

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

**EPIDEMIOLOGIA DEL CONSUMO DE SUBSTANCIAS ADICTIVAS
Y PARTICIPACION SOCIAL EN NOGALES, SON:
ESTRATEGIAS Y RECOMENDACIONES**

**Tesis profesional que para obtener el titulo de
LICENCIADA EN TRABAJO SOCIAL**

**P R E S E N T A
LILIA DEL CARMEN HUGUES GALINDO**

MEXICO, D.F.

1997

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIA

A LILIANA. MI HIJA

POR LAS AUSENCIAS. JUEGOS NO COMPARTIDOS.
NOCHES SILENCIOSAS Y CONFIDENCIAS POSPUESTAS.

A MI MADRE

POR SU AMOR Y APOYO. Y SOBRE TODO POR SU
PACIENTE ESPERA

A JORGE

UN BELLO POEMA DE AMOR QUE ENCONTRO LOS
ESPACIOS SIN FIN

AGRADECIMIENTOS

A los investigadores Hilda y Francisco Lara quienes me permitieron llegar a un objetivo; a mis compañeros de El Colegio de la Frontera Norte, de Nogales; sin su apoyo y carrilla me habría sido más difícil el logro de esta meta...Mil Gracias a Martín, Rodolfo, Luis Ernesto, Ricardo, Don Antonio y Pili.

A mis hermanas y hermanos; unos ayudándome materialmente, otros con su apoyo moral, y también con su silencio.

A mis maestras y maestros de la UNAM, especialmente a la Lic. Teresa Zamora Díaz de León quien me alentó en todo momento y a cualquier hora para continuar adelante.

Muchas gracias a todos las personas que están en el contexto de mi trabajo, por permitirme conocer sus vidas.

INDICE

INTRODUCCION

CAPITULO 1

ANTECEDENTES

	pag.
1.1 El estudio de las adicciones en México	1
1.2 El estudio de las adicciones a nivel local	3
1.3 Investigación y planeación a nivel local	6

CAPITULO 2

NOGALES, LA CIUDAD Y SUS HABITANTES

2.1 Algunas características sociodemográficas de Nogales, Son	8
2.2 Distribución de factores de riesgo	12

CAPITULO 3

LOS PROVEEDORES DE SERVICIOS DE PREVENCION Y ATENCION EN NOGALES, SON Y LA PARTICIPACION DEL TRABAJADOR SOCIAL

3.1 La atención a la salud en México	14
3.1.1 Los proveedores de servicios en Nogales	16
3.2 El Trabajo Social y los programas de acción	17
3.2.1 Los programas de prevención y atención	19
3.2.2 Características de las acciones	20
3.2.3 Lugares o Areas para la prevención	21
3.2.4 Recursos Humanos y Financieros	23
3.3 Coordinación con otras instituciones mexicanas	25
3.4 Coordinación Binacional	26

CAPITULO 4
METODOLOGIA DEL ESTUDIO

4.1 Características del estudio	28
4.2 Estrategias	30
4.2.1 Instrumento	31
4.3 Metodología y marco muestral	33

CAPITULO 5
EPIDEMIOLOGIA DEL CONSUMO DE SUBSTANCIAS ADICTIVAS

5.1 Características generales de los residentes	35
5.2 Adicciones y tipo de hogar	36
5.2.1 Tabaco y alcohol	37
5.2.2 Drogas médicas	39
5.2.3 Drogas ilegales	40
5.3 Adición y tamaño del hogar	40

5.3.1 Tabaco y alcohol	41
5.3.2 Drogas m3dicas	42
5.3.3 Drogas ilegales	42
5.4 Adiciones y tipo de parentesco	43
5.4.1 Tabaco y alcohol	45
5.4.2 Drogas m3dicas	46
5.4.3 Drogas ilegales	46
5.5 Percepci3n de factores de riesgo y conocimiento de los servicios locales sobre adicciones	47
5.5.1 Disponibilidad	48
5.5.2 Frecuencia de consumo	49
5.5.3 Incidentes violentos	51
5.5.4 Conocimiento y uso de los servicios locales	51
5.5.5. Conocimiento y percepci3n en la comunidad	52
5.5.6 Relaci3n Proveedor -Usuario	53
5.6 Patrones de consumo	54

5.6.1. Consumo actual de tabaco	55
5.6.2 Consumo actual de alcohol	56
5.6.3 Consumo actual de drogas médicas	63
5.6.4 Consumo actual de drogas ilegales	66
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	73
ANEXO	82
BIBLIOGRAFIA	90

INTRODUCCION

En la frontera norte de México se conjuntan una serie de situaciones que han sido identificadas frecuentemente como precursoras del tabaquismo, el alcoholismo y la farmacodependencia. Actualmente, las comunidades de la frontera son de alta prioridad dentro de los esfuerzos nacionales contra las adicciones, como así lo demuestra el creciente interés de las autoridades mexicanas de salud por ampliar la información epidemiológica sobre la región.

La pérdida de vidas, el ausentismo laboral, la desintegración familiar, la violencia urbana, los costos sociales y económicos y la aceptación de las adicciones como problema de salud pública que tiene capacidad de afectar por igual a todos los grupos de la población, ha dado pautas para que las acciones orientadas a combatir este problema social sean cada vez más recurrentes y sistemáticas.

Ciertas características epidemiológicas del abuso de sustancias en México han estado bajo escrutinio científico durante las dos últimas décadas. Algunas encuestas y otros estudios en sectores específicos de la población, han generado información útil para el diseño de políticas y

programas de prevención especialmente a nivel nacional y regional. No obstante, muy poca de la información disponible puede ser usada en la identificación de las necesidades y en la formulación de programas de base local.

En base a lo anterior, en febrero de 1994, El Colegio de la Frontera Norte y Juntos Unidos/United Together, con apoyo de la Fundación Fronteriza Arizona-México para la Salud, acordaron la realización de un estudio epidemiológico sobre el consumo de sustancias en la frontera norte, específicamente en la Ciudad de Nogales, Sonora.

El propósito general de este estudio fue llenar ese vacío de información y contribuir a desarrollar programas locales para prevenir el abuso de sustancias adictivas en la ciudad.

En este sentido la participación del Trabajador Social, en cada una de las etapas de la investigación es de suma importancia, ya que de esta manera se presume que su intervención en la implementación de políticas de acción contará con una base real que busque desarrollar mecanismos que faciliten la coordinación interinstitucional, la intervención comunitaria en los programas de prevención y la cooperación binacional en las adicciones.

Así pues, el contenido de esta Tesis Profesional, recoge el esfuerzo de un grupo de instituciones y personas que por más de año y medio se esforzaron por aplicar con todo el rigor posible, métodos y técnicas de investigación que sirvieran para obtener información confiable y local sobre el consumo de sustancias adictivas en Nogales, Sonora.

En este trabajo se presentan los resultados generales de una encuesta a hogares sobre consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, aplicada en Nogales, Son.; los resultados de una consulta a los proveedores de servicios de prevención y atención a las adicciones en la misma ciudad, un resumen de los principales hallazgos de la investigación

y un listado de recomendaciones que se espera pueda verse enriquecido a través de la discusión y reflexión colectiva de los organismos de salud, padres de familia, autoridades centros de investigación y ciudadanos en general.

Así mismo se expone las acciones que han tomado algunas instituciones después de conocer los resultados del estudio y la labor que ha desempeñado el Trabajador Social en ellas.

CAPITULO 1

ANTECEDENTES

1.1 El Estudio de las adicciones en México

En México, no obstante los importantes esfuerzos realizados durante los últimos años, la información epidemiológica relativa al consumo no terapéutico de sustancias adictivas es aun escasa y poco uniforme. Los esfuerzos se han ido multiplicando en la medida en que el país ha tomado conciencia de la magnitud creciente del problema y de sus importantes costos sociales. Instituciones como el Centro Mexicano de Estudios de Farmacodependencia, el Instituto Mexicano de Psiquiatría y la Dirección de Epidemiología de la Secretaría de Salud, han sido pilares en la creación de sistemas de información epidemiológica cada vez más confiable y de mayor cobertura.

Sin embargo, aún quedan vacíos de información que limitan en forma substantiva la capacidad de la sociedad y de las instituciones para afrontar en condiciones ventajosas el problema de la farmacodependencia. Es probable que algunos de estos vacíos de información sean cubiertos en corto o mediano plazo con la ampliación o refinamiento de los sistemas de vigilancia epidemiológica existentes actualmente en México. También es probable que otros nunca sean cubiertos a través de estos sistemas, por su inviabilidad técnica y económica.

Entre los principales problemas destaca la inexistencia de información confiable y actualizada para el diseño de programas de prevención y tratamiento a nivel local. Una gran parte de los estudios de prevalencia e incidencia de abuso de sustancias adictivas, se han realizado en las áreas metropolitanas de México o, en su defecto, su ámbito de análisis atiende a extensas regionalizaciones que hacen caso omiso de la diversidad y especificidad de las múltiples comunidades que las integran.

Este último es el caso de la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA), que se realiza en México desde 1988 y que forma parte del Sistema Nacional de Encuestas de Salud. La ENA divide al país en siete regiones que agrupan a varias entidades federativas de acuerdo a criterios de contigüidad geográfica, disponibilidad de información y estudios previos y el presupuesto existente para la realización de la encuesta (ENA, 1990).

Otras fuentes disponibles en México tienen como propósito recolectar información relacionada exclusivamente con el consumo de drogas, dejando fuera aquella información vinculada al consumo de alcohol y tabaco. Este es el caso del Sistema de Registro de Información sobre Drogas (SRID) creado en 1986 por el Instituto Mexicano de Psiquiatría (Ortiz, 1989). Asimismo, existe una amplia tradición de encuestas en planteles escolares dirigidas a jóvenes estudiantes y utilizando, en muchos de los casos, el enfoque indirecto o la técnica del autoreporte (Castro, 1990). En el primer caso, observamos la aplicación de instrumentos de espectro reducido ya que el SRID no ofrece información sobre el principal problema de farmacodependencia en México que es el consumo de alcohol y tabaco y, en el segundo, las encuestas en escuelas constriñen su cobertura a una población cautiva que muchas veces es la más favorecida por los programas de prevención.

Los estudios basados en los reportes clínicos y administrativos de los organismos de prevención y tratamiento a farmacodependientes, son también una fuente de información ampliamente utilizada en México. A

nivel nacional los Centros de Integración Juvenil (CIJ.) elaboran informes sobre edad de inicio y otros elementos de los patrones de consumo a partir de los expedientes clínicos de los pacientes de nuevo ingreso a la institución (CIJ, 1992). En Sonora se han realizado estudios basados en entrevistas individuales a sujetos de nuevo ingreso a programas de tratamiento ofrecidos en hospitales públicos (Benassini, 1993). Como ha sido indicado por algunos expertos, una de las principales desventajas de esta fuente de información, es que los farmacodependientes generalmente evitan el contacto con las instituciones que ofrecen programas de prevención y tratamiento y que, por tanto, están en capacidad de generar este tipo de estadísticas (Kennedy, 1991; Zúñiga, 1990).

1.2 El estudio de las adicciones a nivel local

Basado en los resultados arrojados por la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) en 1989, Benassini (1993) encontró una serie de datos que brindan una panorámica de la situación de la región noroccidente que comprende a los estados de Sinaloa, Baja California, Baja California Sur y Sonora, comparados con la situación de la región que corresponde al Distrito Federal.

Según la ENA el 8.63 por ciento de la población urbana de 12 a 65 años de la región noroccidente usa drogas, en comparación con el 5.13 por ciento de la población del Distrito Federal; del mismo grupo de población, se encontró que en el noroccidente el 3.57 por ciento ha usado alguna droga en el último año y un 2.10 por ciento% en el D.F.; también, que el 2.16 por ciento de la población del noroccidente usan más de una droga contra el 1.36 por ciento del D.F.

La droga de mayor uso en el mismo grupo es la marihuana, con un 7.03 por ciento en noroccidente y un 3.53 por ciento en el D.F.; en segundo lugar se encuentran los inhalables y los alucinogénos con 1.79 por ciento y 1.33 por ciento; en tercero la cocaína con 1.75 por ciento y

0.43 por ciento; en cuarto, los estimulantes con 1.32 por ciento y 0.45 por ciento para la región noroccidente y el D.F. respectivamente en cada uno de los casos.

En el estado de Sonora, un estudio realizado por Benassini en 1993, en el cual se reporta que fueron atendidos 500 casos clínicos, se encontro que del total del grupo, al menos una vez el 82 por ciento había usado marihuana; el 56 por ciento cocaína; 54 por ciento tranquilizantes; 47 por ciento inhalables; 37 por ciento estimulantes; 16 por ciento heroína.

Por otro lado, el estudio realizado por Haro y Denman en 1994, utilizando técnicas de grupos focales con distintos grupos de adolescentes de Nogales, encontraron que la substancia de mayor uso entre los jovenes nogalenses es el alcohol; en segundo lugar están la marihuana y el tabaco; después le siguen la cocaína, los estimulantes, los tranquilizantes y los inhalables, cuyo uso depende del estrato socioeconómico del usuario.

Datos aportados por el Departamento de Seguridad Pública de Nogales, Sonora, indican que durante el año de 1989 hubo un total de 2,251 detenidos por conducción punible y aliento alcohólico y alrededor de 754 casos de personas detenidas con cargos relacionados con el uso de drogas y alcohol.

En lo que respecta al Consejo Tutelar para Menores Infractores (De Viana, 1992), durante el período comprendido entre 1986 a 1990 hubo un total de 10,685 casos atendidos por delitos diversos. De los menores detenidos se reporta que el 70 por ciento de ellos usan algún tipo de droga, un 20 por ciento han consumido drogas y/o alcohol al menos una vez y solo el 10 por ciento no usan drogas.

Datos arrojados por el estudio de evaluación de los programas locales de atención al abuso de substancias en la ciudad de Nogales, Sonora (Carrasco, 1993), indican que de una muestra de 65 expedientes clínicos de pacientes atendidos por problemas de farmacodependencia y alcoholismo durante 1992 y 1993, se encontró que el 92.3 por ciento de

los pacientes son varones. En lo que respecta a la edad de los pacientes, el 6.2 por ciento se encontró en el grupo de 15 a 19 años; un 12.3 por ciento en el grupo de 20 a 24 años; 15.5 por ciento dentro del grupo de 25 a 29 años; 66 por ciento en el grupo de 30 años y más; no se reportan casos de pacientes menores de 15 años.

En lo referente a la procedencia de los pacientes, se obtuvo que el 50.8 por ciento son nativos de Nogales, Sonora; el 16.9 por ciento son nativos de otras localidades del estado de Sonora; un 23.1 por ciento son originarios de otros estados y el 9.2 por ciento restante son originarios de Estados Unidos.

Se encontró que casi una tercera parte de los pacientes, con un 32.3 por ciento de los casos son solteros; 44.6 por ciento son casados o viven en unión libre; 21.5 por ciento viven separados y; el 1.5 por ciento son viudos. Se reporta que aproximadamente la mitad de los pacientes contaban con un empleo fijo al momento de recibir el tratamiento, el 49.2 por ciento restante se reporta como desempleado o como empleados eventuales.

En lo que respecta a los problemas de los pacientes, se encontró que el 83.1% de ellos acudieron a atención por problemas de adicción y solo el 16.9 por ciento por problemas de abuso. También se encontró que en cuanto a sustancia de uso principal, la heroína ocupa el primer lugar en el 36.9 por ciento de los casos; le sigue el alcohol con un 24.6 por ciento; en tercer lugar se encuentra la marihuana en un 12.3 por ciento y en cuarto lugar la cocaína en un 10.8 por ciento de los casos. En porcentajes más bajos encontramos a los estimulantes, los tranquilizantes y los inhalables con el 7.7 por ciento, 4.6 por ciento y 3.1 por ciento respectivamente.

1.3 Investigación y planeación a nivel local

Hasta el momento, la formación de una opinión documentada sobre la dimensión y características del problema del uso y abuso de sustancias adictivas en Nogales, se ha visto limitada por la poca existencia de información. Los datos y estadísticas provenientes de fuentes de cobertura parcial y los reportes de carácter anecdótico, son insuficientes para precisar con un nivel adecuado de confiabilidad la magnitud del problema (prevalencia e incidencia) y sus características por grupo de edad, sexo, estado civil, ocupación y nivel socioeconómico.

La relación entre información de base local para el desarrollo de enfoques y estrategias microregionales es cada vez más reconocida. La práctica de este principio en la planeación de programas de prevención y atención a las adicciones es el principal objetivo de este estudio. En él se contiene una consulta a las agencias operadoras de programas contra las adicciones, aunque su contenido principal son los resultados de una encuesta a hogares para determinar el perfil de los consumidores de sustancias adictivas en la ciudad de Nogales, Sonora.

Aunque una encuesta en hogares también posee restricciones importantes¹, la información que arroja su utilización en estudios epidemiológicos sobre adicciones tiene las siguientes ventajas:

- Capta a toda la población que tiene lugar fijo de residencia y no solo a aquellas personas que se pueden estudiar en algún tipo de institución como escuelas, unidades de prevención y tratamiento y centros de reclusión.

¹ No incluye a las personas residentes de viviendas colectivas como reclusión para senores infractores y cárceles, ni a personas sin residencia fija, ni a los residentes en hospitales o centros de rehabilitación médica. Todos estos núcleos de individuos constituyen grupos de alto riesgo a las adicciones (Pozner, 1982:37).

■ A través de métodos estadísticos y del diseño de procedimientos e instrumentos de investigación adecuados se puede controlar la calidad de la información generada.

