proyecto es el de contrarrestar los factores de riesgo que influyen en el consumo de drogas. El tiempo normatizado para desarrollar las sesiones es entre 60 y 90 minutos, con 20 minutos de apoyo.

Como se menciono en el capítulo 2, la temática gira en torno a dar información respecto a los daños que provoca el consumo de tabaco, alcohol y drogas ilícitas; además de fomentar factores de protección, que ayuden a fortalecer la personalidad de los participantes, a través de diversas estrategias didácticas.

Hay que mencionar que el trabajo con los niños y niñas es gratificante; este segmento de la población es la que más facilita la labor. Esto es debido a que las dinámicas que se implementan se basan principalmente en el juego para abordar la temática propuesta.

Creo que lo más importante en el manejo de este proyecto, es la empatía que se pueda generar con el grupo, además hay que mencionar que por la estructura jerárquica que existe en el ambiente escolar, los niños se predisponen a que uno es el maestro, el que les va a enseñar. Existe un respeto hacia la figura del docente en comparación con otros niveles educativos.

3.1.2.2. Orientación Preventiva Adolescentes (OPA)

En este proyecto realice 32 sesiones que equivale a trabajar con 3 grupos, con una cobertura total de 63 adolescentes; todos ellos de escuelas de nivel secundaria. Al igual que en el proyecto anterior, el objetivo principal es el de contrarrestar los factores de riesgo asociados al consumo de drogas.

La temática en este proyecto, se enfoca en promover habilidades sociales en los participantes en los rubros de autoestima, asertividad, toma de decisiones y solución de problemas. El desarrollo de los temas, se hace a través de dinámicas vivenciales (por ejemplo juego de roles) y diversas técnicas expositivas por ejemplo lluvia de ideas), que faciliten la adquisición de los contenidos, además de utilizar recursos materiales y visuales como son las láminas, proyector de acetatos y diapositivas entre otras.

El mayor obstáculo de este proyecto es el tiempo, ya que por las diversas actividades escolares, en la mayoría de las ocasiones no se me permitía estar frente al grupo más de 60 minutos, cuando el tiempo normatizado es de 90 minutos de actividad. Además otro de los inconvenientes con los que me enfrente es el tamaño del grupo; idealmente se plantea el no tener un grupo mayor a 20 personas y con lo que nos enfrentamos son grupos de por lo menos 35 personas.

Muchos participantes están predisuestos a que la temática que se abordará será aburrida o, son temas que ya han visto en clase. Lo cual implica un reto mayor, el de enganchar a los alumnos a que presten atención y colaboren en la implementación de las diferentes dinámicas grupales.

Y lo contrario ocurre en este proyecto en comparación al anterior. Si a nivel primaria hay un respeto hacia la figura del docente, en el nivel de secundaria y preparatoria este respeto se diluye en el mejor de los casos, y en el peor de los escenarios no existe un

respeto hacia la figura. Esto conlleva a otro tipo de problemática, la lucha de por el control del grupo. Aquí, lo importante es no caer en esta lucha y dejar en claro de que se trata el taller para que el estudiante no este a la defensiva y se genere un ambiente que facilite la labor. Además de ciertas actitudes por parte de los docentes de las instituciones educativas, de las cuales cabe resaltar “el que me puedes enseñar tú”.

3.1.2.3. Círculos de Lectura (CL)

Este es uno de los proyectos de más reciente creación y al que se le ha dado un mayor impulso. Recordemos el objetivo que persigue este proyecto: *Fomentar la lectura de los libros, Cómo proteger a tus hijos contra las drogas y Drogas: las 100 preguntas más frecuentes, para que los padres de familia puedan adquirir y reforzar conocimientos y habilidades en materia de prevención de adicciones*. Me parece que el objetivo en sí es ambicioso, siendo México un país que esta catalogado a nivel internacional como muy pobre en cuanto al hábito de la lectura; por ello que este proyecto es todo un reto.

En este proyecto realice 40 sesiones (8 grupos) con una cobertura de 138 madres y padres de familia. En el se abordo el capítulo VI, el capítulo III y el capítulo V, del libro *Cómo proteger a tus hijos contra las drogas* en ese orden, alternado algunas preguntas del libro *Drogas: las 100 preguntas más frecuentes*. El Círculo de Lectura se puede llevar a cabo en 3 o 5 sesiones, dependiendo de si se cuenta en existencia del libro *Drogas...* El tiempo normatizado de este proyecto es de 90 minutos de actividad, 20 minutos de apoyo y 70 minutos de transporte; con la opción de prolongar el tiempo si es necesario con previo consentimiento de los participantes.

En lo personal, los círculos de lectura los lleve a cabo en 5 sesiones ya que en el momento en que contacte a los grupos se contaba con cantidad suficiente de los 2 libros para entregarlos al finalizar el taller.

Lo relevante de este proyecto es la participación activa de los asistentes. Aparentemente se puede pensar de este proyecto que es muy pasivo, debido a que la metodología marca que hay que realizar una lectura de los libros. Al principio la sesión se torna un poco aburrida y monótona, ya que mucha gente no tiene la costumbre de leer y se traba al hacerlo; esto cambia al empezar con la primera ronda de preguntas ya que a muchas

personas les surgen dudas, preguntas o comentarios de lo que se a leído hasta el momento. Ya para la segunda sesión, las personas han desarrollado cierta confianza con el resto de los participantes y los comentarios comienzan a ser de tipo más personal. En las sesiones subsecuentes la dinámica se agiliza de tal forma que el tiempo transcurre sin apenas percibirlo. Al finalizar el taller, ya la gente esta integrada al grupo de tal forma que se les plantea la conveniencia de seguir dentro del proceso preventivo proponiéndoles el proyecto de Orientación Familiar Preventiva.

La gratificación personal que deja este proyecto es la apertura de los participantes y las experiencias que narran en torno a su situación particular, enriqueciendo la labor preventiva de la institución; además del reconocimiento que se hace a la figura del moderador.

3.1.2.4. Orientación Familiar Preventiva (OFP)

Este proyecto en particular ha dejado de recibir la atención que se le merece, ya que ha sido desplazado por el proyecto de Círculos de Lectura.

En lo personal, fui el único integrante del equipo técnico de CIJ Carmen que realizó acciones dentro de este proyecto; esto, debido a la demanda que hacían las personas que participaban en los círculos de querer más información y formación dentro de los programas preventivos que ofrece la institución.

Al igual que los *CL*, la Orientación Familiar Preventiva es un proyecto que esta dirigido a los padres de familia y al igual que los demás proyectos de orientación, se realiza en instituciones educativas básicamente, aunque puede llevarse a cabo en otros lugares, como puede ser en instituciones de salud, iglesias o dentro de las colonias de la comunidad.

En este proyecto lleve a cabo 36 sesiones, que equivale al haber formado 3 grupos de 12 sesiones cada uno. El número de participantes fue de 44 personas (41 mujeres, 3 hombres). El tiempo normatizado es de 90 minutos de actividad, 20 minutos de apoyo.

La temática del proyecto, giro en torno al tema de autoestima, asertividad y solución de problemas, orientando los temas en la participación más personal para loas asistentes, más vivencial que teórico. Las sesiones se estructuraron de manera, que al empezar se sondeaba al grupo en torno al tema con el propósito de conocer su opinión al respecto; después se daba una breve explicación del tema, para dar paso a la dinámica vivencial. En estas

dinámicas se abordaba el tema con mayor profundidad, lo cual permitió una apertura en los grupos lo que conllevó a una mejor integración y a la larga a una mayor participación por parte de los asistentes.

Con este proyecto en particular me di cuenta de la necesidad que existe en la comunidad de brindar servicios de este tipo. En el nivel educativo la demanda que existe es mucha, y la realidad que se refleja es la carestía de servicios de este tipo. Los organismos que supuestamente deben de atender estas demandas se encuentran, por una parte sin presupuesto y sin personal para llevarlos a cabo, y por otra parte con la apatía de las autoridades educativas a nivel municipal y estatal para ofrecer alternativas al respecto. Con esto quiero decir, que en los grupos de padres se presenta una magnífica oportunidad para generar cambios a corto y largo plazo, siempre y cuando se les brinde un servicio de calidad y se sepa abordar tanto la promoción del servicio, como los contenidos del mismo.

3.1.2.5. Grupos Organizados (GO)

Este proyecto está dirigido hacia la capacitación de personas que estén interesadas en realizar actividades de prevención; además del personal de diferentes instituciones con las cuales se tiene convenio de colaboración interinstitucional.

El proyecto de *GO*, es uno de los más complicados de implementar, esto debe a diferentes factores, entre los que destacan el nulo interés de las instituciones por los programas preventivos de adicciones y la falta de compromiso de la ciudadanía para con su comunidad. Además de que con el *GO* se pretende formar y fortalecer redes sociales. Se entiende por redes sociales, como la articulación orgánica de grupos, y personas, tanto de los sectores urbano populares, como campesinos, con necesidades afines. Estos sectores confluyen en áreas espacio temporales similares y presentan objetivos comunes, que le dan identidad propia y perspectiva de permanencia.

La importancia de promover las redes sociales radica en el entendido de que las instituciones gubernamentales y no gubernamentales carecen de recursos para afrontar las problemáticas cotidianas: Es por ello que se pretende involucrar a la sociedad civil en el planteamiento de soluciones y toma de decisiones a la problemática en común; a grandes rasgos fomentar la responsabilidad social.

Pasando a lo realizado en este proyecto, en el año 2004 lleve a cabo 50 sesiones, que equivale al haber formado 5 grupos de 10 sesiones cada uno; con una cobertura de 70 personas (45 mujeres, 25 hombres).

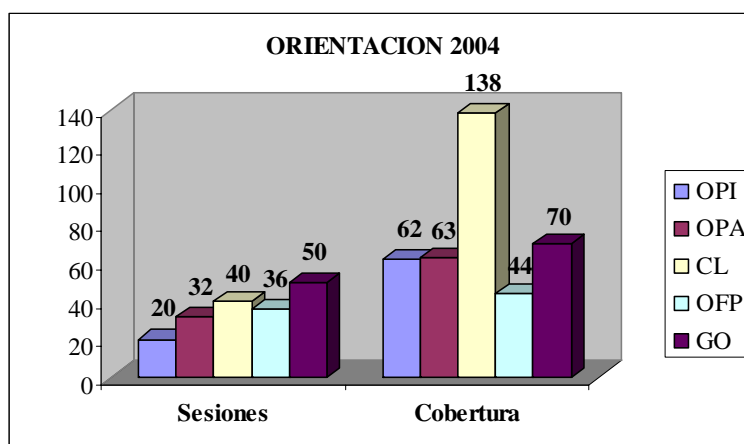
La temática que se maneja en este proyecto estuvo relacionada a contenidos teóricos sobre adicciones y género; al manejo de ciertos programas institucionales como los Círculos de Lectura e implementación de talleres de habilidades sociales. La capacitación se llevó a cabo con personal del Centro de Atención a Menores Infractores en la ciudad de Campeche; docentes de escuelas primarias y personal del DIF Municipal. También se capacitó a un grupo de señoras, las cuales participaron primeramente en los círculos de lectura, seguido de la orientación familiar preventiva, para concluir con la capacitación.

Los inconvenientes que presenta este proyecto se encuentra en uno de los objetivos que persigue, la captación de voluntarios. Antes de comenzar la capacitación, se le expone a los participantes que el captar voluntarios es una de las intensionesintenciones de la misma; muy poca gente se muestra receptiva ante tal idea ya que la mayoría de los asistentes que provienen de instituciones no están dispuestos a aportar algo de su tiempo y conocimiento en beneficio de terceros. Otro inconveniente que presenta el *GO* es la falta de espacios para llevar a cabo las acciones; la mayoría de las instituciones no cuenta con un programa de capacitación para el personal, y cuando se les ofrece el proyecto se nos argumenta que no se cuentan con tiempos para destinarlos a ello.

En lo personal considero que este es el proyecto que mayores exigencias presenta; primeramente por que se requiere de una gama de conocimientos para dar respuesta a las interrogantes de los participantes; en segundo lugar la capacidad para elaborar los contenidos de la capacitación, así como de materiales didácticos y de apoyo para la exposición de los mismos; terceramente el compromiso personal para cumplir con los objetivos del curso, además de la apertura para recibir críticas en relación a lo expuesto; y por último la capacidad de negociar con los directivos o encargados de instituciones para lograr comprometer tiempos y espacios institucionales para realizar el proyecto.

ORIENTACION

Proyecto	Sesiones	Cobertura	Hombres	Mujeres
OPI	20	62	26	36
OPA	32	63	24	39
CL	40	138	27	111
OFP	36	44	3	41
GO	50	70	25	45
TOTAL	178	377	105	272

Tabla 2**Gráfica 2****3.1.2.6. Dificultades en la implementación del Proyecto de Orientación**

Las dificultades que presentan los proyectos de orientación se encuentran básicamente en el manejo de los tiempos. Por ejemplo, en la implementación del *OPA* se vuelve problemático el agendar las actividades, ya que difícilmente se nos permite ver a un grupo el mismo día a la misma hora cada semana, ya que el argumento que se nos da es que se perjudica a una materia; esto debido a que se atrasa el profesor en la consecución del programa educativo; esto nos lleva a la necesidad de hacer un ajuste y ver al grupo en diferentes horarios y días, lo cual en la mayoría de las ocasiones afecta en la continuidad del proyecto.

