

75



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

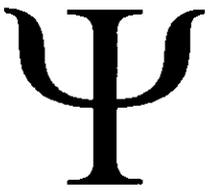
"ATENCIÓN PRIMARIA EN COMUNIDADES DE ALTO RIESGO EN EL CONSUMO DE ALCOHOL."

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE: LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTAN:

GONZÁLEZ VILLANUEVA JGLORIA BARBARA
HERRERA PÉREZ VIVIANA
PLASCENCIA RODRÍGUEZ KARLA GUADALUPE



DIRECTOR: MTRO. FERNANDO PASCUAL VÁZQUEZ PINEDA
REVISOR: LIC. LETICIA ECHEVERRÍA SANVICENTE

DICIEMBRE

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.



2000

286911

EXAMENES PROFESIONALES FAC. PSICOLOGÍA



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS.

A Dios, por habernos dado la oportunidad de vivir, aprender y crecer durante todo este tiempo, así como el habernos dejado llegar a esta meta tan importante para nosotros al lado de nuestros seres queridos.

A la Universidad Nacional Autónoma de México por la oportunidad de ser parte de su historia.

A Fernando Vázquez, no solo nuestro director de tesis, sino también nuestro amigo, por su gran paciencia y apoyo.

A nuestros sinodales Noemí Barragán., Leticia Echeverría. y Leonardo Reynoso., por la comprensión, el apoyo, los consejos y el tiempo que nos brindaron para lograr llegar a este momento.

A Lidia Barragán., por su invaluable amistad, paciencia y comprensión.

A Miguel Ángel Medina por su gran apoyo y amistad incondicional.

A Isaac Seligson. por su alegría y consejos.

La realización de un sueño, no se da ni se disfruta solo... con todo mi cariño y agradecimiento...

A mi madre, por haberme dado la vida y enseñarme a enfrentar y sobrevivir ante los problemas. Por ser un gran ejemplo de lucha y superación, pero sobre todo por ser mi madre.

A mi abuela, por sus cuidados, sus regaños, su preocupación y su presencia en mi vida, que me hace ser muy afortunada.

A mi tía Jossie, por haberme dado tanto cariño, por apoyarme en mis sueños, aunque estos no fueran muy lógicos, por escucharme y darme la oportunidad de aprender de ella.

A mi tía Tessí, por sus siempre útiles consejos y oportunos comentarios que muchas veces lograron que viera la vida un poco más sencilla.

A mi tío Luis, por su cariño y apoyo, pero sobre todo lo que le da a mi tía día con día, demostrando lo bello que puede ser el amor.

A mi hermano y mis primos, por haber formado parte importante en mi vida. Por los buenos y malos momentos que hacen valorar el ser parte de una familia.

A Ben, por haberme enseñado el verdadero significado de amor y compromiso por la vida y sobretodo por darme la oportunidad cada día de disfrutar y aprender de él. X.T.X.

A Pinky y Viví, por ser más que mis amigas, ya que gracias a su amistad he aprendido, disfrutado y crecido a lo largo de estos 5 años y que espero seguir haciéndolo.

A mis amigas de Psicología, por los momentos que pasamos juntas y "posiblemente" los que pasaremos.

A mis amigos de Arquitectura, (Uri, Gabino, Eduardo S. y Horacio), por los bellos recuerdos que representan.

A los amigos que son y que permanecen, por escucharme y enseñarme lo que significa la verdadera amistad a pesar de los problemas, el tiempo y la distancia.

Gloria Bárbara Glez. Villanueva.

A DIOS:

Por permitirme lograr un sueño más.

A MIS PADRES:

Por darme la vida y la oportunidad de conocer un universo a través del estudio. Por todo lo que me han dado, por su ejemplo y por enseñarme a no dejarme vencer por nada ni por nadie.

A MIS HERMANOS:

Por que sé bien que siempre están y estarán ahí cuando los necesite.

A MI FAMILIA:

Por estar siempre al pendiente de mis estudios y de mi desarrollo como persona. En especial a mi abuelita por ser la más bella del mundo.

A CARLOS:

Por cada momento que he vivido contigo, por tu apoyo, por tu sonrisa, por tu amor, por estar presente en mis éxitos y mis fracasos; por enseñarme a aprender del ayer, a vivir el hoy y a crear juntos el mañana. Simplemente, por iluminar mi camino.

A MAQA:

Por gozar, sufrir, reír, llorar y compartir conmigo cada suceso de mi vida. Por ser mi mejor consejera y mi más grande y mejor amiga. Por existir.

A KARLA y BABSÝ:

Por compartir los mejores años de mi vida de estudiante y en especial por lograr junto conmigo uno de mis más grandes sueños.

A MIS AMIGOS:

Por todas las experiencias vividas dentro y fuera de los salones de clase. Por todo lo bueno y lo malo que he aprendido de ustedes.

A EMILIO:

Por brindarme cada día la más bella e inocente de las sonrisas.

Viviana Herrera Pérez.

A Dios por permitirme vivir este momento y compartirlo con las personas que más quiero.

A mis padres Carlos y Martha por que gracias a ellos existo, por la fe y la confianza que han depositado en mi apoyándose en todo momento. Pueden estar seguros que el sacrificio que han hecho para ofrecerme todo lo que tengo ha valido la pena. Los quiero mucho.

A Jhovann por hacerme la vida imposible y divertida a la vez.

A Quiquin y Brian que a pesar de ser tan pequeños me han enseñado a ver la vida de diferente manera y por tantas otras cosas. Gracias por existir.

A Octavio por formar parte de mi vida, por todos los momentos divertidos que paso a tu lado, por preocuparte por lo que pasa a mi alrededor y por hacer todo lo posible para facilitarme la vida; sobre todo y lo más importante por apoyarme y seguirme en cada una de mis locuras. Te quiero mucho.

A mi Abuelita, mis tíos, tías, primos y primas; por estar siempre al pendiente de mi vida, y por que sé que este logro lo comparten con gusto al igual que yo.

A Karla, Gaby y Vero por ser las mejores amigas que tengo, porque con ustedes compartí la mejor etapa de mi vida, y el contar con su amistad me hace revivir cada uno de esos días que valen la pena recordar y disfrutar plenamente los nuevos momentos.

A Vivi y Babsy, por todos y cada uno de los momentos que hemos pasados juntas y porque a pesar que en ocasiones no nos aguantamos ni nosotras mismas, hemos sabido llevar nuestra amistad al infinito y más allá. Gracias por brindarme una amistad sincera y la oportunidad de conocer casi todo acerca de su vida.

A todas mis amigas de la Facultad, gracias mil por ofrecerme su amistad, su confianza, su hogar y lo mejor de todo por haber vivido y compartido una gran diversidad de experiencias que voy a extrañar y que espero seguir viviendo cuando no nos dejen plantadas.

A mis amigos, que en algún momento de ésta locura me han ayudado siendo mis sujetos de experimentación y sobre todo por confiarme sus problemas existenciales y al mismo tiempo poder confiarles los míos sin temor a ser defraudada.

A todas y cada una de las personas que han formado parte de mi vida en algún momento, especialmente a Oscar, gracias por las ocasiones que te quedaste sin dormir por hacer mi tarea y por celebrar cada uno de mis triunfos.

A los profesores(as) que se han tomado el tiempo para orientarme, guiarme y ofrecerme un consejo cuando ha sido necesario, a mis compañeros(as) de las escuelas en donde he estado; y muy en especial a mi supervisora y amigas de NAFIN.

Karla Gpe. Plascencia Rodríguez.

RESUMEN

El presente estudio tiene como propósito principal el fomento de las intervenciones a nivel de Atención Primaria a la salud como parte importante del desarrollo y productividad del individuo y la sociedad. La Atención Primaria tiene como ventaja el hecho de que permite considerar beneficios tanto físicos, psicológicos y económicos en la sociedad; independientemente de su cultura, credo, nivel socioeconómico o situación geográfica, por lo que el fomento de la prevención a un primer nivel evita costos innecesarios y genera sociedades con mayores probabilidades de crecimiento. Por medio del diagnóstico, intervención y evaluación, se buscó identificar componentes centrales para el diseño, implementación y evaluación de un programa de intervención comunitaria a nivel primario. Promoviendo la prevención como alternativa para solucionar problemáticas reales de una comunidad, entendiendo que estas problemáticas pueden presentarse en cualquier lugar no importando su urbanidad o ruralidad. Para este estudio se seleccionaron dos comunidades (Urbana y Rural), con el fin de identificar situaciones problema comunes y a partir de éstos planificar una intervención. Como resultado de la comparación del diagnóstico entre ambas comunidades se identificaron problemáticas similares, entre ellas, el consumo de bebidas alcohólicas. Para intervenir en este problema se decidió como primer acercamiento implementar pláticas interactivas que proporcionaran a las comunidades de información útil para la prevención en el consumo de alcohol. Como conclusión se observó que es de vital importancia el desarrollo de alternativas de diagnóstico, intervención y evaluación, que optimice el trabajo comunitario, teniendo siempre en cuenta las necesidades y características de las comunidades intervenidas por el profesional de la salud, así como también se observó que la Atención Primaria es una herramienta útil para la prevención del surgimiento y crecimiento de un problema.

INDICE

RESUMEN

1. INTRODUCCIÓN	1
2. ATENCION PRIMARIA	4
2.1 Definición De La Salud.	4
2.2 Psicología De La Salud.	7
2.3 Niveles De Prevención Y Atención A La Salud.	10
2.4 Atención Primaria	13
3. ATENCION PRIMARIA A NIVEL COMUNTARIO	17
3.1 Comunidad	17
3.2 Psicología Comunitaria	20
3.3 Educación Para La Salud En Comunidades	23
3.3.1 Modelos De Educación Para La Salud.	28
4. PROCEDIMIENTOS PARA EL ESTUDIO Y DESARROLLO DE PROGRAMAS COMUNITARIOS	37
4.1 Diagnóstico	38
4.2 Intervención	40
4.3 Evaluación	51
5. EL PROBLEMA DE LAS ADICCIONES	53
5.1 Problemáticas En El Consumo De Alcohol	60
6. IMPORTANCIA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN EL CONSUMO DE ALCOHOL	74
6.1 Modelos De Prevención En El Consumo De Alcohol.	79
7. METODO	84
7.1 Diagnóstico Comunitario	84
7.2 Intervención	86
7.3 Evaluación	86
8. RESULTADOS	88
8.1 COMUNIDAD URBANA	88
8.1.1 Diagnóstico	88
8.1.2 Intervención	95
8.1.3 Análisis De Resultados	96
a) Cuestionario de detección de conocimientos (Pre)	96
b) Cuestionario de detección de conocimientos (Post)	99
c) Cuestionario de Satisfacción	101

8.2 COMUNIDAD RURAL	102
8.2.1 Diagnóstico	102
8.2.2 Intervención	108
8.2.3 Análisis de Resultados	108
a) Cuestionario de detección de conocimientos (Pre)	109
b) Cuestionario de detección de conocimientos (Post)	111
c) Cuestionario de Satisfacción	114
9. ANÁLISIS COMPARATIVO DE LAS EXPERIENCIAS EN LA INTERVENCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LAS ADICCIONES.	115
9.1 Diagnóstico	115
9.2 Intervención	116
9.3 Evaluación	117
10. PROPUESTA	119
10.1 Diagnóstico	119
10.2 Intervención	119
10.3 Evaluación	120
11. CONCLUSIONES	121
12. ANEXOS	124
12.1 Entrevista Individual	124
12.2 Evaluación De Estilos de Vida	126
12.3 Cuestionario de detección de conocimientos (pre-post)	133
12.4 Cuestionario De Satisfacción	133
13. REFERENCIAS	134

1. INTRODUCCIÓN.

Uno de los pilares para el desarrollo de cualquier ser humano, es contar con una salud que promueva y facilite su desarrollo como individuo y como ser social; sin embargo, la salud no es estática, sino que permanece en constante adaptación al medio, oscilando entre los diferentes periodos de salud-enfermedad en contacto con factores que promueven o inhiben su desarrollo (factores protectores y factores de riesgo).

La Psicología de Salud aborda aquellos aspectos comprometidos en este proceso de salud-enfermedad, desde el mantenimiento y la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la rehabilitación, hasta ayudar a bien morir.

La Psicología de la Salud así como otras disciplinas, participan en los diferentes niveles de prevención; ya sea en prevención primaria, que limita la incidencia de la enfermedad mediante el control de sus causas y factores de riesgo; prevención secundaria, que se encarga de la curación de pacientes y reducción de las consecuencias de una enfermedad, mediante el diagnóstico y tratamiento temprano, reduciendo la prevalencia de la enfermedad; y la prevención terciaria, que reduce el progreso o complicaciones mediante medidas encaminadas a reducir las secuelas, facilitando la adaptación de los pacientes a cuadros incurables. El desarrollo de los niveles de prevención va a la par de los diferentes tipos de atención, ya que la atención primaria esta dirigida a la creación y fomento de ambientes sociales y físicos sanos, que prevengan y promuevan la salud; la atención secundaria se enfoca en el diagnóstico y tratamiento oportuno y específico, tratando de eliminar y minimizar riesgos; y la atención terciaria, tiene su principal objetivo en la rehabilitación, reducción de deterioro y reinsertación social.

Este trabajo tiene como principal objetivo el fomento de la atención primaria que aunque actualmente no tiene el fomento, impulso y apoyo suficiente, representa una necesidad importante para nuestro país, debido a que previene la incidencia y prevalencia de problemáticas de salud, así como representar un menor gasto físico, psicológico y económico.

La Atención Primaria requiere de la prevención a un primer nivel, en donde exista una promoción y protección de la salud; el mejoramiento del ambiente ecológico y social, la prevención de la enfermedad y sus consecuencias y la disminución de riesgos a través del fomento de conductas saludables.

Para el fomento de la salud, se requiere de un trabajo multidisciplinario, pero siempre con y para la comunidad, fomentando la participación de ésta y responsabilidad social, desde una perspectiva individual, familiar y comunitaria.

La Salud Comunitaria trata de aplicar los programas de salud pública a las diferentes comunidades; sin embargo, es necesario no perder de vista que los programas deben de partir de la comunidad para que ésta los considere útiles y funcionales. Por lo que es

necesario, insertarla en los procesos de planeación, organización y funcionamiento de los programas.

El fomento a la salud es de fundamental importancia para la incorporación de la población en los programas de prevención. Las estrategias básicas del fomento a la salud son la educación y participación social, que buscan la modificación de los conocimientos, actitudes y comportamientos, en sentido de la salud positiva, asumiendo la salud como un valor básico responsabilizándose tanto en la promoción como en el fomento a nivel individual y colectivo. Dentro del desarrollo de una comunidad, es necesario establecer procedimientos y estrategias que nos lleven a aprender y a retroalimentar a la comunidad de manera positiva.

Con base en los objetivos del Internado en Psicología General, las estrategias para el estudio y desarrollo de programas comunitarios son:

Diagnóstico.- Que consiste en un estudio psicosocial por medio de distintas herramientas, para la identificación de situaciones problema.

Intervención.- Ésta debe ser fundamentada en el estudio del diagnóstico, considerando las problemáticas reales y sentidas, y promoviendo soluciones al alcance de la comunidad.

Evaluación.- Es la medición de los resultados en relación a los objetivos iniciales y la efectividad de la estrategia de intervención empleada.

Estas estrategias, pueden ser empleadas en cualquier tipo de problemática psicosocial que presente la comunidad.

En este trabajo, se realizó una comparación de estas estrategias entre una comunidad urbana; Santa Ursula Coapa, México, D.F., y una comunidad rural; Mariano Matamoros, Tlaxcala, encontrándose entre sus más importantes problemáticas, principalmente el consumo de alcohol.

Sabemos que este problema no es exclusivo de estas comunidades ya que representa un problema mundial de gran importancia y que genera serias consecuencias para la sociedad. Promover su prevención por medio de la atención primaria disminuye la incidencia y gravedad de estas consecuencias.

Los profesionales de la salud, a lo largo de la historia, han buscado el establecimiento de programas efectivos que ayuden al cuidado de la salud en múltiples situaciones; tales como el consumo de alcohol, consumo de sustancias, maltrato familiar, problemáticas de estrés, etc.. Estos intentos dan a los estudiosos de la salud la oportunidad de desarrollar herramientas que poco a poco generarán comunidades con menores problemáticas de salud y mayores habilidades para enfrentarlas.

A partir de la experiencia que nos fue proporcionada por parte del Internado en Psicología General y teniendo la oportunidad de participar en escenarios reales, este trabajo tiene dentro de sus principales intereses, el proponer alternativas que faciliten y mejoren los programas de intervención comunitaria, las cuales requieren de pequeños piloteos antes de incurrir en la integración de éstos, para evaluar su validez ecológica en relación con la población de estudio.

2. ATENCIÓN PRIMARIA.

2.1 Definición De La Salud.

La Organización Mundial de la Salud, en su carta Magna Constitucional en 1946, define la salud como” El estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (O.M.S, 1960) citado en ALMA-ATA (1978).

A esta definición Angel, P., citado por Álvarez Manilla, J.M. 1988, hace una crítica mencionando que se considera al ser humano como un ser biopsicosocial, introduciendo el bienestar no solo en el aspecto físico, sino mental y de su vida de relación, pero que es estática y subjetiva puesto que equipara bienestar a salud lo que no siempre es verdad, ya que existen diferentes grados de salud.

Durante mucho tiempo a lo largo de la historia, *la salud* se había definido como una “salud negativa”, estableciéndola como la “ausencia de enfermedades e invalideces” se deben seguir los conceptos dinámicos de salud y de enfermedad como un continuo, cuyos extremos son “el óptimo de salud” y la “muerte”, existiendo una zona neutra no del todo definida donde no es posible distinguir entre lo normal y lo patológico, significando con ello que la separación entre la salud y la enfermedad nunca es absoluta. La salud y la enfermedad no son estáticas, sino dinámicas, existiendo diferentes niveles de salud positiva y enfermedad Lorenz, y cols. citado por Salleras Sanmartí, L. (1990).

En la actualidad se considera que la salud tiene un periodo degenerativo llamado Historia Natural de la Enfermedad el cual se divide en diferentes etapas: la primera etapa (salud) comienza con un periodo silencioso de incubación en el cual no hay presencia de síntomas, siendo un proceso permanente de variación biológica y de adaptación-desadaptación a su ambiente nivel subclínico, después en una segunda etapa (Periodo Prepatógeno), en donde el sujeto está *aparentemente sano* pero en realidad está variando del estado de salud al estado de enfermedad debido a una desadaptación (física, mental o social, es aquí donde se decide la terminación del problema o el curso de la enfermedad a un nivel patógeno, se comienza a presentar cierta sintomatología a la que el paciente puede o no dar importancia y que el médico puede o no descubrir (padecimiento temprano), la siguiente etapa (Periodo Patógeno), es la de enfermedad avanzada en la que la desadaptación del organismo por este agente extraño, provoca una reacción intensa como defensa, de tal forma, que el proceso patológico interfiere con la función normal de éste: en la última etapa (Periodo de Solución) ya existe un padecimiento grave o enfermedad permanente, en la cual el daño en el organismo ya es irreversible y sólo se puede trabajar en la rehabilitación o en la orientación a bien morir. (fig. 1)



Fig. 1.- Historia Natural de la Enfermedad y de la Enfermedad en el hombre (Leavell y Clark,1969).

La salud y la enfermedad, son pues, la resultante del éxito o del fracaso del organismo para adaptarse física, mental y socialmente a las condiciones de nuestro ambiente total. Este ambiente esta conformado por la Triada Ecológica, la cual esta constituida por : un huésped (animal o ser humano), el agente (factor presente, que puede afectar) y el medio ambiente (biológico, familiar, químico, etc.). Estos tres los encontramos en constante interacción. (fig. 2).

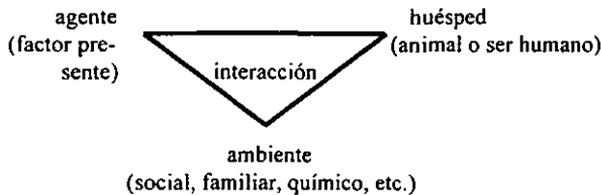


Fig. 2.- Triada Ecológica.

La salud puede lograrse en un estado orgánico de equilibrio entre el medio interno y el medio externo del individuo, estado que toma en cuenta las diferencias genéticas entre los individuos y las diferencias en sus condiciones de vida, esto es muy variable, por lo que debe ser constantemente cultivado, protegido y fomentado.

Para lograr este fin, se han desarrollado diferentes disciplinas que han ido evolucionando y buscando el mejoramiento de la calidad de vida de los individuos procurando el mejoramiento de su salud.

La salud y la enfermedad no son acontecimientos que ocurran exclusivamente en el espacio privado de nuestra vida personal. La calidad de vida, el cuidado y promoción de la salud, la prevención, la rehabilitación, los problemas de salud, y la muerte misma, acontecen en el denso tejido social y ecológico en el que transcurre la historia personal. El cultivo, deterioro o pérdida irreparable están inexorablemente ligados a los modos de vida social, a los riesgos y retos ambientales, a los alimentos que consumimos, a la vida productiva, a la distribución desigual de los recursos socioeconómicos y, en definitiva, al espacio público en el que viven los individuos, las organizaciones y las comunidades.

La OMS y el Sector Salud de México señalan que se pueden identificar cuatro grandes grupos de factores que afectan la salud del ser humano: la herencia, es decir la naturaleza y las características del equipo biológico con que nace el humano; la nutrición, esto es, la calidad y la cantidad de su alimentación, incluso desde antes de nacer; tercero el acceso a servicios de salud de alta calidad y en cuarto lugar el comportamiento humano identificados por Soberón, citado por Alvear, G., Villegas, J. (1996-1997). En efecto, el comportamiento humano es un pilar fundamental de la salud o de su pérdida lo cual lo hace indispensable como objeto de estudio del profesional de la salud.

Alvear, G., y cols, retoman de Mercado (1992), un quinto pilar, añadido en la tradición del análisis de la interacción entre el ser humano y su ambiente, y que muestra que ambos se afectan mutuamente, es justamente la calidad del ambiente que nos rodea.

Dentro de estos pilares, es necesario considerar los factores que tienden a apoyar, como también a exacerbar la conducta, es decir, aspectos en el medioambiente que hacen más probable que el sujeto o grupo experimenten un problema en particular (*Factores de Riesgo*), y aspectos en el medio ambiente que hacen menos probable que se presente un problema en particular (*Factores Protectores*). Esto con el fin de lograr una concepción lo mas adecuada a una comunidad específica adaptando la atención a la salud a sus necesidades reales y/o sentidas.