■ La información obtenida a través de la encuesta se puede extrapolar a toda la población estudiada para estimar la prevalencia del consumo actual y replicar los procedimientos de muestreo para estimar niveles de incidencia.

■ Existe la posibilidad de comparar los niveles de consumo locales con las estadísticas nacionales y regionales generadas a través del Sistema Nacional de Encuestas de Salud y, en consecuencia, se obtiene la ventaja de dimensionar mejor la problemática de las adicciones en Nogales. Tomando como modelo la Encuesta Nacional de Adicciones, se estaría en la posibilidad de utilizar procedimientos estándar evaluados nacional e internacionalmente.

CAPITULO 2

NOGALES, LA CIUDAD Y SUS HABITANTES

2.1 Algunas características sociodemográficas de Nogales

El ritmo de crecimiento de la población en Nogales se ajusta a una tasa promedio anual de 2.5 por ciento entre 1970 y 1980 y de 4.7 por ciento entre 1980 y 1990 (Tabla II.1). Durante el período reciente, Nogales ha registrado una importante recuperación en su dinámica poblacional, la cual ha llevado a que este municipio fronterizo crezca en

Tabla II.1 Dinámica Demográfica de Nogales, Sonora				
Años	Pobl. Ttl.	C. Medio	Hombres	Mujeres
			%	%
1940	15422	---	46.4	53.6
1950	26016	5.4	46.8	53.2
1960	39812	4.3	48.2	51.8
1970	53494	3.0	49.6	50.3
1980	68357	2.5	49.5	50.5
1990	107936	4.7	50.4	49.6

Fuente: INEGI, Manual de Estadísticas Básicas del Edo de Sonora, 1984 y XI Censo Gral de Población y Vivienda.

los últimos diez años a un ritmo casi similar al de los años cuarenta.

Al mismo tiempo esta dinámica demográfica es significativamente superior a la observada en la última década por el país, la región fronteriza y el estado de Sonora en general ²

La causa principal en el repunte de la dinámica demográfica de Nogales se encuentra en las transformaciones que durante los últimos años ha experimentado la economía fronteriza y que, en forma directa, han impactado el dinamismo y la estructura del mercado de trabajo regional. El detonante de estas transformaciones ha sido el crecimiento industrial acelerado impulsado por la consolidación y expansión de la actividad maquiladora en la región.

Durante los pasados 20 años, el municipio de Nogales transitó de una economía dominada por las actividades comerciales y de servicios, a una dominada por las actividades industriales. De acuerdo a los resultados censales de 1990, el 40.4 por ciento de la población ocupada local es absorbida por la industria de transformación, principalmente maquiladora. En este período el número de establecimientos maquiladores pasó de 27 plantas en 1970, a 76 en 1990. Por lo que respecta al número de empleos, el personal ocupado en la industria maquiladora pasó de 3,014 empleados a cerca de 17,000 en el mismo lapso. En correspondencia, tanto el comercio como los servicios han disminuido su peso relativo en la estructura ocupacional del municipio.

El importante crecimiento económico impulsado por la industria elevó considerablemente los niveles locales de empleo. En general, las tasas de participación económica de la población de Nogales crecieron en más de 25 por ciento entre 1970 y 1990 (INEGI, 1984). La información disponible para otras ciudades no fronterizas de Sonora, indican que los niveles de participación económica en Nogales son considerablemente

2 Las tasas de crecimiento medio anual de la población nacional, de la región fronteriza y estatal son de 2.0, 2.01 y 1.7 por ciento respectivamente.

superiores³.

Por otro lado la migración, ha transformado la estructura demográfica de Nogales. En 1990, el 34.1 por ciento de la población de Nogales tenía menos de 15 años y el 24.4 por ciento entre 15 y 24 años. Esta estructura demográfica es típica de comunidades jóvenes con una alta proporción de individuos en los grupos etéreos cercanos a la base y es el producto de importantes flujos migratorios consistentes, principalmente, de fuerza de trabajo.

Como resultado de lo anterior se ha producido en la ciudad un proceso de crecimiento urbano incompleto cuyos signos principales son la ocupación creciente de zonas no aptas para los asentamientos humanos, limitado suministro e inadecuada distribución de agua para consumo humano, desalojo y manejo inadecuado de aguas negras y, en general, un creciente deterioro de las condiciones ambientales.

Actualmente, es posible identificar dentro del área urbana de Nogales un número de 62 colonias y fraccionamientos con diferente composición social, distintos grados de organización colectiva y, por lo tanto, con variados niveles de urbanización.

Las implicaciones de este rápido crecimiento económico y poblacional sobre las condiciones urbanas de Nogales, se expresan con mayor nitidez en la fuerte problemática habitacional que enfrenta la ciudad actualmente. En 1990, de acuerdo a estimaciones del Gobierno del Estado de Sonora y el Ayuntamiento local, el déficit de vivienda fue de 11 207 unidades, de las cuales 6 867 viviendas fueron agregadas entre 1980 y 1990 (Gobierno del Estado de Sonora, 1994).

Consecuencia importante del déficit habitacional creciente son los problemas de hacinamiento que de él se derivan. Si tomamos como indicador de aceptabilidad la norma de "no más de 2 ocupantes por

3. Las tasas de participación totales de los municipios de Hermosillo, Cajeme y Guaymas fueron de 46.9, 44.5 y 42.5 en 1990, respectivamente.

cuarto habitable", se puede estimar, a partir de los resultados de la Encuesta Sociodemográfica Anual de la Frontera de 1988 (COLEF, 1988) realizada en el área urbana de Nogales, que cerca del 40 por ciento de las viviendas de Nogales son ocupadas en condiciones de hacinamiento, ya que en este grupo la ocupación por cuarto habitable fluctúa entre 2.6 y 4.1 ocupantes por cuarto⁴.

Por lo que respecta a la calidad de la vivienda, la evolución de la ciudad en esta materia ha sido heterogénea (Lara, 1992). La cobertura del servicio de drenaje tuvo el mejor desempeño al reducirse el déficit en casi 15 puntos porcentuales entre 1970 y 1990. Aunque con menor vigor, también hubo una mejoría relativa en los materiales utilizados en la construcción de las viviendas, el régimen de tenencia, la electrificación y el número de habitaciones tipo "cuarto redondo"⁵. El único servicio que registró una disminución en la cobertura fue el de agua potable.

Las limitaciones de los indicadores anteriores es que sólo hacen referencia a la disponibilidad y no a la calidad de los servicios conectados a la vivienda.

Estudios recientes realizados en el área urbana han encontrado que colonias enteras de Nogales que están conectadas a la red municipal de agua potable, tienen como forma principal de abastecimiento el servicio de "pipas" (Sánchez y Lara, 1992). Numerosas colonias de la ciudad experimentan un racionamiento estricto de suministro aún fuera del período de estiaje. Los escurrimientos de aguas negras son recurrentes en varias zonas de la ciudad en donde la vida útil de la red de drenaje ha alcanzado su límite. Obviamente, una mejor evaluación de la problemática habitacional en Nogales debe considerar otros indicadores y debe ser una prioridad de los estudios urbanos.

4 Una estimación menos moderada es la del Consejo Nacional de Población, que en 1990 estimó que el 50.6 por ciento de las viviendas en Nogales eran ocupadas en condiciones de hacinamiento (CONAPO, 1993).

5 Se considera "cuarto redondo" cuando una vivienda cuenta con un solo cuarto para todas las funciones.

En suma, la ciudad de Nogales es un área urbana de rápido crecimiento económico y demográfico, lo cual ha provocado rezagos crecientes en los principales renglones de servicios y equipamiento. Las características de los flujos migratorios atraídos por la ciudad han enfrentado dificultades para integrarse a la estructura sociourbana, ampliando las áreas de pobreza y marginación existentes en la ciudad.

2.2 Distribución de factores de riesgo

El propósito de la sección anterior ha sido mostrar que en Nogales, Sonora, existe un ambiente social en el que abundan factores precursores de las adicciones. En esta ciudad, como en muchas otras comunidades de la frontera norte de México, los residentes confrontan un conjunto de condiciones de vida difíciles entre las que destacan la pobreza, limitadas oportunidades educativas, estrés económico, condiciones urbanas y de vivienda precarias, movilidad poblacional, y segregación social y cultural. Todos estos factores han sido identificados como predictores del consumo de alcohol y drogas ilegales en la literatura especializada sobre el tema (Chávez, 1977).

No obstante, la heterogeneidad de los espacios urbanos impiden que estos factores de riesgo se distribuyan uniformemente dentro de la ciudad. Como ha sido anotado, Nogales ha evolucionado en forma compulsiva y desarticulada y dentro de sus límites se han constituido subespacios perfectamente diferenciados por sus desiguales niveles de urbanización y por los distintos perfiles sociodemográficos de sus residentes (Lara, 1992).

En consecuencia, los factores referidos se distribuyen con distinta intensidad a lo largo y ancho de la ciudad, creando subespacios con diferente nivel de riesgo en relación al consumo de sustancias adictivas.

Dado que existe una relación directamente proporcional entre los factores de riesgo observados en una comunidad y la incidencia en el consumo de alcohol y otras drogas, la realización de análisis desagregados a nivel de zonas o áreas urbanas resulta una tarea

desagregados a nivel de zonas o áreas urbanas resulta una tarea indispensable para la formulación de políticas y programas locales de prevención adecuados.

Es importante también, considerar al universo de instituciones que directa o indirectamente se vinculan con el problema de las adicciones en la ciudad, conocer los servicios que ofrecen la cobertura de sus programas y grupos e individuos que atienden, debido a que ven en el consumo de sustancias adictivas, un problema de salud pública o que reconocen que el problema tiene una base social que nos permite vincular a los farmacodependientes con determinada disfuncionalidad a nivel familiar o comunitario.

CAPITULO 3

LOS PROVEEDORES DE SERVICIOS DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN EN NOGALES, SON Y LA PARTICIPACIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL

3.1 La Atención a la salud en México

Las actividades de los proveedores de servicios de prevención y atención a la farmacodependencia pueden encontrarse ligadas a diferentes ámbitos institucionales. Esto es, debido en parte, a que la problemática de las adicciones puede ser abordada desde la perspectiva de la producción, la distribución o el consumo de drogas. En estas condiciones es comprensible el surgimiento y existencia de un sinnúmero de instituciones que legislan, regulan y actúan para abatir el costo personal y social que produce el consumo abusivo de una gran diversidad de sustancias adictivas.

En México, el Sistema Nacional de Salud está formado por tres subsistemas, dos de los cuales son de carácter público al estar financiados total o parcialmente por el Estado. El otro subsistema es el de la medicina privada, cuya dinámica depende esencialmente de las condiciones de la oferta y demanda de servicios médicos.

Uno de los subsistemas del sector público está integrado por un conjunto de organismos que ofrecen servicios tipo asistencial entre los cuales se incluyen instituciones dependientes de los gobiernos federal, estatal y municipal. Algunas de estas instituciones brindan apoyo a la familia, a los niños, a los jóvenes y ancianos, así como también a minusválidos e indigentes. Ellas son el Sistema de Desarrollo Integral de la Familia (DIF), el Instituto de la Senectud (INSEN) y los Centros de

Integración Juvenil (CIJ).⁶

En el mismo ámbito de la asistencia social, pero totalmente desvinculadas de la rectoría del Estado, encontramos a un conjunto de grupos de autoapoyo que surgen principalmente como una respuesta de la sociedad civil y que desarrollan una serie de actividades tendientes a cubrir una demanda de servicios determinada, acorde a una filosofía propia. En este grupo encontramos organismos como Alcohólicos Anónimos, Drogadictos Anónimos, Neuróticos Anónimos y algunas organizaciones religiosas no católicas.

El otro subsistema público de salud es el que concentra a la totalidad de las instituciones de seguridad social entre las que se encuentran el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), y el Instituto de Seguridad Social y de Servicios para los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Las finanzas de estas instituciones dependen de las aportaciones de los trabajadores, los patrones y el Estado; estos centros se orientan a cubrir las demandas de seguridad social de la fuerza de trabajo ocupada en la industria, el comercio y los servicios formales.

Respecto al subsistema privado de salud, aunque no se cuenta con información sobre su cobertura real, se sabe que los costos de operación de éste son elevados, y que este tipo de servicios son demandados principalmente por individuos pertenecientes a los sectores sociales medios y altos (Laurell, 1991:464).

⁶ El Centro de Integración Juvenil es una asociación civil, el cual a través de un patronato recibe subsidio de la federación, que es canalizado por medio del sector salud. Asimismo recibe presupuesto de el DIF y de los gobiernos estatales.

3.1.1 Los proveedores de servicios en Nogales

El marco institucional en el que se apoyan los organismos y programas de prevención y tratamiento a la farmacodependencia a nivel nacional, sirve de base para la presentación de instituciones públicas, privadas y sociales que en la misma rama existen en Nogales, Son.

Este marco institucional, está integrado por un conjunto de proveedores que ofrecen servicios tanto en el área de la salud, como en el ámbito de la asistencia a la familia a la comunidad. En Nogales identificamos tres instituciones dependientes de la seguridad social --el IMSS, el ISSSTE y el ISSSTESON--, mientras que paralelamente encontramos una red de servicios de atención a la salud dependientes del Gobierno del Estado, que se abocan a cubrir las necesidades de la población abierta. En este grupo encontramos la Unidad de Desintoxicación (UNDEX), el Centro de Información para la Salud (CISAL) y el Hospital Básico del Estado. Respecto a los proveedores de salud de tipo privado, se identificó a un grupo de profesionistas en el área de la psiquiatría, que cubren el excedente de demanda de servicios de atención a farmacodependientes.

Otras agencias proveedoras de servicios asistenciales, pero en el área de apoyo a la familia y la comunidad, son el Centro de Atención Externa del Consejo Tutelar para Menores (COTUME) y el Desarrollo Integral de la Familia (DIF). Estos organismos operan directamente bajo la rectoría del gobierno estatal, el primero, y de las autoridades municipales, el segundo.

Finalmente, identificamos una importante presencia de proveedores de corte asistencial cuyo funcionamiento está vinculado a las acciones que despliega la sociedad civil, en este grupo destaca la presencia de 9 centros de Alcohólicos Anónimos, además de dos agrupaciones religiosas pentecostales: Alcance Victoria y La Casa del Alfarero.

3.2 El Trabajo Social y los Programas de acción

Existe consenso entre los estudiosos del tema que no puede haber planeación en materia de farmacodependencia, sin información. En este contexto, el desarrollo de estudios de carácter epidemiológico nos permite como Trabajadores Sociales cubrir ese vacío, en tanto que facilita el poder disponer de información oportuna sobre consumo de fármacos, identificación de patrones de consumo, grupos de riesgo, sustancias de mayor uso, y los factores asociados al consumo, entre otros.

Disponer de información de esta naturaleza facilita a los Trabajadores Sociales responsables de elaborar planes y programas contra la farmacodependencia, definir con precisión el perfil de la población en riesgo, además de algunas otras características.

El desarrollo de programas que no toman como marco de referencia factores de esta naturaleza, presentan serias limitaciones en tanto que la definición de los objetivos y metas podrían partir de una base equivocada impidiendo avanzar en la solución del problema.

En México, el desarrollo de estudios epidemiológicos es un asunto relativamente reciente, en tanto que la primera base de datos que se generó con dichas características fue la Encuesta Nacional de Adicciones de 1988 (ENA, 1988). Esta encuesta fue levantada de nueva cuenta en 1993 y se ha ido complementando con algunos estudios de cobertura regional como la Encuesta de Adicciones en la Frontera Norte y los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones operados por la Secretaría de Salud. La disponibilidad reciente de información de primera mano sobre adicciones en el país, está permitiendo que en este momento se avance en la definición del problema de la farmacodependencia a la vez que está facilitando que se ensayen algunas acciones de tipo preventivo.

Para Kennedy (1991:2), la prevención puede ser primaria o secundaria. La prevención primaria está integrada por un conjunto de acciones que tiene por objetivo prevenir el inicio al consumo o la incidencia del consumo de sustancias adictivas, es decir, en esta faceta se busca evitar el surgimiento de nuevos consumidores de drogas. Con la prevención secundaria se trabaja básicamente con la población consumidora y en esta fase se busca evitar la prolongación de la enfermedad. Como observamos, la prevención además de considerar el desarrollo de actividades que reduzcan la población en riesgo de consumir sustancias adictivas, también debe tener entre sus propósitos la "rehabilitación" y debe contemplar instrumentos que permita ejercer un control terapéutico de los consumidores actuales, además de contribuir a que éstos se conviertan en agentes propagadores de la farmacodependencia.

Otro factor que también debe tomarse muy en cuenta en el diseño de programas preventivos, es la permanencia de los mismos en el tiempo. Esta condición hace alusión tanto a la continuidad de los programas mismos como al hecho de que deben experimentar ajustes, considerando que la farmacodependencia es un fenómeno muy dinámico. Las evaluaciones periódicas es un instrumento efectivo para que los programas puedan adecuarse sus objetivos y metas poniéndolas a tono con las necesidades de la población. Otro factor que garantiza la permanencia de un programa, es la existencia de recursos humanos con un perfil adecuado a las necesidades programáticas además de recursos materiales y financieros que permitan su ejecución (Zúñiga, 1993:16).