Otra dificultad que se debe sortear es la apatía de algunos profesores y directivos de instituciones educativas. Esto se debe en muchas ocasiones a la mala percepción que se tiene del trabajo preventivo, ya que otros organismos que se encargan de hacer esta labor no

cumplen con lo ofrecido, ya sea en el sentido de que los contenidos no son los apropiados, la exposición de los mismos es deficiente o simplemente no se acude a brindar el servicio, generando una mala imagen a las instituciones gubernamentales y no gubernamentales en general.

Las adversidades también surgen al momento en que se desarrolla la labor preventiva. Por ejemplo, la pugna que se da al interior de los grupos; se debe tener en cuenta las relaciones que se generan al interior de los grupos, entender que son grupos de personas ya estructurados y por lo mismo con sus propias reglas. Hay ocasiones en que ciertos integrantes de los grupos cuestionan la labor que realiza el facilitador, se cuestiona en el sentido de la validez de los contenidos o la congruencia entre lo que se dice y se hace a nivel personal. Si no se sabe manejar estas situaciones, se pierde el control y la atención del grupo; lo más sano es ser honesto con el grupo y si por ejemplo se pregunta que si en lo personal se fuma cigarrillos lo sensato es reconocer que si en el caso de que así sea; esto favorece la apertura del grupo ya que perciben de que se esta siendo honesto y al momento de implementar algún tipo de dinámica, favorece la participación e intercambio de puntos de vista.

Dentro de los proyectos que se realizan con padres de familia, la única inconveniencia que se presenta es al momento de la convocatoria para dar a conocer la labor de orientación, ya que se convoca a los padres de familia de los niños de 6° año de primaria por ejemplo, y nada más acude un 30% de los padres de los cuales menos de la mitad se compromete a asistir a alguno de los proyectos.

También lo que dificulta la labor son las trabas burocráticas y la corrupción que existen en muchos organismos del sector gubernamental. En el 2004 llego la orden de implementar los *CL* a nivel estatal en colaboración con la SECUD (Secretaria de Educación, Cultura y Deporte) del estado de Campeche, se me encomendó realizar las gestiones para llevarlo a cabo, realice los contactos pertinentes para ello, se contaba con los libros para arrancar las actividades, y nunca se obtuvo una respuesta en cuanto a la propuesta del proyecto. Meses después se me comunico que al secretario de la SECUD no le interesaba el proyecto, y de manera informal se me informo de que no se contaba con el presupuesto para realizar el proyecto ya que este se había destinado a la campaña política del actual gobernador del estado.

3.1.2.7. Situaciones que favorecen la implementación del Proyecto de Orientación

Las situaciones que favorecieron la implementación de los proyectos de orientación se relacionan con los apoyos que brindan las instituciones ya sea educativas o de otro tipo, para implementar los proyectos sustantivos en sus instalaciones, esto, gracias al conocimiento previo que se tiene de la labor institucional. Esto es debido al trabajo que se ha realizado anteriormente y los resultados que se obtienen de lo implementado, genera una confianza en los Centros de Integración Juvenil, lo cual al ofrecer un nuevo proyecto institucional difícilmente se niega el acceso para llevarlo a cabo.

La carencia de un departamento de orientación en algunas instituciones escolares también favorece la implementación de los proyectos de orientación ya que se viene a cubrir un vacío en cuanto a información y formación de hábitos positivos en la población estudiantil de estos planteles, lo cual refuerza la confianza que se tiene a la institución.

Al igual que en el punto anterior, en el caso de los proyectos dirigidos a los padres de familia, muchas escuelas no cuentan con un programa de apoyo para padres, que es conocido como Escuela para Padres. Al ofrecer los servicios institucionales, muchos padres de familia se enganchan ya que existe una carencia en cuanto a información respecto a adicciones, además la demanda de muchos de ellos, es el solicitar el apoyo en cuanto a la educación de sus hijos. Cabe señalar que se les menciona a los padres de familia que la educación de sus hijos es responsabilidad de ellos, y los servicios que se les brindan son un apoyo para esa tarea.

En cuanto al rubro de la capacitación, en aquellas instituciones que se ha logrado tener presencia con los programas preventivos, se genera a largo plazo una corresponsabilidad en cuanto a la atención de la problemática que causan las adicciones, ya que se genera una sensibilidad hacia al problema que redundo en un bien común: “Yo te apoyo y tu me apoyas”; esto ocurre principalmente con las instituciones educativas.

Para finalizar la exposición de los proyectos preventivos (información y orientación) antes de pasar a lo realizado en Tratamiento, cabe hacer unas reflexiones.

Los resultados obtenidos en prevención en el rubro de la cobertura, es importante remarcar que las personas que asisten con mayor frecuencia a las actividades son las mujeres, en comparación con los hombres. La justificación lógica a esto, se basaría en que las mujeres acuden por que la mayoría de ellas se dedica a las labores del hogar y culturalmente es a ellas las que se les encomienda la educación de los hijos; en cuanto a los hombres supuestamente se encuentran realizando actividades que les remunere para poder sostener económicamente un hogar. Señalo esto, debido a que muchas madres que asisten a las actividades que realiza CIJ, están casadas con personas que se dedican a la extracción del petróleo, y la característica más relevante es que muchos hombres trabajan jornadas en las que se embarcan a una plataforma por 14 días y permanecen en tierra durante otros 14 días; lo cual lleva a pensar que muchas de estas personas podrían asistir a alguna de las actividades que se realizan. ¿Realmente el compromiso de los hombres para con sus hijos es menor en cuanto a la educación? Desde la perspectiva de género pareciera que así es, aunque creo que las implicaciones de esto van más allá de un simple estereotipo, y este no es el mejor momento para abordar esta cuestión.

También es importante señalar, que los centros educativos son los que más se prestan para llevar a cabo acciones preventivas; primeramente por que se cuenta con un sector de la población que es cautivo: los estudiantes. Esto, creo yo, es debido en parte por la comodidad de no lidiar con la negativa de otras instancias, como puede ser el sector laboral o el sector salud, además de no contar con la capacidad para abordar otro tipo de población que en un momento dado puede ser inquisitiva. Se debe de diversificar el servicio a los demás sectores de la población, para que a mediano plazo la institución se afiance en el conocimiento de la población en general y se sepa que se cuenta con una opción en el tratamiento de las adicciones.

Ya para dar paso a la exposición de lo realizado en Tratamiento, quisiera mencionar que la labor preventiva de cualquier problemática es vital, ya no importante. Lo considero así, ya que México es un país que se ha caracterizado por la falta de recursos económicos para dar solución a los problemas más elementales que nos aquejan como nación, y ya no hablar de problemáticas más serias donde el despliegue de recursos debiera ser mayúsculo, como

puede ser el combate al narcotráfico. De ahí que la prevención, en particular la de adicciones cobra sentido, y mayor es este cuando nos damos cuenta de que ya no debemos de esperar a que sea el gobierno el que nos de la solución a esto; debemos ser nosotros como sociedad civil los que debemos de dar los pasos para generar los cambios que este país requiere y como consecuencia ir terminando o disminuyendo toda esa gama de problemáticas que no nos permiten avanzar como personas y sociedad.

3.2. ATENCIÓN CURATIVA

A continuación, voy a dar paso a la exposición de lo realizado dentro del programa de Atención Curativa durante el año 2004. Antes de eso, cabe recordar los objetivos que persigue el programa de atención curativa, para que a su vez se analicen a la luz de la experiencia personal en esta área.

Los objetivos del programa de atención curativa son:

- Reducir y suprimir el uso de sustancias adictivas.
- Acortar el curso y la evolución de las conductas adictivas.
- Identificar y tratar los padecimientos asociados con el trastorno adictivo (comorbilidad).
- Identificar y tratar los patrones de relación familiar que propician y mantienen el comportamiento adictivo.

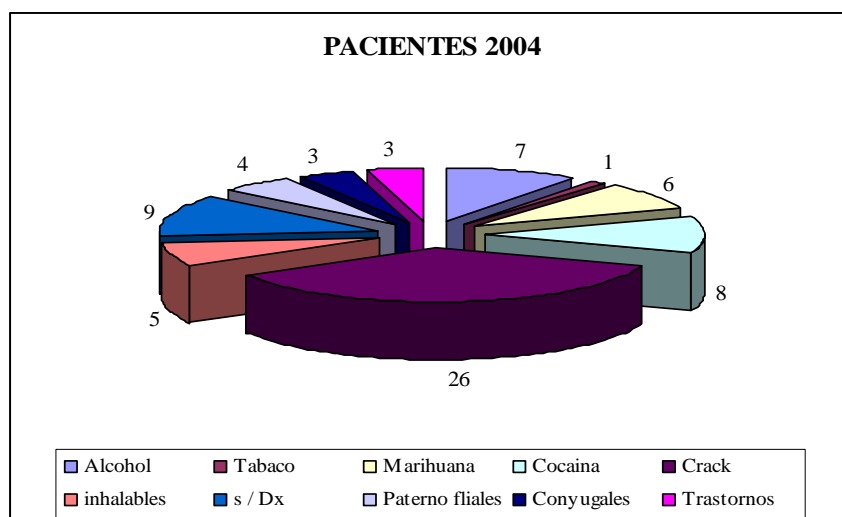
Antes de realizar dicho análisis expondré de manera breve lo realizado durante el año 2004. En ese año atendí a pacientes con problemas relacionados con el consumo de sustancias (FD) y paciente que presentaban otro tipo de problemática (No FD).

En este proyecto atendí a un total de 62 personas FD brindando 235 sesiones de una hora aproximadamente. Los motivos de consulta se dividen de la siguiente manera: consumo de crack, 26 personas; consumo de cocaína, 8 personas; consumo de alcohol, 7 personas; consumo de marihuana, 6 personas; consumo de solventes inhalables, 5 personas; consumo de tabaco, 1 persona; y 9 personas que no se diagnosticaron.

En cuanto a los pacientes No FD, atendí a 10 personas brindando 62 sesiones de una hora aproximadamente. Los motivos de consulta se dividen de la siguiente manera: 4 personas por problemas paterno-filiales; 3 personas por problemas conyugales; y 3 personas por trastornos de orden psiquiátrico (2 esquizofrenia, 1 agarofobia) (Tabla 3 y Gráfica 3).

Pacientes FD	Pacientes No FD
Crack	Problemas Paterno Filiales
Cocaína	Problemas Conyugales
Alcohol	Trastornos Psiquiátricos
Marihuana	
Solventes Inhalables	
Tabaco	
Sin Diagnostico	
TOTAL	TOTAL
62	10

Tabla 3



Se hace necesario aclarar que Centros de Integración Juvenil, únicamente atiende a personas que presentan problemas por consumo de sustancias ya sea de manera directa o

indirectamente; esto lo señalo debido a las personas que atendí y no entran dentro de esta categoría.

Menciono que la forma de conceptualizar el problema, proviene de la psicología cognitivo-conductual, esto es que el abordaje debe ser dirigido a que el ser humano es un ente bio-psico-social. Esto quiere decir que se tiene un cuerpo, una mente y que se vive en sociedad. Aunque el uso de la teoría cognitivo-conductual no es restrictivo, ya que se cuenta con la libertad de abordar la problemática desde otras perspectivas teórico-metodológicas acordes a las preferencias teórico-metodológicas del psicólogo.

El servicio que ofrece CIJ y como su nombre lo dice es: Atención Curativa; con este nombre se engloba tanto al tratamiento como a la rehabilitación, ¿pero que se entiende por tratamiento y que es la rehabilitación? En términos de las adicciones, se concibe al tratamiento como el conjunto de modalidades específicas (por ejemplo, farmacoterapia, psicoterapias, terapia del comportamiento) tendentes a eliminar síntomas específicos y comportamientos problemáticos; en tanto que la rehabilitación implica una intervención más duradera, dirigida hacia un aprendizaje permanente de capacidades y mecanismos nuevos de superación.

En la práctica profesional dentro de la institución, lo que se pretende primeramente es la disminución o supresión del consumo de sustancias por parte del paciente. De primera vista parece conveniente plantearle como un primer objetivo al paciente, e institucionalmente es el lineamiento a seguir. ¿Qué implicaciones presenta esta premisa? La implicación más relevante es la adherencia que se da al tratamiento. La adherencia tiene que ver con la permanencia y sujeción del paciente hacia al tratamiento que se tenga. . En diversos estudios que ha realizado la institución, se demuestra que la adherencia al servicio es menor del 30%, en relación a la cantidad de pacientes de primera vez. Estos datos sugieren que algo ocurre en las primeras etapas del tratamiento, y como sugieren los estudios, las hipótesis que se generan en torno a la deserción se dan por sucesos en lo concerniente al paciente, que por cuestiones institucionales (CIJ, 2000; *Trastornos de ajuste psicosocial entre usuarios de drogas que inician tratamiento en Centros de Integración Juvenil*. CIJ, 2001a01; *Adherencia a tratamiento en una muestra de usuarios de drogas*)).