Los factores de riesgo parecen agruparse en cuatro grupos Buceta citado por Hernán San Martín (1984):

- ❑ Conductas habituales, por exceso o por defecto, poco saludables, como fumar, beber alcohol en demasía, no seguir una dieta adecuada o no hacer ejercicio de manera regular.
- ❑ Alteraciones de salud, como la hipertensión o la diabetes en las que, a su vez, pueden influir variables psicosociales.
- ❑ Carcinógenos ambientales, relacionados en parte con los comportamientos señalados en el primer grupo, o con otras conductas.
- ❑ Elevados niveles de estrés.

La principal tarea del profesional de la salud es favorecer la adquisición por parte de los individuos de conductas saludables y conductas reductoras de riesgo, así como fomentar los hábitos de salud en la población.

Los factores protectores están en función de los factores de riesgo y de los factores sociales y personales.

Entre los determinantes de origen social hay que distinguir los siguientes:

- ➔ Los determinados por las primeras experiencias de socialización, generalmente vinculadas al contexto familiar. Los padres inculcan comportamientos que se convierten en hábitos que tienden a perdurar toda la vida y que son excepcionalmente resistentes al cambio.
- ➔ Los asociados a una cultura particular o a un grupo socioeconómico. Son un tipo de normas, más o menos explícitas, que incluyen desde valores estéticos hasta definiciones del rol que deben jugar los diferentes miembros de la comunidad.
- ➔ Los factores sociales procedentes de las influencias de grupo (pandillas, grupo de amigos, etc), que representan uno de los factores de riesgo más significativos en la adquisición del hábitos nocivos como: fumar, tomar, etc., en adolescentes.

- ➔ Sistema sanitario, desde participar en las campañas de vacunación, hasta someterse a exámenes periódicos; se trata de conductas que dependen del modelo y tipo de asistencia sanitaria a los que el individuo pueda acceder.

Entre los factores personales que controlan los hábitos de salud se encuentran los siguientes:

1.- Autopercepción de síntomas.- Proceso que comienza con la identificación de determinadas señales corporales como síntomas y, en un paso inmediatamente posterior, continúa con el establecimiento de relaciones causales entre ellos y ciertas conductas o hábitos.

El interpretar un síntoma depende entre otras cosas de lo siguiente Belloch citado por Hernán San Martín (1984): primero, de lo que en términos cognitivos se denomina saliencia del síntoma, y que hace referencia a su carácter de novedad, a lo llamativo que resulta para una persona en cuanto estímulo diferente del resto de las señales corporales que continuamente está recibiendo. Pero ese carácter de novedad no es suficiente para que se produzca el reconocimiento y la interpretación del estímulo como significativo de enfermedad. Ello dependerá, en segundo lugar, de un conjunto de factores ligados a las expectativas del sujeto respecto del síntoma y sus consecuencias, de sus experiencias previas con la enfermedad, de su educación sanitaria y, probablemente también, de factores y dimensiones de personalidad, aptitudinales y motivacionales.

2.- Factores emocionales.- Muchos de los hábitos nocivos para la salud, como fumar, beber o comer muy poco o en exceso, se encuentran asociados en algunas personas a ciertas reacciones emocionales, como el estrés.

3.- Creencias y actitudes.- Las creencias de que determinados comportamientos pueden contribuir a evitar una enfermedad, así como también la sensación de vulnerabilidad, son factores que contribuyen a la práctica de una conducta de salud determinada.

Es necesario no perder de vista al analizar los pilares que afectan a la salud la relación tan importante que existe entre los factores de riesgo y protectores, así como también los factores externos e internos en el sujeto que pueden afectar en la adopción de conductas adecuadas para el cuidado de su salud, puesto que esto dará pie a la elaboración de una intervención eficiente en una población, logrando establecer lineamientos que se adecuen a cada comunidad.

2.2 Psicología De La Salud.

La Psicología de la Salud es uno de los escenarios de investigación y de desarrollo profesional más desafiante para los psicólogos de todo el mundo. Abordando todos aquellos aspectos comprometidos en el proceso salud-enfermedad, ya sean estos básicos, clínicos, sociales, profesionales e incluso de políticas de salud. Desde el mantenimiento y la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la rehabilitación, hasta, ayudar a

bien morir, la Psicología de la Salud participa significativamente en cualquier momento del ciclo vital.

La Psicología de la Salud surge bajo las demandas y requerimientos de la práctica, su motor impulsor no ha estado en la teoría, sino en los cambios que se han operado en el estado de salud de la población y en las prioridades de los servicios de salud, los cuales son variables dependiendo de la situación de cada país, por esta razón ha habido mucha dificultad para establecer una definición exacta de esta área de la psicología y por lo mismo de que se encuentra en una etapa de desarrollo se deben evitar las definiciones estrechas o que limiten el campo innecesariamente.

La División de Psicología de la Salud del American Psychological Association la define como "las contribuciones educacionales, científicas y profesionales específicas de la disciplina de la Psicología a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad y la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y la disfunción relacionada así como para el análisis y mejoramiento del sistema de atención de la salud y la formación de la política de salud". Esta definición ha sido muy comentada, señalándose que en los cuatro aspectos que en ella están identificados han sido resueltos implícita o explícitamente de la manera siguiente:

- Que el campo de la Psicología de la Salud está relacionado con las contribuciones especiales que los psicólogos pueden hacer a la salud.
- Que el término salud debe ser entendido de la manera más amplia posible, para incluir tanto la salud como la enfermedad, la salud física como la mental, y trastornos específicos y diagnósticos, tanto como el sentido general del malestar, la robustez, o el bienestar.
- El campo no debe estar limitado a la investigación o a la construcción de teorías, pero si debe estar relacionado con la aplicación de la investigación y la teoría a la prevención tratamiento y prestación de servicios.
- Todo lo que pueda tener un impacto en la salud, ya sea a nivel del individuo, el grupo o el sistema social en general, es de interés legítimo para el psicólogo de la salud Bloom citado por Alvear, G., y cols (1996-1997).

Durante el desarrollo de la Psicología de la Salud los esfuerzos de los psicólogos se han encaminado, sobre todo, a adaptar y adecuar las experiencias y aportes procedentes de diversas áreas de la Psicología a los nuevos requerimientos, lo que ha permitido por un lado el aprovechamiento de viejas modalidades de participación en el sector salud como las provenientes de la Psicología Clínica tradicional, la Psicología Médica, Psicología Comunitaria o de la Medicina Conductual, incluso de otros campos como la Epidemiología, la Educación para la Salud Tradicional o la Investigación de Servicios de Salud.

Esto no quiere decir que se trate de una simple mezcla de aspectos parciales de todas estas disciplinas, sino que es una construcción progresiva que parte de un enfoque diferente al menos en lo que respecta a los aspectos aplicados y de ejercicio profesional.

Desafortunadamente la carencia de una conceptualización teórica adecuada, la subsistencia de muchos problemas básicos en la psicología aún no resueltos y el surgimiento de las actividades prácticas han llevado a una diversidad de planteos y soluciones eclécticas que en la actualidad pudieran convertirse en una traba para el desarrollo futuro y para la búsqueda de las aplicaciones de la Psicología de la Salud.

A pesar de estas dificultades, el desarrollo de la Psicología de la Salud ha sido acelerado en América Latina como en otras regiones del mundo. La mejor muestra de ello es el rápido aumento del número y variedad de los temas de investigación que interesan a los psicólogos de la salud. Los primeros temas estudiados fueron la salud mental, el manejo psicológico de las enfermedades crónico-degenerativas, principalmente las cardiovasculares, el cáncer y el dolor crónico, y las adicciones.

Actualmente, se puede afirmar que la investigación en Psicología de la Salud que se desarrolla comprende todos los momentos del proceso salud-enfermedad, desde la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, hasta la rehabilitación y el cuidado de pacientes con padecimientos terminales, con aproximaciones individuales, grupales y comunitarias, así como con gran variedad de enfoques teóricos y metodológicos. En 1993 Rodríguez, Hernández Pozo y Ramos publicaron que en América Latina los enfoques teóricos predominantes en la investigación de la Psicología de la Salud fueron los sociales, conductuales y eclécticos, y las aproximaciones metodológicas que predominaban fueron las experimentales, epidemiológicas y psicométricas.¹

Las tareas que aparecen en el futuro inmediato de la Psicología de la Salud son:

- Definir mejor como deben ser sus relaciones con otras disciplinas, particularmente con la medicina, tanto en el plano científico y de investigación, como en la práctica de los servicios, no perdiendo la perspectiva de los modelos psicológicos a modo de entender la pertinencia e importancia del trabajo conjunto con otros profesionales de la salud en beneficio de las disciplinas, pero principalmente de la población que busca su ayuda.
- La presencia de psicólogos de la salud en los sistemas de atención deberá aumentar en los próximos años, especialmente en el primer nivel con una práctica profesional orientada a la prevención atendiendo al perfil epidemiológico de cada país.
- Definir el papel del psicólogo de la salud en las políticas de servicio de salud y la legislación correspondiente.
- Incluir en los programas de entrenamiento a nivel de pregrado y de posgrado información sobre la estructura y organización de los servicios de atención a la salud, así como las políticas generales que definen a éstos.

¹ La Psicología De La Salud En América Latina, Rodríguez , G., Ortega, M., Rojas Russell, Facultad De Psicología, México 1998.

- Definir y operar programas de entrenamiento y actualización de los psicólogos que actualmente laboran en el sistema de salud.
- Incrementar el financiamiento para llevar a cabo investigación que imparte la práctica de los profesionales para incidir en la salud de la población, para esto es necesario:
 - ◊ Incrementar el impacto de la investigación sobre la práctica de los profesionales de la salud, de tal modo que los conocimientos y los productos tecnológicos de esta actividad incidan efectivamente en la salud de la población.
 - ◊ Es indispensable que los psicólogos participen más activamente en eventos científicos de las otras disciplinas de la salud.
 - ◊ Incrementar el número de revistas y medios de difusión de la producción científica de los psicólogos de la salud de la región.
 - ◊ Incrementar el número de organizaciones académicas que faciliten y promuevan la certificación de la práctica profesional, la educación continua, el intercambio con otras organizaciones nacionales e internacionales y en general la difusión del campo de la Psicología de la Salud.

Es innegable que América Latina en materia de salud ha avanzado de manera importante, sin embargo, nuestra población aún vive desigualdades muy acentuadas y los contrastes afectan a todos.

A pesar de las dificultades para conceptualizar la Psicología de la Salud y aunque todavía no es una realidad en la práctica, como un resultado lógico del insuficiente desarrollo tecnológico por el acento clínico que todavía tiene la formación de los Psicólogos, y sobre todo de la insuficiente presencia que tienen éstos en los servicios de Atención Primaria y en el diseño de políticas de salud, es necesario que se siga buscando coadyuvar en el mejoramiento de la calidad de vida de nuestra población con la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, mediante un trabajo interdisciplinario que considere a las áreas interesadas en esta problemática a modo de que se logren complementar herramientas y aspectos integrales del individuo al momento de intervenir en las diferentes etapas del periodo o proceso de salud - enfermedad.

2.3 Niveles De Prevención Y Atención A La Salud.

Medina, M., Díaz-Leal, L., Berruecos, L. (1994) mencionan que la prevención puede definirse como la protección y promoción de la salud de la población, la protección y el mejoramiento del ambiente ecológico y social, la prevención de la enfermedad y sus consecuencias, la eliminación de los riesgos identificables y la protección de los grupos de alto riesgo.

La prevención implica preparar, disponer con anticipación lo necesario a un fin poner en acción los medios o condiciones apropiados para impedir que un problema se dé.

Actualmente se reconocen cuatro niveles de prevención mencionados por Beaglehole, R., Bonita, R., Kjellström, T. (1994):

Prevención Primordial.- Busca evitar el surgimiento y la consolidación de patrones de vida social, económica y cultural que se sabe contribuyen a elevar el riesgo de enfermedad, requiere el compromiso en la adopción de medidas reguladoras y fiscales enérgicas de los gobiernos ya que todos necesitan evitar la propagación de formas de vida y patrones de consumo nocivos antes de que estos se arraiguen en la sociedad y en la cultura.

Prevención Primaria.- Limitar la incidencia de enfermedad mediante el control de sus causas y de los factores de riesgo. Implica dos estrategias: la estrategia poblacional y la estrategia de grupo de riesgo, las cuales pueden ser combinadas.

Prevención Secundaria.- Curación de los pacientes y reducción de las consecuencias más graves de la enfermedad mediante el diagnóstico y tratamiento precoces, su blanco es en el periodo entre el comienzo de la enfermedad y el momento en que suele hacerse el diagnóstico, tiene como propósito reducir la prevalencia de la enfermedad.

Prevención Terciaria.- Tiene como meta reducir el progreso o las complicaciones de una enfermedad ya establecida, consiste en medidas encaminadas a reducir las secuelas y discapacidades, minimizar los sufrimientos causados por la pérdida de la salud y facilitar la adaptación de los pacientes a cuadros incurables.

Existen 3 tipos de atención:

La atención primaria que está dirigida al público en general pretende la disminución de nuevos casos, la promoción de la salud a través del mejoramiento del medio ambiente y la educación para la salud y protección específica. La meta es la creación de ambientes sociales y físicos, sanos y positivos, influenciando en el comportamiento de la gente y en los factores psicosociales que promueven o previenen una conducta.

La atención secundaria se enfoca más en el tratamiento oportuno, el diagnóstico preciso y específico y la limitación de las incapacidades, identificando a los usuarios y tratando de minimizar o eliminar riesgos, entendidos éstos como los factores de desequilibrio que afectan la tríada epidemiológica.

La atención terciaria, se aboca a la rehabilitación y a evitar la invalidez reduciendo el nivel general de deterioro del enfermo y tratando de reinsertarlo socialmente.

La atención a la salud y la prevención van unidas en el proceso de la evolución de una enfermedad, siendo inversamente su acción existiendo mayor prevención que atención en el primer nivel y mayor atención que prevención en el tercer nivel.

Los servicios de atención de salud en México están organizados en tres niveles de atención:

El primero es el enlace entre la población y el sistema de atención a la salud. En él se llevan a cabo actividades de promoción de la salud y prevención de las enfermedades, así como de diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud más frecuentes, que generalmente no requieren de tecnología sofisticada pero sí de personal altamente calificado.

Estos servicios se ofrecen en unidades que de acuerdo a la institución o país reciben diferentes nombres tales como centros de salud comunitarios, unidades de medicina familiar, policlínicas, postas entre otros. Es aquí, donde se resuelven aproximadamente el 80% de los problemas de salud. A través de este nivel, los gobiernos de los países consideran la posibilidad de dar cumplimiento al compromiso de ofrecer cobertura universal.

En el segundo nivel se ofrecen los servicios en clínicas de especialidades y hospitales generales, los cuales atienden los problemas de salud que requieren del uso de tecnología de mediana complejidad.

Para el tercer nivel se ofrece la atención a través de subespecialistas y se lleva a cabo en unidades hospitalarias altamente especializadas como son los institutos de salud. Éste es el nivel donde se genera la mayor cantidad de investigación científica en el campo. (Fig. 3)

La canalización de los sujetos a estos niveles se dan en correlación a los diferentes padecimientos y al nivel de gravedad que se tenga.

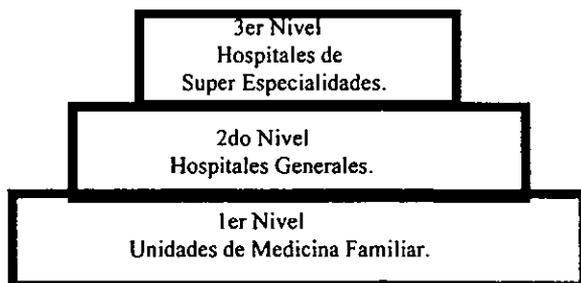


Fig.3.- Niveles de Atención de Salud en el país.

En México, aproximadamente el 55% de la población tiene derecho a alguna de las instituciones de seguridad social. El resto de la población potencialmente debería recibir servicios de la Secretaría de Salud o de los gobiernos de los estados o municipios. Sin embargo, debido a la gran dispersión de la población en las áreas rurales, se considera que actualmente México cuenta con aproximadamente un 6% de población sin cobertura oficial de servicios de salud.

Si tomamos en cuenta la realidad como punto de partida el profesional de la salud se encuentra con una situación difícil desde ese 55% que tiene a su alcance un servicio de salud, puesto que en ocasiones no cuentan con el apoyo, las herramientas o el interés

suficiente para intervenir de modo preventivo, además del gran problema que representa lograr sensibilizar a una población a cuidarse y prevenir.

El problema se incrementa y se dificulta aún más en las zonas donde no se tiene acceso a sistemas de salud puesto las posibilidades de trabajo y la difusión de información son muy bajas para la población, lo cual es muy lamentable ya que se deja al margen individuos que pueden estar en el mismo riesgo no importando si son grupos urbanos o rurales.

2.4 Atención Primaria.

En 1978 los países miembros de la Organización Mundial de la Salud, convinieron en aceptar la meta que se denominó "Salud para todos en el año 2000". La estrategia identificada para hacer posible esta meta es la de *Atención Primaria a la Salud* que se describe "como la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y de autodeterminación. Representa el primer nivel de contacto con los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria" (Alma-Ata, 1978).

A más de una década, aún existe poca experiencia sobre la manera como se debe traducir esta meta a la práctica. Algunos factores de interferencia son la pseudomodernización del lenguaje; la confusión de la atención primitiva o atención precaria; la confusión del concepto de atención primaria con otros conceptos relacionados pero diferentes y el estereotipo de la excelencia.

Durante este tiempo, se ha observado que para la aplicación de la estrategia de Atención Primaria a la Salud, se requiere que haya recursos humanos capacitados para implementar los cambios y modificar conductas; para entrar en contacto con individuos y grupos; para atraer líderes de opinión que permitan concertar en el cuidado de la salud influyendo directamente en la población.

En este contexto, el psicólogo es un recurso humano importante en medida en que puede promover la participación de la comunidad en el autocuidado de la salud y además, ser el enlace entre la comunidad y el equipo de salud resaltando la importancia del cuidado conjunto. Es necesario que el experto en comportamiento y salud participe en el diseño y conducción de acciones preventivas basadas en el conocimiento sistemático y confiable de los factores inherentes a la interacción humana, es decir, el análisis de variedades proximales tales como las prácticas de crianza y la propia interacción humana. Sin embargo, hasta el momento no se había aprovechado óptimamente su capacidad porque sus funciones y tareas no habían sido claramente definidas en el área de la salud.

Hay que modernizar los sistemas de salud a un manejo conjunto de habilidades y herramientas de los profesionales a todos los niveles de atención, ya que cada uno de estos demanda diferentes necesidades y se debe ofrecer una adecuada calidad de vida.

La Atención Primaria requiere de la prevención a un primer nivel en donde haya una protección y promoción de la salud de la población; el mejoramiento del ambiente ecológico y social; la prevención de la enfermedad y sus consecuencias, la eliminación y protección de riesgos. Sus expectativas son: evitar y/o reducir los problemas de salud conforme a las estrategias universales y actividades selectivas entre grupos con mayor probabilidad de presentar problemas.

Este proceso genera ganancias de todo tipo tanto a nivel económico como personal, disminuyendo la problemática familiar y social y un ahorro a nivel nacional en relación a los tratamientos.

No hay que olvidar que la atención primaria no solo puede ofrecerse *durante el estado de salud*; convencionalmente se puede extender la atención a las fases iniciales y tempranas de la enfermedad cuando el daño en evolución tiene posibilidades de ser reversible, siendo anticipatoria, actuando por programación y requiriendo el autocuidado del sujeto y de la actuación del equipo de salud.

Para lograr la adecuada función de los niveles de atención, así como la organización de su infraestructura es necesario considerar los *factores protectores* y *los factores de riesgos*, siendo esta consideración la pauta para la eficacia de los programas preventivos.

Costa, M., López, E. (1986), mencionan que una forma adecuada de reducir los factores de riesgo en el sujeto es por medio de la promoción de las conductas saludables, que promueven el adecuado manejo de estilos de vida en el individuo y la sociedad en pro de la salud mental y física del ser humano:

- 1.- La Actividad física regular.- Realizar actividades deportivas (aeróbicas o anaeróbicas) con cierta frecuencia (3 veces por semana), ayuda a demorar y prevenir enfermedades.
- 2.- Prácticas nutricionales adecuadas.- Tener una alimentación balanceada (proteínas, calorías, vitaminas y minerales esenciales). Esto evita enfermedades como desnutrición, anemia, etc.
- 3.- Comportamientos de seguridad.- Sirven principalmente en la información y educación para evitar accidentes.
- 4.- Reducir y/o evitar el consumo de droga.- Educar a la gente a no buscar apoyo o aceptación social en el consumo de estas.

5.- Prácticas adecuadas de higiene.- lavarse las manos, los dientes, higiene en el hogar y productos que se consumen, la adecuada canalización de aguas residuales, tratamiento de basuras etc.

6.- Desarrollo de comportamientos de autoobservación.- Observación temprana para poder adoptar medidas eficaces de enfrentamiento.

7.- Desarrollo de un estilo de vida minimizador del estrés.- Reducir el patrón de conducta tipo A.

8.- Donaciones de sangre y de órganos.- Vigilancia especializada y control para el desarrollo de métodos y estrategias que mejoren las tasas de donación de sangre y de órganos.

9.- Desarrollo de competencias para establecer relaciones sociales y resolver problemas interpersonales.- Programas como el de Entrenamiento en Habilidades Sociales y en Solución de Problemas.

10.- Desarrollo de comportamientos adecuados para el manejo de situaciones.- Educación para el autocontrol y afrontamiento de situaciones nuevas que puedan generar estrés y tener impacto sobre los procesos de Salud-Enfermedad del hombre.

11.- Cumplimiento y seguimiento de las prescripciones de salud.- Tratar de fomentar la adherencia al tratamiento médico. (Fig. 4)



Evitar o reducir el consumo de drogas y alcohol.



Tener Higiene.



Reducir el estrés.



Seguir las instrucciones médicas



Mantener una auto observación para prevenir enfermedades.

Fig.4 .- Algunas Conductas Saludables.

Una de las mayores preocupaciones es lograr que la gente alcance estos cambios en su conducta. Esto no es fácil, por lo que implica el dominio de una tecnología conductual eficiente para la adquisición y cambio de conductas, la coordinación de los recursos teóricos y empíricos de otras disciplinas y profesiones; y sobre todo, implica la adopción de cambios sociales y políticos.

Para la modificación de hábitos de vida, se acepta actualmente que la integración de las actividades preventivas en Atención Primaria (recomendaciones preventivas y consejos), es una estrategia fundamental para mejorar la salud de la comunidad.² La cual podría parecer muy simple, pero que requiere de un conocimiento y preocupación por la comunidad, así como de habilidades necesarias que ayuden a sensibilizar a la población en la búsqueda de un beneficio específico.