El reconocimiento por parte del Estado de la existencia de una problemática es el factor que da origen a las instituciones públicas abocadas a resolverlo. La presencia de organismos en el país para la atención de la farmacodependencia, tales como El Centro de Integración Juvenil (CIJ) y del Hospital Psiquiátrico "Dr. Carlos Nava" en Hermosillo, Sonora, y la Unidad de Desintoxicación (UNDEX) en Nogales, Sonora, son muestra de ello. El surgimiento de tales instituciones debe estar acompañado del diseño de programas, asignación de fondos y formación de grupos de trabajo; infraestructura que resulta indispensable para el

desarrollo de las actividades preventivas y de atención.

A continuación se describirán algunos rasgos que presentaron los programas y acciones que promueven los proveedores de servicios de prevención y atención en Nogales, para lo cual, se analizan los resultados de una consulta a 11 proveedores ("*Consulta a Proveedores de servicios de prevención y tratamiento, 1995*"), de éstos, 7 son dependientes de algún organismo gubernamental, uno más desarrolla actividades en el ámbito de la asistencia social y 3 proveedores realizan acciones de atención en el campo de la medicina privada.

3.2.1 Los programas de prevención y atención

Es importante señalar que existen dos tipos de proveedores de servicios de prevención o atención a la farmacodependencia. Unos son los que trabajan explícitamente "para" y "con" farmacodependientes, de los cuales solamente entrevistamos a UNDEX (Unidad de desintoxicación) y AA (alcohólicos Anónimos). El otro grupo son los proveedores que se vinculan indirectamente al problema del consumo de sustancias adictivas a través de la práctica institucional en el área de apoyo a la salud, la familia o la comunidad, los proveedores que se encuentran en esta condición son DIF, COTUME, CISAL (Centro de Información para la Salud), IMSS, ISSSTE y Hospital Básico.

Entre los proveedores de servicios que en la localidad manifestaron estar desarrollando programas y/o acciones de prevención y atención, se observó que existe una relación estrecha entre labores de prevención e instituciones públicas y de asistencia social, mientras que en el ámbito de la atención identificamos que además de estas dos instancias se incorporan también los proveedores privados.

Los proveedores de servicios públicos que brindan atención en esta área son UNDEX y el Centro de Atención Externa de COTUME.

La primera agencia (UNDEX) es responsable de brindar atención farmacológica y psicológica a la población consumidora, mientras que la

segunda (Centro de Atención Externa) tiene una cobertura más limitada, debido a que brinda atención casi exclusivamente a población adolescente que ha incurrido en algún delito.

Por otra parte, la medicina privada es la instancia que por excelencia atiende la demanda de servicios que no alcanza a ser cubierta por las instituciones públicas. Asimismo, este grupo cubre un perfil de atención determinado debido a que ofrece servicios de atención más personalizada, además de atender los requerimientos de atención de farmacodependientes con determinado estatus socioeconómico.

3.2.2 Características de las acciones

El que el grueso de los proveedores de servicios en Nogales atienden de manera indirecta el problema de la farmacodependencia, le imprime un rasgo particular al tipo de acciones que desarrollan. En este marco, las acciones preventivas quedan reducidas a la distribución de información impresa o al desarrollo de conferencias, pláticas o talleres. Estas acciones son promovidas por 4 de los 7 proveedores públicos y por 1 de los dos proveedores de asistencia social. Respecto a acciones preventivas que involucra el seguimiento de algún consumidor de sustancias, solamente el Centro de Atención Externa de COTUME desarrolla actividades de esta naturaleza.

Otras actividades que pueden ser catalogadas como preventivas son las que desarrollan los sistemas de seguridad social y los servicios de salud dependientes del Estado. En este caso, los tres proveedores entrevistados (IMSS, ISSSTE y Hospital Básico) manifestaron que dentro de la consulta general que se brinda en sus clínicas se provee de información a los pacientes en materia del cuidado a la salud, lo cual incluye naturalmente el informar sobre el riesgo en el uso y el abuso de drogas tales como el alcohol y el tabaco.

Un aspecto más que resulta importante destacar, es el concerniente a la existencia de una red de referencia interinstitucional que permite que los proveedores de servicios de salud, refieran a pacientes con problemas de consumo de fármacos, a las instancias responsables de la atención o rehabilitación. UNDEX y el Hospital Psiquiátrico "Dr. Carlos Nava" localizado en la ciudad de Hermosillo, fueron citados por la totalidad de los proveedores públicos y por los privados como los centros donde ellos canalizan pacientes que requieren de tratamientos de desintoxicación.

Finalmente, las acciones de atención que son proveídas por las agencias de servicios en la localidad incluyen consultas farmacológicas y psicológicas, en donde los pacientes son sometidos a terapias individuales, grupales y familiares. Los servicios de atención a farmacodependientes es una labor casi exclusiva de UNDEX, la cual es la única en el ámbito de los servicios gubernamentales que cuenta con infraestructura hospitalaria de desintoxicación. Otra institución que desarrolla actividades en el área de atención, es el Centro de Atención Externa de COTUME, la cual lleva a cabo terapias de apoyo psicológico entre los reclusos con problemas de consumo de substancias. La medicina privada es un recurso más al que acude la población con problemas de adicciones.

3.2.3 Lugares o áreas para la prevención

Un elemento más que debe ser considerado cuando se piensa en las características de los programas y las acciones que estos promueven, es el relativo al lugar o a la zona donde se desarrollan.

El lugar que por excelencia es utilizado por la mitad de los proveedores públicos son las propias instalaciones. UNDEX, el ISSSTE, el Hospital Básico del Estado y el COTUME, son algunos ejemplos, cuyos servicios los llevan a cabo con población cautiva, ya que realizan el

trabajo de prevención con los pacientes que acuden a solicitar servicios médicos o con población reclusa en el centro de tutelaje. El IMSS es el proveedor de servicios que cubre el ámbito laboral, esto resulta ser lo más lógico, debido a que es el organismo al cual se encuentran afiliados casi la totalidad de los trabajadores asalariados del país. El ámbito de trabajo para CISAL, es el escolar; este espacio de acción fue el único referido por esta agencia gubernamental. Respecto al Dif, identificó el barrio o la colonia como su espacio principal de trabajo.

La segunda prioridad declarada por los proveedores de servicios fue el ámbito educativo. Este sector está siendo cubierto por 5 de los 6 proveedores que identificaron una segunda área de acción. Respecto a la prioridad tercera, solo dos proveedores manifestaron realizar acciones preventivas hasta en tres zonas de la ciudad, estos fueron el IMSS y el Hospital Básico.

Como podemos apreciar, las acciones preventivas son acciones que se llevan a cabo fundamentalmente en las instalaciones de los proveedores, lo anterior toma sentido si consideramos que nuestras instituciones de salud están más orientadas a que la población asista a ellas a demandar los servicios lo que facilita que ante un público semicautivo o cautivo se pueda distribuir información relativa a la farmacodependencia. Los datos nos revelan, además, que los centros educativos son las áreas que son cubiertas por un mayor número de proveedores. Lo anterior resulta relevante si consideramos que la población de mayor exposición al riesgo de consumir sustancias adictivas, son los adolescentes, población que en su mayoría se encuentra en los centros educativos.

3.2.4 Recursos humanos y financieros

El éxito de todo programa depende de la disposición de los recursos suficientes y adecuados para su ejecución. La definición de qué cantidad de recursos financieros y humanos son necesarios para cubrir los requerimientos de una ciudad como Nogales, implicaría de un mayor conocimiento sobre el tipo de programas, objetivos y metas de los mismos. No obstante, se investigó acerca de la disponibilidad de recursos actuales de los proveedores de atención a la farmacodependencia.

Hay que señalar que las fuentes de financiamiento para los proveedores públicos son resultado de los aportes de organismos de carácter federal, estatal y municipal. Respecto a los proveedores asistenciales, éstos sobreviven con los aportes económicos de sus miembros, mientras que los particulares cobran a sus pacientes por los servicios que prestan.

Sabemos que la fuente de financiamiento de los proveedores de servicios de carácter público, normalmente son resultado de la combinación de varias instancias gubernamentales. Por ejemplo, UNDEX opera con los aportes del gobierno estatal, pero además se allega algunos ingresos derivados del cobro de cuotas a sus pacientes. El Centro de Atención Externa de COTUME también obtiene recursos de la región, mientras que DIF es financiado con recursos del municipio, y otros de carácter también gubernamental. El resto de las instituciones asignan alguna partida de su presupuesto global para impulsar las acciones preventivas, tal es el caso de CISAL, IMSS, ISSSTE y Hospital Básico del Estado.

Los recursos humanos que participan en las acciones de prevención y atención a la farmacodependencia son principalmente enfermeras, médicos y trabajadores sociales. Los proveedores que disponen de mayor personal para realizar sus actividades son UNDEX, IMSS y DIF.

Considerando el tipo de programa que realiza cada uno de estos proveedores, UNDEX dispone de 12 elementos, de los cuales dos de éstos cubren el trabajo administrativo y de intendencia, mientras que el resto es personal profesional que cubren la demanda de atención farmacológica y psicológica de los farmacodependientes a nivel local, contando con una trabajadora social, la cual realiza acciones de prevención y apoyo a los otros profesionistas y constituye además, el enlace entre la familia del paciente y la institución.

El IMSS, como ya es conocido, cubre las necesidades de salud de la población derechohabiente por lo cual no resulta extraño que disponga de 10 médicos y 9 enfermeras que realicen trabajo de prevención en los centros de trabajo, acciones que naturalmente no solo están orientadas a atender aspectos de farmacodependencia; es notoria la ausencia de Trabajadores Sociales en este tipo de programa.

El Centro de Atención Externa de COTUME cuenta solo con dos personas profesionistas para realizar sus funciones de prevención y atención, entre las cuales se encuentra una Trabajadora Social. En situación similar se encuentra CISAL, el cual sólo con dos enfermeras atiende la demanda de orientación a escuelas localmente.

Respecto al sistema DIF, que es el único proveedor que realiza actividades de prevención a nivel comunitario, cuenta con 6 personas, de las cuales dos de ellas son Trabajadoras Sociales que atienden a las más de 70 colonias con que cuenta el área urbana del municipio.

Aunque resulta realmente difícil establecer un perfil fiel de las experiencias y actitudes hacia la coordinación interinstitucional, en las siguientes secciones se presentan algunas respuestas de los responsables de los organismos estudiados, en relación a la coordinación con otras instituciones y a sus principales obstáculos.

3.3. Coordinación con otras instituciones mexicanas

De los siete (7) organismos públicos con programas de prevención y tratamiento en Nogales, dos (2) son de nivel federal, cuatro (4) estatales y uno (1) municipal. Todos estos organismos reportaron alguna forma de coordinación con otras instituciones nacionales en materia de abuso de sustancias, aunque existen algunas diferencias entre los distintos niveles de gobierno.

Las instituciones federales como el IMSS y el ISSSTE mostraron la menor incidencia de coordinación interinstitucional, en contraste con las estatales, que mostraron una mayor. Las diferencias se explican porque las primeras son organismos que trabajan principalmente con población derechohabiente y las segundas con población abierta. El que CISAL, UNDEX, Hospital Básico y COTUME muestren una alta incidencia de formas de coordinación se explica por el carácter compulsivo que debe tener ésta dentro del conjunto de instituciones que conforman el sistema público de salud de Sonora.

Por lo que respecta a su intensidad, la coordinación interinstitucional adopta la forma de comités de consulta en el marco de esquemas instituidos por una autoridad superior y en los cuales la participación de los organismos locales es obligatoria. Aunque es muy usual que estos comités se disuelvan o se desactiven casi completamente luego de pasadas las circunstancias que propiciaron su integración, es probable que la disposición de los individuos y la interacción entre directivos conduzca a la concertación de acción o la formulación de proyectos de coordinación. Quizá ha sido en el marco de estos comités de consulta de donde han surgido los acuerdos de intercambio de información estadística y los programas de trabajo conjunto en el que participan tres de los siete organismos gubernamentales de salud incluidos en este análisis.

En un sentido muy amplio, los obstáculos a la coordinación interinstitucional, tal y como son percibidos por los responsables de los

organismos de prevención y tratamiento, pueden ser agrupados en: 1) restricciones institucionales y, 2) limitaciones de recursos.

Dentro del primer grupo pueden ser incluidos la incompatibilidad de los enfoques y la conceptualización utilizada para el diseño de los programas institucionales. En palabras de uno de los entrevistados, el hecho de que cada "institución defina de manera diferente" el problema y su solución obstaculiza la coordinación entre los organismos. Tal vez, también recomendó otro de los entrevistados, mejorando la comunicación o realizando un diagnóstico más preciso de la problemática puedan superarse algunos de los obstáculos institucionales mencionados.

En la segunda categoría se encuentran principalmente la falta de personal y de recursos para solventar programas extrainstitucionales o de coordinación con otros organismos. La limitación de recursos tiene, entre otras implicaciones, la suspensión de los programas o el incumplimiento de algunas de sus fases.

3.4 Coordinación binacional

La coordinación binacional en materia de prevención y tratamiento de la farmacodependencia, es de bajo perfil a nivel local. Solo uno de los informantes reportó la existencia de actividades de coordinación consistentes en la participación de comités de consulta. Este resultado es incompatible con la percepción generalizada de que la fuerte y variada interacción transfronteriza y las afinidades culturales existentes entre las comunidades de Nogales, Sonora y Nogales, Arizona, produce formas espontáneas de cooperación. También contrasta con la estrecha cooperación que existe entre autoridades policíacas de México y Estados Unidos para eliminar la producción y el comercio de estupefacientes a través de sus fronteras.

En realidad los resultados obtenidos no hacen sino reflejar la complejidad de la cooperación transfronteriza en esta materia y en otras. Por una parte, no debe perderse de vista que si la coordinación interinstitucional es difícil en el ámbito nacional, mayores razones habrá para que lo sea en el internacional. Por otra parte, la participación en acuerdos de cooperación internacional está reservada a la representación federal y cuando se da a través de mecanismos informales basados en acuerdos no oficiales o semioficiales debe pasar por un proceso complejo de construcción de consensos sobre la definición de la problemática de interés común y sus soluciones.

Los obstáculos de la coordinación interinstitucional a nivel binacional son cuantitativa y cualitativamente mayores que los que enfrenta ésta a nivel nacional. De acuerdo a los resultados obtenidos, uno de los principales obstáculos son las restricciones que impone el marco legal y que limitan la intervención de los organismos del sector salud en procesos de negociación para la firma de convenios a nivel binacional.

Son también de importancia las diferencias en los enfoques, estrategias y recursos existentes a cada lado de la frontera. Las iniciativas de coordinación binacional pierden terreno debido a las estructuras de "prioridades distintas" a cada lado de la línea internacional, de la falta de tiempo para cultivar la cooperación y al hecho de que las agencias estadounidenses inviertan mucho tiempo y recursos en las fases de diagnóstico, planeación y evaluación de los programas, de acuerdo a varios de los proveedores consultados. El desconocimiento de la contraparte y las diferencias en las estructuras institucionales en cada país desestimulan también las iniciativas para la cooperación a través de la frontera en materia de farmacodependencia.

CAPITULO 4

METODOLOGIA DEL ESTUDIO

4.1 Características

OBJETIVOS

Los objetivos generales del estudio fueron los siguientes:

A. Identificar las prioridades de prevención del abuso de sustancias en la ciudad de Nogales, Sonora, mediante un proceso que involucrara estudios de carácter epidemiológico y consulta con proveedores locales de servicios de prevención en todos sus niveles.

B. Coadyuvar al fortalecimiento de los mecanismos existentes de coordinación interinstitucional y comunitaria en la implementación, seguimiento y evaluación de las políticas y programas locales para la prevención de abuso de sustancias.

C. Desarrollar enfoques e iniciativas que faciliten el establecimiento de mecanismos y programas binacionales de prevención de abuso de sustancias en ambos Nogales.

Los objetivos específicos:

A. Generar una base de información adecuada para el diseño de planes y programas locales de prevención de abuso de sustancias.

B. Identificar oportunidades y barreras para establecer mecanismos de coordinación epidemiológica binacional y desarrollar acciones para la prevención de la farmacodependencia.

C. Determinar la influencia de la frontera en la incidencia del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.

HIPOTESIS

■ Algunos atributos individuales como la edad, sexo, estado civil y escolaridad de las personas son factores que están fuertemente asociados con el uso y abuso de sustancias y su patrón de consumo (Ortiz, 44:1992).

■ Diferentes estudios han encontrado que el consumo de sustancias adictivas está fuertemente correlacionado con unidades familiares disfuncionales y con antecedentes de adicción paterna (Florenzano, 1989). Aunque la condición socioeconómica no es factor que por sí solo induzca el consumo de sustancias adictivas, sí se ha observado una asociación entre esta variable y el tipo de sustancia consumida (Medina-Mora, 1992).

■ Diferentes estudios han arrojado evidencias de que un factor predisponente a la adicción o, a patrones de consumo particulares es la residencia en alguna localidad de la frontera norte (De Cosio, 1991; Zúñiga, 1990; Castro, 1990).

VARIABLES

En la encuesta a hogares, la composición de la familia, los factores culturales, la condición socioeconómica, las características demográficas individuales, el tiempo de residencia en la frontera, y la relación de los individuos y sus familias con los Estados Unidos serán consideradas como variables independientes. El patrón de consumo de alcohol, tabaco

y/o morfina e inhalantes serán las variables dependientes.

4.2 Estrategias

Las estrategias aplicadas para alcanzar los objetivos descritos fueron las siguientes:

a). Inventario, diagnóstico, evaluación y consulta a los proveedores de servicios de prevención de abuso de sustancias en Nogales, Sonora.

b). Diseño, levantamiento y análisis de una encuesta a hogares sobre abuso de sustancias en el área urbana del Municipio de Nogales.