Estos estudios permiten reflexionar en cuanto a que factores facilitan o inhiben la adherencia o deserción al tratamiento por parte del paciente Entonces me surgen las

siguientes interrogantes ¿Qué papel desempeña el psicólogo para facilitar la adherencia al tratamiento? ¿Hasta que punto influyen las propiedades químicas de las sustancias, para que la adherencia al tratamiento se de o no? ¿La adicción es imaginaria o corporal, y como influye esta para que se de la cura?

Preguntas que procurare ir dándoles respuesta a medida que avance con el análisis de lo realizado durante el año 2004. Para esclarecer esas interrogantes, voy a hacer uso de dos conceptos, los cuales son: *Realidad y transferencia*. Pero, ¿por que hacer uso de dichos conceptos? Al hacer diferentes lecturas para complementar la información de este escrito, me tope con líneas en las cuales se lee a grandes rasgos que la gente consume drogas para escapar de su realidad. ¿Cuál realidad? Y, ¿por que utilizar el concepto de transferencia? Por que dicen que la transferencia es lo que facilita o dificulta la “cura”.

A mi parecer estos conceptos pueden ser relevantes y tomados en cuenta, ya que considero que no se le ha dado suficiente claridad al papel que juega el terapeuta en el tratamiento y rehabilitación del consumo de drogas. Por tal motivo haré una breve revisión de los conceptos y los cotejaré con la labor realizada con algunos pacientes, para dar paso a una autocrítica y crítica institucional en los siguientes apartados.

3.2.1. Dificultades en la implementación del Proyecto de Atención Curativa

Creo que la principal dificultad que se presenta en este proyecto, es el excesivo trámite burocrático y de papeleo por la cual debe transitar el paciente. Me explico: Primeramente, el paciente debe de hacer contacto con la institución para la solicitud de tratamiento; segundo, se hace una valoración de la petición del paciente para ver si cubre las características de “paciente con problemas relacionados al consumo de sustancias” -esto significa que no se le puede proporcionar el servicio de atención psicológica o médica a cualquiera que la solicite, sino que debe de existir un antecedente-, estas características se encuentran descritas en el DSM-IV (R); en tercer lugar, se lleva a cabo la fase diagnóstica, que comprende la entrevista inicial, la historia clínica, el estudio social y la entrevista psicológica – las investigaciones arrojan datos de que es en esta fase cuando se presenta el mayor número de deserciones al tratamiento (CIJ, 2001a1; ~~Adherencia a tratamiento en una muestra de usuarios de drogas~~); en cuarto lugar, se lleva ya la fase de tratamiento

propriadamente dicha, donde se llevan a cabo las acciones acordadas con el paciente; y por ultimo, una fase de seguimiento para evitar posibles recaídas en lo futuro.

Otra dificultad que se presenta, es cuando no se sabe aplicar toda la serie de formatos dentro de la fase diagnóstica, lo que dificulta en principio, la colaboración del paciente para proporcionar los datos que se requieren. Además, sino se “lee” correctamente la angustia del paciente, se puede propiciar el abandono del proceso terapéutico. Esto ocurre cuando se da prioridad a la consecución de los datos que solicita el formato y se deja de lado la necesidad del paciente de ser escuchado.

Siguiendo en este rubro, otra dificultad que se presenta, es la falta de coordinación del equipo técnico, ya que en la fase diagnóstica interviene el psicólogo, el médico y trabajo social. Esta falta de coordinación sucede cuando no se ajustan los tiempos del equipo técnico y hay un desfase en la colección de los datos, lo que en ocasiones provoca que no se de un diagnóstico adecuado y, por consiguiente un plan terapéutico deficiente.

Aunada a la anterior, una dificultad más que se presenta es el manejo de los tiempos. En ocasiones, la demanda de tratamiento era mayor a la que se podía atender, y eso dificultaba el dar una cita a las personas, que en ocasiones tenían que esperar una semana para poder brindarles el servicio; lo que provocaba que en numerosas ocasiones no acudieran a las citas programadas. Dentro de este rubro esta también que en ocasiones no se podía dar consulta dos o tres veces por semana a pacientes que así lo ameritaban.

También lo que complica la implementación de este proyecto, es el desconocimiento de alguna teoría psicológica que sustente el proceso terapéutico, ya que cuando no se cuenta con esto, se anda a oscuras y el servicio que se proporciona al paciente es deficiente. Dentro de este rubro, es necesario conocer el como utilizar el DSM-IV, ya que en la fase diagnóstica, dentro de la entrevista psicológica se solicita un diagnóstico sustentado por este manual.

En relación al paciente, una complicación que aparece a menudo es la falta de interés a la adherencia a un plan terapéutico. Esto es debido, principalmente, a que la persona es llevada al servicio en contra de su voluntad, ya que fue un familiar el que hizo la demanda del servicio y no la persona señalada como paciente. También ocurre que es la familia del paciente la que obstaculiza el tratamiento; ya que en la mayoría de las ocasiones se requiere

del apoyo del familiar y este se niega a asistir a las sesiones argumentando que el no tiene problemas, y a la larga tiende a presentarse la deserción del tratamiento.

Obstaculiza de igual forma la severidad del síndrome de abstinencia que llegue a presentar el paciente, ya que en numerosas ocasiones se presenta el “craving” lo que puede llegar a provocar recaídas severas y por consiguiente el abandono del proceso terapéutico.

En otras ocasiones es el mismo terapeuta el que dificulta la adherencia al tratamiento, ya que lo que se va vertiendo en las sesiones se hace insoportable a la escucha del terapeuta, y este tiende a evadir el tratamiento arguyendo diversos motivos para no atender más al paciente. Esto evidentemente tiene que ver con el tema de la transferencia.

Siguiendo sobre la línea anterior, otra limitante que se presenta para desarrollar la labor es la falta de una supervisión clínica ya que en ocasiones se presentan casos en los que se necesita una retroalimentación, para salir de un estancamiento, para complementar el proceso terapéutico o para observar aspectos que no han sido considerados dentro de las sesiones.

Quedan los temas de la realidad y la transferencia por tratar. Pospondré el abordaje de estos temas para más adelante. A continuación mencionare las situaciones que favorecen la implementación del tratamiento.

3.2.2. Situaciones que favorecen la implementación del Proyecto de Atención Curativa

Hay que mencionar que una situación que favorece la implementación del proyecto de atención curativa es la cuestión institucional. Esto es, que al contar por lo menos con los recursos mínimos para operar se puede brindar un servicio que le es necesario a la comunidad. El centro cuenta con la plantilla de personal profesional, que consiste en un médico, psicólogo y trabajadora social; aunque cabe señalar que este personal es insuficiente para cubrir toda la demanda, en medida de lo posible se procura realizar la tarea.

Una situación que es importante señalar es el reconocimiento hacia la institución, gracias a la experiencia que se tiene en el abordaje de problemas relacionados con el consumo de sustancias, que se ha visto favorecido por treinta y cinco años de labor. Esto

conlleva un prestigio y reconocimiento a nivel nacional e internacional, que en lo particular me ha llevado a tratar de hacer la labor lo mejor que se pueda.

Aunque no se cuenta con la supervisión clínica, por lo menos se proporciona capacitación a distancia por parte de la institución, con el propósito de dar a conocer diferentes técnicas y tratamientos que se pueden utilizar en el abordaje de las adicciones; así como información en relación a las drogas y como estas llegan a afectar el cuerpo. También se proporcionan temas relacionados con el consumo de sustancias (familia, cultura, fisiología, etc.) y que en un momento dado pueden enriquecer la comprensión de la problemática.

También lo que favorece la labor son los costos que maneja la institución. Al ser Centros de Integración Juvenil una asociación civil y sin fines de lucro se puede proporcionar el servicio a cualquier persona que presente problemas relacionados al consumo de sustancias a un costo accesible. Cabe señalar que dentro del estudio social se fija la cuota que pagará el paciente, y que en caso de que no se cuente con el recurso económico se puede prescindir del cobro del mismo.

Otro factor que posibilita la tarea es que institucionalmente no se obliga al personal a abordar la problemática desde una sola perspectiva teórico-metodológica, sino, que se da la opción de que el psicólogo aplique lo que mejor le convenga para la comprensión de la situación. Además de que se cuenta con manuales para abordar diversas problemáticas, como puede ser el consumo de cocaína o el consumo de tabaco (CIJ, 1999c; ~~*Tratamiento de la adicción a la cocaína: Un enfoque cognitivo-conductual*~~. CIJ, 2002n; ~~*Tratamientos específicos por sustancia: Tabaco*~~).

Por parte del paciente, ayuda el que se este conciente de la problemática que tiene y que tenga el deseo de hacer algo al respecto, lo que posibilita el proceso terapéutico y el que se realicen las acciones que se vayan sugiriendo en el transcurso de las sesiones; además de considerar el tiempo que se lleva consumiendo, la frecuencia y la cantidad de sustancia con el propósito de anticipar una recaída debida al síndrome de abstinencia.

Es importante contar con el apoyo de la familia del paciente, ya que, en caso de que se presente el “craving” esta pueda funcionar como un mecanismo de contención y sustento hasta que esta pase. Además de que refuerza y fortalece la decisión del paciente de mantenerse en abstinencia.

También es conveniente saber respecto a las drogas. Saber que efectos producen estas al organismo (efectos físicos y psíquicos); de que forma y en que presentación se consigue; que cantidad si se consume puede ser fatal; cuáles son las que producen tolerancia de manera inmediata de las que no la producen; etc. Esto con la finalidad de prever un curso de acción y determinar en que casos es recomendable llevar, además del tratamiento psicológico llevar un tratamiento farmacológico.

Otra situación que apoya el tratamiento, es la coordinación interdisciplinaria que debe de existir dentro de la institución, con el propósito de brindar un mejor servicio al usuario y elaborar un plan terapéutico integral acorde a las necesidades del paciente. Además de que las instalaciones que se dediquen para tal fin se encuentren en óptimas condiciones.

Por parte del terapeuta, es importante tener en claro la postura personal que se tenga en torno al consumo de drogas, para que en primer lugar se eviten -en medida de lo posible- juicios de valor, y en segundo lugar la escucha al paciente sea abierta y cause el menor malestar posible.

Siguiendo sobre el punto del terapeuta, es importante respetar los tiempos acordados, ya sea en el sentido de ser puntual con el horario de la cita o en tiempo que marca la institución para llevar a cabo la tarea. Hay que tener en cuenta que el manejo del tiempo puede ser un inconveniente para el paciente, ya que en ocasiones no bastan 60 minutos para llevar a cabo la sesión ya sea por impuntualidad del paciente o no de el tiempo para abordar otros aspectos que se van presentando en la sesión. El manejo del tiempo esta en el entendido de generar patrones de conducta que se vayan amoldando a realizar actividades programadas -ya sea el asistir a clases o dentro de un horario de trabajo- socialmente aceptables.

Como podrá apreciarse, pueden ser múltiples los factores que favorezcan o entorpezcan la labor en el programa de Atención Curativa. Hasta el momento expuse a los que a mi parecer pueden ser los más relevantes y no dejar de tomarlos en cuenta. También es necesario entender que el consumo de drogas no debe ser abordado como un problema en si, sino, como la consecuencia de una situación mucho más compleja y que el consumo juega el papel de matizar y en casos ocultar el malestar principal.

A continuación abordaré dos conceptos que a mi parecer son importantes a considerar dentro del abordaje de la problemática que representa el consumo de drogas y que no se les ha puesto la atención necesaria. Estos conceptos son: *Realidad y Transferencia*. ¿Y porqué abordar estos conceptos?

3.2.3 Realidad y Transferencia

El interés de abordar estos conceptos surge en el momento de hacer la revisión de las actividades realizadas en el rubro de tratamiento, específicamente al revisar unos casos clínicos, surgiendo varias interrogantes: ¿Pude haberlo hecho mejor? ¿Qué hizo falta en este caso? ¿Qué elementos no tome en cuenta al proponer un plan terapéutico? La respuesta a las interrogantes anteriores sale a la luz en el momento de hacer una revisión bibliográfica, notar el posible papel que juega la realidad en todo esto; además el concepto de transferencia surge al observar el porcentaje de adherencia terapéutica en el tratamiento de adicciones y ver que el nivel de efectividad es aproximadamente del 30% de personas que concluyen el proceso terapéutico.

Al pensar respecto a la realidad observo que es algo complicado de definir, ya que aquí cabría muy bien el citar el dicho de “cada cabeza es un mundo”. Esta complejidad se refleja en la multiplicidad de conocimiento que existe para explicar un solo fenómeno, en este caso el de las adicciones. Por ello cuando en terapia se habla de ubicar al paciente “en la realidad” ¿a qué realidad nos referimos?