Una forma para poder promover el cambio es seguir los pasos del consejo centrado en el paciente, o en este caso a la comunidad. Los pasos son:

- ➔ Recomendar el cambio y personalizar los riesgos.
- ➔ Valorar la motivación.
- ➔ Valorar las experiencias previas de cambio de conducta.
- ➔ Discutir los problemas y barreras.
- ➔ Comentar los recursos disponibles.
- ➔ Desarrollar un plan de cambio.
- ➔ Programar el seguimiento.

Dependiendo de la decisión de la comunidad hacia el cambio se establecen pasos para desarrollar un plan, puesto que no se puede desarrollar un programa ajeno a la comunidad. Es necesario partir de ella a manera de personalizar una problemática tomando en cuenta todas sus características sociales, culturales y económicas, ya que hay que estar conscientes de sus carencias y herramientas físicas y psicológicas para enfrentar la situación y no proporcionar soluciones fuera de sus posibilidades o que alteren su contexto socio-cultural de manera inadecuada o agresiva.

² Guía Básica sobre consejo de los Profesionales Sanitarios dirigidos a modificar Hábitos de Vida.
<http://www.almirallprodesfarma.com/quies/g0.html>

3. ATENCIÓN PRIMARIA A NIVEL COMUNITARIO.

3.1 Comunidad.

Como se ha mencionado, la atención primaria no debe ignorar las condiciones económicas, socioculturales y políticas del país y de sus comunidades. Y requiere la participación multidisciplinaria de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario exigiendo sus esfuerzos coordinados.

Exige y fomenta la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, organización, funcionamiento y control de la atención primaria de la salud, aprovechando al máximo los recursos locales y nacionales, y con tal fin, desarrolla mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para participar. Debe estar asistida por sistemas de envío de casos integrados, funcionales que se apoyen mutuamente, a fin de llegar al mejoramiento progresivo de la atención sanitaria completa para todos, dando prioridad a los más necesitados.

Se basa, tanto en el plano local como en el de referencia y consulta de casos y en todo el personal de salud, en la medida en que se necesiten, con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico.

Para hablar de comunidad es necesario definirla y saber cuales son los elementos que la caracterizan.

Rosa Benito de Garfias citado por San Martín y Pastor (1988), define la comunidad en una forma aplicable a la realidad latinoamericana: "Grupos de población situados en un área geográfica determinada que tienen intereses y necesidades comunes, entre los cuales existen interrelaciones y que en su conjunto forman una entidad individualizable".

Puede decirse que es el conjunto de grupos de población que viven juntos en lugar urbano, o rural, en condiciones específicas de organización y de cohesión social y cultural. Los miembros de la comunidad están ligados, en grados variables, por características (étnicas, culturales, profesionales, etc.) comunes, y/o por intereses o aspiraciones que pueden ser o no comunes; la comunidad puede ser o no autosuficiente.

Según San Martín (1988) "la comunidad está organizada en grupos ligados por intereses específicos y generales, pero que no siempre son capaces de autoabastecerse". Los grupos que constituyen la comunidad viven en una zona geográfica determinada, bien limitada, constituyendo una entidad individualizable.

Independientemente de las diferentes definiciones existentes, puede decirse que una comunidad está establecida en una zona geográfica bien delimitada y que comparten ciertas características, intereses y necesidades aunque no necesariamente intereses personales y aspiraciones y que su abastecimiento requiere del contacto con otras comunidades.

Algunas de las características comunes de las comunidades son:

- Grupos de población organizados e interrelacionados;
- Coexistencia en una zona o región geográfica (urbana, rural o mixta) bien delimitada;
- Un cierto grado de interacción producido a través de experiencias comunes y de actitudes y comportamientos sociales similares;
- Un cierto grado de comunidad funcional, económica;
- Un cierto grado de unidad en la acción colectiva, particularmente en los grupos.

Existencia de instituciones sociales más o menos desarrolladas, tales como: la educación, la salud, la justicia, administración social, etc.

Para que la participación en la comunidad sea activa la gente necesita tener información y estar motivada. Los profesionales de la salud deben actuar con intención educativa, pero no pueden responsabilizarse por completo de un proceso global y de conjunto que incluye un desarrollo dinámico de salud y facilitar los cambios de actitudes de la población en relación a la aceptación y adopción de programas bien concebidos y realistas de salud.

El Sector Salud no puede estar desvinculado del resto del desarrollo social de la comunidad, para mejorar el nivel de vida de la población.

Las instituciones llegan a la comunidad, generalmente, con un conjunto de programas y técnicas considerando que son buenas y que la comunidad las necesita. Frasser Brockington, dice textualmente: "El servicio de salud chileno hace muy poco por interesar a la comunidad profana en las muchas decisiones que deben tomarse para complementar su labor y la responsabilidad, en último término, tanto en la organización central como local, parece estar en manos de los médicos, sin responsabilidades ante ningún Comité o Junta. El servicio ha sido ideado por médicos y es manejado por ellos sin que exista prácticamente ninguna intervención de la comunidad profana".

Esta situación es un reflejo de lo que se ha dado en los últimos años en América Latina, es un hecho que existe un interrelación entre desarrollo de la comunidad y desarrollo social, pero eso no significa paralelismo, se debe buscar la formación de grupos con iniciativas de progreso.

La Psicología de la Salud y otras disciplinas buscan desarrollar un estado óptimo de salud para la comunidad, para lo cual es necesario saber que la Salud Comunitaria se refiere a la estrategia que trata de aplicar los programas de salud pública en los ámbitos locales de cada comunidad y se define como: "El mejoramiento paulatino de las condiciones de vida comunal y del nivel de salud, prevención y curación de las enfermedades, incluyendo la rehabilitación y readaptación social, además de las actividades de trabajo social favorables al desarrollo comunal y de la salud en particular. Todo esto con el apoyo, acuerdo y la participación activa de la comunidad" (San Martín y Pastor 1988).

Para esto, es de vital importancia la responsabilidad y la participación de la comunidad en la planificación, administración, gestión y control de las acciones ya que permiten el óptimo estado de salud de sus integrantes. La comunidad activa o participante (comunidad en acción) siente y administra como propias sus expectativas y energías para mejorar y mantener su salud.

La Salud Comunitaria se diferencia de la Salud Pública en que ésta es una acción del Gobierno. En la salud comunitaria, sigue interviniendo el Gobierno, pero interviene también la comunidad en la planificación, administración, gestión y control de las acciones que llevan al estado óptimo de la salud de los habitantes que la constituyen.

En la Unión Soviética es donde se empieza a dar una concepción de Salud Pública que enfatiza la protección de la salud y la educación para una cultura de la salud, extendiéndose posteriormente a los demás países dando apoyo a la Salud Comunitaria y Atención Primaria de Salud. En 1980, surgieron en España los Centros Municipales de Salud y Centros de Promoción de la Salud, que fueron creados para dar cobertura a problemas de la comunidad de Madrid que no eran acogidos de modo suficiente y satisfactorio en la red del sistema de salud entonces vigente, y hacer una oferta asistencial que respondiera a un modelo nitidamente diferente.

Dada la importancia de involucrar a la comunidad de una manera activa en el proceso de atención a la salud, en la Unidad Avanzada de Atención Integral a la Salud (UNAAIS), en el municipio de Teocelo Veracruz, se creó un Centro de Recursos de Apoyo para la Enseñanza y Aprendizaje en Salud. Grau Abalo, J, citado por Rodríguez, G., y cols (1988), menciona que dicha área tiene como objetivo poner al alcance de la comunidad recursos especialmente elaborados sobre temas de salud, relacionados con los factores de riesgo (toda característica o circunstancia que aumenta la susceptibilidad de los individuos o grupos para padecer enfermedades), más frecuentes en la población, con el fin de fomentar conductas de autocuidado para mejorar las condiciones de salud y es el área a través de la cual el psicólogo marca su punto de enlace entre el personal de salud y las personas en la comunidad.

La Salud Comunitaria a la que se está incorporando la Psicología Comunitaria, es, la estrategia que trata de aplicar los programas de salud pública en los ámbitos locales de cada comunidad.

En su concepción más actual, la Salud Pública y la Salud Comunitaria entrañan varias dimensiones que comparten con la Psicología Comunitaria y que definen su perfil característico:

- a) Subrayan la importancia de los ecosistemas físicos, biológicos y sociales, como lugar obligado en el que residen los riesgos para la salud y para la vida humana, también las oportunidades para el crecimiento y la salud.

- b) Destacan la urgencia de la prevención y de la Educación para la salud, señalando necesaria la búsqueda de los ciudadanos en las organizaciones sociales en las que viven.
- c) Resaltar la participación activa y organizada de la comunidad en la evaluación de los problemas y necesidades de salud y en su solución.
- d) Tratar de desarrollar una adecuada organización y funcionamiento de los sistemas de servicios de salud para que aunado a la investigación epidemiológica, planifiquen y gestionen las acciones y programas de salud, con la cobertura y la accesibilidad adecuadas.

Ningún programa de salud es realmente útil si no obtiene la aceptación de la población y su participación activa en él, más aún, el objetivo final de los programas debe ser educativo. Lo que es más, es cambiar favorablemente hábitos, creencias y actitudes de la población en materia de salud para que los buenos preceptos sean incorporados a los medios de vida de la comunidad.

3.2 Psicología Comunitaria.

La Psicología Comunitaria se venía preparando desde los años de la Segunda Guerra Mundial. Su constitución formal ocurre en una conferencia celebrada en Swampscott, Massachussets en 1965, en esta conferencia, el estrecho marco de la salud mental los modelos clínicos conceptuales y de intervención, los modelos de enfermedad aplicados al comportamiento humano hasta ese momento aparecían como insuficientes.

La Psicología Comunitaria tiene su origen principalmente en la dinámica de grupos y organizativa y los procesos de toma de decisiones cuyos pioneros fueron Kurt Lewin y otros psicólogos sociales, partiendo de las premisas de que muchos de los problemas de las personas pueden resolverse de la mejor manera posible en el ámbito comunitario, y de que cuando los ciudadanos y los grupos se reúnen para enfrentar eficazmente un problema que afecta a la comunidad se produce un sentimiento de realización.

En la década de los años 60, en los Estados Unidos, la psicología aplicada se orientó hacia la necesidad de dar respuesta a los problemas planteados por el interés en la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud, es entonces cuando aparece la comunidad como objeto de intervención.

El término Psicología Comunitaria se utilizó por primera vez en la conferencia sobre la "Educación de Psicólogos para la Salud Mental Comunitaria", en 1965; en su origen confluyeron diversas posiciones teóricas y metodológicas, no obstante de acuerdo a Costa (1986), lo que anima básicamente a los psicólogos involucrados en este desarrollo es diferenciarse de los objetivos marcadamente individuales y asistencialistas de los psicólogos clínicos y contrariamente enfatizar en los objetivos comunitarios y sociales y en una perspectiva preventiva y educativa.

Albee citado por Costa, M., y cols. (1986), menciona que inicialmente la Psicología Comunitaria se apoyó en el llamado modelo de competencia, el cual parte de la idea de que la incidencia de los modelos de Salud que pueda presentar un ciudadano o una comunidad es una razón variable que depende, por una parte, de defectos o causas orgánicas y del estrés ambiental, y por otra parte de los sistemas de autoestima y apoyo social.

Este modelo supone un conjunto de acciones a ser emprendidas por los psicólogos en su trabajo con la comunidad entre las que se incluyen:

- ▷ La promoción de conductas saludables en las personas y animarlos a tener su estado de salud profesionalmente controlado.
- ▷ Influir en el diseño del entorno ambiental (viviendas, parques, áreas de recreación).
- ▷ Facilitar el acceso a los servicios de salud.
- ▷ Fomentar los sistemas de apoyo social.
- ▷ Socializar el conocimiento científico sobre el cuidado de la salud para hacer a las personas más competentes y participes en su autocuidado, así para que dispongan de mejores recursos para enfrentar situaciones nocivas y de tensión.
- ▷ Potenciar la participación de la comunidad en los proyectos de salud.
- ▷ Facilitar el acceso a los servicios psicológicos.
- ▷ Disponer de la capacidad de evaluar las intervenciones que se realizan sobre la comunidad.
- ▷ Darle a las intervenciones carácter interdisciplinario e intersectorial.

Este modelo no contribuyó suficientemente ni a esclarecer el modo de participación de las variables psicológicas ni de las sociales presentes en el proceso salud enfermedad, ni tampoco el desarrollo tecnológico requerido, debido a un planteamiento simplista tanto del individuo como del ambiente, así como de las relaciones entre estos. No obstante, constituye un importante antecedente de una concepción de Psicología de la Salud, y muchas de sus experiencias son válidas para el trabajo en Instituciones de Salud de Atención Primaria y para el diseño de aplicación de proyectos y políticas de promoción de la salud, siempre y cuando logren ser insertados en una formulación de mayor amplitud.

Progresivamente, adquirirían mayor importancia otros planteamientos que no tardarían en entrar en contacto con toda la corriente teórica y científica que se venía instaurando en la psicología; y con toda la revolución tecnológica que supuso el Análisis Funcional del Comportamiento y la Modificación de Conducta.

Costa y López; Pelechano citados en Costa, M., y cols. (1986), concluyen que, el énfasis puesto hasta entonces por los psicólogos en la observación, diagnóstico y clasificación de los comportamientos se complementa con un énfasis en la *intervención*. El modelo clínico se amplificará en un *modelo comunitario*.

Fernández Ballesteros; Krasner citados por Costa, M., y cols. (1986), toman en cuenta la *intervención ecológica* sobre las organizaciones, las comunidades y los contextos como un medio que completa y agranda la intervención sobre las personas. El tratamiento sobre el

problema y la enfermedad se completa con la *intervención preventiva*, de promoción de la salud, y de educación para la salud.

Montero; Rappaport citados por De la Fuente, R., Medina- Mora, M. (1997), consideran que el hincapié en la enfermedad, gira hacia el énfasis de la suficiencia, la habilidad y la competencia. El modelo de espera se transforma en un modelo de búsqueda, de trabajo en y con la comunidad. El peso dado a la transformación personal, de las mentes y de las conciencias se transfiere a la transformación y al *cambio de los comportamientos* y de las condiciones sociales en las que vive la gente.

Glenwick y Jason citados por De la Fuente, R., y cols. (1997), mencionan que las intervenciones clínicas basadas en el modelo médico de la enfermedad se sustentan cada vez más en los modelos teóricos y aplicados en la psicología. Las intervenciones basadas en el ámbito de los problemas de conducta y de salud mental se deben dirigir hacia el ámbito de la *salud en general* y hacia todos los campos donde la gente se comporta, en relación o no con la salud y la enfermedad.

La separación entre el desarrollo teórico e investigación científica por un lado, y trabajo aplicado por otro, se convierte en intervenciones que asocian estrechamente lo teórico y lo aplicado, lo científico y lo técnico, la investigación y la acción (Muñoz y cols. citado por De la Fuente y cols., 1997).

El monopolio de los profesionales y de los técnicos se diluye al compenetrarse con la responsabilidad y *participación* de los ciudadanos en los asuntos que afectan a su vida y a su salud. Los planteamientos parcelares y patrimonialistas de los profesionales de la intervención, que tienden a ver los fenómenos de la naturaleza y de la salud como asuntos exclusivos de su competencia, son convertidos en la Psicología Comunitaria en un planteamiento *interdisciplinario*.

La Psicología Comunitaria representa una intención de reconocer los problemas del comportamiento individual que son pertinentes para la salud y la enfermedad en una perspectiva que desplaza el acento desde el individuo hacia el medio social, por lo que resulta un enfoque más cercano a la evolución del pensamiento sobre la causalidad de la enfermedad que en la actualidad reconoce su dimensión interactiva y ecológica.

Los ciudadanos pueden ejercer con propiedad sus derechos y deberes de participación en la planificación, administración y evaluación de las acciones de salud comunitaria. Es muy importante que estén bien informados y educados en todo lo relacionado con el fomento a su salud. Es en este proceso donde el psicólogo debe hacer uso de sus habilidades para apoyar al sujeto puesto que en la salud comunitaria la información y la educación sanitaria y la motivación son elementos necesarios no sólo para que los ciudadanos contribuyan activamente a la promoción y restauración de su propia salud, sino también para que estén preparados para, a través de sus representantes democráticamente elegidos, poder valorar las necesidades de salud de su comunidad, decidir sobre las acciones prioritarias a

emprender, y evaluar su efectividad y la satisfacción de los usuarios una vez implementadas.

3.3 Educación Para La Salud En Comunidades.

El fomento de la salud es el eje fundamental para incorporar a la población y a las instituciones en la estrategia de prevención. Dado que es una labor de desarrollo, demanda a los distintos sectores coordinar sus esfuerzos de manera articulada en materia de alimentación, educación, vivienda, empleo, recreación y saneamiento ambiental.

Se parte de tres criterios básicos: equidad, coordinación sectorial y desarrollo de capacidades propias.

Equidad: Concebir la salud como derecho, implica una tarea de justicia social: esto es, un llamado a la redistribución de recursos, al reordenamiento de prioridades y la universalización del acceso a los servicios básicos.

Coordinación intra e intersectorial: Convocar a la colaboración y cooperación entre sectores sociales y económicos, públicos y privados, para hacer de la salud medio y fin del desarrollo.

Fortalecimiento de capacidades propias: Las personas, comunidades y la sociedad tienen el derecho y el deber de tomar en sus manos la promoción y el cuidado de su salud, en forma individual y colectiva.

Todas ellas convocan a la sociedad en su conjunto a decidir e intervenir en los procesos de calidad de vida que incluye lo físico, intelectual y emocional – de personas, familias y comunidades – en el amplio conjunto de sus relaciones sociales.

Las estrategias básicas de fomento a la salud, son la educación y la participación social, en las cuales se conjugan los esfuerzos institucionales con los de la propia población.

La Educación para la Salud es un proceso organizado y sistemático, el cual pretende orientar a las personas a reforzar o a modificar conductas. Se basa en acciones de comunicación y de enseñanza-aprendizaje, tendientes a transmitir conocimientos, alcanzar conceptos y valores; adoptar actitudes y aplicar prácticas responsables en la promoción y el cuidado de la salud. Se desarrolla a través de procesos de educación formal, no formal e informal.

En todas las definiciones de Educación para la Salud se establece un objetivo común, como es la búsqueda de la “modificación de los conocimientos, actitudes y comportamientos de los individuos componentes de la comunidad, en sentido de la salud positiva”. El objetivo final podría ser el mismo en las diferentes definiciones, diferenciándose en la forma de conseguirlo y en que conductas hay que modificar.

En 1975, el IV Grupo e Trabajo de la National Conference on Preventive Medicine, en Estados Unidos, establece que la Educación para la Salud debe ser “un proceso que informa, motiva y ayuda a la población a adoptar y mantener prácticas y estilos de vida saludables, propugna los cambios ambientales necesarios para facilitar estos objetivos, y dirige la formación profesional y la investigación hacia esos mismos objetivos” (Somers, A.R., citado por Brunswic, 1994).

La Educación para la Salud se interesa por la elaboración de programas que modifiquen las prácticas y hábitos que afectan la salud, creando actitudes positivas en los individuos, las familias y las comunidades así como en la sociedad en general, con el objeto de elevar el nivel de vida.

Medina- Mora, M., Berruecos, V. L., Castro, S. M., Díaz- Leal, A. L., Reyes del Olmo, P. (1994), consideran que el propósito de los educadores para la salud en este contexto, es el de diseñar, aplicar y evaluar programas que modifiquen las conductas y los comportamientos que influyen en la salud de los individuos que conforman una sociedad .

En el estudio detallado de la definición se observa la inclusión de una serie de actividades conducentes a (Somers, A.R., 1989):

- ♣ *Informar* a la población sobre la salud, la enfermedad, la invalidez y las formas mediante las que los individuos pueden mejorar su propia salud
- ♣ *Motivar* a la población para que, con el cambio, consiga hábitos más saludables.
- ♣ *Ayudar* a la población a adquirir los conocimientos y la capacidad necesarios para adoptar y mantener unos hábitos y estilos de vida saludables.
- ♣ *Propugnar* cambios en el medio ambiente que faciliten unas condiciones de vida saludables y una conducta hacia la salud positiva.
- ♣ *Promover* la enseñanza, formación y capacitación de todos los Agentes de Educación para la Salud de la Comunidad.
- ♣ *Incrementar*, mediante la investigación y la evaluación, los conocimientos acerca de la forma más efectiva de alcanzar los objetivos propuestos.

El fracaso de muchos programas de educación para la salud impulsados por diferentes gobiernos y asociaciones se debe, principalmente, a que pasan por alto los factores externos que conforman el medio ambiente social del individuo dentro de la comunidad o el no haber promovido la modificación en un sentido positivo.

El enfoque básico de educación para la salud consiste en explicitarle a la población de manera clara y precisa los principios elementales que se generan en la aparición de

enfermedades, para que ellos puedan dirigir sus actitudes y conductas de tal forma que eviten que el problema se presente.

La educación para la salud se apoya en cuatro supuestos:

1.- El desarrollo de una enfermedad puede ser explicado y comprendido y que estos conocimientos inevitablemente incluyen principios básicos relacionados con las creencias y costumbres culturales de la gente; estos valores orientan las medidas que deben aplicarse. Las concepciones y las creencias que la sociedad tenga al respecto a las causas de las enfermedades determinan la base para entender la estructura del pensamiento cultural. Así el comportamiento individual y colectivo, es determinante para el grado de salud de cada persona.

2.- Las estrategias de prevención son factibles en razón de que se ha visto que se pueden anticipar medidas en contra de lo posible o probable. Una estrategia preventiva se refiere, entonces, a un proyecto específico que intenta obstaculizar el desarrollo de un suceso. Estas estrategias incluyen la promoción de la salud a partir del trabajo directo con el individuo para protegerlo.

3.- Los cambios en el comportamiento hacia la salud, desde el punto de vista tanto individual como social, así como los estilos de vida, pueden afectar positivamente el estado de salud. El comportamiento hacia la salud, explica los modos de actuar, reaccionar y funcionar de los individuos conforme a las costumbres, creencias, valores y formas de vida culturales de un grupo.

4.- Se parte de la base de que así como los individuos piensan, creen y se comportan de acuerdo a la cultura del grupo en que viven, ciertas actividades relacionadas con la salud y la enfermedad, también están determinadas culturalmente.

También es fundamental el estudio de la Educación para la Salud, desde un punto de vista multiprofesional e interdisciplinario, pues ello puede dirigir a una concepción que recoja las inquietudes de otros profesionales que, sin ser obligatoriamente sanitarios, trabajen de modo coordinado para la consecución de sus objetivos.

Se requiere no solamente de médicos, atención médica e infraestructura, si no también del hecho de que la población receptora de los servicios, tenga una actitud positiva y un conocimiento adecuado de los cuidados necesarios para mantenerse sana y que sepa cuándo es necesario consultar un médico.