A. Consulta a proveedores de servicios de prevención y tratamiento

Se realizó un inventario con el fin de determinar el número de proveedores existentes en la ciudad, y una entrevista para conocer los servicios que ofrecen, programas, acciones, limitaciones y coordinación interinstitucional y binacional.

B. Encuesta a Hogares

Sabiendo que en México es muy común encontrarse viviendas en las que habiten miembros más allá del núcleo familiar, se diseñó un cuestionario que captara distintos hogares al interior de la vivienda, y así poder diferenciarlos. Este cuestionario se tituló: *"Epidemiología del consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias adictivas en Nogales, Sonora"*.

La recolección de datos relacionados con el abuso de sustancias, se enfrenta con la gran dificultad de la admisión de un comportamiento que es generalmente proscrito por las leyes y la sociedad. De allí que haya sido necesario establecer un procedimiento preciso para la

selección del informante y el logro de un nivel de empatía adecuado. Tomando como ejemplo a Zúñiga (1990), y partiendo del supuesto de que la madre es el sujeto mejor informado de la familia, se dio preferencia a las amas de casa como informantes y en ningún caso se solicitó información a individuos que no fueran miembros del hogar o que siéndolo tuvieran menos de 15 años de edad ⁷.

4.2.1 Instrumento

A fin de poder contar con patrones de comparación relativos al consumo actual de sustancias adictivas, en la elaboración del cuestionario se consideraron algunos reactivos similares a los utilizados para la ENA (1993).

El instrumento diseñado fue una entrevista estructurada con 60 preguntas. La cual se organizó en tres secciones o apartados:

A. Características generales de los residentes

Utilizando el concepto de "olla común", esta sección buscó distinguir entre familias nucleares y compuestas. Esta parte cubrió información relativa al hogar (tamaño y composición) así como a sus integrantes.

Los aspectos incluidos fueron los siguientes:

- Número de hogares en la vivienda
- Edad
- Sexo

⁷ Se ha recomendado la no selección de jóvenes menores de 15 años como informantes en este tipo de estudios, ya que un interrogatorio sobre adicciones podría despertar en ellos la curiosidad sobre el tema de las drogas, además de que su nivel de comprensión requeriría de instrumentos de recolección especialmente diseñados (Zúñiga, 1992:188).

- Parentesco con el jefe del hogar
- Lugar de nacimiento
- Tiempo de residencia actual
- Residencia anterior
- Escolaridad
- Estado civil
- Relación con Estados Unidos
- Condición de actividad económica
- Ocupación principal
- Ingreso

B. Percepción de factores de riesgo y conocimiento de proveedores de servicios de atención

Esta sección incluyó una batería de preguntas encaminadas a determinar la percepción de los informantes sobre la presencia de factores de riesgo asociados a la disponibilidad de sustancias adictivas en el barrio. Asimismo se aborda la relación entre consumo problemático de sustancias adictivas (alcohol, drogas médicas y drogas ilegales) con la presencia de conductas antisociales en la zona. Finalmente, en este apartado se cuestiona sobre el nivel de conocimiento del informante respecto a los proveedores públicos y privados encargados de ofrecer servicios preventivos y de atención a las adicciones.

Los aspectos considerados fueron:

- Percepción sobre consumo de drogas y situaciones violentas en la zona
- Disponibilidad de sustancias adictivas en el barrio
- Conocimiento de proveedores por categoría de servicio
- Uso de servicios de prevención y atención a las adicciones

C. Consumo de sustancias adictivas

Esta sección permitió determinar el consumo actual de tabaco, alcohol, tranquilizantes, sedantes, anfetaminas, marihuana, inhalables, cocaína o crack y heroína o morfina. Las preguntas informan sobre los miembros del hogar con 12 años y más que durante los últimos 30 días hubieran consumido alguna de las sustancias mencionadas.

Los aspectos incluidos fueron:

- Consumo actual
- Edad de inicio al consumo
- Consumo problemático

4.3 Metodología y marco muestral

Para fines de organización de la encuesta se consideró el marco cartográfico del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), actualizado para 1993. Este marco contaba con 47 Áreas Geostatísticas Básicas (AGEB), las cuales fueron definidas para la zona urbana como agrupamientos de manzanas, cuyos límites están dados por las avenidas o calles en donde su tamaño puede variar de entre 20 y 80 manzanas.

La organización del diseño muestral se dió en dos etapas, en donde la primera implicó la selección de las manzanas en forma de muestreo aleatorio sistemático, esto sobre el listado de manzanas del INEGI, y la segunda etapa del muestreo, consistió en seleccionar viviendas por cada una de las manzanas seleccionadas durante la primera etapa. Esta última selección se realizó a través de un muestreo aleatorio sistemático dentro de las 130 manzanas seleccionadas.

El tamaño de la muestra fue de 650 viviendas, tamaño que fue definido de acuerdo a los recursos financieros y de tiempo disponibles.

Así mientras la unidad de muestreo quedó integrada por las casas-habitación del área urbana del municipio de Nogales, Sonora, la unidad de observación fueron los hogares.

CAPITULO 5

EPIDEMIOLOGIA DEL CONSUMO DE SUBSTANCIAS ADICITVAS EN NOGALES, SON.

5.1 Características generales de los residentes

La exposición al riesgo de consumir sustancias adictivas está directamente asociado a una serie de factores individuales y sociales. Dentro de estos últimos, la familia es la institución que más frecuentemente es referida en los estudios sobre abuso de sustancias como la principal fuente de situaciones que estimulan o desestimulan el desarrollo de conductas precursoras de las adicciones a nivel individual. En forma más específica, algunos estudios han observado una fuerte relación entre consumo de fármacos y otras sustancias y ciertos aspectos que se originan en el ámbito doméstico como la desintegración familiar y los hábitos de consumo de los padres (Chávez. 1977).

Lo anterior cobra sentido si tomamos en cuenta que la familia desarrolla el papel de instancia de socialización primaria al transmitir a sus miembros ciertos roles y patrones de conducta social. Es en el seno de la familia donde personas unidas por lazos de parentesco consanguíneo o civil, se transmiten unos a otros, y de generación en generación, una serie de valores en relación al uso y abuso de tabaco, alcohol y, aun, de sustancias no toleradas socialmente.

En base a los resultados de la Encuesta a Hogares, enseguida se exploran algunas relaciones entre consumo de drogas y el tipo y tamaño de los hogares, además de la relación de parentesco como factor de riesgo.

5.2 Adicciones y tipo de hogar

Existen una serie de atributos individuales que permiten delinear el perfil del farmacodependiente en Nogales, Sonora. Algunos de los rasgos identificados mostraron la importante relación que existe entre el hecho de ser consumidor de algún fármaco y ser adulto-joven, trabajador, casado y con una escolaridad entre primaria y secundaria.

Además de las relaciones anteriores, la encuesta a hogares permitió establecer una cierta asociación entre tamaño y tipo de hogar y patrones de consumo de sustancias adictivas.

El término hogar está referido al conjunto de individuos que unidos o no por lazos de parentesco comparten un espacio común en la misma vivienda, además de compartir los gastos para comer.

En términos operativos los hogares fueron clasificados en cinco tipos. El hogar **nuclear** es el integrado por una pareja conyugal que puede tener o no hijos y en donde estos últimos permanecen aún solteros. Asimismo, podemos observar hogares nucleares monoparentales cuando encontramos a los hijos viviendo solo con uno de sus padres. En este tipo de hogar puede haber empleados domésticos con los que se comparte la vivienda. El hogar **ampliado** está formado por un hogar nuclear al que se le adicionan otros parientes de origen ascendiente o descendiente. En este tipo de hogar también se puede estar compartiendo la vivienda con empleados domésticos. En relación al hogar **compuesto** está integrado por un hogar nuclear o ampliado en donde residen personas sin lazos de parentesco con el jefe del hogar. El hogar de **corresidentes** está formado por dos o más personas que no guardan relaciones de parentesco entre sí. Finalmente, los hogares **unipersonales** son los que cuentan con un individuo (INEGI, 1991).

La encuesta reportó que en Nogales el 74.5 por ciento de los hogares eran del tipo nuclear, 20.9 por ciento fueron hogares ampliados, siguiéndole en importancia los unipersonales con el 2.8 por ciento. Por

su parte, los hogares compuestos integraron el 0.6 por ciento y los de coresidencia apenas fueron el 0.2 por ciento.

5.2.1 Tabaco y alcohol

En la tabla V.1 presentamos la proporción de usuarios de tabaco, alcohol, drogas médicas y drogas ilegales de acuerdo al tipo de hogar de residencia. La encuesta mostró que del total de los individuos de 12 años y más que formaban parte de hogares nucleares, el 27.3 por ciento eran fumadores activos, esto es, consumieron tabaco durante los treinta días previos al levantamiento de la encuesta. En cuanto a consumo de alcohol, esta proporción fue de 34.9 por ciento.

Los hogares ampliados, que son los segundos en importancia numérica en la ciudad, presentaron una prevalencia de consumo de tabaco del 20.5 por ciento y para alcohol del 28.4 por ciento.

Respecto a la prevalencia de consumo de alcohol y tabaco en los hogares compuestos y unipersonales, estos concentran niveles superiores, en tanto que se observó, que del total de individuos que radicaban en hogares compuestos 7 de cada 10 fue consumidor de tabaco, mientras que en alcohol esta relación aumentó a 9. En los hogares unipersonales, por su parte, presentaron una prevalencia de casi 3 consumidores de tabaco por cada 10 individuos que viven solos, relación que fue de 5 por cada 10 para los bebedores de alcohol.

Tabla V.1
Prevalencia de Usuarios de Drogas mayores de 12 años
por Tipo de Hogar

Tipo de Droga	Tipo de Hogar							
	Nucleares		Ampliados		Comp.		Unipersonales	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Tabaco	321	27.3	90	20.5	6	75.0	4	28.6
Alcohol	410	34.9	124	28.4	9	90.0	7	46.7
Médicas								
Tranquilizantes	22	1.9	12	2.7	0	0.0	2	14.3
Sedantes	9	0.8	4	0.9	0	0.0	0	0.0
Anfetaminas	4	0.3	3	0.7	0	0.0	0	0.0
Ilegales								
Marihuana	18	1.5	5	1.1	1	10.0	0	0.0
Inhalables	1	0.1	0	0.0	1	10.0	0	0.0
Cocaína/crack	10	0.9	1	10.0	0	0.0	0	0.0
Heroína/morfina	2	0.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0

Fuente: Encuesta "Epidemiología del consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias adictivas en Nogales, Sonora", COLEF, 1994.

Aunque la relación de parentesco con el jefe del hogar, es el factor que define los hogares, también hay una relación muy fuerte entre tipo de hogar y edad de los miembros. Por ejemplo, resulta obvio el vínculo entre población infantil y hogar nuclear o entre hogar ampliado y población adulta.

Como ya observamos los hogares compuestos y los unipersonales son los que presentan la prevalencia más alta. Esto puede explicarse, quizá, porque estamos hablando de un hogar con características extraordinarias, esto es; hogares donde vive una persona que no guarda parentesco con el jefe del hogar; mientras que en el otro caso son individuos que viven solos.

5.2.2 Drogas médicas

En relación al patrón que presentan los usuarios de drogas médicas, éstos se concentran de manera predominante en hogares ampliados. Fuera del impacto que la prevalencia de usuarios de tranquilizantes ejercen en los hogares unipersonales (14.3 por ciento), se observa que los hogares ampliados guardan una relación mayor con este tipo de consumidores. Los datos reportan, por ejemplo, que el 2.7 por ciento de las personas que vivían en este tipo de hogares, consumieron tranquilizantes, esta relación fue de 0.9 para sedantes y de 0.7 en anfetaminas. Los hogares nucleares son la siguiente categoría en importancia. Aquí la prevalencia de uso en tranquilizantes, sedantes y anfetaminas fue de 1.9, 0.8 y 0.3 por ciento, respectivamente.

Sabemos que las drogas médicas son consumidas en mayor medida por población en edades adultas. El vínculo que existe entre hogar ampliado y población adulta es muy fuerte. Estos hogares, particularmente están integrados por una pareja conyugal en edad madura o envejecida, la cual probablemente cuenta con hijos casados, en donde en algunos de los casos, éstos han retornado al hogar. Asimismo, no resulta extraño que dentro de estos hogares se de albergue a parientes que vienen de fuera.

5.2.3 Drogas ilegales

La simple inspección de los datos sobre la relación entre consumo de drogas ilegales y hogar, nos muestran el peso que tienen los hogares compuestos sobre el uso de ese tipo de drogas. En la tabla V.1 se observa que del total de individuos que radicaban en este tipo de hogar, 1 de cada 10 fue consumidor de marihuana. La relación fue la misma para los consumidores de inhalables y cocaína o crack.

Los hogares nucleares, por su parte, reportaron una prevalencia de usuarios de todas las sustancias. Estas fueron de 1.5, 0.1, 0.9 y 0.2 por ciento para marihuana, inhalables, cocaína o crack y heroína o morfina, respectivamente.

5.3 Adicción y tamaño del hogar.

Uno de los indicadores sociales que comúnmente son utilizados en la medición de niveles de desarrollo entre países, es el relativo al tamaño de los hogares. Esto se debe a que el tamaño del hogar es un factor que, en muchas ocasiones, se asocia con niveles de bienestar.

Se dice que la mayor exposición al riesgo de consumo de sustancias adictivas está muchas veces relacionada con niveles socioeconómicos bajos, y éstos, a su vez, están fuertemente asociados con el tamaño de los hogares.

En Nogales, Sonora, la encuesta a hogares nos permitió identificar que el tamaño de los hogares fue de 4.7 individuos en promedio, donde los hogares de menor tamaño estuvieron integrados por un miembro, aunque también se captaron hogares de 11 individuos.

A continuación se revisa cómo se manifiesta la relación entre tamaño de los hogares y consumo de sustancias.

5.3.1 Tabaco y alcohol

En la tabla V.2 presentamos la relación entre tamaño del hogar y prevalencia de consumo de tabaco, alcohol, drogas médicas y drogas ilegales. Como podría esperarse, la prevalencia de usuarios de tabaco y alcohol controlado por tamaño del hogar, no muestra diferencias significativas. Por ejemplo, la asociación anterior es más fuerte en los consumidores de tabaco, en tanto que se reporta una tasa de consumo de poco más del 20 por ciento independientemente del tamaño del hogar.

Tipo de Droga	Tamaño del Hogar							
	Un miembro		2 a 3 miembros		4 a 5 miembros		6 y más miembros	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Tabaco	3	21.4	73	26.6	200	26.1	148	22.6
Alcohol	7	50.0	107	39.1	242	34.0	201	30.7
Médicas								
Tranquilizantes	3	21.4	11	4.0	16	2.3	6	0.9
Sedantes	1	7.1	10	3.6	2	0.3	0	0.0
Anfetaminas	0	0.0	1	0.4	4	0.6	7	0.3
Ilegales								
Marhuana	0	0.0	2	0.7	11	1.5	11	1.7
Inhalables	0	0.0	0	0.0	1	0.1	1	0.2
Cocaína o crack	1	7.1	1	0.4	5	0.7	4	0.6
Heroína o morfina	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	0.3

Fuente: Encuesta "Epidemiología del consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias adictivas en Nogales, Sonora", COLEF, 1994.

Para el caso de la relación entre consumo de alcohol y tamaño del hogar, se manifiesta que de cada 10 individuos que vivían en hogares de

2 o más miembros, por lo menos 3 habían consumido bebidas con contenido alcohólico. Esta relación fué del 50 por ciento para los individuos que residían en hogares de un solo miembro.

5.3.2 Drogas médicas

Los usuarios de drogas médicas presentan un patrón más definido en cuanto al tamaño de hogar. En este caso, se observa una fuerte relación entre individuos que residieron en hogares pequeños, es decir, de uno a 3 miembros y consumo de estas substancias. Por ejemplo, la prevalencia de consumo de tranquilizantes en individuos que vivían en hogares de un miembro fue de 2 consumidores por cada 10 residentes de estos hogares. Para los sedantes, la prevalencia fue del 7.1 por ciento. Para el caso de las anfetaminas, la relación más fuerte se encontró en individuos cuyos hogares fueron de 4 a 5 miembros, en este caso se observó una prevalencia del 0.6 por ciento (Tabla V.2).

El que los consumidores de estas drogas vivan en hogares pequeños o de mediano tamaño, puede estar asociado con hogares cuyos residentes son individuos en edad madura o envejecida, los cuales pudieran estar utilizando estas substancias por prescripción médica.

5.3.3 Drogas ilegales

La información reportada para drogas ilegales y tamaño del hogar, nos muestra una relación inversa a la descrita para las drogas médicas, es decir, en estas drogas se observa que la mayor prevalencia de usuarios residían en hogares más numerosos. Por ejemplo, se identificó que el consumo de marihuana está más asociado con hogares de 6 y más miembros. Los datos nos hablan que el 1.7 por ciento de los consumidores que vivían en hogares de ese tamaño habían consumido

marihuana durante los últimos 30 días. Esta droga también fue utilizada en una proporción similar a la citada (1.5 por ciento) por individuos que vivieron en hogares con 4 o 5 miembros (Tabla V.2).