Creo que aquí es donde se juega el papel primordial de la función del psicólogo, el papel de atender las demandas del individuo o atender las demandas de la sociedad. Una interrogante que debe ser subsanada por cada persona que ejerza esta profesión.

Al pensar en ello, se ve la importancia que juega la institucionalidad y la institucionalización del sujeto en todo esto, ya que es la sociedad la que dictamina las normas y patrones de conducta a seguir, lo que “esta bien de lo que esta mal”. Y es a través del Estado que se regula todo esto. ¿Y la realidad? sin meternos a fondo en el tema, la realidad es algo que se internaliza en el individuo a través de los otros, llámese familia, sociedad o escuela y se convierte en algo propio que se ve reflejado en los actos y dichos de la persona.

Retomando las palabras de Philip Wheelwright (1979) "...las principales características de la realidad viviente parecen ser tres: es presencial y tensiva; es unitaria y se caracteriza por la compenetración entre sus elementos; y es, finalmente, perspectiva, y por ello latente, y se nos revela sólo de manera parcial y ambigua a través de una oblicuidad simbólica" (Pág. 156). ¿Esto que quiere decir? Entiendo que quiere decir que hay que ubicarse en el aquí y en el ahora, relacionarse con lo que nos rodea y que eso cada quien lo interpreta a como mejor puede. Algo complicado realmente.

Hay que señalar que la realidad es diseccionada en dos para su mejor comprensión: *Realidad Externa* y *Realidad Psíquica*. La realidad externa comprende a todo aquello que se encuentra fuera del individuo, llámese naturaleza, cultura o sociedad y como esta influye en el actuar cotidiano. La realidad psíquica es aquello que se encuentra dentro del individuo y se ve reflejada en su actuar y pensar (pensamientos, sentimientos, emociones, estructura psíquica).

Esta distinción es importante y de cierta forma se retoma en la psicoterapia al realizar la entrevista psicológica y llevar a cabo un perfil del paciente. Lo que hace complicada la labor es el objetivo que persigue el programa: la suspensión o disminución del consumo de drogas por parte del paciente. Es aquí donde se ve reflejada la realidad externa, ya que implícitamente se podría leer que el consumo de sustancias es dañino y perjudicial para la salud, y para la sociedad. La supremacía de lo social ante el individuo desvalido.

Este comentario se ve sustentado por el caso de MC. MC. es un niño de 11 años de edad que se encuentra en situación de calle, y fue invitado a integrarse a un programa que se llama MECED, perteneciente al DIF Municipal y tiene como objetivo apoyar a menores en situación de calle. MC es llevado al CIJ para recibir tratamiento como parte de un convenio interinstitucional que existe con el DIF, ya que al momento de integrarse al programa presentaba consumo de solventes inhalables. Cuando se realiza la entrevista inicial MC menciona que quiere dejar de "tinaquearse" para poder llevar una mejor vida, aparentemente esta en concordancia con el objetivo institucional. Al avanzar en la etapa diagnóstica, específicamente en la entrevista psicológica se pregunta al paciente por las relaciones paterno-filiales que guarda y resulta que MC proviene de un ambiente completamente disfuncional, donde no se perciben figuras paternas de apoyo y contención. Esto en si ya representa una problemática mayor, ya que como parte de la estrategia

terapéutica que empezaba a dibujarse una de las metas a conseguir era integrarlo nuevamente al ambiente familiar. Al ahondar en la situación familiar surgen situaciones de violencia intrafamiliar y adicción por parte de los padres, lo que conlleva al abandono del hogar por parte de MC. En ese momento surge una interrogante ¿qué hacer para que MC pueda mantener la abstinencia?

Al ser este un caso que representaba una colaboración interinstitucional, se tuvo una reunión con el responsable del programa para acordar algunas medidas a seguir, resulto que no se iba a lograr gran cosa ya que MECED tiene como objetivo la reintegración a la familia. La pregunta seguía latente ¿qué se puede hacer con este caso? Se decidió en ese momento que la mejor solución posible era que MC permaneciera en el albergue el mayor tiempo posible, y que en ese tiempo se le proporcionaran los elementos mínimos de educación y capacitación para que en lo futuro pudiera hacerse cargo de su situación particular. Al seguir con la entrevista psicológica surge un cuestionamiento para MC ¿te gusta drogarte? a lo que responde: “no me gusta, luego me da vueltas la cabeza”; lo que conllevaba a otra interrogante ¿entonces porqué lo haces? y la respuesta fue contundente “porque se me olvida el hambre”. Que se hace ante esa respuesta. A la siguiente sesión MC ya no regreso y al ponerme en contacto con MECED se me informo que había abandonado el albergue.

Como anteriormente mencione, el concepto de realidad no es tomado en cuenta en el tratamiento de las adicciones, ya que se deja de considerar algunos elementos que la conforman y nos limitamos a tratar de conseguir la abstinencia del paciente, como si ese fuera su principal problemática. No hay que olvidar que el problema del consumo de drogas se debe leer desde dos perspectivas: desde el consumo (proceso adictivo) evidentemente y desde la distribución de la droga (narcotráfico), y que ambos corresponden a una realidad nacional del orden externo y que se matiza de acuerdo a la región geográfica del país; que a su vez se ven conformadas por otro tipo de situaciones como es la violencia intrafamiliar, las oportunidades de desarrollo de la región, etcétera. Y no hay que olvidar que “... la realidad psíquica cumple con uno de los principios fundamentales del proceso primario: la negación de la realidad externa” (Suárez, A. 1989; Pág. 65).

En cuanto a la transferencia, ¿qué es? En palabras de Devereux (2003): “En un marco de referencia puramente cognitivo, una reacción de transferencia corresponde más o menos a

una transferencia de saber, tal y como se entiende en la teoría del aprendizaje. El analizando, en que se han ido desarrollando reacciones características para con una persona emocionalmente significativa, tiende –a veces casi en forma de compulsión a la repetición- a reaccionar frente al analista *como si* él fuese aquella persona, y a veces lo hace deformando groseramente la realidad” (Devereux, G., 2003; Pág. 69). Por otra parte Laplanche y Pontalis (1994) nos dicen que la transferencia puede derivarse a varias acepciones, y que dentro del psicoanálisis este concepto va ligado a la cura. También nos dicen que existe la *transferencia positiva* y la *transferencia negativa* y que estas se ponen al servicio de la *resistencia* y que dependerá del “médico” para que se convierta “...en el más potente de los instrumentos terapéuticos” (Laplanche, J.; y Pontalis, J.; 1994, Pág. 443). Nos dicen además, que en la transferencia se presenta la *repetición*; ¿Repetición de qué? ... “de una repetición de prototipos infantiles, vivida con un marcado sentimiento de actualidad” (Op. Cit., Pág. 439)

En otras palabras, hay que entender que la transferencia se trata del desplazamiento, de la translación, del transporte de un afecto –ligado a una representación- a otra representación; estos afectos pueden ser tanto tiernos y amistosos como hostiles. Esto se ve reflejado en la terapia en el momento en que el paciente debe una tener disposición psíquica, ya sea facilitando o trabando el discurrir de las sesiones. Esto se pudiera ver reflejado en la adherencia que puede tener el paciente hacia el tratamiento y me atrevo a pensar que gran parte de la deserción al proceso terapéutico se origina por la falta de una transferencia positiva hacia el terapeuta y hacia un plan terapéutico.

Debemos recordar que la transferencia pone de manifiesto contenidos derivados y deformados del inconsciente, en el cual no existen diferenciaciones o clasificaciones de roles: padre, madre, hijo, cónyuge, etc., es la búsqueda de congruencia, la necesidad de darle sentido a lo manifiesto lo que lleva a intentar reconocer afectos, experiencias y anhelos. También no hay que olvidar que se presenta un efecto inverso que va del terapeuta hacia el paciente y que se nombra como *contratransferencia*, es por eso que en el apartado sobre lo que posibilita el programa de tratamiento se mencionaba la importancia de tener en claro la postura que se adopta en relación al consumo de drogas.

Un caso que sirve para ejemplificar este proceso se presentó con DL. DL es un joven de 20 años, estudiante de la carrera de derecho en la Universidad Autónoma del Carmen. En

la entrevista inicial se menciona que el motivo de consulta es por consumo de marihuana, y este consumo se volvió problemático ya que se veían afectadas varias esferas de vida del paciente. En la esfera familiar, al enterarse los padres del paciente de su consumo, hubo un cuestionamiento al respecto y dejó una sensación de culpa en los padres en cuanto a si hicieron bien su labor de educar a los hijos. En el rubro escolar, el paciente estaba empleando tiempo de estudio al consumo, lo cual provocó una disminución significativa en el rendimiento académico. En lo social, menciono que los vecinos de su calle ya lo veían como un maleante, ya que en ocasiones lo encontraban consumiendo marihuana en un parque cercano a su domicilio, o cuando lo veían venir caminando por la calle lo evitaban. Hay que mencionar que este caso lo aborde en un primer momento en el año del 2003 y en la tercera sesión se presentó un abandono. DL regresó en el año 2004 mencionando que su consumo ya se había tornado excesivo y que estaba dispuesto a dejar de fumar marihuana.

Menciono este caso en relación a la transferencia por la siguiente razón: al comenzar el tratamiento DL me mencionó que fumaba marihuana por que le gustaba sentir el efecto de esta, y consideraba que el dejar de fumar no le iba a ser difícil, como se mencionó abandono el proceso en la tercera sesión. Al reingresar al tratamiento menciono que no era tan sencillo dejar de consumir como él pensaba y que al contrario cada vez fumaba más y con mayor frecuencia; platicamos al respecto de esto y hubo un momento en que le hice mención del consumo de sustancias en otras culturas y le mencioné como ejemplo lo que dice Carlos Castaneda respecto al consumo de drogas para acceder a estados de conciencia alterada, DL me preguntó si yo había leído a dicho autor a lo que comenté que sí, que había leído varios libros de él; la actitud de DL cambió y me dijo: “fumo marihuana para sentir otras cosas, que de otra forma no podría sentir” e hizo mención también a Carlos Castaneda y de cómo le gustaría acceder a todo ese conocimiento y situaciones que él menciona, y el hecho de fumar marihuana le da cierta sensación de poder conseguirlo, ya que platica con los amigos con los que fuma sobre esos temas y “se clava” en eso. Le pregunté sobre el porque no me lo había comentado a lo que contestó: “pensé que no me iba a entender”; dos años después me enteré del porque consume marihuana DL. Esto me llevó a la pregunta ¿Cuántos casos como el de DL habré atendido sin conocer el verdadero motivo de consumo?

Creo que con este ejemplo ilustro la transferencia, y en cuanto a la atención del consumo de drogas el paciente –muy probablemente- no pone al terapeuta en el “lugar del supuesto saber”, que “sabe” el terapeuta sobre lo que es probar y estar sujeto a una droga. Una pregunta fundamental.

Hay que entender que el consumo de drogas es mucho más complejo que el simple hecho de la alteración al cuerpo. Se debe comprender que el consumo depende en gran medida de la idea que tenga el usuario en torno a esto, y si esta idea no se detecta o examina a fondo difícilmente se podrá dar apoyo al paciente. Además se debe considerar el entorno social del paciente ya que el consumo se ve reforzado en gran medida por este y comprender que en cierto grado o extracto social se da una tolerancia hacia el consumo de alguna sustancia en particular; en el caso de Ciudad del Carmen esta tolerancia se da con el alcohol.

Conciente de que el tema da para más y también entendiendo que este no es el espacio apropiado para ahondar dejare por ahora el análisis para dar paso a las conclusiones de este trabajo.

CONCLUSIONES

Las conclusiones de este trabajo giraran en torno al programa preventivo y al programa de tratamiento.

La prevención como se ha dicho anteriormente, es el anticiparse al brote de alguna problemática al realizar ciertas acciones, que propicien el conocimiento respecto a ese hecho en particular. En el caso de las adicciones la prevención es vital, ya que con ella se pueden evitar los inconvenientes que se generan por un consumo excesivo de drogas.

Se ha mencionado que la estrategia principal que se utiliza en Centros de Integración Juvenil es la prevención universal. Los contenidos de esta están diseñados para abarcar al mayor número de personas posible y trata de homogenizar a una comunidad o a cierto sector de la población. Esto en sí es cuestionable debido a que se considera que los miembros de una comunidad pueden compartir los mismos factores de riesgo relacionados con las drogas, teniendo en cuenta que el riesgo puede ser variable para cada individuo. Aunque hay que señalar que se hace de esta forma, debido a los apoyos insuficientes que existen para atender esta necesidad de la sociedad y, elaborar este tipo de programas representa un costo económico y de movilización de recursos humanos. A largo plazo resulta más económico y, en términos de cobertura es más viable hacer uso de la prevención universal que de la prevención selectiva o indicada.