La cultura o el comportamiento individual ante la salud, tiene grandes efectos en la sociedad donde vivimos. El campo de la Educación para la Salud debe ocuparse del estudio del comportamiento y de las actitudes de la población al respecto.

La moderna educación para la salud debe fomentar la participación e instruir adecuadamente a los ciudadanos y los componentes del equipo multi e interdisciplinario de

salud para que puedan evaluar las necesidades de salud de la comunidad, así como de los Servicios Sanitarios imprescindibles; sólo así se podrán tomar decisiones razonadas sobre temas, en beneficio de la salud de la comunidad (Pirrie, D. Y Dalzellward, J., Salleras Sanmartí, L. citados por Sánchez –Martos 1994).

A pesar de que la información que se da a un determinado grupo sea la más adecuada, en educación para la salud lo importante es que la gente actúe esto es, los conocimientos se supeditan a las habilidades y a las actitudes.

La responsabilidad social esta involucrada en los aspectos de movilización social, métodos participativos y autogestión, que se aplican en el diseño y evaluación de programas de prevención, tanto en el ambiente comunitario como en el escolar.

Este proceso se inicia verdaderamente, en nuestra propia comunidad y no en la llamada “comunidad meta”, es decir en la comunidad con la que trabajamos programas de prevención o rehabilitación. Las personas que trabajan en el ámbito de la salud, requieren participar en un proceso que facilite el incremento de su propia responsabilidad social y no sea producto del acatamiento burocrático.

A lo largo del tiempo las comunidades han demandado distintos problemas; sin embargo, los programas solían quedarse solamente en el diseño, destinando más recursos a la investigación epidemiológica. Este problema tenía que ver mucho con las instituciones públicas y con sus funcionarios, ya que su nivel de responsabilidad social en el asunto era mínimo. La responsabilidad social de los funcionarios encargados deben atender problemáticas específicas, estando en función de factores políticos que determinan el nivel de esfuerzos y conociendo la historia de qué organismos están y han estado involucrados, cómo han evolucionado los programas y qué valores y enfoques han predominado para poder generar un proceso de desarrollo conjunto, aprendiendo de las experiencias ya obtenidas a lo largo del estudio de la salud y su cuidado.

La Prevención es un concepto primordial en el desarrollo de la salud debido a que como se ha mencionado, implica una ganancia en múltiples aspectos para la sociedad y el individuo, sin embargo, no debe olvidarse que la Educación para la Salud, tiene su desarrollo en todas las etapas del proceso de salud-enfermedad, Salleras (1985), establece que “La Educación para Salud no sólo debe ser un instrumento fundamental para la consecución de los objetivos de la Salud Pública en la fase de Promoción de la Salud, sino que lo debe ser también y de igual manera en la fase de restauración de la salud”.

Gordon citado por Díaz- Leal, L. (1998), propone tres estrategias para proporcionar una información adecuada acerca de la prevención: indicada, selectiva y universal. Las tres están diseñadas para personas sanas que no presentan un padecimiento, es decir a un primer nivel de prevención.

Estrategias universales. Están planeadas para toda la población, en la que se encuentra todo aquel que no ha sido identificado como individuo de riesgo. Sin embargo sus medidas, resultan útiles para grupos específicos como mujeres embarazadas, niños y adolescentes. En muchos casos es posible aplicar estas estrategias sin contar con asistencia profesional. Entre las acciones de este tipo se encuentran llevar una dieta balanceada, usar el cinturón de seguridad en el automóvil y equipo de protección en el trabajo. Las acciones universales tienen la ventaja de ser de bajo costo en términos individuales, son aceptadas y efectivas para los habitantes y no representan ningún riesgo en cuanto a su difusión y aplicación.

Estrategias selectivas. Son aplicables cuando la persona forma parte de un grupo en el que los riesgos individuales o ambientales son mayores y, por tanto, las estrategias universales resultan insuficientes. El grupo se puede distinguir por el sexo, la edad la ocupación o el tipo de familia. Entre las acciones específicas que se pueden tomar están las revisiones periódicas de salud para evitar la aparición de alguna enfermedad. Se sugiere que esta estrategia preventiva no exceda un costo relativo y que no represente efectos negativos para la población.

Estrategias indicadas. Se aplican entre quienes presentan elevados índices de riesgo tanto ambiental como individual. Esto puede determinarse por estudios médicos que detecten síntomas o una anomalía clínica que los haga particularmente vulnerables a un padecimiento. La identificación de estos individuos es el objetivo de los programas de protección. Estas medidas tienen un costo elevado, por lo cual no se aplican a poblaciones numerosas.

Prevenir el desarrollo de problemáticas psicosociales requiere de una comunidad integrada que acepte en forma explícita su deseo de participar activamente en un proceso de desarrollo humano debido a que los usuarios de los programas tienden a depositar la responsabilidad social en los llamados “expertos”, tendiendo a pedir o exigir que sean “los otros” los que den solución a sus problemáticas.

El modelo de acción predominante en los programas de prevención se ha enfatizado con exceso en modelo de salud mental, sin embargo incrementar el nivel de responsabilidad de las comunidades en su conjunto, va más allá de su salud mental. Tiene que ver con las oportunidades y alternativas que se le ofrecen o bien con las que la propia comunidad autogestiona.

El incremento en la responsabilidad social únicamente se logra facilitando un complejo y gradual proceso de movilización social. Este proceso procura:

- Cambiar valores y actitudes en las comunidades a través de métodos proactivos que apunten hacia soluciones y alternativas, evitando así los métodos reactivos, que señalan problemáticas, sin alternativas visibles.
- Facilitar programas participativos, diseñados por la comunidad de expertos, junto con la comunidad de usuarios.

- ☑ Propiciar la transformación social a través de procesos de comunicación entre grupos de especialistas, técnicos y usuarios de los programas, funcionarios públicos y promotores financieros, políticos y comunitarios.
- ☑ Trabajar siempre en pequeños grupos con acciones constantes y consistentes evitando las llamadas “intervenciones de un solo tiro”, es decir, en las que se tiene contacto una sola ocasión con el auditorio.

Para facilitar la responsabilidad social, se requiere de un trabajo de movilización social a nivel de grupos, comunidades e instituciones, que permita que cada persona encuentre su propia posición en la intervención preventiva, terapéutica o rehabilitatoria dentro de su grupo, comunidad o institución por medio de modelos educativos adecuados a cada situación.

3.3.1 Modelos De Educación Para La Salud.

En el momento actual existe un verdadero acuerdo en cuanto a la importancia de los estilos de vida, el cumplimiento terapéutico del paciente, la actuación sobre el medio ambiente, etc.; en definitiva, existe un acuerdo unánime en lo que respecta a poner en marcha verdaderos programas de educación para la salud, la mayoría de las veces asumidos por los gobiernos, con el objetivo fundamental de *modificar los comportamientos de la población*.

Se pueden encontrar hasta incluso más de diez distintos modelos, aunque teóricos, que tienen su base en la psicología social, la sociología, la antropología, la política económica, la medicina conductual, las ciencias de la comunicación, etc., intentando demostrar los mecanismos por los que se puede modificar realmente el comportamiento humano en sentido de una salud favorable (Salleras Sanmartí, L. 1990).

Actualmente se pueden considerar dentro de una clasificación en la que se pueden encontrar los modelos denominados como “tradicionales” y “críticos”, dependiendo de su fundamento científico y metodológico.

En los modelos tradicionales; se hace responsable al individuo de la conducta que ha optado, resultando como determinantes de la salud los factores individuales, biológicos o de conducta. En cuanto a los modelos críticos, el responsable no sería únicamente el individuo, sino lo que se ha denominado como “medio ambiente social”, resultando por tanto como los determinantes de salud en este caso los factores individuales, sociales, culturales y económicos (Salleras Sanmartí, L. 1989).

En ambos grupos de modelos, la estrategia debe ser diferente, utilizando intervenciones dirigidas exclusivamente al individuo en el primero, mientras que, en los modelos críticos, la intervención debe ir dirigida al medio ambiente social, tanto a los factores externos como internos del individuo.

TAXONOMIA DE MODELOS DE EDUCACIÓN SANITARIA

- | | |
|--------------------------|---|
| A. MODELOS TRADICIONALES | -BIOMÉDICO
-CONVICCIONAL
-INFORMATIVO
-EDUCATIVO
-PERSUASIVO – K.A.P. |
| B. MODELOS CLÁSICOS | - POLÍTICO-ECONÓMICO-ECOLOGICO. |
| C. NUEVOS MODELOS | -DESARROLLO PERSONAL
-PARTICIPACIÓN Y COMPROMISO
-PRAGMÁTICO
-INTEGRADOR |

Para comprender mejor el fin y desarrollo de estos modelos, es necesario definir la actitud y la motivación en el contexto de la educación para la salud, en donde se considera que una *actitud* es una predisposición mental adquirida y duradera que incita a comportarse de una forma determinada frente a un problema concreto de salud. El cambio de actitud implica la aceptación de la información por parte del individuo, en el sentido de que es relevante y positiva para él (Salleras Sanmartí, L. 1990).

La *motivación* es fundamental e imprescindible en educación para la salud, para poder conseguir uno de los objetivos más importantes de la misma, como es la modificación de conductas. Una de las teorías más difundidas sobre la motivación humana es la teoría dinámica de Maslow, que resulta de gran utilidad en educación para la salud.

Maslow A. H., citado por Sánchez Martos (1994), establece una jerarquía de las necesidades motivacionales humanas, representada clásicamente por una pirámide, en cuya base se encuentran las necesidades fisiológicas más elementales, mientras que en la cúspide encierra las necesidades de autorrealización, estableciendo entre ambas las necesidades de seguridad, de amor y de estima, teniendo claros estos conceptos, es más fácil comprender el desarrollo de los modelos de Educación Sanitaria.

A. MODELOS TRADICIONALES

Modelo Biomédico

Yuori, H., citado por Sánchez- Martos (1994), considera que el modelo biomédico encuentra su desarrollo a partir de unos principios básicos y de unas condiciones dictadas la mayor parte de las veces por la medicina, lo que determinaría unos métodos de trabajo

totalmente unilaterales. Es necesario resaltar que muchos de los educadores sanitarios de diversos países adoptaron y aún adoptan este modelo basado en la filosofía de la medicina moderna.

Es frecuente encontrar que la organización de los distintos servicios de educación para la salud corresponde al sistema de asistencia sanitaria, siendo los responsables generalmente médicos, aún cuando el trabajo de campo pueda confiarse a profesionales de formación diversa.

Los problemas biológicos se sitúan esencialmente a nivel individual, por lo que las actividades irán orientadas hacia el individuo. Se parte de la base de que el sujeto padece una enfermedad del comportamiento, y el modelo médico debe buscar su etiología, para tratar los factores de riesgo comportamentales ya arraigados, en lugar de prevenirlos con modelos integrales de comportamiento. Todo ello hace que el momento más oportuno para impartir la educación para la salud sea cuando el usuario contacta con el sistema sanitario, siendo por ello los profesionales sanitarios los más apropiados para desarrollarla .

Modelo Conviccional.

El modelo conviccional o de creencias de salud acentúa el papel de las creencias y convicciones como principales factores motivadores. Creado inicialmente por Rosentock y Leventhal, entre otros, tratando de explicar las decisiones de los individuos en relación con algunas acciones preventivas recomendadas por los servicios de salud pública, ha sufrido diversas modificaciones, llegando incluso a intentar explicar el grado de cumplimiento terapéutico por parte del paciente.

Su base fundamental radica en el hecho de que la psicología social podría ser la ciencia que más haya contribuido al desarrollo de la Educación para la Salud, especialmente en el área de la teoría de la modificación de conductas.

El que el individuo siga o no recomendaciones preventivas y/o terapéuticas está en función de varias creencias: a) la creencia en la susceptibilidad personal frente a una determinada enfermedad que se pretende prevenir, b) la creencia de que un individuo puede padecer esa enfermedad, aunque no lo sepa, c) la posible gravedad de la enfermedad tanto desde el punto de vista clínico como social, d) la creencia de que la detección precoz de esa enfermedad puede conducir a su efectivo tratamiento y/o prevención de sus consecuencias, así como reducir la susceptibilidad personal antes indicada, y e) las dificultades encontradas en cuanto a la adopción de medidas preventivas y/o terapéuticas recomendadas (coste económico, molestias físicas o emocionales, incomodidad, etc.).

Este modelo contempla la necesidad de algún tipo de estímulo a la acción, siendo aquí los factores motivacionales magnificados, las convicciones y denominándose el modelo como Health Belief Model.

Se duda de su eficacia en cuanto al cambio de conductas en las personas sanas, y se establece que podría ser útil en la predicción y mejora del cumplimiento terapéutico (Salleras Sanmartí, L. 1990).

Modelo de Decisiones de Salud.

Este modelo encuentra su fundamento en la incorporación de los principales componentes del modelo de creencias de salud, combinando la influencia de las creencias y factores modificadores con los hallazgos publicados en la literatura, sobre las preferencias del paciente.

Modelo Informativo.

En todo proceso educativo, como lo es el de la educación para la salud, se hace imprescindible tener en cuenta la existencia de la información, aunque para el proceso educativo exista es necesario un proceso de formación intrínseco al sistema (Sanvicens Marfull, A., citado por Sánchez-Martos 1994). De ahí la concepción del modelo informativo, que acentúa el concepto higienista al impartir conocimientos sobre salud a aquellos que se supone son pobres en ideas sobre el modo de evitar o combatir la enfermedad.

En este modelo la pedagogía tradicional recoge un especial protagonismo dando lugar a una combinación basada fundamentalmente en los métodos unidireccionales. No estimula ni el razonamiento ni la conciencia de la problemática de salud, ni al individuo ni a la comunidad. Es por ello que la información debe considerarse como un instrumento valioso dentro de un proceso educativo, pero no un modelo a copiar e introducir en la metodología a llevar a cabo dentro de un programa de educación para la salud.

Modelo Educativo.

En este modelo se implica aceptando el modelo informativo, debe asegurarse en todo momento que la información dada es comprendida. En este caso también se aceptan, para ello, algunas de las bases de los modelos conviccional y toma de decisiones, puesto que el educador sanitario debe buscar compartir y explorar las creencias y valores del individuo, respecto a una determinada información sanitaria y discutir sus implicaciones cara a la acción.

La evaluación de la efectividad de este modelo educativo implica obligadamente la demostración de que el individuo ha comprendido claramente la situación. Está claro que el dar información y promover la comprensión es sin lugar a dudas más fácil que cambiar una conducta preestablecida y a veces incluso placentera de acuerdo con los valores individuales; no obstante se entiende que tanto la información como la comprensión son dos etapas obligadas en todo proceso educativo.

Los defensores de este modelo defienden su postura ética, desde el punto de vista de que entienden como dudoso el hecho de la persuasión para conseguir un cambio de conducta. Sin embargo, se podría decir que lo que no es ético es no intervenir cuando los individuos no tienen un acceso obligatorio en cuanto a la posibilidad de tomar decisiones, aunque bien informadas, como puede darse con la diferencia de las clases sociales, medios familiares, etc., es decir el medio ambiente social en el que está inmerso el individuo.

Modelo Persuasivo-Motivacional.

(Modelo K.A.P)

El modelo persuasivo motivacional surge como fruto de los continuos estudios de los psicólogos del comportamiento, conociéndose en la literatura como “modelo K.A.P” ; Knowledge (conocimientos), Attitudes (actitudes), Practices (hábitos).

En el momento actual hay un acuerdo unánime en que uno de los objetivos fundamentales de la educación para la salud es conseguir la modificación de comportamientos en sentido positivo de salud.

En este modelo, una fuente de comunicación, es preferentemente un profesional debidamente capacitado, este se dirige a una población y le transmite la información a estudiar con los mejores medios disponibles a su alcance. Una vez modificados los conocimientos sobre un tema específico, se trata de conseguir un cambio en las actitudes, que se traduciría en la consecución de unos hábitos (reforzados o modificados) determinados con anterioridad como sanos (Salleras Sanmartí, L. 1990).

B. MODELOS CLÁSICOS

Los programas de Educación para la Salud que se dirigen sólo al individuo, aún con el objetivo de modificar su conducta, han resultado un fracaso en su inmensa mayoría, y ello se ha debido, al no haber tenido en cuenta, a la hora de programar los objetivos, los factores sociales del medio ambiente social del individuo, que resultan ser los responsables de casi la totalidad de los problemas de salud, de un modo directo o indirecto.

Modelo Político-Económico-Ecológico.

En este modelo se concibe a la salud dentro de la vida humana y sin separarla de la estructura social donde se produce esa vida; la estructura socio-económica producirá más o menos enfermedad, dependiendo de la importancia que esa estructura económica dé al desarrollo social. Se trata en realidad de un modelo totalmente crítico.

Se ha de tener en cuenta que la educación para la salud debe contribuir a resolver problemas de salud, y que requiere de una valoración en términos de salud y bienestar, y no sólo de conocimientos y actitudes. Ese bienestar tiene sus raíces en la concepción del individuo como elemento imprescindible, en el entorno político, económico y ecológico de la sociedad.

Los defensores de este modelo afirman que el nivel de salud depende en gran medida del nivel económico de los grupos de población, existiendo una desigualdad distribuida entre ellos. Abogan por las clases más desfavorecidas, puesto que la pobreza es realmente un gran condicionante de la enfermedad.

El individuo enferma porque es pobre; se vuelve más pobre porque está enfermo y tiene que realizar un gasto mayor en su economía; y estará más enfermo a medida que se vaya convirtiendo en más pobre. Por ello las actividades educativas de los educadores sanitarios, deberían ir dirigidas no sólo al individuo y medio ambiente inmediato; (familia, amigos) sino también al medio ambiente mediato; es decir, influenciar a la opinión pública, los políticos, el medio laboral y escolar, etc., con el fin de conseguir la corrección de los factores del medio ambiente social que tanto influyen en la salud de la comunidad (Salleras Sanmartí, L. 1990).

C. MODELOS NUEVOS:

Modelo de Desarrollo Personal.

El modelo de desarrollo personal consiste fundamentalmente en facilitar al individuo el tipo de elección debidamente informada, que previamente se habrá considerado como uno de los objetivos.

Para conseguirlo se han de establecer algunas estrategias destinadas a promover creencias y actitudes favorables a diferir la recompensa inmediata, a cambio de un sustancial beneficio en un futuro no muy lejano.

Otra estrategia iría dirigida a aumentar el control interno del individuo, el locus interno de control, intentando recusar las creencias de que la vida y la salud sobre todo.

Modelo de Participación y Compromiso.

Se trata de situar la Educación para la Salud, dentro de un marco de humanización que significaría la liberación del individuo en la sociedad concreta de la que forma parte y en la que actúa. La autonomía, la responsabilidad frente a la salud, la solidaridad y el compromiso con el entorno, su medio ambiente social, y la participación activa en el proceso de la vida, son las estructuras fundamentales, del nuevo estilo de vida que propugna este modelo.

Más que un modelo educativo, sería un método a seguir en el proceso educativo, cuya clave metodológica estriba en la participación y el diálogo entre el individuo, el profesional educador sanitario y los diferentes miembros de la comunidad.

Modelo Pragmático.

Parece lógico que la modificación duradera de la conducta humana es una tarea, extremadamente compleja y difícil, sin una solución al menos clara, que pueda convertirse en la panacea de la educación para la salud.

También es necesario concensar el hecho, de que el medio ambiente social, y el que se puede denominar socio-político, tiene un protagonismo especial en el proceso educativo de la educación para la salud, poniendo de relieve que sus intervenciones no deben ir dirigidas sólo al individuo, como objeto meta.

Este modelo se basa en que su estrategia de intervención debe ir dirigida al individuo mediante comunicaciones persuasivas y motivadoras, al tiempo que debe incidir, mediante leyes aprobadas por los parlamentarios democráticos, sobre el medio ambiente social, con el fin de convertirlo en favorable al cambio de conducta que se desea (Salleras Sanmartí, L. 1990).

La O.M.S. en 1979 señala que no sirve de nada intentar modificar los hábitos insanos de la población sin actuar al mismo tiempo sobre las dimensiones económicas y socio-políticas, que inciden en el problema.

Modelo Integrador.

Debido a la continua necesidad de reconsiderar las posturas actuales que marcan las tendencias y modelos de la educación para la salud. El modelo integrador basa su estructura fundamentalmente en el modelo pragmático, que encuentra su apoyo en la mayoría de los modelos anteriores.

Es necesario que la organización de un Plan Nacional de Educación para la Salud, esté regida por las estructuras sanitarias responsables del gobierno, pero de modo conjunto con las educativas (Ministerios de Sanidad y de Educación), debiendo establecer estrategias comunes, y recayendo la responsabilidad máxima sobre el personal sanitario debidamente capacitado, y no únicamente sobre el personal médico (Sánchez, Martos, J. 1990).

Ello no quiere decir que los únicos profesionales que deben integrar este modelo sean los sanitarios, puesto que el modelo integrador defiende la existencia de un equipo no sólo multidisciplinar, sino interdisciplinar, eminentemente activo y participativo, pero en todo momento con una estructura base que debe recabar diferentes programas de formación para todos aquellos profesionales o miembros que participen de uno u otro modo en un programa de Educación para la Salud.

En cuanto a la modificación de conducta, como objetivo prioritario de este modelo, entendemos como un importante factor motivador, que se ha de tener siempre en cuenta, el nivel social de creencias y convicciones de los individuos que conforman la población,

potenciando con la participación de todos el fomento del autocuidado, la prevención y el cumplimiento terapéutico (Sánchez, Martos, J. 1990).

Con el modelo integrador se trata de intervenir modificando el medio ambiente social, teniendo presente las dificultades que ello implica. Y así, se entiende necesario establecer al mismo tiempo, una estrategia de intervención dirigida al individuo y su medio ambiente mediato (familia, escuela y trabajo), en caminata a la modificación de hábitos en este terreno, que le permita acoplarse adecuadamente, tanto al posible cambio de su medio ambiente social, como al actual, teniendo en cuenta que se trata de un proceso largo y tedioso a lo largo del tiempo. Este tipo de estrategias deben ir dirigidas tanto a la población sana como a la enferma, siendo el objetivo prioritario, en este último caso, mejorar el cumplimiento terapéutico.

Por todo ello, es fundamental la inclusión de los familiares y del propio sujeto enfermo dependiendo de las situaciones, en el equipo interdisciplinario pues es necesario tener en cuenta sus opiniones y experiencias a la hora de planificar y llevar a cabo un determinado programa de educación para la salud.

La metodología en todo momento deberá seguir las normas de los métodos bidireccionales tanto directos como indirectos, pero basada fundamentalmente en los métodos de dinámica de grupo, para conseguir nuestros objetivos, se hará necesario un elemento motivador prioritario, que será un profesional debidamente calificado y capacitado.