Los usuarios de inhalables y de heroína o morfina también fueron residentes de hogares numerosos. La prevalencia en estos casos fue de 0.2 y 0.3 por ciento consumidores para residentes de hogares de 6 o más miembros. La única excepción en cuanto a nivel de prevalencia por tamaño de hogar, lo presentaron los usuarios de cocaína o crack, en donde el vivir solo elevó la proporción a 7.1 por ciento.

5.4 Adicciones y parentesco

El análisis de los miembros del hogar y de la relación que éstos guardan respecto al jefe de familia, nos permite acercarnos al rol económico y social que desempeña cada uno de éstos en el hogar. Tener acceso a información que nos muestre que los consumidores son el padre o la madre, nos lleva a reflexionar sobre la poca efectividad que los programas de prevención pueden tener cuando éstos se orientan sólo hacia los jóvenes, es decir, hacia individuos que desempeñan el rol de hijo.

Respecto al consumo de drogas médicas, si comparamos los resultados de prevalencia que reporta la encuesta para el total de población de 12 años y más respecto a la prevalencia del jefe de familia, se observa que ésta última es significativamente mayor para todas las substancias, con excepción de las anfetaminas, en donde la prevalencia fue igual al total.

Tabla V.3 Prevalencia de Uso de Drogas en el Jefe del Hogar		
Tipo de Droga	Consumo	
	N	%
Tabaco	220	43.3
Alcohol	318	62.6
Médicas		
Tranquilizantes		
Sedantes	17	3.3
Anfetaminas	6	1.2
Illegales	2	0.4
Marihuana		
Cemento, aerosol o thiner	10	2.0
Cocaína o crack	1	0.2
Heroina o morfina	9	1.8
	1	0.2

Fuente: "Epidemiología del consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias adictivas en Nogales, Son"., COLEF, 1994.

En la tabla V.3 se observa la prevalencia de consumo de drogas del jefe del hogar de los 508 hogares entrevistados. Los datos resultan contundentes respecto a la proporción de jefes de hogar que están consumiendo tabaco y alcohol; por ejemplo, se observó que 4 de cada 10 jefes de hogar consumió tabaco, mientras que la relación fue de 6 en 10 en el consumo de alcohol.

Los datos reportados por la encuesta para la población de 12 años y más, muestran que la relación para tabaco fue de poco menos del doble; es decir, de 2 por cada 10 en tabaco y de 3 por cada 10 para alcohol.

La prevalencia de uso de las drogas médicas por el jefe del hogar fue de 3.3, 1.2 y 0.4 por ciento para tranquilizantes, sedantes y anfetaminas, respectivamente. Los datos reportados para la población de 12 años y más, muestran una prevalencia de 2.2 por ciento en

tranquilizantes, de 0.8 por ciento para sedantes y 0.4 por ciento para anfetaminas.

Respecto al consumo del jefe del hogar de drogas ilegales, se observa que la marihuana fue consumida por el 2.0 por ciento, cifra 0.5 más alta que la reportada para la población de 12 años y más. Los inhalables fueron consumidos por el 0.2 por ciento, el doble de la captada para la población objeto de estudio. Respecto a la cocaína o crack, el jefe de hogar la consumió en una proporción igual al 1.8 por ciento, mientras que la encuesta mostró una prevalencia de 0.7 por ciento. La proporción de jefes de familia identificados como consumidores de heroína o morfina fue de 0.2 por ciento, mientras que la encuesta mostró una prevalencia de 0.1 por ciento para el total analizado.

5.4.1 Tabaco y Alcohol

Tres son los actores que al interior de la familia están consumiendo fármacos: su posición en el hogar es la de jefe, hijo y cónyuge. Se observan algunos otros miembros, tales como el hermano o el cuñado del jefe del hogar y el padre u otros parientes, aunque estos últimos participan en proporciones menores.

En la tabla V.4 presentamos la relación de parentesco que con el jefe del hogar tuvieron los consumidores de drogas. Allí se muestra cómo para los casos de tabaco y alcohol, poco más del 50 por ciento de los que consumieron dichas sustancias fue el mismo jefe del hogar. El segundo grupo en importancia de consumidores, desempeñaron el rol de hijos, éste integró el 24.5 por ciento de los que consumieron tabaco y el 22.6 por ciento de los consumidores de alcohol. El siguiente miembro del hogar que está participando activamente como consumidor de estas sustancias, fué el cónyuge, el cual estuvo representado predominantemente por la madre de familia.

5.4.2 Drogas médicas

Respecto a la relación de parentesco que mantienen con el jefe del hogar los consumidores de drogas médicas, se observa que cerca de 9 de cada 10 consumidores o son el propio jefe del hogar o el cónyuge. La única sustancia donde se observa una mayor participación de otro miembro del hogar son las anfetaminas, las cuales fueron consumidas en una proporción del 14.3 por ciento por los hijos del jefe de hogar.

5.4.3 Drogas ilegales

Las drogas ilegales presentan una distribución en donde el consumo se incrementa, por parte de los hijos. Esto cobra sentido si consideramos que estas drogas están más asociadas con población joven. Por ejemplo, la marihuana está más asociada con la condición de hijos, en un 54.2 por ciento; esta relación fue de 41.7 para los jefes de familia. Para el caso de los inhalantes y la heroína o morfina, la presencia de sólo cuatro casos en la muestra, lleva a que exista una distribución en partes iguales entre el jefe del hogar y la condición de hijo. Respecto al consumo de cocaína o crack, el jefe del hogar fue el consumidor en el 81.8 por ciento de los casos.

Tabla V.4
Relación de Parentesco con el Jefe del Hogar
del Consumidor de Drogas

Tipo de Droga	Condición de parentesco							
	Jefe de hogar		Cónyuge		Hijo		Otrc	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Tabaco	220	51.9	74	17.5	104	24.5	26	6.1
Alcohol	318	57.1	69	12.4	126	22.6	44	7.9
Médicas								
Tranquiliz.	17	47.2	15	41.7	2	5.6	2	5.5
Sedantes	6	46.2	6	46.2	1	7.7	0	0.0
Anfetaminas	2	28.6	4	57.1	1	14.3	0	0.0
Ilegales								
Marihuana	10	41.7	0	0.0	13	54.2	1	4.2
Inhalables	1	50.0	0	0.0	1	50.0	0	0.0
Cocaína/crac	9	81.8	0	0.0	2	18.2	0	0.0
k	1	50.0	0	0.0	1	50.0	0	0.0
Heroína/morf								

Fuente: Encuesta "Epidemiología del consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias adictivas en Nogales, Sonora", COLEF, 1994.

5.5 Percepción de factores de riesgo y conocimiento de los servicios locales sobre adicciones

En este inciso se presentan los resultados relativos al apartado B. de la encuesta a hogares, relativo a la percepción de factores de riesgo y conocimiento de los servicios locales sobre adicciones.

La unidad de referencia son las 42 Areas Geoestadísticas Básicas (AGEB) definidas por el INEGI para fines censales. Con su uso se busca conservar cierto nivel de representatividad de la información, considerando que estas unidades fueron utilizadas en el diseño del procedimiento muestral.

5.5.1 Disponibilidad

La disponibilidad de drogas en la frontera se explica esencialmente porque esta región se ubica en la ruta de transporte hacia el importante mercado norteamericano de estupefacientes. Aunque durante mucho tiempo llegó a sostenerse que esta droga tenía poco impacto sobre las comunidades locales por encontrarse en tránsito hacia otro lugar, cada vez es más común el reconocimiento de que finalmente se ha incrementado la accesibilidad y ha incidido sobre el problema de las adicciones en la región.

En Nogales, Sonora, 28.5 por ciento de los informantes entrevistados mediante la encuesta a hogares, afirmaron que conseguir drogas en sus barrios o colonias era fácil; el 15.9 por ciento que era difícil, y el resto dijo no saber. En cualquier caso, y sin abusar de la representatividad de los datos, es posible afirmar que en el 90 por ciento de las 42 zonas en la que está dividida la ciudad para fines censales, cuando menos uno de los residentes afirma que es posible conseguir drogas en el barrio.

Esta percepción cambia según las zonas de la ciudad y puede oscilar entre los lugares en los que ningún informante refirió como fácil la obtención de estupefacientes hasta aquellos en los que el 50 por ciento o más de las personas entrevistadas así lo refirieron. En el primer caso se encontraron 9 de las 42 AGEB en que se divide la ciudad y en el segundo 4.

De acuerdo a los resultados de la encuesta y utilizando un criterio de agregación muy laxo ⁸, las AGEB en las que la disponibilidad de drogas es alta son la 020-A, 021-4, 024-8, 033-7, 045-A, 047-9, 051-5, 054-9, 074-6, 075-0 y 079-9 (Figura 1). Estas áreas concentraron por sí solas aproximadamente el 30 por ciento de la población local (más de 45 mil habitantes), de los cuales 1 de cada 3 era menor de 15 años.

5.5.2. Frecuencia de consumo

El consumo "visible" de drogas, es tal vez el mejor indicador del grado de permisividad y relajación en que las adicciones se desarrollan dentro de una comunidad. Es también un factor de riesgo poderoso debido a que induce un "efecto demostración" entre la población en edades formativas.

De acuerdo a los resultados de la encuesta, el 27.4 por ciento de los informantes refirieron que en su barrio o colonia se consumía droga todos los días; 5.9 por ciento, solo el fin de semana; 4.3 por ciento, algunos días entre semana y el fin de semana, y el 4.9 por ciento sólo entre semana. Apenas el 19.7 por ciento refirió que no se consumía droga en su barrio, y el 36.8 por ciento dijo no saber.

De la misma manera que la disponibilidad, la frecuencia del consumo "visible" varía zonalmente. Las áreas donde la frecuencia de consumo es percibida en forma generalizada por los residentes, son las 020-A, 027-1, 033-7, 045-A y 054-9(Figura 1). En estas zonas el porcentaje de informantes que indicaron que se consumían drogas todos los días fue igual o superior al 50 por ciento. En estas cinco áreas, reside cerca del 18 por ciento de la población total de la ciudad de Nogales.

⁸ Se consideran solo aquellas AGEB donde el porcentaje conjunto de respuestas "fácil" y "difícil" es igual o mayor al 50 por ciento.

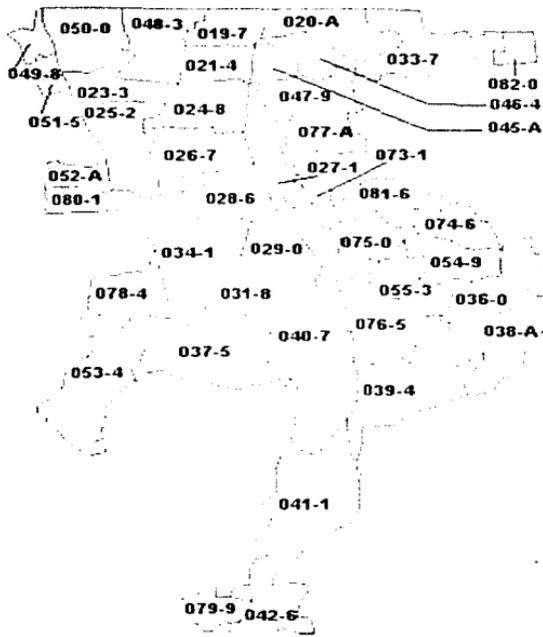


Figura 1. Areas Geostatísticas Básicas en Nogales, Sonora.
Fuente: INEGI, Censo de Población y Vivienda, 1990.

5.5.3 Incidentes violentos

Los incidentes violentos asociados con el uso de drogas o alcohol son un indicador fuertemente correlacionado con la disponibilidad y frecuencia de consumo de drogas en un barrio. Como se sabe, este indicador expresado en accidentes de tráfico -por ejemplo- es utilizado para diagnosticar la gravedad del abuso de sustancias en una comunidad (Dode, 1991:17).

La encuesta a hogares, permitió establecer una frecuencia de incidentes o situaciones violentas relacionadas con alcohol o drogas durante el mes anterior al levantamiento. De acuerdo a los resultados, 63.4 por ciento de los informantes mencionó que en su barrio no se suscitó ningún incidente de este tipo durante el mes anterior. Por otra parte, el 10.2 por ciento refirió un incidente, 7.7 por ciento entre 2 y 3 incidentes y 16.6 por ciento cuatro o más incidentes.

La ocurrencia de eventos de esta naturaleza es también variable a nivel de zonas. Las áreas 026-7, 029-0, 033-7, 078-4 y 070-9 fueron las más afectadas por este tipo de problemas durante el mes previo a la encuesta. Otras zonas como la 020-A, 024-8, 045-A y 052-A que mostraron fácil accesibilidad a drogas o altas tasas de consumo visible, también presentaron una tasa de ocurrencia de eventos violentos relativamente alta.

5.5.4 Conocimiento y uso de los servicios locales

La obtención de esta información sirvió para darnos una idea del grado de penetración de las campañas de promoción de los distintos organismos de servicio, de la efectividad de los medios utilizados y de las relaciones usuarios-proveedores creadas a partir de los esfuerzos de las instituciones por dar a conocer sus servicios a la comunidad. A

continuación se presentarán, en forma resumida, algunos de los resultados más relevantes a este respecto.

5.5.5 Conocimiento y percepción en la comunidad

De acuerdo a los resultados de la encuesta, tres cuartas parte de la población entrevistada admitió conocer alguna institución o programa local que atendiera problemas asociados con el consumo de alcohol. El porcentaje se redujo significativamente (43.5 por ciento) cuando la pregunta se orientó a determinar el conocimiento de los entrevistados de alguna institución o programa que atendiera problemas de drogadicción (Tabla V.5).

Conocimiento	Alcohol		Otras Drogas	
	N	%	N	%
Conoce	372	73.2	221	43.5
Desconoce	136	26.8	286	56.3
No Espec.	-	-	1	0.2
Total	508	100.0	508	100.0

Fuente: Encuesta: "Epidemiología del consumo del alcohol, tabaco y otras sustancias adictivas en Nogales, Sonora", COLEF, 1994

Es previsible que ambos porcentajes estén subestimando el conocimiento real que tiene la población de los programas de previsión y rehabilitación disponibles en Nogales. De cualquier manera, los datos obtenidos parecen indicar que existe un nivel adecuado de conocimiento

entre la población de Nogales de los servicios disponibles en su localidad.

5.5.6 Relación proveedor-usuario

La radio, prensa y televisión son los principales medios a través de los cuales la población advertida de la existencia de una red de proveedores de servicios, dijo haberlos conocido. Aproximadamente la mitad de los informantes que conocían o sabían de alguna institución que proveyera servicios de atención a personas con problemas de alcoholismo, se enteraron de ellas a través de estos medios. Este porcentaje fue del 40 por ciento por lo que respecta a las instituciones que atienden personas con problemas de uso de drogas médicas e ilegales (Tabla V.6).

Medios o Instancias de Difusión	Alcohol	Otras Drogas
	%	%
Radio, Prensa/TV Familiar y/o amigos	51.2	40.5
Conoce la institución	17.1	19.4
Promoc. Instituc.	8.9	4.0
Otros	12.3	16.2
NE/	1.2	2.4
No sabe	9.2	17.4
Total	100.0	100.0

Fuente: Encuesta: "Epidemiología del consumo del alcohol, tabaco y otras sustancias adictivas en Nogales, Sonora". COLEF. 1994

La comunicación de persona a persona también juega una función importante, tanto en el caso del alcohol como en el de las "otras drogas", ya que cerca del 20 por ciento de los informantes dijeron conocer a las instituciones a través de familiares y/o amigos. El contacto directo con las instituciones como fuente de conocimiento ocupó el cuarto lugar en importancia en ambos casos, aunque su peso específico fue significativamente menor en las instituciones que atienden pacientes con problemas de consumo de drogas médicas/ilegales (4.0 por ciento) que los que atienden problemas de alcoholismo (8.9 por ciento).

La promoción institucional, consistente en campañas de persona a persona mediante visitas domiciliarias, ferias de la salud o charlas en escuelas, centros de trabajo y otras lugares de reunión de la población, permitió el contacto con el 12 por ciento de la población, entre las instituciones que atienden casos de alcoholismo y 16 por ciento entre las que atienden problemas de "otras drogas".

5.6 Patrones de consumo

Esta última sección de resultados, contiene los datos relativos al Apartado C. de la encuesta a hogares. Los hábitos de consumo de sustancias parecen estar relacionados con ciertas condiciones como el tiempo de residencia en la frontera. La encuesta mostró que la prevalencia en el consumo de ciertas sustancias como la marihuana y la cocaína es mayor entre los residentes de mucho tiempo que entre los residentes de reciente arribo a la ciudad. El consumo de sustancias como el alcohol y el tabaco tiene una menor relación con el tiempo de residencia, ya que sus usuarios se distribuyeron en forma muy proporcional entre residentes nuevos, viejos y de siempre.

En relación a la edad y sexo, los consumidores de alcohol y tabaco se concentran en el grupo etáreo 19-44 y los consumidores de drogas médicas en el grupo de 35-44. El consumo de drogas ilegales está más vinculado con los grupos en edades formativas. Entre los consumidores de marihuana, 6 de cada 10 tenían entre 12 y 25 años. Por lo que respecta a los consumidores de cocaína o crack, estos se agruparon en casi 50 por ciento entre los 26 y 44 años.

Por lo que respecta a su ocupación, los consumidores de alcohol y tabaco son en su mayoría individuos económicamente activos (70 por ciento). De igual manera, los usuarios de drogas ilegales como la marihuana y la cocaína o crack, también desarrollaron alguna actividad laboral. Las drogas médicas son un problema que afecta mayormente a mujeres que se dedican a labores del hogar. Resaltó que entre los consumidores de marihuana, 4 por ciento fueron estudiantes.