Otra situación que cabe reflexionar respecto a la prevención, es sobre el sector de la población a que van encaminadas la gran mayoría de las acciones. Este sector es el educativo. Este sector en particular es un sector cautivo, donde los permisos para llevar a cabo las acciones preventivas se tramitan directamente con los directores de los planteles y no con los supuestos beneficiarios de estas. Esto conllevaba, en ocasiones la falta de interés por parte de los participantes, dejando en mi caso un dejo de estar perdiendo mi tiempo y; al reflexionar sobre ello y dar cuenta sobre varios factores de riesgo que prevalecen en la comunidad se ve la necesidad de elaborar programas de prevención selectiva, con el propósito de poder proporcionar información acorde a su necesidad y ofrecer un servicio

más eficiente y de calidad. Considero que el sector de la población que puede resultar mayormente beneficiada son los padres de familia; esto debido a que en Centros de Integración Juvenil los padres de familia, pueden jugar la función de ser contención de los adolescentes y en un primer momento dar información respecto al consumo de drogas. No hay que olvidar que en el seno del núcleo familiar se adquieren los valores con los que se desenvuelve el individuo en un principio, hasta que se confronta con otro tipo de valores; esta confrontación se da principalmente cuando se ingresa a sistemas escolarizados.

Dentro de la prevención es importante la participación comunitaria para poder difundir los contenidos en relación a esta. Aquí lo que se observa es la casi nula participación de la sociedad en la prevención de las adicciones. Esto a mi parecer obedece a varias circunstancias. En primer lugar la escasa presencia del sector salud en esto; por ejemplo: existe un organismo gubernamental federal y que depende de la Secretaría de Salud y quien se encarga de llevar esto a cabo, es el Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC), este a nivel nacional maneja diversos programas y quien los ejecuta son entidades estatales que se conocen como Consejo Estatal Contra las Adicciones (CECA) y este a su vez se divide en comités municipales que es el Comité Municipal Contra las Adicciones (COMCA). El COMCA de Ciudad del Carmen, únicamente cuenta con una persona para supervisar las labores de prevención y tratamiento de las adicciones, y además esta persona tiene a su cargo otras funciones diferentes a lo relacionado con las adicciones. Realmente es complicado hacer algún tipo de difusión y ya no se hable de las acciones a realizar.

Otra circunstancia que desfavorece la promoción de los programas preventivos, es la nulidad de espacios en medios de difusión, anterior al año 2003 la institución contaba con permisos de la Secretaría de Gobernación para la difusión de spots, después de este año se retiraron los apoyos para la promoción y difusión de los programas que ofrece Centros de Integración Juvenil; esto fue debido a actos de tráfico de influencias que se detectaron en los altos niveles encargados de las adicciones (CONADIC) de la Secretaría de Salud.

También esta dentro de estas circunstancias, la poca participación de otras instituciones que tienen dentro de sus servicios el ofrecer programas preventivos, como es el caso de el IMSS, el ISSSTE y el DIF a nivel estatal y municipal. Por ejemplo; cuando se realizaban

mensualmente las reuniones con el COMCA era -en la mayoría de las ocasiones- rotunda la negativa a participar en proyectos que involucrasen algún tipo de actividad a nivel municipal. La principal razón expuesta era la falta de recursos tanto materiales como humanos. Cabe señalar que también influye en gran medida la actitud y el compromiso que tengan los equipos técnicos encargados de la prevención de adicciones; cuando las personas perciben este compromiso es factible ir involucrando a la comunidad en actividades de promoción; cuando la percepción es negativa el involucramiento es casi nulo.

No quiero dejar de mencionar un ejemplo muy concreto y creo contrasta con lo mencionado con la falta de presupuesto. En el año 2003 nos llega la orden de coordinarnos con la Secretaría de Educación, Cultura y Deporte (SECUD) de Campeche, para llevar a todo el estado el proyecto de lectura del libro *Como proteger a tus hijos contra las drogas*; al hacer las reuniones con el responsable de coordinación interinstitucional, me dijo en tono confidencial que el proyecto estaba excelente nada más que ellos no contaban con el recurso económico para implementarlo ya que ese recurso se estaba desviando a la campaña política del actual gobernador del estado de Campeche.

Y así podría seguir mencionando circunstancias por las cuales es complicado que la comunidad se involucre de manera más abierta y directa en la prevención de las adicciones. A lo que quiero llegar y hacia donde quiero llevar esta reflexión, es hacia la ambigüedad de la postura que guardan las instituciones gubernamentales en torno al consumo de drogas. Por una parte nos dicen que hay que prevenir el consumo de drogas en los jóvenes ya que se dice que es un flagelo para la sociedad y además se nos menciona que el combate al narcotráfico es constante y se obtienen buenos resultados en ello. Lo que he observado de forma directa y respecto al consumo de drogas la sustancia que mayor perjuicio causa a la sociedad es el alcohol; las estadísticas lo muestran, y sin embargo observamos en medios de comunicación anuncios que invitan y propician el consumo de esta sustancia. En cambio se sataniza el consumo de marihuana y estadísticamente hablando los daños que ocasiona son significativamente menores en relación al alcohol. Y ya no hablar de combate al narcotráfico. Simplemente menciono y dejo al aire la siguiente interrogante: ¿Qué resultados se pueden obtener cuando únicamente se cuenta con cinco oficiales de la AFI (Agencia Federal Investigadora) en Ciudad del Carmen para el combate al narcotráfico?

– Lo positivo que he observado, es cuando uno como persona se involucra en las actividades preventivas y se ve reflejado en los resultados obtenidos, cuando se invita a participar a una persona o a un grupo de personas, estas reaccionan de forma positiva. En mi caso, invite a colaborar como voluntarios a un grupo de estudiantes de la carrera de psicología de una escuela privada, se les planteo desde un inicio de que se trataba y en este punto recordé lo que se me menciona en mi época como estudiante: “el hacer labor social es retribuir un poco a la sociedad de lo mucho que nos ha dado”. Ese es el pensamiento que me movió al invitar a participar en labores de prevención. El compromiso que adquirí con este grupo de estudiantes fue el de ofrecerles capacitación y apoyo en las actividades que realizaban, además de compartir los conocimientos adquiridos durante mi etapa como estudiante, contrastándolos con los conocimientos que se les proporcionaban a ellos, comparativamente inferiores en profundidad lo que se les proporciono a ellos. Una relación positiva de yo recibo y tú recibes.

Una reflexión aunada al párrafo anterior, tiene que ver con la calidad educativa. El modelo preventivo de CIJ esta basado en la psicología cognitiva-conductual y ve al ser humano como un ente biológico-psicológico-social. El modelo en sí exige un mínimo de comprensión ya que mucho de su contenido debe ser explicado de forma teórica; lo observado durante el desarrollo de las actividades de los proyectos informativos y de orientación en los grupos de escuela, es que en ocasiones costaba trabajo el transmitir de forma clara y sencilla los contenidos programados para la sesión que se estuviera manejando. En lo personal me considero con la capacidad de transmitir los contenidos, y sin afán de alarde considero que el entendimiento en las aulas escolares –tanto de primaria, secundaria y preparatoria- esta por debajo del nivel requerido. Esto lo observe también con el grupo de estudiantes en los momentos en que nos encontrábamos en capacitación. Aquí cabe la pregunta ¿Qué esta ocurriendo dentro de nuestro sistema educativo? No pretendo dar contestación a esta pregunta, no es el espacio ni la intención de este reporte, y creo que debiera ser un tema a tratar.

Para ir cerrando estas reflexiones en torno a la prevención; creo que es conveniente e importante seguir realizando labores preventivas en torno al complejo tema de las adicciones, aunque se debe de ahondar más en las estrategias de prevención selectiva e indicada para dar respuesta a los factores de riesgo específicos que se presentan en núcleos de la población más reducidos. Se sabe que esto representa un alto costo económico y en medida de que los recursos se reorienten y se haga un uso efectivo de estos, en esa medida se podrá elaborar proyectos y programas preventivos acordes a una comunidad y por consiguiente el impacto que se alcance será mayor y eficiente.

En Centros de Integración Juvenil, los proyectos preventivos son fundamentales, a mi parecer la carencia más significativa tiene que ver con el factor económico, esto en concordancia con el párrafo anterior. Reconociendo lo que es la institución, se cuenta con el factor humano para llevar a cabo la labor en medida de las posibilidades; se cuenta con los contenidos y proyectos con sustento teórico y práctico, y se cuenta con programas de capacitación a distancia para mantener al personal informado.

También se debe seguir fomentado la colaboración voluntaria de la sociedad en la prevención de adicciones, esto debido a la falta de recursos económicos y humanos por parte de la institución; además de que favorece una nueva relación con las instituciones y el Estado en la forma de que la sociedad deja de percibir un estado paternalista que todo le provee, se pasa a un actuar propositivo y consciente de una comunidad en torno a sus necesidades y, a la exigencia de sus derechos y cumplimiento de sus obligaciones.

En cuanto a prevención no hay mayor comentario que hacer; a continuación haré algunas reflexiones en torno al proyecto de tratamiento.

El programa de tratamiento de Centros de Integración Juvenil, A.C., tiene varios puntos sobre los cuales es conveniente reflexionar un poco.

Para empezar quisiera mencionar nuevamente que objetivo persigue este programa: “Contribuir a reducir y, en su caso, eliminar el consumo de drogas. Brindando tratamiento

al usuario y a su familia, así como promover la rehabilitación y reinserción social del paciente. Mediante estrategias actuales de tratamiento, acordes a los avances científicos modernos, en un marco multimodal y de prevención de recaídas”.

La primera parte del objetivo –creo- encierra la visión que se tiene a nivel institucional y gubernamental respecto al consumo de drogas. Se percibe el sentido negativo del consumo, esto debido a la preponderancia que tiene el pensamiento médico en el tratamiento de las adicciones. El consumo de drogas se considera una enfermedad y la persona que es dependiente de algún tipo de droga por lógica es un enfermo. Hay que señalarlo; la concepción médica del consumo es el *vocabulario autorizado* para abordar el problema. Aquí nos enfrentamos y confrontamos con lo *anormal*.

La segunda parte del objetivo que se persigue en este programa es la de ofrecer tratamiento. Siguiendo lo dicho en el párrafo anterior se trata de llevar a la *normalidad* al sujeto consumidor de algún tipo de droga. Para finalizar, en la tercera parte del objetivo que es la implementación de estrategias, se trata de asegurar la permanencia en lo *normal*.

Esto, me lleva a pensar en la función del psicólogo dentro de la sociedad y específicamente, dentro de las instituciones.

De cierta forma, se espera que el psicólogo que labora dentro de una institución, en este caso una institución que se dedica a la prevención y tratamiento de las adicciones, sea una fuerza normalizadora, adaptadora de individuos a las normas sociales establecidas. ¿Hasta que punto se considera esto como *un deber* del psicólogo? Cuestión que no abordare, debido a que no es la intención de esta reflexión, aunque no puedo dejar de señalarlo.

También es necesario pensar en lo que hace el Estado para proporcionar a la sociedad el bienestar mínimo que le permita tener una vida digna y saludable. Creo que la problemática de las adicciones refleja, en cierta medida, la incapacidad de las instituciones gubernamentales para cubrir los satisfactores mínimos de la sociedad; el tráfico de drogas ilícitas y el consumo de las mismas van en aumento y las acciones emprendidas para contrarrestarlas no bastan para contenerlas; además de tener que lidiar con la corrupción que se genera entorno a esta problemática.

Referente al tráfico y al consumo de drogas, comienza a generarse todo un estilo de vida que compite con lo socialmente establecido y día a día gana terreno, hasta el punto en que

comienza a considerarse “normal” esta situación, un ejemplo concreto son los narcocorridos con gran aceptación por parte de ciertos sectores de la sociedad. Anterior a esto, se hablaba de movimientos contraculturales claramente delimitados por los estilos de vida que propugnaban y eran fácilmente identificables sus adeptos. Lo “normal” comienza a modificarse y con ello se está presentando un cambio de valores, sobre todo en los sectores de personas jóvenes de la población.

Otro punto a reflexionar es el proceso de diagnóstico al que se somete la persona que va en busca de apoyo. Recordemos que primeramente pasa por la entrevista inicial, con el propósito de determinar si la persona es candidata o no a recibir el servicio. Después sigue la elaboración de la historia clínica, la entrevista psicológica, el estudio social, el diagnóstico familiar, y si el caso lo amerita por último el estudio psicológico. Los datos obtenidos de estos instrumentos deben arrojar un diagnóstico que sustente el tratamiento multidisciplinario. Estos datos, también son utilizados con fines de investigación y los resultados obtenidos sirven para mejorar la calidad del servicio e implementar nuevas estrategias terapéuticas.