Las definiciones y modelos que se han mencionado se marca la pauta para definir los objetivos que debe alcanzar la Educación para la salud. En 1954, la propia O.M.S. sintetizaba en tres los objetivos generales, en uno de sus primeros informes sobre la educación para la salud:

- La educación para la salud debe obtener que la salud se inserte en los valores reconocidos por la Comunidad.
- La educación para la salud debe ofrecer a la población conocimientos suficientes y capacidad práctica para resolver los problemas de salud.
- La educación para la salud debe favorecer el desarrollo de los servicios sanitarios.

Actualmente la salud no ocupa un puesto elevado en la escala de valores del individuo, y esto es fácilmente demostrable, puesto que no siempre es interpretada en un sentido óptimo de promoción y de prevención. Basta recordar, para ello, cómo la salud es definida con mucha frecuencia como el “negativo” de la enfermedad, o bien cómo los gastos sociales para la atención de las enfermedades no han predominado sobre las iniciativas para la prevención y promoción. Así, el empeño de la Educación para la Salud debe ser sobre todo un empeño socio-cultural para la formación de comportamientos y la reestructuración de valores.

Se deberá ofrecer a la población conocimientos y capacidad suficientes para resolver los problemas, para mejorar las condiciones de vida, establecer canales de comunicación entre los diferentes miembros de la familia, obtener eficaces servicios sanitarios para resolver los problemas de higiene mental, y en definitiva para poder afrontar todo lo que en el ambiente de la vida diaria y de trabajo, representa serios riesgos para la salud individual y colectiva (Sánchez Martos, J. 1990).

Así, la Educación para la Salud puede y debe ser considerada como un instrumento de utilización de los servicios que responda a las necesidades efectivas de la defensa de la salud sin distorsiones probadas muchas veces por intereses particulares.

Se podría concluir que la Educación para la Salud se debe realizar en el trabajo cotidiano de los profesionales con la comunidad, en la gestión de servicios que se preocupan de buscar las causas de la enfermedad, de identificar los factores de riesgo y, por supuesto, como objetivo prioritario eliminarlos.

Al mismo tiempo se debe tener presente que la Educación para la Salud ha de ser progresivamente orientada hacia al promoción de una actitud favorable en torno al uso de medidas legislativas y otras medidas sociales para avanzar en la lucha política por la salud, disminuyendo así de forma gradual el papel de la Educación para la salud tradicional.

De los objetivos generales de la Educación para la Salud se desprenden los siguientes objetivos específicos (Salleras Sanmartí, L. 1990):

- ♣ Hacer de la salud un patrimonio de la colectividad.
- ♣ Modificar las conductas negativas relacionadas con la promoción y restauración de la salud.
- ♣ Promover conductas nuevas positivas favorables a la promoción y restauración de la salud.
- ♣ Promover cambios ambientales favorables a los cambios conductuales preconizados.
- ♣ Capacitar a los individuos para que puedan participar en la toma de decisiones sobre la salud de su comunidad.

Por tanto, una de las finalidades de la Educación para la Salud es que los individuos, y los grupos en los que están inmersos formando la Comunidad, asuman la salud como un valor básico y acepten su responsabilidad tanto en su promoción como en su fomento, tanto a nivel individual como colectivo (Sánchez Martos, J. 1990).

Una de las finalidades prioritarias de la Educación para la Salud es hacer que los avances en los conocimientos sanitarios tengan su aplicación práctica en la comunidad y puedan ser incorporados como hábitos o nuevas conductas de salud, a la vida diaria y cotidiana de los individuos dentro de la sociedad.

4. PROCEDIMIENTO PARA EL ESTUDIO Y DESARROLLO DE PROGRAMAS COMUNITARIOS.

Como se ha mencionado, en el desarrollo de una comunidad es necesario establecer procedimientos y estrategias que nos lleven a aprender y retroalimentar a la comunidad de manera positiva, buscando un beneficio no sólo a corto plazo.

Todo el proceso en general, debe incluir desde el primer contacto con la comunidad hasta el momento en que se evalúan los resultados de una o varias intervenciones.

Un ejemplo de estrategia es la que practican los CREAS (Centro de Recursos de Apoyo para la Enseñanza y Aprendizaje en Salud), la cual contempla las siguientes etapas:

- 1.- Diagnóstico de la comunidad. A través de esta etapa se obtiene información acerca de la situación de salud de la comunidad; también se identifican las características y necesidades de los usuarios para planear las estrategias educativas.
- 2.- Elaboración de programas. Aquí se definen objetivos y contenidos, se eligen las técnicas y procedimientos de enseñanza, se adquieren los materiales y se establecen los métodos de evaluación.
- 3.- Ejecución. A esta etapa corresponde el desarrollo de las actividades educativas programadas.
- 4.- Evaluación. En la etapa final se evalúan los siguientes aspectos:
 - a) La eficiencia de las acciones desarrolladas.
 - b) El desempeño de la comunidad en los programas (su grado de participación y los cambios de conductas y actitudes logrados).
 - c) La participación del personal encargado de las acciones educativas.
 - d) Los materiales y métodos empleados.
 - e) La metodología educativa que se utiliza para la elaboración de los programas es participativa, por lo tanto, la comunidad interviene de manera activa en todas las etapas del proceso educativo (planeación, ejecución y evaluación). Dicha participación se da a través de los líderes comunitarios, es decir, aquellas personas que ejercen una influencia en la población ya sea de manera formal o informal, quienes sirven de enlace entre la comunidad y el equipo de salud, además de ellos otras personas que aportan ideas, información y materiales para elaborar recursos que apoyen el proceso de enseñanza y aprendizaje. El personal de salud participa en este proceso educativo apoyando y guiando las acciones que desarrollan en cada etapa, realizando un trabajo multiprofesional, prueba de acuerdo con las características de los programas intervienen médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales, pedagogos, etc.

Otro ejemplo son las estrategias para el estudio y desarrollo de programas comunitarios consideradas por el Programa de Internado en Psicología General (Facultad de Psicología 1998), las cuales son:

- ◆ Diagnóstico.
- ◆ Intervención.
- ◆ Evaluación.

4.1 Diagnóstico.

Consiste en el estudio psicosocial de la comunidad por medio de distintas técnicas de investigación. A modo de lograr captar las situaciones problema (reales o sentidas) que permitan una acción inmediata para su solución. Esta solución tiene que ser fundamentada por el diagnóstico, puesto que este indica la situación que vive una determinada comunidad.

Las herramientas son diversas, y tienen que buscar su adaptabilidad a la zona, como por ejemplo, la aplicación de cuestionarios personalizados, entrevistas a los habitantes del lugar, el mapeo de la zona para la ubicación de servicios y riesgos, son solo algunas de las herramientas que el profesional de la salud, debe utilizar para conocer a una comunidad y sus integrantes.

Sin embargo, estas herramientas, no siempre cumplen el fin que buscan ya que pueden presentarse limitaciones, por ejemplo, que el cuestionario no sea del todo claro, que los sujetos manipulen la información por cuidar su imagen, que no se establezca un Rapport adecuado, etc. A pesar de esto el profesional de la salud, tiene que observar y involucrarse con la población de estudio para lograr obtener información de manera personalizada, que posiblemente un instrumento no contemple (información informal). Así como apoyarse de otras herramientas que puedan ser fidedignas en el desarrollo del diagnóstico como por ejemplo, el sistema de salud de la zona, los líderes o más científicas como lo es la epidemiología, esta es muy útil para el desarrollo de estudio comunitario ya que es una tradición como especialidad y como forma de concebir la pérdida de la salud, explorar cómo se asocian estos factores de tipo general-distal con la pérdida de la salud y con su recuperación. Este tipo de información es importante porque ayuda a quien toma decisiones sobre política sanitaria, política institucional en salud, política social, etc, a orientar recursos, a adoptar decisiones institucionales, y planificar. Se confía en que lo que se haga con base en ese conocimiento aumentará las probabilidades de cambios sociales que, en sentido macrológico, fortalezcan en lo general el efecto de programas institucionales a gran escala.

Last, citado por Baglehole, R., Bonita, R., Kjellström, T., (1994) define a la epidemiología como “el estudio de la distribución y de los determinantes de los estados o acontecimientos relacionados con la salud en poblaciones específicas y la aplicación de este estudio al control de los problemas sanitarios” En este sentido la epidemiología permite evaluar la magnitud de un problema, así como caracterizar a la población, involucrar e identificar las posibles causas del trastorno bajo estudio.

Los principales parámetros de la epidemiología son la incidencia, la prevalencia, la morbilidad y la mortalidad.

El parámetro de incidencia es útil porque indica que tan rápidamente está creciendo un fenómeno (casos nuevos).

La prevalencia se refiere al número de casos activos de un desorden en un momento determinado, en términos de la población.

La morbilidad es el número de casos que se presentan de una enfermedad en una población y tiempo determinados.

La mortalidad es el número de muertes que se presentan en una población y tiempo determinados.

La epidemiología es la mejor herramienta de la salud pública para cuantificar la magnitud de las condiciones de salud, sus determinantes y tendencias. Su paradigma básico, ha sido y sigue siendo la interrelación de la gente, huésped y medio ambiente; sin embargo, el énfasis que se coloca en cada uno de los elementos de la tríada debe de variar junto con la transición epidemiológica de las condiciones de salud, a fin de enfrentar los nuevos retos que se asocian con el desarrollo.

El papel de los diferentes elementos de la tríada epidemiológica, en el surgimiento y evolución de los problemas de salud, varía de acuerdo con el tipo de condición bajo estudio.

Con este fin los estudios epidemiológicos pueden enfocarse desde diferentes perspectivas, tales como: la demográfica, transicional, comunitaria, de desarrollo y experimental

La epidemiología *demográfica* permite entender las tendencias de un problema, en términos de las variaciones en las características de la población.

La epidemiología de la *transición* ha sido descrita por Frenk y cols., citado por Medina Mora. M (1994), como el estudio de las tasas de distribución de salud-enfermedad en poblaciones que atraviesan por un cambio ambiental.

La epidemiología *comunitaria* permite cumplir metas analíticas y explicatorias, orientadas al entendimiento de la etiología y curso de problemas en una población definida. Esta aproximación mantiene constante las macrocaracterísticas de la población, lo que facilita analizar diferencias en lo que ocurre con las personas que habitan en ella.

Una aproximación comunitaria permite analizar las diferencias, por ejemplo, entre menores, que compartiendo las condiciones socioculturales de su entorno, se distinguen en sus

prácticas de consumo de sustancias o conductas antisociales. Esta estrategia basada en la población nos informa sobre las condiciones en una comunidad particular y luego requiere repetición directa y sistemática en otras comunidades a fin de definir los límites de generalización.

Esta perspectiva, teóricamente, permite seleccionar cohortes de población para intervenciones y seguimiento en estudios longitudinales (aquel que estudia a los mismos individuos a lo largo del tiempo); pueden definirse cohortes a partir de certificados de nacimiento o matrícula escolar, para posteriormente *evaluar* el desarrollo de estos individuos en etapas posteriores de su vida. también pueden realizarse encuestas a hogares con el objetivo de buscar el cohorte de interés. Al añadir la dimensión epidemiológica a estos diseños de investigación, es posible conocer las características de los individuos que han participado en el estudio en comparación con los que no o los que se han perdido debido por ejemplo cambios de residencia u otras razones.

El diagnóstico debe ser lo más adecuado, personalizado y profundo posible a modo de lograr conseguir una inmersión en la comunidad que pueda proveer al profesional de la salud de información clara y precisa respecto a las necesidades de los grupos que conforman la comunidad ya que si no se conoce a la comunidad y se parte como se ha mencionado de programas burocráticos para una intervención la respuesta de la comunidad no va a ser la más adecuada y por lo tanto tampoco el éxito de la intervención.

4.2 Intervención.

La intervención debe ser fundamentada en los resultados obtenidos del diagnóstico, tanto en problemas reales como sentidos, puesto que de esto depende el óptimo resultado de ésta. Debe tener metas precisas y claras tanto en relación a la población a la cual debe dirigirse y como llegar a ella, a los medios y la información que se va a proporcionar y al fin que se busca.

Para el desarrollo de programas de intervención en la comunidad la Psicología comunitaria se basa en una gran cantidad de modelos y de marcos teóricos, para poder orientar las acciones de intervención hacia un enfoque más humanista, global y proactivo, es decir, orientado hacia el desarrollo humano y no hacia la psicopatología o la enfermedad.

Algunos modelos, sus definiciones y supuestos básicos para la intervención comunitaria son propuestos en la tesis doctoral de Gómez del Campo J., citado por Castro, M., y cols. (1994) los cuales son:

- ☼ Modelo de salud mental.
- ☼ Modelo ecológico para la intervención comunitaria.
- ☼ Modelo de acción social para la intervención comunitaria.
- ☼ Modelo organizacional para la intervención comunitaria.

Modelo de Salud Mental.

Los objetivos de las intervenciones comunitarias con el modelo de salud mental son: reducir la incidencia y prevalencia de los llamados trastornos mentales mediante la prevención y creación de nuevas formas de tratamiento y promover el desarrollo sano y la salud mental, tanto del individuo como de la comunidad. El modelo de salud mental, toma algunos conceptos como el de la epidemiología.

La prevención tal vez sea el concepto más importante en el modelo de salud mental. Para estudiar el desarrollo de cualquier alteración o enfermedad, los esfuerzos preventivos pueden encaminarse a fortalecer a la persona o grupos vulnerables, a modificar el entorno y a destruir o modificar la influencia del agente.

La Psicología de la Salud se interesa tanto por el comportamiento que representa una amenaza a la salud, como por el que la promueve, la mantiene y la mejora. Tiene la limitación de que enfoca a los individuos, pero deja de lado a los sistemas y a los grupos sociales a los que pertenecen. Por estar orientado hacia el modelo médico es más útil para programas de tratamiento que para programas de prevención.

Modelo Ecológico para la Intervención Comunitaria.

Tiene como objeto de estudio la relación entre el organismo humano (conjunto de procesos biológicos, psicológicos, sociales, culturales y espirituales dentro de la persona humana) y su entorno (todo lo que rodea al ser humano, el ambiente natural, físico y las influencias sociales y culturales de las interacciones entre individuos y grupos).

Los fundamentos teóricos que articulan el modelo ecológico se derivan de la biología, de la ecología, de la psicología social, de la microsociología y de la dinámica de grupos.

La idea de que el comportamiento humano es el producto de la interacción entre la persona y su entorno y que este comportamiento ocurre dentro del espacio vital del individuo. El espacio vital incluye todo lo que determina la conducta, especialmente en el “aquí y ahora” del comportamiento presente, no creyendo que los eventos pasados influyeran directamente en el espacio vital; sin embargo, señala que el pasado puede influir en la conducta a través de elementos representativos en la situación presente, como por ejemplo las semejanzas de situaciones.

El concepto de “ambientes conductuales”, es una unidad ecológico-conductual en la que suelen ocurrir comportamientos más o menos constantes, independientemente de las personas que los presenten.

La influencia de un ambiente conductual sobre el comportamiento de una persona es tal, que el mismo individuo se puede comportar pasivamente en un ambiente y desenvolverse con gran naturalidad en otro.

La teoría general de los sistemas se interesa principalmente por describir cómo funciona un sistema por medio de principios aplicables a otros sistemas.

Las relaciones entre la persona y el entorno pueden enfocarse desde diversas perspectivas, como la psicosocial que aborda la privacidad, espacio personal, hacinamiento y conducta territorial. El concepto de privacidad, se define como es proceso regulatorio mediante el cual una persona o grupo se vuelven más o menos accesibles y abiertos a otros. El espacio personal y la conducta territorial son mecanismos que se movilizan para alcanzar los niveles de privacidad deseados. En el hacinamiento, los mecanismos de privacidad no han funcionado efectivamente, resultando un exceso de contacto social no deseado.

La perspectiva ecológica examina cuatro conceptos: a) las relaciones entre entorno y comportamiento que se enfocan desde una base filosófica que acentúa niveles múltiples de conducta; b) estos niveles relacionados con la privacidad, opera como un sistema coherente que algunas veces se sustituyen, y otras amplificándose o modulándose mutuamente; c) es sistema regulador de la privacidad es dinámico, y d) el ambiente es tratado como un complejo de factores que afectan el comportamiento en un sentido causal; es decir, actúan sobre las conductas y produce variaciones conductuales.

El modelo ecológico ofrece una perspectiva útil para la prevención, puesto que abarca más de los ambientes que rodean a las personas, es decir toma en cuenta no sólo lo que sucede dentro del individuo sino también lo que sucede en su entorno.

Una herramienta de análisis dentro de éste enfoque es el proceso de mapeo ecológico social, el cual intenta representar las interrelaciones entre condiciones y eventos en los niveles micro, meso y exosistema y los patrones conductuales (individual y grupal) procurando identificar las variables o factores que tienden a apoyar, como también a exacerbar la conducta individual.

Los patrones de conducta individual están condicionados por las características de su entorno físico, social y por las características de la comunidad en la que el individuo habita, por lo que se da un complejo sistema de interdependencias análogo al ecosistema natural en donde hay una interacción de los organismos entre sí, así como factores físicos y químicos a diferentes niveles los cuales son: (Catalano y Bronfenbrenner, 1974)

Microsistema.- Compuesto por el ambiente inmediato en el que el sujeto experimenta las interacciones voluntarias de su vida diaria. En el cual el ambiente se entiende no como existe en el mundo objetivo, sino como se percibe por los individuos que interactúan dentro de éste.

Mesosistema.- Representa las relaciones intersistema de importancia en el desarrollo humano. Es decir, son los eslabones entre los microsistemas de los cuales el individuo forma parte.

Exosistema.- Representa las estructuras sociales formales e informales que por si mismas, no sólo contienen al individuo en su proceso de desarrollo, sino que imprimen o incluyen

los escenarios inmediatos en los cuales se encuentra el sujeto y que, por lo tanto, influyen, delimitan y aún determinan lo que pasa ahí.

Macrosistema.- Asume los valores culturales y sistemas de creencias que existen en la comunidad y que afectan el proceso de desarrollo humano a través de su influencia sobre el desarrollo ontogenético (fig.5)

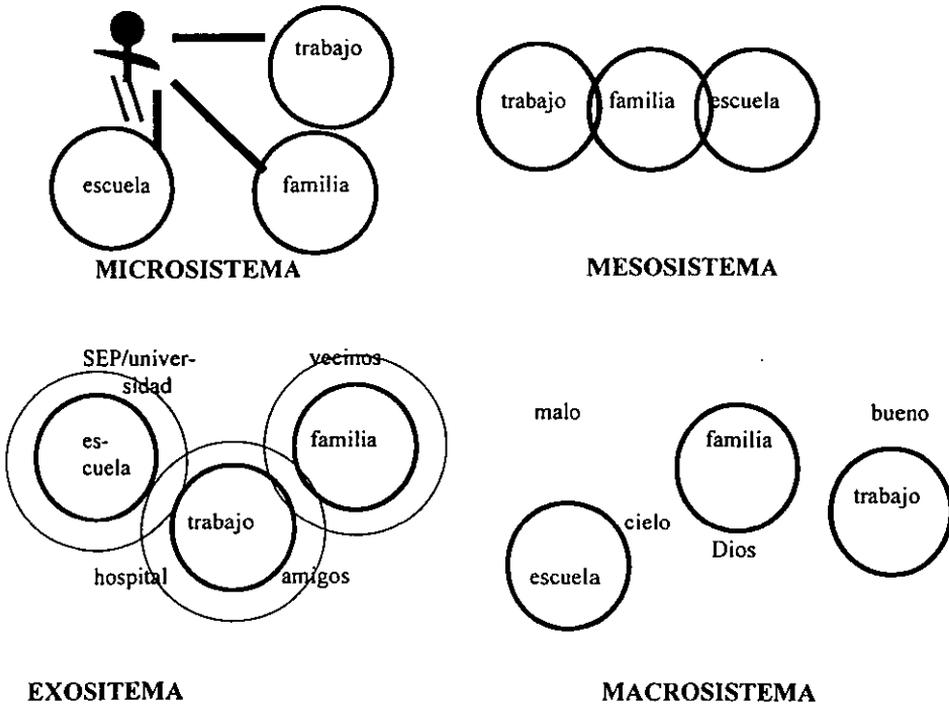


Fig.5 .- Sistemas del Mapeo Ecológico.

Bajo este modelo, la responsabilidad social de las comunidades se centra en modificar los ambientes que rodean a las personas a todos los niveles, aunque principalmente en los niños y adolescentes que todavía están en desarrollo.

Modelo de Acción Social para la Intervención Comunitaria.

Su objetivo central lo constituye el estudio de la distribución, el uso del poder, la búsqueda de su redistribución, y de nuevas formas de liderazgo, gobierno y transacción entre los grupos humanos, que suplanten a los sistemas actuales de control, explotación y abuso del poder; surge como una respuesta ante la creciente insatisfacción con la práctica de la asistencia social.

Los postulados del modelo de acción social representan una manera distinta de enfocar los problemas sociales:

- La acción social es una responsabilidad compartida que surge del compromiso común dentro de un contexto de libertad, justicia e igualdad interpersonal.
- El origen de los grandes problemas psicosociales yace en la estructura social.
- Los conceptos tradicionales acerca del comportamiento humano son excesivamente individualistas e intrapsíquicos.
- La asistencia social no puede depender exclusivamente de la filantropía, la buena voluntad y el esfuerzo personal no remunerado.
- El entrenamiento comunitario debe tener un efecto multiplicador y debe generar recursos humanos mediante la preparación de personal no profesional y paraprofesional.
- Es deseable que la meta última de cualquier intervención comunitaria sea el aumento de la capacidad de la población para autodeterminarse.

Se establece una búsqueda de la utopía por un concepto de sociedad sana. Este modelo es trascendente para los programas de prevención que buscan incrementar la responsabilidad social de las comunidades. Con esta medida, los asuntos relativos a la distribución del poder y al liderazgo resultan de gran importancia.

Modelo Organizacional para la Intervención Comunitaria.

Su interés central es el estudio del comportamiento humano en los grupos y de los procesos que norman esta interacción e influencia mutua.

A la Psicología Comunitaria le interesan los procesos de cambio a todos los niveles y de todo tipo. Si el ser humano tiene derecho a cambiar, es necesario reconocer el derecho a seguir igual. Reiff propone tres modelos de cambio social: a) modelo de conflicto, donde el cambio se logra a través del uso del poder, sanciones políticas, económicas o morales; b) modelo empírico-racional, basándose en la adquisición del conocimiento a través de la educación y c) modelo de reeducación normativa, que se basa en la cooperación y en la participación de las personas en su propia reeducación, favoreciendo el desarrollo de la responsabilidad comunitaria y de la autogestión.