En lo que se refiere a la edad de inicio, la encuesta permitió determinar que la edad de mayor riesgo es 15-19 para todas la sustancias.

5.6.1 Consumo de Tabaco

Los resultados obtenidos sobre consumo actual de tabaco, nos muestran que el 25.6 por ciento de la población de 12 años y más es consumidora de tabaco. Los diferenciales por sexo nos muestran que mientras hay cerca de cuatro fumadores hombres por cada 10 individuos, la relación es de un fumador por cada 10 individuos para el sexo femenino.

Al comparar estos datos con los reportados por la ENA para la región noroccidental, identificamos que en Nogales la proporción de fumadores estuvo ligeramente por debajo de los datos reportados para dicha zona, en tanto que el consumo de tabaco de la población de 12

años y más para el área urbana de Nogales fue del 25.7 por ciento, mientras en dicha zona la proporción reportada fue del 26.3 por ciento (ENA, 1993:89).

Edad y sexo

Respecto a la distribución por edad, se observa que el mayor número de consumidores se distribuyen entre los 19 y los 44 años de edad, grupo que concentra el 71.9 por ciento (Tabla V.7).

Existen patrones diferenciados en el consumo de tabaco por edad y sexo, que muestran una mayor proporción de consumidores masculinos a edades más tempranas, por ejemplo se observa que 3 de cada 10 consumidores hombres tenían entre 18 y 25 años, proporción que fue de 2 en cada 10 mujeres.

Edad de inicio al consumo y escolaridad

La Tabla V.7 condensa la edad de inicio al consumo de tabaco. Esta presenta una distribución muy orientada a las edades jóvenes, debido a que el 66.8 % tenían menos de 20 años cuando comenzaron a fumar.

La escolaridad de los consumidores de tabaco nos muestra que casi 4 de cada 10 tenían por lo menos un año de primaria completo o habían concluido con este nivel educativo, mientras que 3 de cada 10 habían cursado un año o terminó con la educación secundaria. Dentro de estos consumidores, se observó que por lo menos dos de cada 10 contaban por lo menos con algún año de bachillerato o profesional. Los consumidores de tabaco sin instrucción educativa representaron apenas el 4.2 por ciento.

Tabla V.7
Perfil Sociodemográfico del Consumo de Tabaco

Atributos	N	Porcentaje
Edad		
12-18	33	7.8
19-25	92	21.7
26-34	110	25.9
35-44	103	24.3
45-65	73	17.2
66 y más	13	3.1
Sexo		73.0
Hombres	309	
Mujeres	115	27.0
Edad de Inicio		
Menos de 14 años	69	16.3
15-19	214	50.5
20-24	79	18.6
25-29	9	2.1
30-34	8	1.9
35-39	9	2.1
40-44	6	1.4
45 y más	4	0.9
Escolaridad		
Ninguno	8	4.2
Primaria	167	39.4
Secundaria	128	30.2
Preparatoria	40	9.4
Otras	71	16.8
Estado civil		
Casado/U. Libre	278	65.6
Divor./Sep./Viudo	32	7.6
Soltero	108	25.5
Otro	6	1.3
Condición de actividad		
Trabajo/Buscó Trabajo	306	72.1
Estudios	17	4.0
Hogar	89	21.0
Jubilados	5	1.2
Otros	7	1.7

Fuente: Encuesta "Epidemiología del consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias adictivas en Nogales, Sonora". COLEF, 1994.

Estado civil y condición de actividad

La condición civil de los consumidores de tabaco, fue la de casado en un 65.6 por ciento de los casos, mientras que los solteros representaron el 25.5 por ciento. La distribución por edad de los consumidores de tabaco casados y solteros muestran cómo los primeros tenían entre 26 y 44 años, mientras que los segundos su edad fluctuó entre los 19 y los 25 años (Tabla V.7).

Los consumidores de tabaco fueron individuos directamente vinculados con la actividad productiva, debido a que 7 de cada 10 consumidores se encontraba trabajando. El consumo de esta substancia se encuentra relacionada en segundo término con el hogar, en tanto que 2 consumidores de cada 10 se localizaron en el ámbito doméstico. Los estudiantes tan solo integraron el 4 por ciento de los consumidores del total.

5.6.2 Consumo actual de alcohol

Respecto al consumo de alcohol se identificó que el 33.7 por ciento de la población de 12 años y más consumió algún tipo de bebida alcohólica durante los últimos 30 días. El consumo de alcohol por sexo tuvo una relación de 5 a 1 por cada 10 individuos, para el sexo masculino y femenino respectivamente.

Comparando la prevalencia de bebedores reportados por la ENA para la región noroccidental, se observa que esta reporta una proporción de 66.5 por ciento de consumidores de bebidas alcohólicas. Las diferencias entre los datos captados para el área urbana de Nogales respecto a la región noroccidental tiene un origen conceptual, debido a que la ENA indagó sobre población consumidora de alcohol durante los últimos dos años, mientras que la información de Nogales, Son., nos habla de consumo actual, esto es, consumo de bebidas alcohólicas por

lo menos durante los últimos 30 días. Una tasa más consistente con los resultados obtenidos para Nogales, Son., son los de la encuesta "Epidemiología del uso de drogas en Tamaulipas", en la que Zúñiga (1990) reporta para 7 ciudades del estado una prevalencia de 18.5 por ciento. De acuerdo a este estudio, las ciudades de Tampico y Nuevo Laredo presentaron tasas de prevalencia de bebedores de 22.5 por ciento y el 20.6 por ciento respectivamente; tomándose como tiempo de referencia el consumo de bebidas alcohólicas durante la semana previa al levantamiento.

Edad y sexo

La distribución relativa de los consumidores de bebidas alcohólicas por edad nos muestra que 7 de cada 10 bebedores tienen entre 19 y 44 años, esto es, se observa que los consumidores son individuos que se encuentran en edades productivas (Tabla V.8). El consumo de alcohol en las edades más jóvenes (12-18 años) fue del 5.9 por ciento, cifra que se incrementa paulatinamente en los siguientes grupos de edad y que decrece después de los 45 años. La distribución por sexo y edad, nos muestra que la población masculina presenta un comportamiento muy similar al total, mientras que la población femenina presenta el mayor número de bebedores en el grupo de edad de 26 a 34 años.

Edad de inicio al consumo y escolaridad

Al igual que los usuarios de tabaco, la edad de mayor exposición al riesgo de consumir alcohol, se localiza entre el rango de edad de los 15 a los 19 años. En este grupo, identificamos que por lo menos 2 de cada cuatro bebedores (53.9 %) identificó este período como el momento de inicio al consumo. En el análisis de los factores de exposición al riesgo de consumir bebidas alcohólicas, resulta revelador que el 82.5 por ciento tuvo acceso a este tipo de sustancias antes de los 25 años de edad.

La aceptación social que existe en torno al consumo de bebidas alcohólicas, se presenta como el factor principal, que contribuye de manera importante en la temprana exposición a esta droga.

Al igual que los consumidores de tabaco, el nivel de escolaridad en los consumidores de bebidas alcohólicas se concentran en el nivel de instrucción elemental, debido a que el 34.3 por ciento habían concluido la educación primaria o habían aprobado por lo menos algún año. Una proporción similar a la anterior, el 32.7 por ciento, concluyó la secundaria o aprobó algún año de este nivel de instrucción. La población sin instrucción representó apenas el 2.0 por ciento. El resto de los consumidores concluyeron o habían cursado al menos un año de instrucción técnica, de bachillerato o de profesional (29.2 por ciento).

Estado civil y condición de actividad

Los consumidores de bebidas alcohólicas fueron individuos casados o unidos en un 66.4 por ciento, solteros en un 27.1 por ciento y divorciados o separados en un 3.59 por ciento. Respecto a la edad del grupo de casados o unidos que alcanzó la mayor proporción de consumo, estos fueron individuos con edades entre 26 y 65 años, mientras que la edad de los solteros consumidores estuvo entre los 19 y 25 años. Entre los divorciados o separados el grupo de 19 a 25 años fue el que presentó el mayor número de bebedores (Tabla V.8).

La población que fue identificada como consumidora de alcohol, al igual que la que consumió tabaco, se encontraba ligada directamente a la actividad productiva. El 78.9 por ciento de los individuos de 12 años y más que consumieron alcohol durante los últimos treinta días previos al levantamiento de información, fue población que se encontraba trabajando, mientras que un 14.7 por ciento estaba en el hogar y solamente un 3.7 por ciento estaba ligado al ámbito educativo.

La distribución por edad, que presentó el grupo de consumidores de alcohol vinculado al ámbito productivo, nos muestra una proporción mayor de consumidores en el grupo de edad de 19 a 34 años, rango de edad donde normalmente se concentran las tasas de participación económica mayores. La población consumidora de estas sustancias que se encontraba en el hogar, también fue población adulta cuyas edades fluctuaban entre los 22 y los 44 años. Respecto a los consumidores de alcohol que se encontraban estudiando, estos fueron individuos básicamente jóvenes (12-25 años).

Tabla V.8 Perfil sociodemográfico del consumo de alcohol

Atributos	N	Porcentaje
Sexo		
Hombres	435	78.1
Mujeres	122	21.9
Edad		
12-18	33	5.9
19-25	143	25.7
26-34	141	25.3
35-44	131	23.5
45-65	99	17.8
66 y más	10	1.8
Edad de Inicio		
Menos de 14 años	26	4.7
15-19	300	53.9
20-24	133	23.9
25-29	27	4.8
30-34	16	2.9
35-39	7	1.3
40-44	7	1.3
45 y más	4	0.8
Escolaridad		
Ninguno	11	2.0
Primaria	191	34.3
Secundaria	182	32.7
Preparatoria	62	11.1
Otras	111	19.9
Estado civil		
Casado/ U. L.	370	66.4
Divor./Separ./Viudo	29	5.2
Soltero	151	27.1
Otros	7	1.2
Condición de actividad		
Trabajo/Buscó T.	440	78.9
Estudios	21	3.7
Hogar	82	14.7
Jubilado	11	1.9
Otros	3	0.5

Fuente: Encuesta "Epidemiología del consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias adictivas en Nogales, Sonora". COLEF 1994.

5.6.3 Consumo actual de drogas médicas

Los datos de la encuesta nos permite identificar la prevalencia de drogas médicas en población de 12 años y más. La información nos presenta cómo es el uso de drogas o fármacos entre distintos grupos de edad, sin controlar, el factor prescripción médica o si el consumo es resultado de la compra ilegal. Se indagó sobre algunos fármacos que son depresores del sistema nervioso central, tales como tranquilizantes o sedantes, así como algunos estimulantes o anfetaminas.

La prevalencia de drogas médicas en Nogales, Sonora, fue de 2.2 por ciento para tranquilizantes, de 0.8 por ciento para sedantes y de 0.4 por ciento para estimulantes o anfetaminas. Las estadísticas nacionales proporcionadas por la ENA nos muestran que a nivel nacional el consumo de dichas drogas médicas durante los últimos 30 días fue del orden del 1.1, 0.2 y 0.2 por ciento respectivamente, mientras que la región noroccidental presentó una prevalencia de 1.0 por ciento para tranquilizantes de 0.1 por ciento para estimulantes y de 0.2 por ciento para anfetaminas.

Comparando la información anterior, encontramos que el consumo de este tipo de drogas fue mayor para Nogales, Sonora, en todos los casos. Por ejemplo respecto al nacional hubo un consumo 100 por ciento mayor en tranquilizantes y anfetaminas, mientras que el consumo de sedantes fue cuatro veces mayor. Respecto a la región noroccidental el consumo de tranquilizantes fue de poco más del doble, e igual al doble en el consumo de anfetaminas, mientras que en los sedantes el consumo fue 8 veces superior.

Edad y sexo

El consumo de drogas médicas, como tranquilizantes y sedantes, se concentra en individuos con más de 26 años. El consumo de estimulantes o anfetaminas estuvo asociado en una proporción mayor a edades más jóvenes, esto es, el grupo de 12 a 25 años concentró el 28.6 por ciento de los consumidores, respecto al 8.4 por ciento y 7.5 por ciento de consumidores de tranquilizantes y anfetaminas en este mismo grupo etáreo. Algunos resultados de otros estudios que hacen referencia al consumo de drogas médicas en población adulta, lo vinculan con tratamientos médicos. Lo anterior tiene sentido respecto al consumo de tranquilizantes y sedantes, pero la relación entre anfetaminas y edad joven, puede ser la expresión del uso no terapéutico de esta sustancia.

La distribución por sexo nos muestra que las mujeres son las mayores consumidoras de drogas médicas. Concentraron el 58.3 por ciento del consumo de tranquilizantes, el 53.8 por ciento en sedantes y el 57.1 por ciento de anfetaminas.

Escolaridad y condición de actividad

En relación al nivel educativo de los consumidores de drogas médicas, se encontró un incremento en la proporción de población con instrucción primaria completa o incompleta (53.8 por ciento) en los consumidores de sedantes, mientras que los consumidores de tranquilizantes y anfetaminas presentan porcentajes más cercanos a los reportados para los consumidores de alcohol y tabaco, es decir del 36.1 y 28.6 por ciento respectivamente. En relación a los consumidores de drogas médicas con secundaria incompleta o completa, estos son el segundo grupo en importancia con porcentajes del 25.0, 15.4 y 28.6 por ciento para consumidores de tranquilizantes, sedantes y anfetaminas, respectivamente.

La información sobre nivel de instrucción de los consumidores de tranquilizantes y anfetaminas, presentan una distribución más uniforme a la reportada para los consumidores de tabaco y alcohol, siendo el consumo de sedantes la que manifiesta un mayor número de inconsistencias. Algunas de las razones que pudieran estar explicando lo anterior tiene que ver, por una parte, con el número tan reducido de casos de consumidores de drogas médicas y con la manera en que estos casos se encuentran distribuidos entre las distintas categorías educativas. La otra razón que pudiera estar explicando las diferencias en la distribución de la información en este tipo de drogas, parte del hecho de que los consumidores tienen una edad promedio mayor, lo cual se expresaría por lo tanto en niveles educativos más bajos, resultado de los promedios educativos presentes en generaciones anteriores.

La actividad desarrollada por los consumidores de drogas médicas estuvo más vinculada al hogar que a la actividad productiva, situación que se observa en una proporción mayor para los casos de consumidores de tranquilizantes y anfetaminas.

La relación tan estrecha que se observa entre consumo de drogas médicas y sexo femenino, vendrá a ser el factor explicativo de los mayores niveles de consumo en individuos económicamente inactivos. Los consumidores de este tipo de drogas cuya actividad principal estuvo vinculada al ámbito del hogar, representaron el 52.8 por ciento para el caso de los tranquilizantes, el 38.5 por ciento en los sedantes y el 57.1 por ciento para las anfetaminas.

Respecto a los consumidores de drogas médicas insertos en la actividad productiva, estos representaron el 38.9 por ciento de los consumidores de tranquilizantes, el 46.2 por ciento de los consumidores de sedantes y 42.9 por ciento de los consumidores de anfetaminas.

Las categorías de incapacitados permanentes y los que viven de sus rentas, aparecen haciendo referencia a personas que podrían estar haciendo un uso terapéutico de estas sustancias, debido a que la primera está referida a un individuo joven con una incapacidad de por

vida y los segundos hacen alusión a población en edad avanzada.

5.6.4 Consumo actual de drogas ilegales

Al igual que las drogas médicas, las drogas ilegales presentaron algunos problemas para ser captadas. La proscripción o ilegalidad que acompaña el consumo de estas drogas fue la razón más importante para que nuestro informante omitiera o mintiera sobre la presencia de algún consumidor de éstas en el hogar. Regularmente el uso de las drogas ilegales se lleva a cabo de manera clandestina y en espacios diferentes al hogar, la escuela o el trabajo. La información relativa a consumo actual de drogas ilegales, estuvo mediada por el conocimiento que sobre el uso de estas sustancias tenía el informante.

Se indagó sobre consumo actual de marihuana, cocaína o crack, inhalables y heroína o morfina. Los resultados se condensan en la Tabla V.9 en donde identificamos a la marihuana como la droga ilegal de mayor uso, con 15 consumidores por cada mil individuos de 12 años y más, siguiéndole en importancia la cocaína o crack con 7 consumidores por cada mil y finalmente los inhalables y la heroína o morfina con un consumidor por cada mil.

El consumo de drogas ilegales en Nogales, Sonora, presentó niveles significativamente mayores si se le compara con lo reportado por la ENA para el total nacional y la región noroccidental. Por ejemplo, el consumo de marihuana a nivel nacional fue de 2 consumidores por cada mil individuos de 12 a 65 años, mientras que en la región noroccidental dicho consumo fue de 4 en cada mil. Respecto a la cocaína se reportó un consumo, en ambos casos de uno por cada mil individuos de 12 a 65 años. El consumo de inhalables fue la única sustancia donde Nogales presentó niveles por debajo de la región noroccidental, debido a que esta última tuvo 2 consumidores por cada mil, mientras no se reportaron consumidores para el total nacional. La heroína fue la otra sustancia en donde no se identificó población consumidora para el total nacional y el

noroccidente.

Edad y sexo

La distribución por edad de los consumidores de drogas ilegales, muestra que existe una fuerte relación entre juventud y uso de drogas. Por ejemplo, encontramos que de cada 10 consumidores de marihuana en Nogales tiene entre 12 y 18 años, proporción que se duplica (41.7%) para el grupo de edad de 19 a 25 años. El rango de edad de 26 a 44 años concentró a una cuarta parte de todos los consumidores de esta substancia.