También hay que mencionar que estos procedimientos representan una carga burocrática y en ocasiones se convierten en barreras que imposibilitan la adherencia terapéutica, ya que en un primer momento no responden a la demanda de apoyo que solicita el paciente, éste opta por no regresar al centro y la fase diagnóstica queda inconclusa. Aunque debo señalar que el realizar esos procedimientos no debiera estar en discordancia con las actividades terapéuticas, ya que se debe tener la suficiente sensibilidad como terapeuta para determinar si es buen momento o no para realizar una entrevista inicial por ejemplo, o mejor dejar hablar a la persona y en otro momento realizar la entrevista. Y digo una carga burocrática, ya que el llenado de los formatos lleva tiempo y el hacer esa labor se cruza en ocasiones con otras actividades ya sean estas preventivas o de tratamiento.

El anterior comentario, da pauta a tratar un tema que a mi parecer es importante considerar en el espacio terapéutico y que la terapia cognitivo-conductual no considera. Ese tema es la *transferencia*. La transferencia... “corresponde más o menos a una transferencia de saber, tal y como se entiende en la teoría del aprendizaje. El analizando, en que se han ido desarrollando reacciones características para con una persona emocionalmente

significante, tiende a reaccionar frente al analista *como* si él fuese aquella persona, y a veces lo hace deformando groseramente la realidad” (Devereux, G. 2003; Pág. 69). Se recuerda el tema de la transferencia, debido a que dentro de esta se desarrolla otro que es el tema del *sujeto supuesto saber*. “El saber supuesto toma cuerpo como sujeto y, en la cura, el analista queda instaurado como Sujeto supuesto Saber... Sitio del analista donde se llegará a producir una significación cualquiera, es la maquinaria de unión y ruptura de significantes que permita que el sentido aparezca” (Novoa V. en Braurstein; N. 1988; Pág. 115).

¿Esto que quiere decir? Al revisar las investigaciones y estadísticas respecto a tratamiento en CIJ, resalta el hecho de que el nivel de deserción terapéutica es de aproximadamente de entre un 70-75% de los casos atendidos, con una efectividad de entre 25 y 30% de altas a pacientes. Los estudios explican diversas causas que provocan la deserción y de entre ellas no resalta el manejo de la transferencia debido al enfoque interpretativo de la investigación. Remarco esto y lo relaciono con el sujeto supuesto saber; ya que a mi parecer dentro de la relación terapéutica se da la transferencia en el transcurso de las sesiones, sin embargo en la mayoría de los casos no se presenta el sujeto supuesto saber. ¿A qué se debe esta ausencia? Se debe a que el paciente considera que el terapeuta no sabe, no se instaura el sujeto supuesto saber.

¿Qué es lo que desconoce el terapeuta? Creo yo, en esta parte estriba el éxito del tratamiento. No pretendo hacer una exposición psicoanalítica de esto, ya que carezco de formación en la materia. Lo que si pretendo es mencionar esta interrogante con respecto al saber. El terapeuta puede conocer los efectos que tienen las drogas sobre el organismo, las cualidades químicas de las sustancias, conocer respecto a los factores de riesgo y protección que existen en determinada comunidad o estrato social. Lo que desconoce y por consiguiente no *sabe* es la experiencia directa con la droga, la vivencia, el sentir que provoca y la creencia que se tiene en relación al consumo jugándose de manera personal, profunda. Es por eso que el consumidor cuestiona de manera abierta y directa el *saber* que tiene el terapeuta respecto a las drogas; no espera que se le viertan conocimientos académicos, lo que espera el paciente es comprensión a la vivencia, a su *vivencia*. Sino hay esta comprensión, difícilmente se establece la relación terapéutica y no se da oportunidad al establecimiento de la transferencia.

Cabe señalar que este saber genera ansiedad en el terapeuta, ya que se juega con las creencias e imaginación de éste. En ocasiones surge la interrogante: ¿qué pasaría conmigo si me viera inmerso en un patrón de consumo? Evidentemente se juegan aspectos contratransferenciales y estos pueden interferir en la labor terapéutica, ya que desde la perspectiva cognitivo-conductual no es factor a considerar: el terapeuta es el que tiene control de la sesión y no hay por que cuestionarse el propio sentir y pensar. Dirían los psicoanalistas que se debe tener un propio análisis, y me pregunto ¿cuantos de ellos habrán abordado la problemática de las adicciones? Este cuestionamiento no es con afán de crítica simplemente tiene el propósito de reflexionar en al que hacer con lo generado contratransferencialmente.

Respecto al párrafo anterior, el comentario surge a partir de las conversaciones que sosteníamos los integrantes del equipo técnico en relación a algún caso que nos generara ruido. Ahí observaba como se jugaban nuestras creencias y posturas en relación al consumo de drogas, algún integrante tenía la postura de que el consumo en sí era malo (en el sentido moral) y eso se reflejaba en su abordaje terapéutico. De ahí la reflexión vertida en el comentario expuesto.

Por tal motivo, es que considero que se debe reflexionar aún más entorno al *sujeto supuesto saber y la transferencia*, si se pretende elevar el porcentaje en relación a la adherencia a tratamiento por parte del paciente, y ser más efectivos en los resultados obtenidos en el proceso terapéutico. No nada más es relevante el conocimiento teórico del consumo, también lo es ese saber del consumidor de drogas y es un saber que no cualquiera *sabe*, así lo muestra la ENA (Encuesta Nacional de Adicciones) en el rubro de personas que han consumido alguna sustancia alguna vez en la vida; del total de la población es un porcentaje relativamente bajo, aunque la tendencia muestra incremento año con año de este porcentaje, y ya no hablar del porcentaje de personas que se encuentran inmersos en un proceso adictivo.

Otro punto a reflexionar y no menos importante es la metodología institucional en relación al programa de tratamiento. Esta nos pide un diagnóstico dual sustentado en el eje 1 del DSM-IV en espacios de tiempo relativamente corto y por razones administrativas se debe hacer así, lo que en ocasiones se refleja en un diagnóstico equivocado y como

consecuencia un mal planteamiento en el plan terapéutico. Simplemente debería haber mayor flexibilidad en el manejo de los tiempos institucionales.

Abordando el tema del diagnóstico, nos volvemos a encontrar con el pensamiento médico predominante ya que se pide que éste se sustente en el DSM-IV, manual elaborado por médicos psiquiatras principalmente. Como es que una profesión llega a tener tanto peso en la concepción de una problemática en particular. Ahondando en el papel del psicólogo, se percibe como se sigue subordinando la labor a la figura del médico: en términos jerárquicos de la organización institucional y en términos cuantitativos el médico “sabe” más que el psicólogo.

¿Qué ocurre con la generación del conocimiento psicológico en torno al consumo de drogas? ¿Hasta que punto se puede generar un conocimiento sin estar bajo la sombra del conocimiento médico? Creo que todo dependerá en la medida de que los psicólogos enfocados en el área de tratamiento empiecen a escribir sus experiencias y lo publiquen; además de los apoyos económicos que se puedan destinar para hacer investigación desde diferentes perspectivas psicológicas, y así enriquecer aún más el conocimiento en torno al consumo.

Para finalizar, considero que es vital que se conozca a fondo alguna corriente psicológica en tratamiento ya que eso da mayores recursos teórico-metodológicos para abordar la problemática. La ventaja que brinda Centros de Integración Juvenil a esto, es que deja a libertad al terapeuta de implementar lo que mejor convenga, a pesar que mucha de la metodología esta diseñada desde la perspectiva cognitivo-conductual.

En mi caso, considero que tengo deficiencias en el manejo de una corriente teórica, ya que dentro de la formación en la carrera un semestre de práctica profesional no basta para abarcar a detalle los conceptos y las técnicas utilizadas en terapia. Se hace necesario ampliar la práctica profesional para brindar mayores herramientas al estudiante, como puede ser la elaboración de diagnósticos, planes terapéuticos, elaboración de expedientes, entre otras cosas.

Consideraciones finales

- ④ El consumo de drogas es un problema de salud pública por los costos sociales y económicos que representa.
- ④ El tráfico ilícito de drogas es un problema de seguridad nacional y su combate involucra tanto a instituciones gubernamentales como a la sociedad en su conjunto.
- ④ La prevención es la mejor estrategia con la que se cuenta para abordar la problemática de las adicciones.
- ④ La participación comunitaria es esencial para promover los programas y proyectos institucionales, además de que sirve para concientizar a la comunidad a que emprenda acciones que le beneficien e ir dejando de lado la concepción paternalista del Estado.
- ④ A nivel gubernamental debe existir coordinación entre las acciones preventivas y de combate al narcotráfico.
- ④ Hay que evitar los prejuicios y estereotipos hacia las personas que consumen drogas; “no todas son adictas y no todas son delincuentes”.
- ④ Se debe dejar de lado las ambigüedades que se manejan en torno al consumo de drogas, ya que se persigue y se sataniza al consumidor de drogas ilícitas, y al consumidor de drogas legales se le incita con mayor ahínco al consumo.
- ④ El sector de la población que es más vulnerable a comenzar con un proceso adictivo es el de los jóvenes, por eso, la mayoría de las acciones preventivas deben encaminarse a éstos y a los padres de familia.
- ④ En cuanto al tratamiento, se debe proporcionar un servicio de calidad y en medida de lo posible asegurar la adherencia terapéutica del paciente atendiendo primeramente la idea en torno al consumo.
- ④ Es importante el trabajo multidisciplinario en el tratamiento de las adicciones, procurando abarcar las diferentes áreas de la vida del paciente.
- ④ El plan terapéutico debe tener como objetivo principal el bienestar del paciente por encima de los intereses institucionales.
- ④ El terapeuta debe tener en claro su postura y valores personales entorno al consumo de drogas, con el propósito de que estos no interfieran con el proceso terapéutico.

- ④ Resulta importante que el terapeuta tenga conocimiento de técnica y metodología de alguna corriente psicológica en particular, para evitar en medida de lo posible confusiones en el plan terapéutico.
- ④ Es necesario destinar un mayor gasto presupuestal para tratar la problemática del consumo de drogas, en medida de que sean eficientes los gastos de las instituciones y se eviten los desvíos de recursos se podrá lograr un mayor impacto de los programas institucionales.

GLOSARIO DE TÉRMINOS UTILIZADOS EN LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ADICCIONES.

Este glosario esta basado en la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999, PARA LA PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y CONTROL DE LAS ADICCIONES, y en el libro Farmacoterapia de los Síndromes de Intoxicación y Abstinencia por Psicotrópicos.

- Ⓢ *Abuso.* Hábito de consumo desadaptativo diferente al que se produce en el caso de la dependencia, caracterizado por el uso continuo de un fármaco a pesar de que el sujeto está conciente de tener un problema causado o desencadenado por su uso que pone en peligro su integridad psicofísica. Los síntomas derivados de esto se pueden presentar repetidamente por un tiempo prolongado, y para su diagnóstico deben de estar presentes por lo menos durante un tiempo no menor a un mes.
- Ⓢ *Adicción o dependencia.* Conjunto de fenómenos del comportamiento, cognoscitivos y fisiológicos, que se desarrollan luego del consumo repetido de una sustancia psicoactiva.
- Ⓢ *Adicto o farmacodependiente.* Persona con dependencia a una o más sustancias psicoactivas.
- Ⓢ *Adicto en recuperación.* Persona que ha dejado de utilizar sustancias psicoactivas y está en un proceso de reinserción social.
- Ⓢ *Alcoholismo.* Síndrome de dependencia o adicción al alcohol etílico.
- Ⓢ *Atención médica.* Conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud.
- Ⓢ *Codependiente.* Pariente, amigo cercano o colega de un paciente consumidor, abusador o adicto a psicotrópicos u otras sustancias.
- Ⓢ *Co-morbilidad.* Diagnóstico dual. Uso múltiple de drogas (poliadicción) y otras patologías concomitantes a las adicciones, como por ejemplo los trastornos de personalidad, psicóticos, etcétera.
- Ⓢ *Compulsión.* Necesidad de repetir cierta acción de manera ritualista y estereotipada, incontrolable por un acto de voluntad, que a menudo representa un significado simbólico.