Kurt Lewin citado por Castro, M., y cols., (1994), describió cuatro etapas en el proceso de cambio: a) de descongelamiento, donde se crea la motivación para el cambio, donde se enfrentan las resistencias al cambio; b) etapa de movimiento (o de cambio, el proceso se centra en el desarrollo de alternativas a la situación anterior; c) etapa de experimentación, donde se asimila la nueva información, se enfrentan las nuevas resistencias y se ejercitan nuevos métodos de solución de problemas, y d) etapa de recongelamiento, etapa crítica en el proceso donde la meta es la estabilización del nuevo patrón normativo de conducta.

Según Robbins, citado por Castro, M., y cols. (1994), las técnicas de cambio frecuentemente utilizadas son: la educación y comunicación, la participación, la facilitación y apoyo, la negociación, la manipulación y la coerción (amenazas directas para imponer).

El modelo organizacional ha evolucionado gradualmente hacia un conjunto de intervenciones específicas, que se complementan y refuerzan entre sí. La integración de éstas dentro de un enfoque particular para el trabajo con organizaciones se conoce como el desarrollo organizacional (DO), que es llevado a cabo por un consultor o grupo de consultores invitados a trabajar en la organización durante un tiempo. Los valores fundamentales del DO, son el respeto por la gente, la confianza y el apoyo, la igualdad de poder, la confrontación, la participación, la acentuación de la experiencia y la promoción de la salud organizacional. Este modelo resulta de gran utilidad para los programas de prevención que se trabajan en las empresas y en organizaciones como las vecinales y escolares.

El desarrollo de estos modelos invita a los profesionales a una exploración adecuada durante el diagnóstico para adaptarlos y modificarlos a la realidad de la comunidad buscando lograr el mayor beneficio posible. Como se ha dicho no se puede imponer un programa es necesario personalizar la intervención para ser sensibles y sensibilizar a la población puesto que sin la participación y el interés de esta ningún programa puede ser exitoso, es decir, es necesario utilizar técnicas de movilización social que logren desarrollar una responsabilidad en los sujetos y por consiguiente intervenciones exitosas.

Algunas técnicas de movilización social, dentro del desarrollo de una intervención son:
(Castro, M., y cols. 1993).

a) *Educación preventiva integral*. Prevenir en la sociedad es facilitar que sus miembros formen una comunidad integrada y que trabajen juntos en un programa de educación preventiva integral, como parte de un proceso de desarrollo humano.

Este proceso no se inicia al entrar en contacto con la comunidad a la que se desea beneficiar; comienza en nuestro propio ambiente, con las personas que trabajan con nosotros y comparten problemas comunes, se puede afirmar que la prevención puede ser exitosa siempre y cuando se abandonen las viejas concepciones sobre prevención para adoptar las nuevas.

La educación preventiva integral es una aproximación reciente, las raíces de los problemas que queremos prevenir en el ambiente comunitario tienen que ver con los valores, con el estilo de vida, con las oportunidades de desarrollo y con un avanzado grado de sensibilización.

Supuestos básicos del proceso de prevención:

- La prevención es un proceso vivencial y humano.
- La prevención tiene como objetivo, que la comunidad se sienta no únicamente como parte del problema, sino también como parte esencial de la solución.
- La acción preventiva tiene como objetivo transferir a la comunidad la tecnología que ha sido desarrollada por expertos para:
 - * Detectar factores de riesgo y factores de protección en la comunidad.

- * Aplicar distintas técnicas de movilización social para integrar a la comunidad en el proceso.
- * Aplicar distintas técnicas para evaluar el impacto de las acciones preventivas.
- * Aplicar procedimientos sistemáticos para desarrollar un plan de acción.

b) *Aproximación riesgo-protección.*- Siguiendo la tradición histórica que plantea la aproximación a los fenómenos de acuerdo al modelo médico “salud-enfermedad”, las ciencias sociales y conductuales han utilizado la aproximación focalizada en los problemas para estudiar el desarrollo humano y social.

El modelo médico ha enfatizado la tarea en la identificación de factores de riesgo de varios desordenes mentales; sin embargo, los resultados de este tipo de investigaciones han sido de muy limitado valor en el campo de la prevención en el área de intervención y en la evaluación de programas.

Investigadores del campo de la prevención Bernard, B., Hawkins, Hoffman, citados por Castro, M., y cols. (1994), promueven la idea de que las intervenciones preventivas, ya sea en el medio escolar o en cualquier otro tipo de ambiente comunitario deben ser promotoras del desarrollo humano y no reacciones a las problemáticas existentes, es decir recomiendan programas, intervenciones, acciones y mensajes preventivos, proactivos, no reactivos.

Las preguntas de investigación sobre los factores protectores se sitúan en un marco teórico de gran aceptación actual en el campo del desarrollo infantil, “*el modelo transaccional - ecológico del desarrollo humano*”, desde el cual la personalidad es vista como un mecanismo de autoafirmación que se encadena a una serie activa de crecientes adaptaciones al medio ambiente. Este enfoque ha dado como resultado un interés de la investigación para desplazarse de los factores de riesgo hacia los protectores.

Focalizar en los factores protectores no significa olvidarse o dejar de lado los factores de riesgo, puesto que el objetivo de la intervención es eliminar o neutralizar el peligro al que están expuestos los grupos estudiantiles o comunitarios, con el fin de volver más resistentes a los individuos.

D. Hawkins, R. Catalano citados por Castro, M., y cols. (1994), han aportado al campo de la prevención una de las formas más claras de definir las estrategias de protección en la movilización de grupos, la cual se conoce como un modelo de desarrollo social que demanda los sistemas sociales preocuparse por:

- ⊗ Promover las relaciones intensas en la familia, la escuela, los compañeros y la comunidad.
- ⊗ Enseñar las habilidades necesarias para crear buenas relaciones y para desempeñar un papel activo en la comunidad.
- ⊗ Ofrecer reconocimiento y recompensa a las nuevas conductas y habilidades aprendidas.

c) *Una aproximación sistemática y comunitaria.*- Se recomienda una perspectiva comunitaria y sistemática, que sustituya la perspectiva focalizada e individual. La perspectiva comunitaria; difiere de la individual en que en lugar de centrarse en un sólo problema, considera un amplio rango de problemas potenciales, en lugar de focalizar a los individuos en riesgo estudia la población total y su comunidad y en lugar de basar sus estrategias preventivas en las causas directamente asociadas, las intervenciones consideran los efectos de los ambientes y sus conductas, por los que promueven cambios en las decisiones y se concentran más en las comunidades.

Otro aspecto importante en este enfoque sistémico, es que antes las intervenciones en las escuelas o comunidades se efectuaban de un solo tiro, es decir, había intervenciones preventivas que contemplaban un solo contacto con el público o bien un programa de una sola dirección con un solo objetivo. La mayoría de los enfoques educacionales han demostrado que este tipo de intervenciones aumenta la información pero no tienen un impacto en la conducta.

Un marco estructural del sistema comunitario para la prevención, implica que los esfuerzos del sistema preventivo deben dirigirse no sólo a los individuos afectados, sino a los individuos potenciales y usuarios experimentales.

Los sistemas preventivos deben intentar llegar a todos los miembros de la población, es decir, deben de ser incluyentes y no excluyentes, por lo que sugiere que los programas tengan una planificación sistemática y sean lo suficientemente flexibles para permitir la autogestión y la participación.

En lugar de llegar a una escuela con el diseño de un plan de acción para una intervención preventiva, se deberán sugerir técnicas y contenidos que puedan ser discutidos y modificados por todos los maestros. La opinión y la participación de la comunidad es mucho más importante que las teorías, cuando se trata de implementar un programa de intervención; la imposición de programas es un método excluyente, mientras que la autogestión y la participación es un método incluyente.

Es por esto que sugerir mensajes y contenidos sobre diversas áreas de la educación preventiva integral permite que cada plantel escolar desarrolle las acciones apropiadas a sus propias necesidades. Es aquí donde el enfoque comunitario-sistémico debe ser aplicado. Las acciones deben impactar a todo el plantel en su conjunto y no solo a unos cuantos individuos en riesgo, lo que lleva a plantear el fenómeno del cambio: Todo programa de educación preventiva integral pretende lograr un cambio, no en los individuos aislados, sino también en la comunidad en su conjunto.

d) *Los paradigmas:* Uno de los principales obstáculos que enfrenta el profesional de la prevención es la resistencia al cambio que se da entre los que dirigen los programas y entre los que los aplican. Hacer prevención, requiere de un cambio de paradigmas o modelos.

Antes se pensaba que ésta era sólo para individuos de alto riesgo, y que debía ser hecha por “expertos”, desde el modelo médico de salud mental.

El paradigma actual facilita mucho más el desarrollo de programas pero también exige que los coordinadores venzan barreras y resistencias, antes de ponerlos en práctica.

Actualmente se concibe a la prevención como un proceso de desarrollo humano que es autogestivo y participativo, en el que los expertos son un eslabón más de la cadena y en el que la comunidad beneficiada tiene un papel preponderante que se dirige a grupos humanos y comunidades, no a individuos, y que requiere de complejos y profundos procesos de movilización comunitaria y no tanto de planes, programas y coordinaciones de tipo administrativo.

Una comunidad que realmente ha roto la resistencia para cambiar un estilo de vida, tendrá la suficiente flexibilidad paradigmática para percibir nuevas ideas y mejorar las que ya existen. En prevención, más que las teorías y los conocimientos, lo que pesa es la acción conjunta.

e) *El Fenómeno del cambio.*- En programas de prevención se habla en un sentido más amplio de un cambio de comportamiento que involucra la información, las actitudes, los efectos y los valores.

Conocer las etapas de cambio que han sido utilizadas a nivel de individuos, ya sea en forma espontánea o en aquellos que están sometidos a cualquier tipo de proceso terapéutico, puede ayudar a entender las fases de transformación que también se pretenden en la educación preventiva integral:

El modelo de cambio desarrollado por Prochaska y DiClemente (1984)³, es un modelo de adquisición de hábitos saludables, que abarca la etapa de precontemplación, que implica la necesidad de cambio, pero en la cual el individuo no se plantea la necesidad de cambio. En esta etapa el individuo puede estar desinformado o mal informado, o bien puede sentirse incapaz para el cambio, etc. En esta etapa puede verse una gran resistencia a presiones externas al cambio; contemplación, intención de cambio, los contempladores están mucho más abiertos a la información sobre los riesgos y consecuencias asociados al hábito, sin embargo, muchas personas pueden permanecer en la etapa de contemplación durante mucho tiempo; preparación, la disposición a un cambio y permanencia en éste (acción de cambio) y el mantenimiento, es la consolidación del nuevo hábito pero en el cual también se contempla la opción de las recaídas. (Fig.6)

³ Guía Básica sobre consejo de los Profesionales Sanitarios dirigidos a modificar Hábitos de Vida.
<http://www.almirallprodesfarma.com/guies/g0.html>

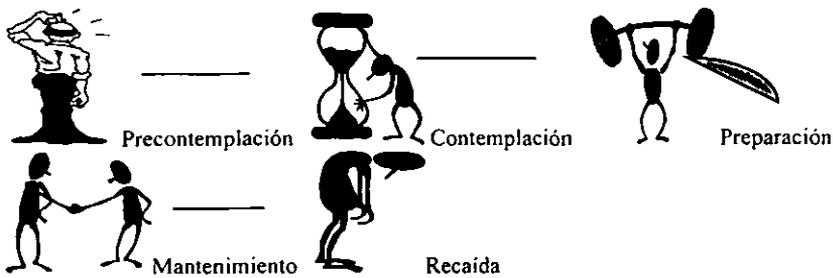


Fig 6.- La adopción de Hábitos Saludables (Prochaska y DiClemente, 1984)

Las estrategias que se componen este modelo son: Proporcionar más información, ayudar al sujeto a creer en su capacidad de cambio (autoeficacia), personaliza la valoración, ayudar al sujeto a desarrollar habilidades para el cambio de conducta, ofrecer apoyo, ayudar al sujeto a prepararse ante posibles problemas, ayudar al sujeto a comprender los motivos de la recaída, proporcionar información sobre el proceso de cambio, ayudar al sujeto a hacer planes para el próximo intento, facilitar la confianza del sujeto en su capacidad de cambiar y ofrecer apoyo incondicional.

La responsabilidad social tiene como objetivo el que la comunidad cambie sus valores, actitudes y estilos de vida riesgosos en valores, actitudes, estilos de vida y comportamientos protectores. La educación preventiva integral aplicada a la responsabilidad social es en realidad un proceso de aprendizaje.

Es común que los profesionales inicien sus programas de Educación Preventiva en la fase de acción, ignorando que la mayoría de los grupos están en la fase de pre-contemplación: por eso es común que las intervenciones fracasen o las acciones se burocraticen, las resistencias al cambio son fenómenos muy comunes en el trabajo de prevención.

f) *El trabajo en equipo.*- El trabajo en equipo exige que todos tengan una visión integrada; el grado de compromiso con ella determinará el éxito del equipo.. La Educación Preventiva Integral tiene que ver más con una verdadera movilización social y proceso de cambio de tipo cultural. El Consorcio Interamericano del Desarrollo Humano 1992; identificó algunas actitudes que se distinguen en un equipo las cuales son :

- Compromiso.
- Disposición de cooperación.
- Acatamiento genuino.
- Acatamiento formal.
- Acatamiento por necesidad (para no perder el empleo).
- Obediencia.
- Apatía.

g) *Visión compartida*.- Los programas de educación preventiva han sido impuestos desde la cúpula y por eso han fracasado. Si la visión personal de una cúpula es impuesta, el efecto es de un acatamiento burocrático que no hace cambios.

La visión compartida no se impone desde arriba, se produce en grupo. Al implementar programas de educación preventiva y al evaluarlos debemos cambiar nuestro concepto de aprendizaje.

Los maestros o los vecinos de una comunidad, necesitan programas de educación preventiva que les permitan conectar sus actitudes, sus emociones y sus comportamientos, con los de los otros miembros de la familia, del vecindario, de la escuela.

h) *Contextos y Estilos*.- La prevención es un proceso humano y consiste en que antes que se desarrolle una problemática severa, se interviene en los conflictos derivados del estilos de vida actuando en pequeños grupos; por lo tanto, será inútil si no se toma en cuenta la dimensión de la interacción.

Hoffman citado por Castro, M., y cols. (1994), sistematizó las fases que se realizan en los programas de prevención en los siguientes pasos:

- * Negociación
- * Conciencia
- * Obtención de Datos
- * Toma de Decisiones
- * Comprensión de las Consecuencias Sociales
- * Adopción de una Conducta
- * Cumplimiento de un Compromiso a Largo Plazo

Es necesario ser práctico, es decir, orientado a los hechos, y real o teórico, es decir, orientado a las ideas y a las posibilidades; “se ve como podrían ser las cosas” y no “como son las cosas”. La fuerza de riesgo se caracteriza por la acción que puede ser dependiente, es decir confiar en otros, o independiente, esto es, creer en sí mismo y depender de la propia fuerza.

Los individuos se mueven en un continuo que va de una visión micro que es la personal, a una visión macro que es la institucional, este fluir debe ser constante y flexible.

Existen dos fuerzas básicas bajo las cuales todas las personas se mueven: las del pensamiento y las del riesgo, y simplemente en algunas destaca un polo y en otras resalta el otro. En la fuerza del pensamiento, predomina la fuerza de la razón y este pensamiento puede ser práctico, es decir, orientado a los hechos, y real o teórico, es decir, orientado a las ideas y a las posibilidades; “se ve como podrían ser las cosas” y no “como son las cosas”. La fuerza de riesgo se caracteriza por la acción que puede ser dependiente, es decir confiar en otros, o independiente, esto es, creer en sí mismo y depender de la propia fuerza.

El trabajo del profesional que trabaja en el campo de la prevención; es informar y motivar en la tarea preventiva a funcionarios, patrocinadores, miembros de la comunidad,

compañeros o colegas de trabajo, etc. Y en el trato con estas personas, irá descubriendo que cada una tiene su propio estilo y funciona en su propio contexto, el cual debe ser entendido y respetado para negociar el programa y hacer posible su realización.

El lograr informar y movilizar la participación de los integrantes en una comunidad es uno de los principales intereses de los modelos de educación comunitaria utilizando técnicas de movilización que faciliten el proceso de cambio al otorgarles herramientas eficaces (simples o complejas) para lograrlo. El apoyo y el compromiso del grupo logra llevar a niveles máximos los proyectos planteados y los modelos empleados, así como la elaboración de modificaciones en la población. Esto representa una de las tareas más difíciles del profesional y de los mismos integrantes de la comunidad y depende del adecuado desarrollo de estas actividades.

4.3 Evaluación.

La evaluación es una forma de medir los resultados de un programa en relación a los objetivos iniciales que se propusieron y la efectividad de la estrategia de intervención empleada.

Estos métodos pueden ser diversos como por ejemplo el uso de cuestionarios pre-post para una intervención específica, la aplicación de cuestionarios satisfactorios, cuestionario de observaciones, sugerencias, propuestas para nuevas intervenciones, etc.

Así también, como ya se mencionó el uso de la epidemiología es muy útil para la evaluación de la comunidad en el análisis de intervenciones y seguimiento en estudios longitudinales, facilitando la evaluación del desarrollo de los individuos que participaron en una intervención.

La epidemiología de *desarrollo* según Kellam citado por Medina Mora, M. (1994); la describe como la integración de la epidemiología comunitaria con la psicología del desarrollo. Pretende seguir a poblaciones totales o muestras representativas de estas poblaciones, a través del tiempo y en específico en etapas de desarrollo claves. Intentar mapear los trayectos de desarrollo en poblaciones definidas en porciones significativas de la vida de los individuos.

Los estudios de epidemiología *experimental* permiten evaluar la validez de las teorías que se desprende de la epidemiología del desarrollo y de la capacidad de las medidas de prevención para modificar el curso que llevaría a un individuo a un problema en específico. Combina así tres aproximaciones: la comunitaria al definir claramente los límites de una población y mantener constantes las condiciones socioculturales, en la de desarrollo al hacer estudios longitudinales en cohortes o muestras representativas de las poblaciones bien definidas y la experimental, al instrumentar medidas de prevención en grupos seleccionados al azar, y comparar el trayecto de individuos, asignados aleatoriamente a grupos control, o no sometidos a las medidas de prevención. Con esta aproximación es posible saber si las

acciones instrumentadas permiten modificar el curso de un individuo hacia conductas desadaptativas.

5. EL PROBLEMA DE LAS ADICCIONES.

La presencia y el consumo de sustancias psicotrópicas no es algo nuevo en ninguna sociedad. Por el contrario, su existencia está documentada en la historia de las mayorías de las culturas, con variaciones en los tipos de drogas, los patrones de uso, sus funciones individuales y sociales y las respuestas que las sociedades han ido desarrollando a través del tiempo. Las sustancias psicoactivas eran usadas en la antigüedad dentro de las prácticas sociales integradas a la medicina, la religión y lo ceremonial. (ENA, 1998)

Los patrones tradicionales de uso fueron desapareciendo a través del tiempo y el contexto y las formas de consumo cambiaron de manera que este fue adquiriendo un carácter disintegrador.

Los estudios longitudinales que han buscado predecir la conducta problemática, señalan que el abuso de drogas se distingue de otros trastornos en que su ocurrencia está íntimamente ligada a las características del entorno que definen la disponibilidad de sustancias. También señalan que el abuso de drogas puede considerarse como un síndrome, por que no es sencillo diferenciar predictores del consumo de una a otra droga.

La preferencia hacia ciertas drogas presenta una dinámica, así como las respuestas gubernamentales a través del tiempo. Sin embargo, éstas han sido guiadas con frecuencia por pugnas morales y políticas en lugar de basarse en el conocimiento científico de los efectos en la salud, los impactos sociales y los riesgos individuales específicos de cada tipo de sustancia.

En el presente siglo y de manera más directa en las últimas décadas, la encrucijada fundamental en el y del consumo de sustancias tóxicas, se ubica en la confluencia de lo económico y lo político; la confluencia del lucro y el poder, lo que da lugar al fenómeno del narcotráfico el cual incide en el entramado social y deteriora su tejido. (De la Fuente, R., y cols. 1997)

Esto imprime importancia al tema de las drogas en la actualidad debido a la forma en que se presentan sus patrones de producción y distribución a nivel mundial, la oferta y la accesibilidad a estas, el marco de control legal y social que rodea al consumo, los efectos económicos, sociales y en la salud, así como su carácter ilícito, su impacto en las instituciones y la relevancia del tema en los gobiernos.

La percepción del público hacia distintas sustancias y su mayor o menor rechazo en muchas sociedades, condiciona la toma de decisiones políticas hacia su control. En otros casos, el proceso es inverso y la política de control tiene como consecuencia el que se busque otras drogas, incluso más dañinas, o que se produzca un rechazo de la sociedad hacia la política.

El concepto global de "farmacodependencia" debe ser examinado. En tanto que hay sustancias objeto de abuso que tienen utilidad médica, otras carecen de ella; el abuso de la heroína, la cocaína, la marihuana y algunas sustancias psicotrópicas como las anfetaminas

está estrechamente ligado con el narcotráfico y otras formas de delincuencia; el abuso de sustancias volátiles no se relaciona tanto con un tráfico ilegal, pero su prevención requiere controles especiales.

La definición de droga propuesta por la OMS se refiere a todas las sustancias psicoactivas como: “...cualquier sustancia que, al interior de un organismo viviente, puede modificar su percepción, estado de ánimo, cognición, conducta o funciones motoras”. Esto incluye el alcohol, el tabaco y los solventes y excluye las sustancias medicinales sin efectos psicoactivos. (ENA,1998).

Desafortunadamente, las drogas no son sólo consumidas para aliviar el dolor o para el tratamiento de una enfermedad, sino también se les da un uso inadecuado por ejemplo, para una búsqueda o abandono de la identidad, como un escape a los problemas y/o para explorar estados de conciencia y sensaciones.

La definición o concepción del consumo de sustancias ha ido cambiando a través del tiempo, a manera de entender con mayor claridad sus efectos. En 1963, la OMS decidió abandonar los términos *adicción* y *habituación*, para remplazarlos por *dependencia*, entendida como: Un estado psicológico y a veces también físico resultante de la interacción de un organismo vivo y una droga, caracterizado por respuestas conductuales y de otro tipo que siempre incluyen una *compulsión* por tomar la droga de manera continua o periódica (generando tolerancia del organismo), para experimentar sus efectos psíquicos y, a veces, para eludir el malestar debido a su ausencia; y la *tolerancia* se entiende como: Una disminución de los efectos específicos a la misma dosis de la droga y por lo tanto la necesidad de aumentar la cantidad y/o frecuencia. (ENA 1998)

La OMS habla de abuso de drogas cuando se presenta un uso persistente o esporádico excesivo de las drogas fuera de una práctica médica aceptable. Como esto fue considerado muy ambiguo, se comenzó a remplazar el término *abuso* con el de *uso dañino*, que incluye: “un patrón de uso de sustancias psicoactivas que causa daño a la salud física o mental”. Sin embargo, dentro del contexto del control internacional de drogas, la OMS utiliza el término *abuso* para ser consistente con los términos utilizados por las Convenciones, que emplean indistintamente los términos *abuso*, *uso inadecuado* o *uso ilícito*. (ENA, 1998).