La cocaína o crack fue usada por adolescentes (12-18 años) por casi 3 individuos en cada 10, aunque la proporción más importante de consumidores de esta droga (54.6 %) tenían entre 26 y 44 años.

El número de casos de consumidores de inhalables y de heroína o morfina fue de 4 individuos (Tablas V.9 y V.11), en donde 3 de estos tenían entre 12 y 19 años, mientras que el otro individuo tenía entre 19 y 25 años. En el caso de este estudio el consumo de drogas ilegales es un factor que está asociado 100 por ciento con población masculina.

Atributos	N	Porcentaje
Edad 12-18	2	100.0
Sexo Hombres	2	100.0
Escolaridad Primaria	2	100.0
Condición de actividad	1	50.0
Trabajo Hogar	1	50.0

Fuente: Encuesta "Epidemiología del consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias adictivas en Nogales, Sonora", COLEF, 1994.

Escolaridad y condición de actividad

Los consumidores de marihuana fueron individuos cuya característica principal fue su juventud. Los niveles educativos alcanzados por este tipo de consumidores nos muestra como 5 de cada 10 individuos contaba con al menos un año aprobado de instrucción primaria o había concluido con este nivel. El resto de los consumidores se distribuyen entre la instrucción secundaria, con el 20.8 por ciento, estudios técnicos, el 16.7 por ciento y nivel bachillerato el 4.2 por ciento, estos niveles incluyen a población que cursó al menos un año, así como los que concluyeron con cada nivel. La proporción de individuos consumidores de marihuana sin ningún grado de instrucción alcanzó solamente una proporción del 4.2 por ciento.

Los consumidores de las otras sustancias ilegales, tales como cocaína o crack, muestran un perfil educativo de 5 en 10 con instrucción primaria y de 5 en 10 con instrucción secundaria (18.2 por ciento) y bachillerato (27.3 por ciento), niveles éstos que pudieron ser concluidos o quedaron incompletos.

Tabla V.10 Perfil Sociodemográfico del Consumo de Cocaína o Crack		
Atributos	N	Porcentaje
Edad		
12-18	3	27.2
19-25	1	9.2
26-34	3	27.2
35-44	3	27.2
45 y más	1	9.2
Sexo		
Hombres	11	100.0
Escolaridad		
Primaria	6	54.5
Secundaria	2	18.2
Preparatoria	3	27.3
Condición de actividad		
Trabajo	9	81.8
Buscó trabajo	2	18.2
Fuente: Encuesta "Epidemiología del consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias adictivas en Nogales, Sonora". COLEF, 1994.		

El análisis del consumo de inhalables y heroína o morfina, presenta la limitación de que solamente se captaron 4 casos en conjunto, la distribución sobre el nivel educativo de este tipo de consumidores, permite tener un primer acercamiento sobre la relación existente entre estas dos variables. Los 2 usuarios de inhalables fueron individuos con edades entre los 12 y los 18 años, en donde uno de los dos individuos no había concluido la primaria, mientras el otro concluyó con este nivel de instrucción. Los usuarios de heroína o morfina eran individuos jóvenes (12-25 años), los cuales contaban con primaria completa.

Tabla V.11 Perfil Sociodemográfico del Consumo de Heroína o Morfina		
Atributos	N	Porcentaje
Edad		
12-18	1	50.0
19-25	1	50.0
Sexo		
Hombres	2	100.0
Escolaridad		
Primaria	2	100.0
Condición de actividad		
Trabajó	2	100.0
Fuente: Encuesta "Epidemiología del consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias adictivas en Nogales, Sonora", COLEF, 1994		

Los resultados sobre la relación entre usuarios de drogas ilegales y actividad, nos muestran un perfil de los consumidores bastante "sui generis". Los consumidores de drogas ilegales fueron individuos directamente vinculados al mercado de trabajo, esta situación la presentaron por lo menos el 75 por ciento de los consumidores de marihuana y el 81.8 por ciento de los usuarios de cocaína o crack. Los usuarios de inhalables se distribuyeron en partes iguales entre el trabajo y el hogar, mientras que los consumidores de heroína o morfina se les identificó dentro del mercado de trabajo.

Respecto a las otras actividades desarrolladas por los usuarios de marihuana, se observa que un 16 por ciento fueron individuos vinculados al hogar, mientras que un 4.2 por ciento se encontraba estudiando y una proporción igual a esta última, vivía de sus rentas. En relación a los consumidores de cocaína o crack, el porcentaje restante (18.2 por ciento) fue identificado como individuos que se encontraban en busca de empleo.

Edad de inicio al consumo de drogas médicas e ilegales

El reactivo que indaga sobre la relación entre edad y exposición al riesgo de consumir drogas médicas o ilegales, presenta algunas limitaciones derivadas, por una parte, de problemas de captación de información debido a que en más del 50 por ciento de los casos, el informante no pudo precisar la edad de inicio al consumo de drogas médicas o ilegales. La otra limitante, parte del sentido mismo de la pregunta, con la que se buscaba conocer el momento en que los usuarios se iniciaron en esta práctica, independientemente de la sustancia utilizada. La clandestinidad que acompaña el uso de estas sustancias y la utilización de informantes indirectos, dificultaron el éxito de esta pregunta.

A pesar de las limitaciones arriba enunciadas, los datos muestran algunas regularidades, que permiten ubicar la edad de mayor exposición al riesgo de consumir drogas médicas e ilegales. Primeramente, en la Tabla V.12 presentamos la información acerca de la edad de inicio al consumo de drogas médicas e ilegales desplegadas por quinuenios.

Tabla V.12 Edad de Inicio al Consumo de Drogas médicas e ilegales		
Edad	N	Porcentaje
Menos de 14 años	6	8,5
15-19	12	16,9
20-24	8	8,5
25-29	2	2,8
30-34	3	4,2
35-39	1	1,4
40-44	1	1,4
45 y más	4	5,6
No especificado	36	50,7

Fuente: Encuesta "Epidemiología del consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias adictivas en Nogales, Sonora", COLEF, 1994.

El grupo de edad de mayor exposición al riesgo se ubicó en las edades 15-19, grupo en donde se inició el 16.9 por ciento de los consumidores actuales. Se observa además, cómo una proporción igual al 8.5 por ciento se acercó a las drogas a edades más tempranas (antes de los 14 años), mientras que otro porcentaje similar lo hizo entre los 20 y 24 años .

Un factor más a resaltar en esta Tabla, es la proporción de individuos que manifestaron haber iniciado después de los 30 años, estos casos podrían estar haciendo referencia, de una manera más importante, al consumo de drogas médicas como lo es el grupo de 50 años y más, que representó el 5.6 por ciento de los consumidores.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. Patrones de consumo

■ Se observa para Nogales, Sonora, una tasa de prevalencia de consumo de marihuana, drogas médicas y otras drogas ilícitas mayor que las reportadas por la Encuesta Nacional de Adicciones para el total nacional y la región noroccidental.

■ La encuesta a hogares en la ciudad de Nogales, Sonora, mostró que entre la población de 12 años y más y durante los 30 días anteriores al levantamiento, 25.6 por ciento de esta población eran fumadores activos, 33.7 por ciento consumían alcohol, 2.2 por ciento utilizaban tranquilizantes, 1.5 por ciento consumían marihuana, 0.7 por ciento eran usuarios de cocaína o crack y 0.1 por ciento heroína o morfina.

■ Respecto a la edad, los consumidores de alcohol y tabaco se concentran en el grupo de edad de 19-44 años y los consumidores de drogas médicas en el grupo de 35-44. El consumo de drogas ilegales está más vinculado con los grupos en edades formativas. Entre los consumidores de marihuana, 6 de cada 10 tenían entre 12 y 25 años. Por lo que respecta a los consumidores de cocaína o crack, estos se agruparon en casi 50 por ciento entre los 26 y 44 años.

■ En relación al consumo de drogas y ocupación, se observó que los consumidores de alcohol y tabaco son en su mayoría individuos económicamente activos (70 por ciento). De igual manera, los usuarios de drogas ilegales como la marihuana y la cocaína o crack, son

individuos que desarrollan alguna actividad laboral. Las drogas médicas son un problema que afecta mayormente a mujeres que se dedican a labores del hogar. Resaltó que entre los consumidores de marihuana 4 por ciento fueron estudiantes.

- Los datos de la encuesta nos permitió ubicar la edad de inicio al consumo de sustancias adictivas en el grupo de edad 15 y 19 años.

2. La Familia

- La distribución relativa por tipo de hogar, muestra que en Nogales de cada 10 hogares 7 son nucleares y 2 son ampliados. La proporción de hogares unipersonales, compuestos y de coresidencia, apenas representaron el 2.8, 0.6 y 0.2 por ciento respectivamente.

- La primera aproximación entre tipos de hogar y consumo de sustancias adictivas, nos muestra que la mayor prevalencia de consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales fueron individuos que vivían en hogares compuestos y unipersonales. Un ejemplo fue que el 75 por ciento de los individuos que residían en hogares compuestos fueron consumidores de tabaco, esta cifra fue del 90 por ciento para los de alcohol y del 10 por ciento en drogas ilegales.

- Respecto a la relación entre tamaño del hogar y prevalencia de consumo, se observa que la proporción de consumidores de tabaco fue similar en todos los tamaños de hogar. En el caso de los consumidores de alcohol, se observó que los individuos que vivieron en hogares unipersonales alcanzaron una prevalencia mayor, esto es, de 50 por ciento. Se identificó una relación entre hogares de tamaño pequeño y mayor presencia de consumidores de drogas médicas. Respecto a la población consumidora de drogas ilegales, se observó que la prevalencia de uso fue mayor en hogares numerosos. Por ejemplo, se observó que el mayor número de consumidores de marihuana vivían en hogares con 6 miembros y más.

■ La prevalencia de consumo de drogas entre los jefes de hogar presentó un nivel más elevado que los que arrojaron los datos de la encuesta para el total de la población analizada. La encuesta mostró que 4 de cada 10 jefes de hogar consumió tabaco durante los últimos 30 días, mientras que la relación fue de 6 en 10 para el consumo de alcohol.

■ La encuesta mostró que los jefes de familia están consumiendo en proporción más elevada alcohol, tabaco y cocaína o crack. Los hijos se ubican en segundo lugar en consumo de tabaco y alcohol, pero tienen un consumo mayor en marihuana. El tercer miembro del hogar que participa como consumidor es el cónyuge o madre de familia, la cual participa como la principal consumidora de drogas médicas, además de ser la tercera consumidora en tabaco y alcohol.

3. La comunidad

■ En Nogales, Sonora, existe un ambiente social en el que abundan factores precursores de las adicciones. En esta ciudad, como en muchas otras comunidades de la frontera norte de México, los residentes confrontan un conjunto de condiciones de vida difíciles, entre las que destacan la pobreza, limitadas oportunidades educativas, estrés económico, condiciones urbanas y de vivienda precarias, movilidad poblacional, y segregación social y cultural. Todos estos factores han sido identificados como predictores del consumo de alcohol y drogas ilegales en la literatura especializada sobre el tema.

■ La heterogeneidad de los espacios urbanos impiden que estos factores de riesgo se distribuyan uniformemente dentro de la ciudad. En consecuencia, los factores referidos se distribuyen con distinta intensidad a lo largo y ancho de la ciudad, creando subespacios con diferente nivel de riesgo en relación al consumo de sustancias adictivas.

■ En Nogales, Sonora, 28.5 por ciento de los informantes entrevistados mediante la encuesta a hogares afirmaron que conseguir drogas en sus barrios o colonias era fácil, el 15.9 por ciento que era difícil y el resto dijo no saber. En cualquier caso, y sin abusar de la representatividad de los datos, es posible afirmar que en el 90 por ciento de las 42 zonas en la que está dividida la ciudad para fines censales, cuando menos uno de los residentes afirma que es posible conseguir drogas en el barrio. Esta percepción cambia según las zonas de la ciudad y puede oscilar entre los lugares en los que ningún informante refirió como fácil la obtención de estupefacientes hasta aquellos en los que el 50 por ciento o más de las personas entrevistadas así lo refirieron. En el primer caso se encontraron 9 de las 42 áreas censales en que se divide la ciudad y en el segundo 4.

■ De acuerdo a los resultados de la encuesta, el 27.4 por ciento de los informantes refirieron que en su barrio o colonia se consumía droga todos los días, 5.9 por ciento solo el fin de semana, 4.3 por ciento algunos días entre semana y el fin de semana y el 4.9 por ciento sólo entre semana. Apenas el 19.7 por ciento refirió que no se consumía droga en su barrio y el 36.8 por ciento dijo no saber.

■ La frecuencia del consumo "visible" también varía zonalmente. Las áreas donde la frecuencia de consumo es percibida en forma generalizada por los residentes son las 020-A, 027-1, 033-7, 045-A y 054-9. En estas zonas el porcentaje de informantes que indicaron que se consumía drogas todos los días fue igual o superior al 50 por ciento. En estas cinco áreas, reside cerca del 18 por ciento de la población total de la ciudad de Nogales.

■ La encuesta a hogares permitió establecer una frecuencia de incidentes o situaciones violentas relacionadas con alcohol o drogas durante el mes anterior al levantamiento. De acuerdo a los resultados, 63.4 por ciento de los informantes mencionó que en su barrio no se suscitó ningún incidente de este tipo durante el mes anterior. Por otra parte, el 10.2 por ciento refirió un incidente, 7.7 por ciento entre 2 y 3 incidentes y 16.6 por ciento cuatro o más incidentes.

■ La ocurrencia de eventos de esta naturaleza es también variable a nivel de zonas. Las áreas 026-7, 029-0, 033-7, 078-4 y 070-9 fueron las más afectadas por este tipo de problemas durante el mes previo a la encuesta. Otras zonas como la 020-A, 024-8, 045-A y 052-A que mostraron fácil accesibilidad a drogas o altas tasas de consumo visible también presentaron una tasa de ocurrencia de eventos violentos relativamente alta.

■ Utilizando indicadores de disponibilidad y consumo visible para clasificar las 47 áreas censales de la ciudad, se estableció que los factores de riesgo relativos al consumo de drogas son particularmente intensos en 13 de las áreas mencionadas. Con un índice alto resultaron las áreas 073-1, 027-1, 084-A, 075-0, 036-0, 051-1, 079-9, 049-8 y 047-9. Con un índice muy alto resultaron las áreas 046-4, 054-9, 033-7, 045-A, y 020-A. En conjunto, las áreas conforman un bloque geográfico relativamente compacto. Este bloque se encuentra casi completamente en el sector oriente y aunque tienen características socioeconómicas mixtas, puede decirse que se integra principalmente de familias de ingresos bajos y de residencia prolongada en la ciudad.

■ Por lo que respecta al consumo de alcohol, los factores de riesgo se concentran más intensamente en 7 de las áreas definidas. Con un índice alto resultaron las áreas 039-4, 019-7 y 079-9 y con un índice muy alto resultaron las áreas 054-9, 036-0, 045-A y 033-7.

■ En el caso del alcohol, las zonas de mayor intensidad no muestran un patrón geográfico claramente definido. Existen áreas con estas características tanto en el norte de la ciudad como en el sur. Tal

vez el único elemento de consistencia es la repetición del centro histórico de la ciudad como área de alto riesgo, lo mismo que la zona residencial localizada en el extremo sur de Nogales. También es notable la fuerte concentración de las zonas de alto riesgo en el sector oriente de la ciudad.

■ Resulta notable que zonas con alto riesgo en cuanto drogas, fueron de bajo riesgo en cuanto a alcohol. Este es el caso de la zona residencial localizada en el extremo noreste y de la zona ubicada en la parte media de la actual mancha urbana. Aunque el hecho pareciera sugerir que no existe relación entre uno y otro consumo, es más probable que la diferencia se explique por la mayor tolerancia y aceptación de la comunidad al alcohol y el carácter punible y socialmente reprobado del consumo de drogas como la marihuana y la cocaína. La mayor tolerancia de la comunidad al consumo del alcohol se refleja en la amplitud de la zona de intensidad media, la cual estuvo integrada por 20 de las 42 áreas.

4. Los organismos de prevención y atención

■ Nogales cuenta con una red de proveedores de servicios de prevención y atención a las adicciones que atienden a la población tanto en el área de la salud, como en el ámbito de la asistencia a la familia y la comunidad. Existen 7 proveedores que forman parte de la seguridad social, 3 instituciones asistenciales orientadas a la atención de "población abierta" y un grupo impreciso de organizaciones civiles.

■ Estos organismos realizan tanto prevención de tipo primaria como secundaria. La primera forma de prevención está orientada a prevenir el inicio o la incidencia en el consumo, mientras que la prevención secundaria se orienta a evitar que la enfermedad se prolongue.

■ El conjunto de los proveedores de servicios que atienden el problema de la farmacodependencia, conciben a la prevención, como el

conjunto de acciones orientadas a difundir información a través de medios impresos o verbales, estas acciones normalmente son desarrolladas en las instalaciones de los proveedores. Las acciones preventivas pocas veces forman parte de programas con objetivos y metas definidas y la más de las veces tienen presupuestos escasos y una periodicidad temporal.

- Excepcionalmente la Unidad de Desintoxicación y Alcohólicos Anónimos, las acciones de prevención al consumo de sustancias adictivas que despliega el conjunto de los proveedores de servicios, tienen un carácter marginal, debido a que su operación o funcionamiento depende de que se desvíen recursos económicos y humanos de otros programas.