- ④ *Comunicación educativa.* Proceso basado en el desarrollo de esquemas novedosos y creativos de comunicación que se sustentan en técnicas de mercadotecnia social, que permiten la producción y difusión en mensajes gráficos y audiovisuales de alto impacto, con el fin de reforzar los conocimientos en salud y promover conductas saludables en la población.
- ④ *Comunidad terapéutica.* Modalidad de tratamiento residencial, para la rehabilitación de adictos, en la que se intenta reproducir la sociedad exterior para hacer posible su reinserción social, a través del apoyo mutuo. Generalmente están operadas por un equipo mixto de adictos en recuperación y profesionales.
- ④ *Confusión.* Trastorno de la conciencia con pérdida de la orientación en persona, lugar y tiempo. Se presenta por alteraciones de la memoria o por déficit de la atención.
- ④ *Consentimiento informado.* Acuerdo por escrito, mediante el cual la o el usuario del servicio, familiar más cercano en vínculo o, en su caso, representante legal, autoriza su participación en la investigación o tratamiento, con pleno conocimiento de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, por libre elección y sin coacción alguna.
- ④ *Consumo de sustancias psicoactivas.* Rubro genérico que agrupa diversos patrones de uso y abuso de estas sustancias, ya sean medicamentos o tóxicos naturales, químicos o sintéticos.
- ④ *Consumo perjudicial.* Uso nocivo o abuso de sustancias psicoactivas, al patrón de consumo que está afectando ya a la salud física (como en los casos de hepatitis por administración de sustancias psicoactivas por vía parenteral) o mental como por ejemplo los episodios de trastornos depresivos secundarios al consumo excesivo de alcohol. Se requiere que se haya afectado la salud mental o física del que consume la sustancia psicoactiva.
- ④ *Craving.* Se refiere al anhelo fuerte, intenso e irreprimible (la mayor parte de las veces), de consumir psicotrópicos u otras sustancias. Esta condición exhibe la pérdida del control sobre el consumo, inducido por la provocación psíquica (recuerdo) que se asemeja en su mecanismo a la abstinencia alcohólica.
- ④ *Delirium.* Síndrome orgánico cerebral agudo con alteraciones de conciencia, atención, percepción, orientación, pensamiento, memoria, conducta psicomotora, emocionalidad

y disturbios del ciclo sueño-vigilia, que dura de horas a semanas y varía en su grado de severidad.

- *Dependencia.* En 1964 el Comité de Expertos de la OMS, reemplazó los términos adicción y habituación por el de dependencia, que usa indistintamente en relación con múltiples drogas psicoactivas (dependencia de drogas; dependencia química), o bien para referirse específicamente a una clase particular de sustancias (dependencia de opiáceos). El término se usa también en el contexto psicofarmacológico para referirse al desarrollo de síntomas de abstinencia o cesación del consumo de una sustancia. En tal sentido restringido, la dependencia cruzada es tenida como complemento de la tolerancia cruzada y ambas refieren a la sintomatología física, también llamada neuroadaptación.
- *Dependencia cruzada.* La capacidad farmacológica de un agente o clase de sustancias para suprimir las manifestaciones del síndrome de abstinencia, de otras sustancias o clases y mantener el estado físico del dependiente.
- *Dependencia física.* Estado de adaptación fisiológica del organismo a la ingestión regular de una droga que se manifiesta por la presencia de intensos trastornos físicos cuando la administración de la sustancia se suspende. Tales disturbios, como el síndrome de abstinencia, se sostienen por la producción de signos y síntomas psíquicos y físicos de naturaleza característica, respectivamente.
- *Dependencia psíquica.* Condición en la que una droga produce sentimientos de satisfacción y motivación psíquica y que requiere de una administración periódica o continua de la droga para producir placer o para evadir el malestar.
- *Depresores.* Cualquier agente que suprime, inhibe o decrementa la función del SNC, como los sedantes, opiáceos, anticonvulsivos y neurolépticos.
- *Desinhibición.* Estado de liberación interna que anula la restricción que exhibe la conducta del individuo.
- *Desintoxicación.* Proceso por el cual un individuo es removido y protegido del efecto de un psicotrópico u otra sustancia.
- *Diaforesis.* Sudoración profusa.

- ④ *Diagnóstico dual.* Término que refiere a comorbilidad o co-ocurrencia en un mismo individuo, es decir el trastorno por uso de psicotrópicos u otras sustancias y otro trastorno psiquiátrico.
- ④ *Diagnóstico nosológico.* Se refiere al nombre del trastorno o entidad clínica que representa una alteración de la salud en la clasificación de enfermedades.
- ④ *Doping.* Uso o manejo de sustancias que artificialmente proveen a un individuo de mejoría e incremento de su capacidad física o psicológica a efecto de potenciar su condición atlética.
- ④ *Droga.* Sustancia química de origen natural o sintético o semisintético con fines profilácticos, diagnósticos, terapéuticos o paliativos, o para modificar con otra finalidad las funciones fisiológicas de animales o humanos.
- ④ *Drogas de diseño.* Grupo nuevo de sustancias con propiedades psicoactivas de tipo estimulante (anfetaminas de estructura química semejante, metanfetamínica), producidas específicamente para su venta y consumo clandestino.
- ④ *Educación para la salud.* Proceso de enseñanza-aprendizaje que permite mediante el intercambio y análisis de la información, desarrollar habilidades y cambiar actitudes encaminadas a modificar comportamientos para cuidar la salud individual, familiar y colectiva.
- ④ *Epistaxis.* Sangrado a través de la nariz. Hemorragia nasal.
- ④ *Esteroides.* Refiere a un grupo de hormonas sintéticas que afectan el proceso químico del funcionamiento corporal, sexual y fisiológico. Su efecto puede incrementar el volumen de la masa muscular que buscan algunos atletas para favorecer su capacidad de ejecución y rendimiento.
- ④ *Estupor, estado de.* Disminución de un nivel particular de conciencia; en éste puede haber tanto causas funcionales como orgánicas. Un ejemplo de ello se aprecia en el consumo de algunas sustancias, la depresión y la esquizofrenia.
- ④ *Estilo de vida.* Conjunto de patrones de comportamiento que define e identifica a una persona o un grupo, a través de lo que hace y expresa, y que se genera en la familia, la escuela y otros sitios de convivencia mediante la socialización, proceso diario en el que se interactúa con los padres, las autoridades y la comunidad.

- ④ *Factores protectores.* Rasgos individuales, familiares y elementos socioculturales, que eliminan, disminuyen o neutralizan el riesgo de que un individuo inicie o continúe un proceso adictivo.
- ④ *Factor de riesgo.* Atributo o exposición de una persona o población, que están asociados a una probabilidad mayor del uso y abuso de sustancias psicoactivas.
- ④ *Fármaco.* Término genérico que refiere por igual a una sustancia química, medicamento o psicotrópico. Sinónimo de droga.
- ④ *Farmacocinética.* Alude a los procesos de absorción, distribución y efectos que un fármaco tiene en el organismo.
- ④ *Farmacodependencia.* Dependencia o adicción, a una o más sustancias psicoactivas. Sinónimo de drogadicción.
- ④ *Farmacodependiente.* Individuo que depende del uso de fármacos. Adicto.
- ④ *Farmacodinamia.* Relativo a la dinámica y efectos que un fármaco tiene en el organismo.
- ④ *Flashback.* Trastorno que se presenta posterior al consumo de alucinógenos y como consecuencia de él, pero sin requerir nueva administración. Se caracteriza por síntomas variados, pérdida de las fronteras del yo e intensas emociones. Es episódico y generalmente de corta duración (de segundos a horas), y puede duplicar exactamente los síntomas de episodios alucinogénicos previos. Puede precipitarse por fatiga, ingestión de alcohol o intoxicación por marihuana, entre otras.
- ④ *Grupo de ayuda mutua.* Agrupación que ofrece servicios gratuitos, integrada por adictos en recuperación, cuyo propósito fundamental es apoyar al adicto con base en la experiencia compartida de los miembros del grupo, para lograr la abstinencia de sustancias psicoactivas.
- ④ *Grupos con prácticas de alto riesgo.* Aquellos que han demostrado, a través de estudios epidemiológicos, poseer mayor riesgo de adquirir infección por VIH y SIDA que el resto de la población. Pertenecen a estos grupos los varones homosexuales y bisexuales, los individuos heterosexuales (hombres y mujeres) con múltiples parejas sexuales, los dependientes a drogas de aplicación endovenosa, los hemofílicos y politransfundidos, así como las parejas sexuales y los hijos de cualquiera de estos individuos. Debido a la

extensión del problema, hoy es preferible hablar de individuos con prácticas de alto riesgo y no de grupos.

- *Intoxicación.* Condición que sigue a la administración de psicotrópicos u otras sustancias y que da como resultado disturbios en el nivel de conciencia, cognición, percepción, juicio, afecto o conducta y otras funciones psicofisiológicas. El cuadro mantiene relación con el tipo de droga y la influencia que ésta tenga sobre el nivel de tolerancia, entre otros factores.
- *Mal viaje.* En el argot de los consumidores de sustancias se refiere a la mala experiencia dada por el uso de un determinado psicotrópico, como por ejemplo los alucinógenos, las amfetaminas y otros estimulantes como los antihistamínicos y los sedantes, hipnóticos y ansiolíticos.
- *Medicamento.* Sustancia química usada con fines curativos, por medio de una dosis y en respuesta a una indicación diagnóstica, terapéutica o rehabilitatoria.
- *Metadona.* Opiáceo sintético usado en la terapia de mantenimiento de los pacientes dependientes a opiáceos.
- *Neuroadaptación.* Los cambios neuronales asociados a la tolerancia y a la aparición al síndrome de abstinencia son explicados por este mecanismo fisiológico.
- *Nicotina.* Compuesto psicoactivo de tipo alcaloide de efecto estimulante y relajante a la vez, que es el principal componente del tabaco.
- *Nosología.* Descripción del cuadro clínico de un trastorno particular en una clasificación de enfermedades.
- *Participación comunitaria.* Proceso de integración y coordinación de los miembros de una comunidad, para intervenir en la identificación y solución de problemas comunes.
- *Participación social.* Proceso que permite involucrar a la población, a las autoridades locales, a las instituciones públicas y a los sectores social y privado en la planeación, programación, ejecución y evaluación de los programas y acciones de salud, con el propósito de lograr un mayor impacto y fortalecer el Sistema Nacional de Salud.
- *Patrón de consumo.* Conjunto de factores que determinan una forma particular de uso: tipo de sustancia(s) psicoactiva(s) de impacto, de inicio, edad de inicio, frecuencia, cantidad, vía de administración, tiempo de exposición, episodios de consumo e intoxicación, contexto del consumo y problemas asociados.

- ④ *Prácticas (sexuales) de alto riesgo.* Actividades que aumentan las posibilidades de adquirir una enfermedad. En el caso de la infección por VIH/SIDA se incluyen las prácticas sexuales tales como el coito anal y vaginal con múltiples compañeros y sin condón, el compartir agujas o jeringas para inyectarse drogas intravenosas y otras.
- ④ *Prevención.* Conjunto de acciones dirigidas a evitar o reducir el consumo no médico de sustancias psicoactivas, disminuir situaciones de riesgo y limitar los daños asociados al uso de estas sustancias.
- ④ *Promoción de la salud.* Acciones que se realizan con el objeto de crear, conservar y mejorar las condiciones deseables de salud para toda la población y propiciar en el individuo las actitudes, valores y conductas adecuadas para motivar su participación en beneficio de la salud individual y colectiva.
- ④ *Psicotrópico.* En sentido más general el término se refiere a las sustancias que tiene efecto sobre el psiquismo, es decir, que causan afectación del proceso mental. A menudo en la literatura mundial se alude a los psicofármacos o bien las sustancias usadas primariamente en el tratamiento de los trastornos mentales.
- ④ *Recaída.* El reingreso al consumo de una(s) sustancia(s), después de haber disminuido o limitado su uso; ello a menudo suele reinstalar los síntomas de dependencia.
- ④ *Recuperación.* Estado de abstinencia que conlleva un mejoramiento en todas las áreas de la vida del sujeto.
- ④ *Rehabilitación.* Proceso por el cual un individuo con un trastorno de uso de sustancias psicoactivas alcanza un estado óptimo de salud, funcionamiento psicológico y bienestar social.
- ④ *Reinserción social.* Conjunto de acciones dirigidas a promover un estilo de vida mejor al de quien usa, abusa o depende de sustancias psicoactivas, y a lograr un mejor funcionamiento interpersonal y social.
- ④ *Síndrome amotivacional.* Es la constelación de hallazgos clínicos asociados al uso de sustancias, tales como la apatía, pérdida de la efectividad, disminución de la capacidad de realizar planes a largo plazo, poca tolerancia a la frustración, alteración de la capacidad de concentración y dificultad para continuar rutinas elementales o simples. Se asocia al consumo prolongado de marihuana y otros psicotrópicos, pero está íntimamente vinculada a la personalidad premórbida del paciente.