En 1992 el término *dependencia* fue modificado por: “un grupo de fenómenos fisiológicos, conductuales y cognitivos de variable intensidad, en el que el uso de drogas psicoactivas tiene una alta prioridad; hay preocupación y deseo de obtener y tomar la droga, por lo que se adoptan conductas para buscarla. Los determinantes y las consecuencias problemáticas de la dependencia a drogas pueden ser biológicas, psicológicas o sociales y usualmente interactúan” (ENA, 1998).

Las sensaciones provocadas por la droga pueden ser tan necesarias para el cuerpo y la mente, que su ausencia se vuelve intolerable (*síndrome de abstinencia o supresión*) y lleva a algunos usuarios a extremos para conseguirlas. Los conocimientos científicos no permiten saber quién se volverá adicto y quién no, no importando si se trata de drogas legales o

ilegales. En general se emplea el término “*droga ilegal*” o “*ilícita*” al hablar de aquéllas que están bajo un control internacional, que pueden tener un uso médico legítimo, pero que son producidas, traficadas y/o consumidas fuera del marco legal.

Aunque el abuso de drogas psicoactivas y la farmacodependencia constituyen fenómenos complejos con raíces y consecuencias biológicas, psicológicas y sociales que rebasan las fronteras geográficas, en cada país adquieren características propias. Sus consecuencias nocivas se muestran tanto en el individuo, cuya salud y conducta son afectadas, como en la familia y la sociedad, cuya seguridad se ve amenazada.

Se ha observado que la amplitud o la limitación y gravedad de los problemas depende de tres factores (De la Fuente, R., y cols. 1997):

- a) La disponibilidad de las sustancias que alteran la conciencia, el humor y la conducta;
- b) Las personas que las consumen, y
- c) El medio socioeconómico y cultural en que se da.

El consumo frecuente de drogas conlleva a consecuencias de tipo médico y/o social. Las repercusiones en el estado de salud dependerán del tipo de sustancia, del tiempo de exposición y de la cantidad. En lo social, se pueden presentar situaciones de delincuencia, accidentes, hechos violentos y otras (Tapia, R; Cravioto, P. 1997).

El abuso de drogas genera tolerancia y dependencia, por lo que, de acuerdo con la susceptibilidad propia de cada individuo, es decir su edad de inicio, tiempo de exposición, frecuencia de consumo y tipo de sustancia, se presentarán dichas situaciones en diferentes momentos, modificando el patrón de consumo y con ello las repercusiones médicas y sociales del sujeto por ejemplo, los estudios acerca de la prevalencia del abuso de sustancias adictivas en México indican que es un proceso dinámico que ha experimentado cambios, que tiende a extenderse y que la población joven es la más afectada en el consumo de drogas ilegales, alcohol y tabaco. (De la Fuente, R., y cols. 1997).

Debido a eventos biológicos y del desarrollo cognitivo los jóvenes son especialmente vulnerables al consumo sustancias adictivas, al desarrollo de conductas delictivas o antisociales y a la práctica conductas sexuales de alto riesgo.

Dentro de los factores de riesgo ambientales incluyen la exposición a sustancias. Se ha observado que los estudiantes que conocen o tienen amigos usuarios de drogas tienen más posibilidad de ser usuarios.

El control legal tiene también un impacto sobre la decisión del estudiante sobre usar o no usar drogas, así como su percepción de la disponibilidad, del nivel de tolerancia social, del riesgo asociado con diferentes formas de uso de sustancias, y de las normas que orientan al joven sobre lo que se espera de él en el ámbito escolar.

De la misma forma la familia desempeña también un papel importante; el consumo de alcohol o drogas por el padre, la madre o los hermanos aumenta la vulnerabilidad de los jóvenes a experimentar o hacer uso frecuente de sustancias.

En el ámbito interpersonal del adolescente se ha documentado la relación de la experimentación y el abuso de sustancias con estados de ánimo displacenteros, que incluyen los sentimientos de minusvalía y la depresión que se presentan con frecuencia en esta etapa.

En estos casos, el uso de drogas puede ser una manera de enfrentar y manejar la situación y los efectos de las drogas pueden ser en principio muy reforzantes. Dichos estados pueden a la vez ser el resultado del uso de drogas como por ejemplo:

En los jóvenes que experimentan con drogas tienen en conjunto más síntomas asociados con la depresión; se tiene la hipótesis de que se trata de un factor subyacente que probablemente lleve a los jóvenes a usar drogas como una manera de enfrentar sus problemas.

La conducta antisocial comparte con otros fenómenos, en la adolescencia que es otro de los factores de riesgo observados en relación con el uso de drogas.

Los usuarios se distinguen de los no usuarios en el hecho de recibir con mayor frecuencia información por parte de los amigos. Los jóvenes las conocen, hablan de ellas entre sí, lo que representa un gran problema puesto que no siempre esta retroalimentación es adecuada o realista. Debido a esto, es importante fomentar la comunicación dentro de la familia y escuela procurando que los padres y maestros están debidamente informados sobre el tema.

También la presencia de ideación suicida se ha documentado como un factor de riesgo, se ha observado que uno de los factores que pueden precipitar el intento es el uso de sustancias.

Aunque al parecer, el consumo de sustancias psicotrópicas en México no alcanza aún las dimensiones de otros países, los informes de instituciones especializadas en tratamiento y atención de adictos indican un incremento que aunque pausado, debe ser motivo de preocupación para todos los dedicados a la prevención, tratamiento y rehabilitación de adicciones, así como de los grupos de investigación sobre el estudio de drogas.

El abuso de sustancias susceptibles de causar adicción es uno de los retos mayores a la salud pública debido a la diversidad y a la severidad de los problemas médicos, familiares y sociales que genera y a las dificultades que el Estado y la sociedad encuentran para contender con ellos. (De la Fuente, R., y cols, 1997)

Las adicciones, el alcoholismo y la farmacodependencia son fenómenos complejos, comprensibles en términos de una multiplicidad de acciones entre la sustancia psicoactiva, la persona que la consume y el ambiente, es decir, las circunstancias socioculturales (Tapia, R; Cravioto, P, 1993). La importancia del análisis del uso y del abuso de sustancias

adictivas, con relación a estilos de vida en la era moderna y su asociación como factores de riesgo para padecimientos que ocupan las primeras causas de morbimortalidad en nuestro país, ha sido reconocida desde hace más de un cuarto de siglo.

La presencia de ideación suicida, de síntomas de irritabilidad, problemas de sueño o falta de concentración aumentan la probabilidad de que un sujeto, una vez que ha experimentado con drogas, no las abandone, lo que incrementa sus problemas de salud o con la ley (De la Fuente, R., y cols. 1997).

Es una realidad que el consumo de sustancias adictivas es un gran problema mundial, sin embargo, a pesar de que México es un país productor de opio, heroína y marihuana, y es lugar de paso para la cocaína que proviene de la región andina, el abuso en nuestro país de la heroína y la cocaína, las más peligrosas de las drogas que actualmente son objeto de tráfico ilícito, es aún bajo. Hasta el momento, el consumo de heroína se limita casi exclusivamente a la región norte y centro norte del país y es casi inexistente en la región sur.

Debido a que esto es un problema que afecta a todos, la Secretaría de Salud (SSA), a través de la Dirección General de Epidemiología (DGE, 1993), llevó a cabo la segunda Encuesta Nacional de Adicciones, cuyo objetivo principal fue actualizar la información sobre la magnitud del consumo de sustancias adictivas (tabaco, alcohol, drogas médicas e ilegales) obtenida de la primera Encuesta Nacional de 1988, con el fin de proporcionar información a los encargados de la toma de decisiones para planear, evaluar y modificar los programas preventivos, de tratamiento y rehabilitación en este campo, así como identificar los problemas que ameriten nuevas investigaciones, conocer las tendencias en el consumo y las modificaciones de la magnitud de las adicciones con el transcurrir del tiempo (Tapia, R; Cravioto, P. 1993).

La población objetivo para el estudio fueron todos los individuos de ambos géneros de 12 a 65 años, residentes habituales de las viviendas de zonas urbanas del país. De acuerdo con las prevalencias reportadas por la ENA-88, se determinó formar ocho regiones económicas en la segunda encuesta, y se asignó el mismo tamaño de muestra a cada región. La regionalización se hizo de la siguiente manera:

Noroccidental:	Baja California Baja California Sur Sonora Sinaloa
Norcentral:	Chihuahua Durango Coahuila
Nororiental:	Aguascalientes Colima

	Jalisco Nayarit Zacatecas
Z.M. Cd. de México:	Distrito Federal y las jurisdicciones Conurbadas
Centro:	Hidalgo Guanajuato México Morelos Puebla Querétaro Tlaxcala
Centro Sur:	Guerrero Michoacán Oaxaca Veracruz
Sur:	Campeche Chiapas Quintana Roo Tabasco Yucatán

En la segunda Encuesta Nacional de Adicciones (ENA 1993), reveló una prevalencia nacional de fumadores de 25.1%. La prevalencia en el grupo masculino fue de 38.3%, mientras que en el femenino alcanzó 14.2%. El rango de edad con más alto porcentaje fue el de 19 a 34 años (49%). Las frecuencias por región muestran que la región sur obtuvo la menor prevalencia (17%), y la zona metropolitana de la ciudad de México rebasó el promedio nacional con 30%. (De la Fuente, R., y cols. 1997)

Respecto al alcohol la ENA-1993 estimó que entre los habitantes urbanos de 18 a 65 años, 25.4% reportaron ser no bebedores (7.1% hombres y 18.3% mujeres) y 8.1% se manifestaron como ex bebedores (3.3% hombres y 4.8% mujeres). Sin embargo, el índice de personas que abusan del alcohol es también elevado; el consumo consuetudinario muestra cifras de 4.9% del total de consumidores, y 23.8% de la población bebedora consumió alcohol en el último mes, 16.2% en la última semana y 3% más de cuatro veces en la última semana. 23.4% de los bebedores que consumieron bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses lo hicieron hasta embriagarse; de ellos 88.9% fueron hombres (7% menores de 18 años y 40.3% de entre 35 y 44). Estos datos indican que la población mayor de 35 años es la que tiene el riesgo más alto de embriagarse, sin olvidar el 7% que representan los adolescentes. Al estratificar por región, destacó un mayor consumo en la Cd. de México y zona conurbada, así como en la región occidental, en el norte del país se

presentaron las frecuencias más bajas, principalmente en Tamaulipas, Nuevo León, Coahuila y Chihuahua. (Tapia,R; Cravioto, P, 1993).

La prevalencia nacional del consumo global de drogas ilegales fue del 4%, equivalente a un millón 589 mil 716 individuos, de los cuales 7.3% son hombres y 0.8% mujeres que habían consumido drogas ilegales en alguna ocasión. Dentro de la población adulta la prevalencia más elevada (61.6%) se presentó en el grupo de 26 a 34 años y se estimó que entre los adolescentes el 2.1% han consumido algún tipo de droga ilegal alguna vez en la vida. La droga ilegal de mayor consumo fue la marihuana, con una prevalencia de 3.3%, le sigue la frecuencia el consumo de cocaína con el 0.6%, seguido por los inhalables con el 0.5%, los alucinógenos con el 0.3% y finalmente la heroína con el 0.1% de prevalencia. Al comparar estos datos con los encontrados en la encuesta de 1988, se observa que la marihuana sigue siendo la droga de mayor consumo y los inhalables continúan ocupando el segundo lugar. Al analizar el consumo de drogas ilegales por región, prevalecieron las zonas del norte del país, así como la región occidental y la Cd. de México. La frecuencia más baja fue en la región sur. La frecuencia de estas drogas es siempre mayor en la población masculina. Sin embargo, en la región noroccidental la prevalencia de consumo de mujeres fue de 2.3%, lo que la sitúa en primer lugar.

En lo referente a drogas médicas se encontró una prevalencia total de 15.4%, de ellos, el 83% las usa bajo prescripción médica y 17% fuera de ésta. En la distribución por sexo hubo una mayor proporción de consumidores en mujeres con un 63%, y sobre todo en la edad de adultos mayores de 16 años, las mujeres consumen dos veces más drogas médicas que los hombres. Las drogas médicas más consumidas en el último año por la población estudiada fueron los tranquilizantes 2.9% y opioides 1.4%, seguidos de otros depresores y estimulantes (ambos con 0.6%). En 19.5% de los casos se usaba más de una droga. La prevalencia más alta de las drogas se encontró en la región norcentral. También destacaron la región sur, así como la región occidental.

Se ha mencionado que en México el consumo de drogas ilegales no es aún tan alarmante como en otros lugares del mundo, sustancias como la heroína o la cocaína, que representan un problema social y de salud a todos los niveles, sin embargo la eliminación o control del consumo de alcohol y tabaco, son un verdadero problema y reto para el profesional de la salud.

Aunque el alcohol y el tabaco, son generalmente mencionadas como "sustancias" más que como drogas, debido a que no están sujetas al control político internacional, no se debe pasar por alto que, además de sus fuertes propiedades adictivas, son las que causan mayores daños a la salud individual y pública.

5.1 Problemáticas En El Consumo De Alcohol

El alcohol no es sólo una sustancia legal, sino que es aceptada y bien vista en el mundo occidental por lo que amplios sectores sociales la consumen en abundancia a pesar de que su uso no está exento de riesgo para el bienestar de la sociedad y la salud de los individuos. Nadie pone en duda el papel que esta sustancia desempeña en la génesis de varias enfermedades ni se discute su potencial adictivo y los problemas que genera en la conducta de algunos bebedores.

El problema del consumo de alcohol a nivel físico en el individuo ha sido investigado desde hace mucho tiempo, resolviendo dudas respecto a sus consecuencias por ejemplo, antes se hablaba del alcoholismo como una enfermedad de tipo hereditario, pero fue hace relativamente poco que se ha investigado en abundancia al respecto.

Los doctores Nicolini y Cruz han investigado sobre la historia de familias de enfermos que sufren de alcoholismo, familias donde por ejemplo hijos de padres alcohólicos que han sido adoptados, investigando también sobre la personalidad alcohólica, riesgos genéticos, etc.

Los doctores David Kershenovich, Florencia Vargas y Guillermo Robles han investigado los efectos del alcohol en el estómago, páncreas y el hígado, revisando la metabolización del alcohol y describiendo la fisiopatología de complicaciones ocasionadas por bebidas etílicas, esto para poder reseñar un cuadro clínico, diagnóstico y tratamiento. Otro ejemplo de investigación es el de los doctores Narro Robles, Gutiérrez Ávila y López Cervantes que abordaron el tradicional binomio alcohol-cirrosis hepática en México., siendo las leyes matemáticas las que rigen esta relación. Jellinek propuso la fórmula mediante la cual podía calcularse la cantidad de alcohólicos de una población dada, utilizando exclusivamente las tasas de mortalidad por cirrosis hepática⁴.

El Doctor Gustavo Pastelin ha investigado sobre el efecto protector del alcohol en la enfermedad coronaria, a raíz de este supuesto, la comunidad interesada se dividió entre los que defendían esta postura y los que no. Después del análisis de estudios epidemiológicos que se han utilizado (ecológicos, caso/control y longitudinales) Pastelin concluye que el consumo moderado del alcohol (10 a 30 gramos al día) se asocia con una reducción en la frecuencia de enfermedad coronaria, si se compara con una población de individuos abstemios, pero por otra parte, el alcohol es capaz de precipitar daño cardiovascular. La diferencia entre los efectos protectores y los dañinos es que los primero son reversibles, los segundos, no⁵.

Simón Brailowsky y Octavio García han investigado sobre la neurobiología del alcohol, la que alude a los fenómenos relacionados con el efecto de esta sustancia en el cerebro: adicción, intoxicación aguda y crónica, estudiando los neurotransmisores del Sistema Nervioso Central y algunos de los substratos anatomofisiológicos que podrían ser

⁴ Efectos del Alcohol: Perspectiva médica, Campillo . C, Romero . M, Beber de tierra generosa, México, 1998.

⁵ IDEM.

responsables de la dependencia del alcohol (sistema límbico y haz cerebral medial anterior).⁶

Es una realidad que el alcohol es un tema extenso en todas sus perspectivas, el punto central que interesó para este trabajo es tratar de brindar y resaltar los patrones nocivos de esta sustancia para evitar que su consumo incremente y sobretodo proporcionar esta información en zonas de riesgo, ya sea por aceptación social y/o la facilidad de adquirir el alcohol.

Al hablar de las consecuencias del alcohol sobre la salud, resulta inconveniente la absoluta condena de su uso. Después de todo, esta sustancia ocupa, desde hace muchos años, un lugar especial en ceremonias o ritos religiosos y seculares; además, es un bien de consumo que genera riqueza y ayuda al desarrollo de ciertos sectores de la sociedad.

Los efectos nocivos que ocasiona el alcohol se presenta en individuos susceptibles y en bebedores que lo consumen en exceso o en lugares u ocasiones inadecuados. Aunque también es cierto que muchas otras personas que no lo consumen no están exentas de sufrir sus consecuencias, como lo demuestran los accidentes que provocan los conductores en estado de ebriedad.

El consumo de bebidas etílicas es un fenómeno cultural muy complejo, por ello resulta conveniente que toda medida se tome con responsabilidad, buscando siempre la conciliación y el consenso, incluyendo la reducción de los riesgos y los daños que ocasiona.

La producción y el comercio de bebidas embriagantes son actividades económicas de gran importancia que producen al Estado y a quienes participan en ellas, altos ingresos.

De la Fuente (1997) menciona que a partir de 1960, la industria de bebidas alcohólicas en México ha tenido un desarrollo acelerado, debido a que las principales firmas tienen el control, tanto de los insumos básicos como de la producción en sí.

El estado no tiene participación económica de la venta de las bebidas directamente, pero sí a través de los impuestos que se pagan al comprarlas, pero sí directamente en la industria del pulque a través del patronato del Maguey. Sin embargo, controla la distribución de algunos insumos que se requieren para la producción de bebidas embriagantes, como el azúcar y el alcohol puro.

Las firmas más importantes en la producción y promoción controlan también el mercado de distribución nacional y comercio internacional.

En 1980, la contribución de la industria cervecera al producto nacional bruto fue de 0.6%, y de la industria vitivinícola de 0.25%.

⁶ Efectos del Alcohol: Perspectiva médica, Campillo . C, Romero . M, Beber de tierra generosa, México, 1998.

Las compañías que producen las bebidas de mayor venta dedican alrededor de 13% de sus ingresos a la publicidad. De los diversos medios que usan las compañías para promover sus productos, la televisión tiene el mayor impacto.

En nuestro país se tiene información de la producción y venta de las bebidas que están sujetas a controles sanitarios y fiscales, pero se desconocen los volúmenes de la producción doméstica y de las pequeñas industrias que, debido a que producen volúmenes inferiores a 7500 litros anuales, no están sujetas a control fiscal. Nada se sabe oficialmente de las bebidas que son introducidas clandestinamente al país.

En la actualidad, se han generalizado ciertas formas más cosmopolitas de consumir alcohol y han aparecido nuevas bebidas locales. El resultado de una mayor variedad de bebidas ha sido sobre todo aditivo, aumentando la cantidad de alcohol que se consume. Esto ha hecho también que se generalice la costumbre de beber como una actividad social y se les considera como productos comerciales con valor económico, dándoles un trato igual al de otras mercancías, con el consecuente aumento de la oferta. Junto con este aumento de la disponibilidad de las bebidas alcohólicas, han aumentado también los problemas relacionados con su consumo, por lo que ahora hay más conciencia acerca de la importancia que tiene prevenirlo (CONADIC, 1994).

Además de estas problemáticas existe un elevado número de personas disfrutan de su consumo y no es una sustancia tóxica per se, existiendo testimonios de que en dosis moderadas hasta resulta saludable consumirlo. De ahí que las actitudes prohibicionistas han sido, más bien desfavorables; no se puede ir contra algo que forma parte de la historia cultural de los pueblos, que genera gusto y placer en un segmento considerable de la sociedad y que no es dañino por definición.

Los problemas causados por el alcohol son numerosos tales como: desintegración familiar, deserción escolar, vandalismo, etc. Los bebedores, son sólo la punta de la alcoholización de una sociedad, sustentado no sólo por los consumidores de baja frecuencia, sino por toda la sociedad que normaliza el consumo, lo promueve y frecuentemente presiona para que se realice. La normalización del consumo de alcohol es una de las claves para entender la ambigüedad con la que se percibe socialmente el proceso de alcoholización es su conjunto (CONADIC, 1994).

Como se mencionó, diferentes corrientes médicas, psiquiátricas, psicológicas, socioantropológicas y religiosas han intentado clasificar, sistematizar y enfrentar el problema.

El terreno de las adicciones en general y del alcohol en particular tiene un lenguaje propio, cuyos conceptos y términos técnicos describen con precisión todas las facetas de este fenómeno. La variabilidad social y personal de la sociedad expuesta al consumo de alcohol, dificulta la posibilidad de clasificar de manera homogénea las distintas tipologías del consumo de alcohol.

Desde una perspectiva convencional, el alcoholismo es una enfermedad progresiva imparable. En su versión más simple, el modelo de enfermedad progresiva dicta que individuos con cualquier evidencia clara de problemas de alcohol proseguirán ha desarrollar una dependencia severa al alcohol si no dejan de beber (De la Fuente, R., y cols. 1997).

Este enfoque, predominante sobre todo en las Ciencias Médicas plantea como criterio de éxito y objetivo de tratamiento la abstinencia y en él descansan tres aproximaciones fundamentales de abordaje o intervención.(Ayala, V; Gutiérrez M.).

El primero se refiere al *uso de medicamentos*. El medicamento más comúnmente empleado en el tratamiento del bebedor ha sido el *disulfiram*. Este medicamento provoca en el paciente una reacción fisiológica antagónica a la ingesta del alcohol y su efecto se mantiene por periodos de tiempo apreciablemente significativos. Otro medicamento es el *carbamide sitrado de calcio*. Otra sustancia que se emplea para provocar respuestas antagónicas con la ingesta de alcohol es el *metronidazole*, Taylor (1964) señala que esta sustancia produce una abstinencia en sus usuarios que va de dos a cinco meses. Dentro del uso de medicamentos se encuentra el empleo de *agentes psicotrópicos* los cuales han dado buenos resultados en el tratamiento del bebedor problema sobretodo en el proceso de desintoxicación (Gessner, 1979; Fox y Smith, 1959; Lowenstane, 1967 citados por Ayala, V. H, Gutierrez, M. 1996). También se utiliza el uso combinado de *agentes ansiolíticos con tranquilizantes menores* y por último se reporta el empleo de *litio* en el tratamiento del alcohólico y del bebedor problema.