- No existe en la localidad una agencia que se encargue de concentrar la información que genera el conjunto de proveedores, lo que no permite que éstos conozcan de manera oportuna la intensidad del problema, así como tampoco, les permite identificar los cambios en los patrones de consumo, los grupos de riesgo y los factores que están asociados al consumo de estas sustancias. Todo esto tiene repercusiones directas en las acciones de planeación de corto, mediano y largo plazo.

- Se observa que no existe una correspondencia entre la presencia de un problema de consumo de sustancias adictivas y la ampliación de los programas y servicios de prevención y atención, debido a que mientras en Nogales se observan niveles elevados de prevalencia de consumidores de drogas médicas e ilegales, simultáneamente la ciudad experimenta una disminución en el número de proveedores.

5. La acción del Trabajador Social

- La mayor parte de las acciones preventivas que realizan los proveedores de servicios públicos y asistenciales, que atienden el problema de la farmacodependencia, las lleva a cabo el Trabajador

Social, y consisten en pláticas, talleres y conferencias, distribución de información impresa, visitas domiciliarias y canalizaciones.

Estas acciones se han visto enriquecidas con la información proporcionada por los resultados del presente estudio, originándose también la creación del **Subcomité Municipal de Salud** (integrado por proveedores, padres de familia, maestros y líderes de la comunidad); donde el Trabajador Social toma parte activa y decisiva.

Sin embargo, aunque el subcomité ha logrado la unión de varias instituciones donde se da atención al problema de abuso de sustancias adictivas, sigue existiendo dispersión en las acciones, lo que no permite que se aprovechen los pocos recursos humanos y financieros disponibles; también se observa que no existe una correspondencia entre la evolución del problema del consumo y la ampliación de los programas y servicios públicos, debido a que mientras se identifica que el consumo de sustancias aumenta, el número de proveedores disminuye.

Al respecto se plantea que:

- El Estado debería jugar un papel más dinámico en el fortalecimiento de los actuales proveedores de servicios a la farmacodependencia. Así como también deberá promover en el contexto de la sociedad civil, el establecimiento de nuevas agencias que brinden apoyo en esta área.

- Es necesario cubrir el vacío que en el área de la difusión, promoción e investigación realizaba el Centro de Integración Juvenil en la localidad.

- Los programas de prevención primaria a la farmacodependencia deben de enfatizar en las acciones de promoción e investigación epidemiológica, disminuyendo la percepción de que la prevención

primaria consiste en distribuir información impresa y en el desarrollo de pláticas y conferencias.

- Desarrollar modelos de prevención que involucren a la comunidad y que la vinculen en forma sistemática con las instituciones y grupos que realizan labores de prevención y tratamiento a las adicciones.

- Es necesario integrar una red de información continua entre los proveedores, que les permita contar con información que se incorpore oportunamente en las acciones de planeación contra la farmacodependencia.

- Impulsar el desarrollo de encuestas continuas que permita medir las transformaciones del fenómeno de acuerdo a patrones de consumo, grupos de alto riesgo, etc.

- En forma general, el desarrollo de vínculos con otras instituciones permitiría una más eficiente asignación de recursos, prevendría una duplicación innecesaria de infraestructura y promovería el bienestar general de la población. Operativamente, podría ganarse en mayor cobertura territorial y poblacional y también en profundidad; si las actividades de los distintos organismos se complementaran. Un beneficio adicional sería la formación de redes interinstitucionales sobre las que podrían funcionar sistemas de referencia de pacientes o acuerdos de intercambio de oportunidades de capacitación, experiencia y materiales educativos tales como panfletos, videos, programas radiofónicos, etc.

ANEXO

EPIDEMIOLOGIA DEL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS
SUBSTANCIAS ADICTIVAS EN HOGALES, SONORA

Identificación del Cuestionario

Número del cuestionario:

AGEB: Manzana: Nombre de la Colonia: _____

Dirección: _____

Nombre del encuestador: _____

Nombre del supervisor: _____

Fecha de entrevista: ()/()/() Hora de inicio: ():() Hora de terminación: ():()
Día Mes Año

Parentesco del informante con el jefe del hogar: _____ Edad: Sexo:

Nivel de Empatía: 01 Alto 02 Medio 03 Bajo

I. CARACTERISTICAS GENERALES DE LOS RESIDENTES

- 1.- ¿ Cuántos años tiene su familia habitando esta vivienda? _____
- 2.- ¿ Cuántas personas residen habitualmente en esta vivienda?
- 3.- ¿ Todas las personas que habitan en esta vivienda, comparten el mismo gasto para comer?
01 Sí (pase a la pregunta 5) 02 No
- 4.- ¿ Cuántas familias o grupos de personas hay en esta vivienda que se sostengan de gastos separados para comer?

PARA TODOS LOS RESIDENTES HABITUALES DEL HOGAR

	P. 5	P. 6	P. 7	Pregunta 8		Pregunta 9	Pregunta 10		Pregunta 11
	Edad	Sexo	Parentesco	Lugar de Nacimiento		Tiempo de residencia	Residencia anterior		Instrucción
M e m b r o	Empezando por el JEFE DEL HOGAR ¿se podría decir la edad y sexo de todos los miembros y su relación de parentesco con el jefe del hogar? (continúe con la persona de mayor edad en el hogar, sin olvidar al informante)			¿En que municipio y estado de la república o país extranjero nació?		¿Cuanto tiempo hace que vive aquí? (Si la respuesta es SIEMPRE, use 0 y pase a la p. 11)	¿En que municipio y estado de la república o país extranjero vivía antes?		Nivel de Instrucción (Solo para población de 12 años y más)
01			01						
02									
03									
04									
05									
06									

Código de Sexo (preg. 6): 01 hombre 02 mujer

Código de parentesco (preg. 7): 01 Jefe del hogar 02 Cónyuge 03 Hijo 04 16 Tercero o cuervo 05 Nieto (a) 06 Padre/madre suegro (a) 07 Hermano 08 09 Tercero o cuervo 10 Otro pariente 09 Otro no pariente 10 Divorciado 11 Adoptado o patrocinado 12 Otro

Código de Nivel de Instrucción (preg. 11): 01 Ninguna 02 Primaria incompleta 03 Primaria completa 04 Secundaria incompleta 05 Secundaria completa 06 Tercera incompleta 07 Tercera completa 08 Preparatoria incompleta 09 Preparatoria completa 10 Profesional incompleta 11 Profesional completa 12 Otro

Código de los Estados (preg. 8 y 10): 01 Aguascalientes 02 Baja California 03 Baja California Sur 04 Baja California Norte 05 Campeche 06 Coahuila 07 Colima 08 Durango 09 Guerrero 10 Jalisco 11 Jalisco 12 Michoacán 13 Morelos 14 Nayarit 15 Nuevo León 16 Oaxaca 17 Puebla 18 Querétaro 19 Quintana Roo 20 San Luis Potosí 21 Sonora 22 Tabasco 23 Tamaulipas 24 Tlaxcala 25 Veracruz 26 Yucatán 27 Zacatecas 28 D.F.

POBLACIÓN DE 12 AÑOS Y MAS

Preguntas de control			P.12	Pregunta 13		Pregunta 14	Pregunta 15	Pregunta 16	Pregunta 17	
H	E	S	Estado Civil	Relación con E.U.		Condiciones de actividad	Ocupación principal	Rama de actividad	Ingresos	
i	d	e	¿Cuál es su estado civil?	¿Cuántas veces a la semana, mes o año visita Estados Unidos?		¿Cuál fue la actividad principal de esta persona la mayor parte de la semana pasada...? (Código 01 continúa, si no pase a preg. 14)	¿Cuál es el nombre del oficio, profesión, puesto o cargo que desempeñó en su trabajo principal la semana pasada?	A qué se dedica el establecimiento (negocio, empresa, instituciones, ranchos) donde tiene su trabajo principal...?	¿Cuánto gana en su trabajo principal mensualmente?	
e	a	x		0 Ninguna	Temporalidad				01 Nuevos pesos	
m	d	o		No. veces	01 Semana 02 Mes 03 Año					
b										
r										
o										
01										
02										
03										
04										
05										

Códigos de Estado Civil (preg. 12): 01 Casado 02 Unión Libre 03 Divorciado (a) 04 Separado (a) 05 Viudo (a) 06 Soltero (a)

Códigos de Condición de Act. (preg. 14): 01 Trabajo 02 Buscó trabajo 03 Estudios 04 Hogar 05 Jubilado/pensionado 06 Incap. permanente 07 Vive de sus rentas 08 Otro 99 No sabe

Códigos de Ocupación (preg. 15): 01 Profesionista 02 Maestros y afines 03 Técnicos 04 Trab. de oficio 05 Trab. de arte 06 Serv. públ. y personales 07 Oficinistas 08 Funcionarios públ. 09 Gerentes 10 Vendedores/comerc. 11 Aprendices 12 Oper. de transp. 13 Serv. doméstico 14 Grupam. informales 15 OMC/OIE 16 Trab. agropecuarios 17 Trab. indust. 99 No respuestas

Códigos de Rama de Actividad (preg. 16): 01 Agríc., gan., silv. y caza 02 Pesca 03 Transporte 04 Ind. de transformación 05 Serv. de educación 06 Otros servicios 07 Estab. fin., seguros, etc. 08 Gobierno 09 Hoteles y rest. 10 Ind. maquiladora 11 Serv. técnicos y profesionales 12 Comercio 13 Exp. de minas 14 Construcción 15 Ind. eléctrica 16 Servicios domésticos 17 Act. insuf. empesif. 99 No sabe

II Percepcion de factores de riesgo y conocimiento de proveedores de servicios de atencion

18. Durante el ultimo mes cuantos incidentes o situaciones violentas relacionadas con alcohol o drogas se presentaron en su barrio? _____
19. Durante la ultima semana, que tan comun fue el consumo de alcohol en su barrio? _____
- a. Todos los dias
 - b. Solo el fin de semana
 - c. Algunos dias entre semana y el fin de semana
 - d. Solo algunos dias entre semana
 - e. Ningun dia
20. Calificaria la ultima semana como normal en su barrio en cuanto al consumo de alcohol? _____
- 01 Si 02 No
21. En una escala de 1-5 donde 1 es poco y 5 muy serio, como calificaria el problema de consumo de alcohol en su barrio? _____
- 1 2 3 4 5
22. Durante la ultima semana, que tan comun fue el consumo de drogas en su barrio? _____
- a. Todos los dias
 - b. Solo el fin de semana
 - c. Algunos dias entre semana y el fin de semana
 - d. Solo algunos dias entre semana
 - e. Ningun dia
23. Calificaria la ultima semana como normal en su barrio en cuanto al consumo de drogas? _____
- 01 Si 02 No
24. Conseguir drogas en su barrio es facil o dificil _____
- a. Facil
 - b. Dificil
25. En una escala de 1-5, donde 1 es poco y 5 muy serio, como calificaria el problema de consumo de drogas en su barrio? _____
- 1 2 3 4 5

26. En los pasados seis meses usted y su familia han tenido acceso a algun tipo de propaganda que informe sobre prevención o uso de drogas (carteles, panfletos, mensajes en radio y t.v.)?

01 Si 02 No

27. Quien patrocina los mensajes que usted ha visto o escuchado sobre prevención al uso de alcohol o droga?

- a. _____
- b. _____
- c. _____
- d. _____

28. Conoce usted las instituciones o programas locales que atienden problemas de alcoholismo en la ciudad?

01 Si 02 No (pase a la pregunta 30)

29. Cuales?

- a. _____
- b. _____
- c. _____
- d. _____

30. Conoce usted las instituciones o programas locales que atienden problemas de farmacodependencia en la ciudad?

01 Si 02 No (pase a la pregunta 32)

31. Cuales?

- a. _____
- b. _____
- c. _____
- d. _____

32. Alguien de la casa ha utilizado alguno de estos programas o instituciones?

01 Si 02 No (pase a la pregunta 34)

33. Cuales?

- a. _____
- b. _____
- c. _____
- d. _____

BIBLIOGRAFIA

Benassini Félix Oscar (1993). "Farmacodependencia en Sonora: 500 Casos" en CONADIC Informa, Consejo Nacional contra las Adicciones, No. 17, mayo-junio, México.

Castro-Sariñana María Elena (1990). "Indicadores de riesgo para el consumo problemático de drogas en jóvenes estudiantes, aplicaciones en investigación y atención primaria dentro del plantel escolar" en Salud Pública, Vol. 32, No. 3, mayo-junio, México.

Carrasco Molina Ricardo (1993). "Programas locales de atención a las adicciones", trabajo no publicado.

Centros de Integración Juvenil, A.C. (1992). "Epidemiología del abuso de drogas en la República Mexicana, panorama comparativo con los Estados Unidos de América", Cuaderno Temático, Vol. 3, agosto, México.

Consejo Nacional de Población (1993). "Sistema automatizado de información sobre la marginación en México". México, D.F.

De Viana Virginia (1992). "El Imparcial", Nogales, Sonora.

De Cosío Federico, et al (1991). "Patrones del consumo de drogas entre los usuarios en el Centro de Readaptación Juvenil en Cd. Juárez" en Salud Fronteriza/Border Health, Vol. VIII, No. 3, El Paso, Texas.

Chávez de Sánchez María Isabel y otros (1977). "Drogas y Pobreza. Estudio etnográfico del fenómeno de la farmacodependencia en una colonia suburbana de la ciudad de México", Ed. Trillas, México.

Driesen Kevin y Gerardo Cosio (1995). "Substance abuse in the U.S.-Mexico Border Region: looking towards the future". Final Report

Dode Ilene (1991). "Tendencias del abuso de drogas en Phoenix y en el estado de Arizona" en Salud Fronteriza, Vol. VIII, Núm. 3, Organización Panamericana de la Salud, Pp. 9-24.

Florenzano R. (1989). "Alcoholism and abuse of other drugs: prevention programs in Santiago, Chile" en Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Diciembre.

Gobierno del Estado de Sonora (1994). "Agenda Estadística de Sonora", Hermosillo.. Son.

Haro Armando J. y Catalina Denman (1994). "Las Broncas de los Chavos en Nogales. Adolescencia y Salud en la Frontera", El Colegio de Sonora, Hermosillo, Son.

INEGI (1985). "Manual de Estadísticas Básicas del Edo. de Sonora, 1984", Mexico.

INEGI (1991). "XI Censo General de Población y Vivienda, 1990", México, D.F.

Lara Francisco (1992). "Formación y estructura del espacio urbano de Nogales, Sonora" El Colegio de la Frontera Norte. Tijuana, B.C.

Lara Francisco (1993). "Industrialización y urbanización en la frontera: el caso de Nogales, Sonora", en Estudios Sociales, Vol. IV, Núm. 7, enero-junio, UNISON, CIAD, COLSON, Hermosillo, Sonora.

Laurell Asa Cristina (1991). "Crisis, neoliberal health policy and political processes in México", in International Journal of Health Services, Vól. 21, Núm. 3.

Kennedy Nancy J. (1991). "Epidemiología de la farmacodependencia: área México-Estados Unidos" en Salud Fronteriza/Border Health, Vol. VIII, No. 3, El Paso, Texas.

Medina-Mora María Elena (1992). "Factores asociados con la experimentación y con el uso problemático de drogas" en Las adicciones en México: hacia un enfoque multidisciplinario, CONADIC, México.

Ortiz A. (1989). "Development of a drug information registry system in Mexico" en Boletín de la Oficina Panamericana, diciembre.

Ortiz Arturo y otros (1992). "El consumo de drogas en la Ciudad de México. Resultados del sistema de reporte de información en drogas 1986-1991 en Las adicciones en México: hacia un enfoque multidisciplinario, México.

Romero Martha y Eva M. Rodríguez (1992). "Fuentes alternativas de información en farmacodependencia: las encuestas de hogares-escuelas y la búsqueda intensiva de casos", en Las adicciones en México: hacia un enfoque multidisciplinario, México.

Sánchez Roberto y Francisco Lara (1992). "Manejo transfronterizo del agua en los dos Nogales: estrategias para Nogales, Sonora", El Colegio de la Frontera Norte, The University of Arizona y Fundación Ford.

Secretaría de Salud (1994). "Encuesta sobre el consumo de drogas en la frontera Norte de México".

Silvers Arthur y Francisco Lara (1991). "Labor Absortion and turnover in the maquila industry at the Sonora-Arizona Border", en Arizona Review, The University of Arizona, Tucson, Az.

Sistema Nacional de Encuestas de Salud (1990). "Encuesta Nacional de Adicciones, TABACO", Secretaría de Salud, México.

Sistema Nacional de Encuestas de Salud (1993). "Encuesta Nacional de Adicciones, TABACO", Secretaría de Salud, México, D.F.

Sistema Nacional de Encuestas de Salud (1993). "Encuesta Nacional de Adicciones, ALCOHOL", Secretaría de Salud, México, D.F.

Sistema Nacional de Encuestas de Salud (1993). "Encuesta Nacional de Adicciones, DROGAS MEDICAS", Secretaría de Salud, México, D.F.

Sistema Nacional de Encuestas de Salud (1993). "Encuesta Nacional de Adicciones, DROGAS ILEGALES", Secretaría de Salud, México, D.F.

Zúñiga Víctor (1990). "Epidemiología del uso de drogas en Tamaulipas", DIF-Tamaulipas y Centro para la Juventud y la Familia, Tamaulipas.

Zúñiga Víctor (1993). "Imágenes de la frontera en la política cultural", en Cultura Norte, año 6, Núm. 23 abril-mayo, Tijuana, B.C.