- ④ *Síndrome de dependencia.* Complejo fenómeno conductual, cognitivo y fisiológico que se desarrolla después del repetido uso de una(s) sustancia(s) y puede ser específico de un tipo de sustancia (tabaco) o bien de una clase de ellas (opiáceos).
- ④ *Sinergia.* Se refiere al efecto que dos o más fármacos tienen sobre el organismo, que resulta más grande que el efecto que tuvieran sumados o cada uno separado.
- ④ *Signo.* Manifestación objetiva de enfermedad caracterizada por un hallazgo clínico observable y mensurable.
- ④ *Síntoma.* Manifestación subjetiva de enfermedad experimentada en un individuo.
- ④ *Taquifilaxis (a).* Producción rápida del fenómeno de tolerancia por medio de la administración repetida de dosis de una sustancia, por ejemplo de opiáceos.
- ④ *Terapia de mantenimiento.* Tratamiento de la adicción a una droga por prescripción de un sustituto, que tiene la propiedad de exhibir dependencia cruzada y tolerancia cruzada, como en el caso de la metadona en el tratamiento de la dependencia a heroína.
- ④ *Tolerancia.* Decremento de la respuesta a una droga que ocurre como consecuencia de su administración continuada con el propósito de alcanzar el efecto anteriormente logrado. Ambos factores fisiológicos y psicosociales contribuyen a su desarrollo, los que pueden ser físicos, psíquicos y conductuales. Se define también como un decremento de la sensibilidad del SNC a la sustancia. Es uno de los criterios para el establecimiento del síndrome de dependencia.
- ④ *Tolerancia cruzada.* Cuando se desarrolla tolerancia a una sustancia a la que el individuo no ha sido previamente expuesto, como resultado de la ingestión aguda o crónica de otra sustancia.
- ④ *Trastorno o problemas relacionados con el uso y abuso de sustancias.* Son los efectos negativos, físicos, psicológicos y sociales estrechamente asociados al consumo agudo o crónico.
- ④ *Tratamiento.* Conjunto de acciones que tiene por objeto conseguir la abstinencia y, en su caso, la reducción del consumo de las sustancias psicoactivas, reducir los riesgos y daños que implican el uso o abuso de dichas sustancias, abatir los padecimientos asociados al consumo, e incrementar el grado de bienestar físico, mental y social, tanto del que usa, abusa o depende de sustancias psicoactivas, como de su familia.

- *Uso múltiple de drogas.* El uso de más de una droga o tipos de drogas por un individuo, a efecto de potenciar o contrarrestar los efectos de alguna de ellas. En la dependencia a sustancias es frecuente ver que el consumo se dirija a varias sustancias a la vez. Refiere al consumo múltiple de los poliusuarios.
- *Uso recreacional.* Consumo de sustancias usualmente referido a las de tipo ilegal bajo circunstancias sociales, a efecto de producir relajación; no necesariamente debe considerarse tal uso como sinónimo de dependencia, en tal sentido se compara al consumo social de alcohol.

ANEXO

CUADRO 1					
Clasificación farmacológica de los psicotrópicos de abuso					
<i>Tipo</i>	<i>Nombre comercial</i>	<i>Uso médico</i>	<i>Dependencia</i>		<i>Tolerancia</i>
			<i>Físico</i>	<i>psíquico</i>	
OPIÁCEOS					
Opio		No	Alta	Alta	Sí
Morfina		Analgésico	Alta	Alta	Sí
Heroína		No	Alta	Alta	Sí
Meperidina	Demerol	Analgésico	Alta	Alta	Sí
Codeína	Coderit	Bequico	Moderada	Moderada	Sí
Difexonilato	Lomotil	Antidiarreico	Baja	Baja	Sí
Fentanyl	Fentanest	Analgésico	Alta	Alta	Sí
Nalbufina	Nubain	Analgésico	Alta	Alta	Sí
Propoxifeno	Darvón	Analgésico	Moderada	Moderada	Sí
Metadona		Desintoxicación	Alta	Alta	Sí
Buprenorfina	Buprenex	Detox	Alta	Alta	Sí
SEDANTES, HIPNÓTICOS Y ANSIOLÍTICOS					
Barbitúricos	Pentobarbital	Hipnótico, Anestésico Anticonvulsivo	Moderada	Moderada	Sí
Benzodiacepinas	Valium Tranxene	Tranquilizante, Hipnótico, Relajante Muscular Anticonvulsivo	Baja	Baja	Sí
Buspirona	Buspar	Ansiolítico	Se ignora		No
SIMPATICOMIMÉTICOS ANFETAMINAS					
Cocaína (crack)		Anestésico	Posible	Alta	Sí
Anfetaminas, Metanfetaminas	Dexedrina Ice, Éxtasis, Cristal	Narcolepsia	Posible	No	Sí
Biperiden	Akineton	Antiparkinsoniano	Moderada	Moderada	No
Trihexifenidil	Artane	Antiparkinsoniano	Moderada	Moderada	No
Metilfenidato	Ritalin	Déficit de atención Narcolepsia	Posible	Alta	Sí
Otros	Tenuate	Anoréxicos	Posible	Alta	Sí

	Dospan Ionamin Esbelcaps				
--	--------------------------------	--	--	--	--

(continúa)

<i>Tipo</i>	<i>Nombre comercial</i>	<i>Uso médico</i>	<i>Dependencia</i>		<i>Tolerancia</i>
			<i>Físico</i>	<i>psíquico</i>	
ALUCINÓGENOS					
LSD 25		No	No	¿?	Sí
Feniciclidina y Análogos		Veterinario	Posible	Alta	Sí
Psilocibina	Hongos	No	Posible	¿?	No
Mezcalina	Peyote	No	No	Moderada	Sí
Ololiuqui	Maravilla	No	Se ignora		
CANNABIS					
Marihuana		No	Posible	Moderada	Sí
Hashish		No	Se ignora	Moderada	Sí
DISOLVENTES VOLÁTILES					
Naftaetilacetato		No			
Metiletilisobutelino		No			
Acetona, Benzol		No	Leve/Moderada u		No
Tricloretileno		No	Ocasional		
Tolueno		No			
Benceno, Xileno		No			

REFERENCIAS

1. Centros de Integración Juvenil, A.C. (1999c). *Tratamiento de la adicción a la cocaína: Un enfoque cognitivo-conductual*. México. Autor.
2. Centros de Integración Juvenil, A.C. (2000). *Trastornos de ajuste psicosocial entre usuarios de drogas que inician tratamiento en Centros de Integración Juvenil*. México. Autor.
3. Centros de Integración Juvenil, A. C. (2001a). *Adherencia a tratamiento en una muestra de usuarios de drogas*. México. Autor.
4. Centros de Integración Juvenil, A.C. (2001b). *Farmacoterapia de los Síndromes de Intoxicación y Abstinencia por Psicotrópicos*. México. Autor.
5. Centros de Integración Juvenil, A. C. (2002n). *Tratamientos específicos por sustancia: Tabaco*. México. Autor.
6. Devereux, G. (2003). *De la ansiedad al método en las ciencias del comportamiento*. México. Siglo XXI Editores.
7. Laplanche, J.; Pontalis, J. (1994) *Diccionario de Psicoanálisis*. Colombia. Editorial Labor, S. A.
8. Norma Oficial Mexicana. (2000). *NOM-028-SSA2-1999, para la prevención, tratamiento y control de las adicciones*. México, D. F. Diario Oficial de la Federación. 15-IX-2000.
9. Novoa; V. (1988). El a-divino. En: Braurstein; N. (Coord.). *La interpretación Psicoanalítica. Coloquios de la función*. (109-121). México. Editorial Trillas.
10. Secretaría de Salud / Instituto Nacional de Psiquiatría. (1998). *Encuesta Nacional de Adicciones, SSA/INP*. México, D. F.: Autor.
11. Secretaría de Salud / Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2003) *Encuesta Nacional de Adicciones, SSA/INEGI*. Aguascalientes, México: Autor.
12. Suárez, A. (Coordinador). (1989). *Psicoanálisis y realidad*. México. Siglo XXI Editores.
13. Wheelwright, P. (1979). *Metáfora y Realidad*. España. Espasa-Calpe, S. A.

BIBLIOGRAFÍA

1. Álvarez, P.; O. (2003). "*El papel del psicólogo clínico en el DIF municipal de Ixtapaluca*". Reporte de trabajo profesional de licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Edo. Méx. México.
2. Boletín Mexicano de Derecho Comparado. **Tráfico de Drogas en América Latina: Emergencia, contexto internacional y dinámica Interna.** <http://www.juridicas.unam.mx/publica/rev/boletin/cont/76/art/art5.htm>
3. Castaneda, C. (2000). *Las enseñanzas de Don Juan*. México. Fondo de Cultura Económica.
4. Centros de Integración Juvenil, A.C. (1999a). *El Policía ante el Problema de las Drogas*. México. Autor.
5. Centros de Integración Juvenil, A.C. (1999b). *Modelo Preventivo de Centros de Integración Juvenil. Marco referencial de información, orientación y capacitación*. México, D. F.: Autor.
6. Centros de Integración Juvenil, A. C. (2002a). *Enfoques de Tratamiento en Adicciones*. México, D. F.: Autor.
7. Centros de Integración Juvenil, A. C. (2002b). *Guía de Atención Curativa*. México, D. F.: Autor.
8. Centros de Integración Juvenil, A. C. (2002c). *Guía de Atención Curativa, Subproyecto Entrevista Inicial*. México, D. F.: Autor.
9. Centros de Integración Juvenil, A. C. (2002d). *Guía de Atención Curativa, Subproyecto Historia Clínica Psiquiátrica*. México, D. F.: Autor.
10. Centros de Integración Juvenil, A. C. (2002e). *Guía de Atención Curativa, Subproyecto Entrevista Psicológica*. México, D. F.: Autor.
11. Centros de Integración Juvenil, A. C. (2002f). *Guía de Atención Curativa, Subproyecto Estudio Social*. México, D. F.: Autor.
12. Centros de Integración Juvenil, A. C. (2002g). *Guía de Atención Curativa, Subproyecto Terapia Individual*. México, D. F.: Autor.

13. Centros de Integración Juvenil, A. C. (2002h). *Guía Técnica de Nivel de Capacitación*. México, D. F.: Autor.
14. Centros de Integración Juvenil, A. C. (2002i). *Guía Técnica. Proyecto: Información Preventiva*. México, D. F.: Autor.
15. Centros de Integración Juvenil, A. C. (2002j). *Guía Técnica de Orientación Preventiva*. México, D. F.: Autor.
16. Centros de Integración Juvenil, A. C. (2002k). *Guía Técnica de Orientación Preventiva Infantil*. México, D. F.: Autor.
17. Centros de Integración Juvenil, A. C. (2002l). *Guía Técnica de Orientación Preventiva de Adolescentes*. México, D. F.: Autor.
18. Centros de Integración Juvenil, A. C. (2002m). *Guía Técnica de Orientación Preventiva para Adultos Jóvenes*. México, D. F.: Autor.
19. Centros de Integración Juvenil, A. C. (2003a). *Capacitación introductoria a Centros de Integración Juvenil. Cuaderno de apoyo para voluntarios técnicos, estudiantes en servicio social, prácticas y promotores preventivos*. México, D. F.: Autor.
20. Centros de Integración Juvenil, A. C. (2003b). *Metodología del proyecto Círculos de Lectura de los libros: Cómo proteger a tus hijos contra las drogas –Guía práctica para padres de familia y Drogas: las 100 preguntas más frecuentes*. México, D. F.: Autor.
21. Centros de Integración Juvenil, A.C. (2004). *Recuento Monográfico, 35 años de historia*. México, D. F.: Autor.
22. Centros de Integración Juvenil, A. C. (2005). *Manual de Organización Específico de Centros de Integración Juvenil, A. C.* México, D. F.: Autor.
23. Escotado, A. (1999) *Historia General de las Drogas*. Madrid. Espasa.
24. Fernández, M., J. (2001). *El otro poder. Las redes del narcotráfico, la política y la violencia en México*. México. Nuevo Siglo Aguilar.
25. Frances, A.; Pincus, H., A.; First, M., B. (2002). *DSM-IV- TR. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. España. Editorial Masson, S. A.
26. Freud, S. (1981a). “Psicoterapia (Tratamiento por el espíritu)”. *Obras completas Tomo I*. España. Editorial Biblioteca Nueva. 1014-1027.

27. Freud, S. (1981b). “Los dos principios del funcionamiento mental”. Obras Completas Tomo II. España. Editorial Biblioteca Nueva. 1638-1647
28. Freud, S. (1981c). “Más allá del principio del placer”. Obras Completas Tomo III. España. Editorial Biblioteca Nueva. 2507-2541
29. Freud, S. (1981c). “La pérdida de la realidad en la neurosis y en la psicosis”. Obras Completas Tomo III. España. Editorial Biblioteca Nueva. 2745-2747
30. Freud, S. (1981c). “El malestar en la cultura”. Obras Completas Tomo III. España. Editorial Biblioteca Nueva. 3017-3067
31. González, N. J. (1989). *La fortaleza del psicoterapeuta: La contratransferencia*. México. Instituto de Investigación en Psicología Clínica y Social, A.C.
32. Inglis, B. (1994). *El juego prohibido. Historia social de las drogas*. España. Tikal Editores.
33. Mannoni; O. (1992). *Un comienzo que termina, transferencia, interpretación teórica*. México. Editorial Paidós
34. Roustang, F. (1989). *A quien el psicoanálisis atrapa... ya no lo suelta*. México. Siglo XXI Editores.
35. Torres, V., M. (2000). *La transferencia o el engaño en hueco*. http://www.uaq.mx/psicologia/lamision/eng_trans.html
36. Vera, O. E. (1988). *Droga, psicoanálisis y toxicomanía. Las huellas de un encuentro*. Argentina. Editorial Paidós.
37. Zoja, L. (2003). *Drogas: adicción e iniciación. La búsqueda moderna del ritual*. España. Editorial Paidós.