El segundo modelo se refiere a las *terapias aversivas* en las cuales se utilizan sustancias desagradables o estimulación eléctrica dolorosa apareadas con la ingesta de alcohol en situaciones controladas en un esfuerzo por establecer una respuesta condicionada negativa a la ingesta de alcohol, así como el empleo de sustancias que provocan nauseas al aparearse con bebidas alcohólicas.

El tercero se refiere a la *psicoterapia*. El uso de *psicoterapias individuales y de grupo* con un énfasis en el "insight" como base del proceso terapéutico han sido y continúan siendo la estrategia de intervención más usual con alcohólicos y bebedores problema.

El comportamiento y el efecto psicológico de cualquier droga depende de la dosis, su proporción de aumento en plasma, la presencia concomitante de otras drogas o los problemas médicos, y la experiencia pasada con el agente. En el consumo de alcohol, un factor adicional es si los niveles del alcohol en sangre están subiendo o están cayendo; los efectos de alcohol son más intensos durante el periodo anterior.

El etanol produce cambios simultáneos en muchos neurotransmisores y también los aumentos en la fluidez de membranas de célula neuronal. Después de la exposición repetida a la droga, el cuerpo tiene tres maneras de tolerar los niveles del etanol más altos. Primero, el hígado puede aumentar la proporción de metabolismo del etanol como 30 por ciento después de 1 a 2 semanas de beber diariamente, es decir, hay tolerancia metabólica, o tolerancia farmacocinética. Esta alteración casi desaparece tan rápidamente como

desarrolla. Segundo, tolerancia celular o farmacodinámica, que probablemente ocurre a través de los cambios de los complejos neuroquímicos y alteraciones en membranas de la célula que puede contribuir a dependencia física. Tercero, incluso a las mismas concentraciones de alcohol en sangre y nivel de adaptación neuronal, los organismos pueden aprender a adaptar su conducta para funcionar mejor bajo influencia de la sustancia (tolerancia del comportamiento).⁷

Una vez que las células se han adaptado a la exposición del etanol de manera crónica, los cambios estructurales o bioquímicos no pueden volver a la normalidad durante varias semanas o más. Ante estos ajustes, las neuronas exigen al etanol funcionar óptimamente; es decir, la persona se entrega físicamente. Esta condición física es distinta de dependencia psicológica, un concepto que indica que la persona es psicológicamente incómoda sin la sustancia adictiva.

Aunque la "intoxicación legal" requiere la concentración del alcohol en sangre de por lo menos 80 a 100 mg/dL, los cambios de comportamiento, psicomotores, y los cambios cognoscitivos se ven a niveles tan bajos como 20 a 30 mg/dL (es decir, después de una a dos bebidas). El narcotismo o el sueño profundo está inducido en muchas personas en dos veces más el nivel de intoxicación legal, e incluso en la ausencia de medicaciones concomitantes, la muerte puede ocurrir con niveles entre 300 y 400 mg/dL. El etanol solo o en combinación con agentes como benzodiazepinas, puede ser responsable de las muertes por dosis excesivas más tóxicas que cualquier otro agente⁸.

North. R. (1991) explica que el organismo no digiere el alcohol en el estómago y en intestino delgado como otros "alimentos" sino que es absorbido directamente a través de la membrana del estómago y vertido en la corriente sanguínea, donde se distribuye por el cuerpo. Se metaboliza en un 80 al 90 por 100 en el hígado y el resto se expulsa a través del aparato respiratorio y de la orina.

La velocidad con que el alcohol entra en la corriente sanguínea y ejerce efecto sobre el cerebro, haciendo que el bebedor se alegre, achispe o embriague, además de la cantidad de alcohol ingerida, de factores como:

- Velocidad con que se ingiere: Entre más rápido beba una persona, mas rápidamente aumenta el nivel de alcohol en la sangre y, por lo tanto, mas pronto se embriaga. Si una persona bebe a pequeños sorbos y procura que le dure la bebida, dicho nivel se conservará bajo.
- Peso Corporal: Cuanto más pesada sea una persona en términos de músculos y sin grasa, mas baja será la concentración de alcohol en su sangre.

⁷ Fauci, S. A., Braunwald, E., Kurt J. Isselbacher, K.J., Wilson, D. J., Cameron S.C, Martin, J.B., Kasper, D.L., Hauser, S. L., Dan L. (1998). Harrison's principles of internal medicine. McGraw-Hill. - 14th edition. Estados Unidos.

⁸IDEM

- Comer y beber: El comer cuando se bebe hace más lenta la velocidad de absorción del alcohol en la corriente sanguínea; sin embargo, el cuerpo continúa metabolizando únicamente una copa por hora. El alimento simplemente reduce la cantidad de alcohol que pasa del estómago a la corriente sanguínea, gracias a lo cual el volumen de alcohol en la sangre es menor.

- Química corporal y antecedentes como bebedor: Cada persona posee un patrón individual de respuesta al alcohol. Si el estómago de una persona tiende a vaciarse más rápidamente, el efecto del alcohol se sentirá antes. Los individuos que tienen un largo historial como bebedores suelen poseer una mayor tolerancia al alcohol; es decir, pueden beber más sin sentir los efectos. Por consiguiente, necesitan mucho más alcohol para achisparse o embriagarse.

- Tipo de bebida: El ingrediente básico de las bebidas es el alcohol; sin embargo, además de ésta hay otros (los que le dan a la bebida su sabor y los que se utilizan para mezclar) que afectan la velocidad en que el alcohol es absorbido o metabolizado.

Además:

--- el vino y la cerveza tienden a ser absorbidos más lentamente que otras bebidas.

--- el alcohol diluido en agua reduce la absorción.

--- el alcohol mezclado con bebidas carbonatadas aumenta la absorción.

--- la aspirina reduce la absorción del alcohol.

--- la insulina, en dosis que causen hipoglucemia, acelera la absorción, por que produce vaciamiento gástrico.

Una vez que se encuentra en la corriente sanguínea, el alcohol viaja hasta el hígado, donde es metabolizado mediante un proceso de oxidación. El factor clave en este proceso de oxidación es una enzima llamada "deshidrogenasa alcohólica", que convierte el alcohol en un acetaldehído y libera un átomo de hidrógeno. El acetaldehído es convertido por la aldehidohidrogenasa en acetilcoenzima A, la que luego ingresa en el proceso metabólico normal y produce energía.

El metabolismo del alcohol produce 7 calorías por gramo. Una copa de 30 cm³ de una bebida alcohólica estándar es de 50· GL contiene unos 15 gramos de alcohol, que produce 105 calorías. Un bote o vaso de cerveza contiene aproximadamente la misma cantidad de alcohol, debido a los demás productos alimenticios que hay en la cerveza y que tienen mayor valor calórico.

Se denomina alcoholemia a la proporción de gramos de alcohol absoluto que existe en un litro de sangre en un momento dado, y suele expresarse en tantos por cien. El cálculo de alcoholemia puede hacerse por determinación directa, mediante un análisis de sangre, o, indirectamente a través del aire expirado.

El contenido de alcohol en las bebidas se mide en grados Gay Lussac (G. L.) que significa el porcentaje de alcohol en el volumen de líquido. En las bebidas importadas el contenido

alcohólico se indica en “proofs”, que significan medios grados GL. Por lo tanto, si alguien toma un vasito de 30 cm³ o sea 30 centilitros) de un licor de 50 GL, estará ingiriendo exactamente medio vasito (o sea 15 cm³) de alcohol puro, y si toma un vaso de un cuarto de litro (250 cm³) de cerveza de 5 GL, estará bebiendo 12.5 cm³ de alcohol puro. (North, R, 1991)

<u>Tipo de bebida</u>	<u>GL, o porcentaje de alcohol en volumen</u>
Cervezas	4-6 %
vinos de mesa	10-12 %
Licores (Whisky, ron, ginebra, vodka, brandy, coñac, etc)	40-50 %
Vinos generosos (jerez, oporto,)	17-20 % vermouth, etc.)
Crema (menta, naranja, etc.)	25-35 %

A menudo se cree que el alcohol es un estimulante y que, a bajas concentraciones, aumenta la actividad celular. En cantidades moderadas, también acelera el ritmo de los latidos del corazón, dilata los vasos sanguíneos, reduce la presión sanguínea, excita el apetito, incrementa la producción de jugos gástricos y estimula la urina.

Sin embargo, el efecto general del alcohol en el cuerpo humano es el de un depresivo, específicamente sobre el sistema nervioso central que afecta a las funciones cerebrales responsables de la conducta y el control personal, perteneciendo a la clase de tranquilizantes menores y analgésicos generales. También es considerado un barbitúrico por sus efectos hipnótico-sedantes y por su acción inductora del sueño que puede llegar al coma.

Su efecto en el cerebro es bifásico. Por un lado, a dosis bajas produce una estimulación conductual donde el sujeto experimenta euforia y agilidad de la palabra y de la acción. Esta excitación se atribuye a la estimulación directa del alcohol que suprime los centros inhibitorios del cerebro. Por otro lado, dosis altas de alcohol producen un efecto opuesto, consistente en el enlentecimiento del tiempo de reacción y un descenso en el control muscular.

Los efectos inmediatos de la ingesta excesiva de alcohol (embriaguez alcohólica o intoxicación alcohólica aguda con alcoholemia de 0,3 a 1,5 GL), consisten en una disminución de la atención, la memoria, la coordinación motora, el campo visual, la aparición de euforia y modificaciones en el pensamiento y la capacidad de decisión. En niveles entre 1,5 y 3 GL pueden aparecer alteraciones del nivel de conciencia y de la vigilancia, adormecimiento o, por el contrario, inicios de agitación desinhibida.

En esta fase aparecen también conductas descontroladas y descoordinación de movimientos, así como el trastorno del habla típico del ebrio (disartria) y pérdida del equilibrio. En alcoholemias superiores a 3 GL, el alcohol puede dar lugar a verdaderos cuadros psicóticos: alucinaciones, pérdida del contacto con la realidad, despersonalización e ideas delirantes. A partir de 4 GL se puede producir una sobredosis etílica causando el

coma (pérdida parcial o total de respuesta a los estímulos) y la muerte por paro cardiorespiratorio.

El efecto que el alcohol produce a un individuo depende de muchos factores, es erróneo pensar que una persona pueda beber tanto como otra. El límite de la bebida es el punto en que el cuerpo pueda metabolizar y eliminar un vaso de licor (o sea unos 15 cm³ de alcohol puro) en una hora. Esto equivale a una copa por hora.

El DSM-IV define la dependencia al alcohol como dificultades relacionadas con el alcohol en por lo menos tres de siete áreas del funcionamiento. Éstos incluyen cualquier combinación de tolerancia, tomando cantidades más grandes de alcohol encima de los periodo más largos, una incapacidad para controlar su uso y se dejan actividades importantes para beber, a pesar de las consecuencias físicas o psicológicas. Esta constelación de síntomas es probable en hombres y mujeres, en individuos de todos los estratos socio-económicos, y en personas de todos los fondos raciales.

También predice un curso de problemas recurrentes con el uso de alcohol, y la reducción consecuente del palmo de vida por una década o más. En la ausencia de dependencia del alcohol, a un individuo puede dársele un diagnóstico de abuso del alcohol si él o ella demuestran problemas repetitivos con alcohol en cualquiera de sus cuatro áreas de vida, incluso una incapacidad para cumplir obligaciones mayores, el consumir en situaciones arriesgadas e incluso a pesar de las dificultades sociales o interpersonales.

Así, el diagnóstico clínico de abuso del alcohol o dependencia descansa en la documentación de un modelo de dificultades asociada con uso del alcohol y no es basado en la cantidad y frecuencia de consumo del alcohol. Este acercamiento se usa porque el modelo de un individuo de beber es difícil establecer y porque la cantidad de alcohol asociado con los niveles de sangre difiere con la edad de una persona, sexo, peso, grasa de cuerpo y el uso concomitante de otras medicaciones. El modelo vida de un paciente es importante para un médico, entender información matrimonial o problemas del trabajo, dificultades legales, las historias de accidentes, problemas médicos, la evidencia de tolerancia, etc., es un componente importante de las evaluaciones e información del rendimiento que incluso son de uso para los individuos no alcohólicos.

Antiguamente se consideraba la división dicotómica que distinguía exclusivamente entre bebedores "sociales" y alcohólico (los primeros podían beber con impunidad y los segundos deberían abstenerse) esta división se ha incrementado considerablemente para cubrir la amplia gama de posibilidades que existen entre el consumo de alcohol y la salud en general. Las clasificaciones actuales agrupan a todos los bebedores bajo dos ópticas distintas: el papel que el alcohol desempeña en sus vidas individualmente y las consecuencias que el consumo de esta sustancia provoca en el ambiente de ese individuo, siendo más fácil establecer programas de prevención tratamiento e investigación en salud.

Actualmente la OMS, divide a los bebedores en ⁹: excesivos, inadecuados, con restricciones, vulnerables y con daño ya establecido.

Bebedores excesivos.- Ingieren una cantidad de alcohol superior al límite establecido con diferentes criterios (como la cantidad de alcohol que es capaz de producir cirrosis hepática), pero muchos están lejos de ser aceptados por todos los autores son un poco arbitrarios. En México los límites para hombres de 70 kilos se han fijado en no más de tres copas diarias y menos de 20 semanales; para la mujeres estas cifras se reducen a la mitad.

Bebedores inadecuados.- Los que consumen alcohol en situaciones inapropiadas como al conducir un automóvil, al manejar maquinaria o en el trabajo; el acento se pone en el lugar y el ambiente., en general no son bebedores excesivos, ni tienen dependencia alcohólica.

Bebedores con restricciones.- Grupos particulares que por sus características no deben beber o no pueden hacerlo en ciertas condiciones, como las mujeres embarazadas, los menores de edad, los pilotos aviadores y los médicos.

Bebedores vulnerables.- Quienes por sufrir de alguna enfermedad física o mental, el consumo de alcohol incrementa al riesgo de producir daño, por ejemplo, los diabéticos, hepáticos, epilépticos, depresivos, hipertensos y esquizofrénicos.

Bebedores con daños establecido.- Son los que tradicionalmente han recibido más atención y en los que se ha logrado documentar el efecto patógeno del alcohol, enfermos de cirrosis hepática, polineuritis, pancreatitis, demencia e impotencia sexual, por mencionar los más conocidos. En la génesis de estas patología el alcohol es una causa necesaria para que se presente. Son los enfermos que mejor ilustran las consecuencias negativas de la bebida.

Tales categorías, no son excluyentes, un bebedor excesivo puede tener ya un daño y tomar de manera inapropiada.

Es necesario considerar dos categorías más: El bebedor disfuncional y el que sufre de dependencia; en ambas, el bebedor, por el hecho de serlo, se considera un enfermo; la enfermedad es el mismo hábito de consumir alcohol.

Bebedor disfuncional,. Sufre un trastorno en su conducta; se torna violento, agresivo, grosero o hace cosas que nunca haría sin beber. Con frecuencia se le confunde con un alcohólico.

No es raro escuchar que alguien es una gran bebedor porque resiste grandes cantidades de bebida, pero al mismo tiempo se aclara que no es un alcohólico porque siempre guarda compostura. Esta opinión ilustra los prejuicios que en general se tiene sobre el alcohol.

⁹ Efectos del Alcohol: Perspectiva médica, Campillo . C, Romero . M, Beber de tierra generosa, México, 1998.

En México éstos son los bebedores que más problemas ocasionan y son un verdadero dolor de cabeza para los clínicos, sus familiares y ellos mismos.

Bebedores dependientes.- En estos se han estudiado las propiedades adictivas del alcohol, además de otros fenómenos correlacionados, tales como la tolerancia, la avidez, la incapacidad de saciedad y la supresión. Esto reitera que el alcoholismo no es un fenómeno que pueda entenderse exclusivamente desde el enfoque psicológico o sociológico, sino que es indispensable la participación de las ciencias básicas: bioquímicas, genética, fisiología y farmacología, en búsqueda de medidas terapéuticas.

Entre la larga y variada lista de personajes involucrados en la atención de los enfermos con problemas relacionados con el consumo de alcohol como grupos de autoayuda, autoridades civiles, trabajadores sociales, psicólogos y voluntarios, el médico ocupa un lugar especialmente privilegiado para poder atender a tales individuos. Esto lo obliga a asumir una mayor responsabilidad al identificar, diagnosticar y tratar las múltiples complicaciones ocasionadas en el organismo e informar al paciente con el fin de que su hábito de bebida no sea un riesgo para su salud.

Los bebedores dependientes y disfuncionales han justificado la existencia de programas de tratamientos especializados.

Existen desde los ambulatorios que no contemplan el internamiento, hasta aquellos donde es indispensable recluir al paciente varias semanas.

En general los programas de tratamiento para el consumo excesivo de alcohol, se han enfocado principalmente en el tratamiento de los casos donde existe una dependencia severa hacia el alcohol, promoviendo como meta final la abstinencia en personas que presentan síntomas de retiro por ejemplo el programa de *Alcohólicos Anónimos*, *Centros de Rehabilitación*, etc.

Estos programas de tratamiento no han tenido el éxito deseado debido a que se utilizan los mismos procedimientos que para los casos más severos; es decir, que la meta del tratamiento tiene una orientación a la abstinencias que lo usuarios no están dispuestos a seguir.

Así la visión tradicional del modelo médico plantea que las adicciones son parte integral de un proceso de enfermedad considerando cada una de las etapas como un desorden único y separado. Esta incesante investigación y defensa del conocimiento convencional sobre el alcoholismo (De la Fuente, R, y cols. 1987) ha impedido el progreso hacia reducir el impacto de los problemas del alcohol sobre la sociedad.

Existe una visión alternativa basada en la teoría psicológica del aprendizaje social que mantiene que las conductas adictivas se adquieren con base en aprendizaje de patrones de conducta mal adaptativos; entre los que proponen este modelo hay consenso en que son factores comunes los que están involucrados en la adquisición y mantenimiento de tales conductas (Ayala, 1993; Cárdenas G., y cols. 1996)

El considerar al comportamiento adictivo como patrones de hábito adquiridos, presupone que éstos pueden ser modificados a través de nuevas situaciones de aprendizaje. Esta visión implica, en términos terapéuticos, que los individuos que presentan tales comportamientos pueden aprender a cambiar y aceptar la responsabilidad de su recuperación.

Dentro del proceso de recuperación teóricos como Marlatt, Gordon, Brownell, Marlatt, Lichenstein, Wilson, Prochaska, DiClemente y Norcross, consideran las recaídas como parte natural de dicho proceso. Estos modelos están basados en los principios de la teoría del aprendizaje social y conceptualizan el cambio como un proceso y no como un evento discreto, también propone que para poder comprender las recaídas deben ser consideradas dentro de una perspectiva apropiada; es decir dentro de un proceso de cambio.

La Teoría del Aprendizaje Social plantea que los problemas en el consumo de alcohol no se consideran como una enfermedad física o mental, sino como patrones de comportamiento socialmente adquiridos que se mantienen por numerosas señales antecedentes (condicionamiento clásico) y reforzadores consecuentes (condicionamiento operante) que pueden ser naturaleza fisiológica, sociológica y psicológica. Factores tales como reducción de ansiedad, incremento en el reconocimiento social o en la aprobación de los compañeros, así como una mayor habilidad en emitir conducta social espontánea de mayor variedad o la evitación de síntomas fisiológicos de abstinencia, pueden considerarse como eslabones etiológicos que contribuyen al mantenimiento de problemas en el consumo de alcohol .

Desde esta perspectiva, los programas de tratamiento están orientados hacia la moderación y fueron inicialmente desarrollados por Lovibond y Caddy en 1970, empleando una aproximación conductual que enfatizaba el autocontrol como procedimiento principal de intervención. En las últimas dos décadas un creciente número de investigadores han desarrollado programas de tratamiento basados en este modelo como son: Miller, 1978; Pattison, Sobell y Sobell, 1977; Sánchez-Craig y Cols. 1984; Rychtarik y Cols. 1987; Heather, 1986; Alden, 1978. (Ayala, V. H., y cols. 1996)

Recientemente, se han desarrollado programas de tratamiento conductual más sofisticados para abordar los problemas del abuso del alcohol. Las características centrales de estos tratamientos conductuales de la segunda generación, combinan aproximaciones anteriores con las nuevas e incluyen: *técnicas de autocontrol* (auto-monitoreo del consumo, auto-selección de metas de tratamiento y biblioterapia), *análisis funcional del beber* (identificación de los antecedentes y consecuentes de situaciones de beber de bajo y alto riesgo), *reestructuración cognoscitiva*, desarrollo de las estrategias de *afrontamiento* para manejar situaciones de alto riesgo de beber. Esta concepción se basa en la evidencia resultante de estudios científicos experimentales y de campo cuidadosamente controlados (Sobell, Wilkinson y Sobell citados por Ayala, V. H., y cols. 1996).

La investigación en prevención del alcoholismo debe dirigirse a entender cuales son los factores que hacen que un individuo no controle su forma de beber .

Desde el punto de vista psicológico, los modelos basados en una perspectiva de aprendizaje social señalan los procesos por los que los individuos adquieren y mantienen una conducta.

El concepto central de esta perspectiva, es la interacción entre el individuo y su medio ambiente. Para los teóricos del aprendizaje social, aprender a beber alcohol es una parte integral del desarrollo psicosocial dentro de una cultura. La conducta de beber de los jóvenes, sus creencias, sus actitudes y expectativas relacionadas con el alcohol están formadas por influencias sociales de la cultura, la familia y sus compañeros. Esta influencia se ejecuta indirectamente por las actitudes y expectativas de familia y amigos, en forma directa por medio de modelos de consumo de alcohol de éstos, así como también por otros mecanismos a través de los cuales son inculcados.

A pesar de que se reconocen las diferencias individuales que predisponen a un individuo al abuso de alcohol como son la sensibilidad a estímulos estresantes, la predisposición genética, los déficits en respuestas de afrontamiento, los problemas para manejar emociones, la ausencia de modelos de consumo moderado o la presencia de modelos de consumo excesivo etc., al interactuar estas variables con agentes de socialización y determinantes situaciones se incrementa el riesgo de abusar del alcohol.

Por otro lado los efectos reforzantes y aversivos del alcohol y otros determinantes próximos, como la presión de los amigos y las propiedades relajantes del alcohol, la ausencia o baja incidencia de respuestas de afrontamiento y la minimización de consecuencias negativas, hacen que se experimente con el alcohol sobre todo entre adolescentes.

La teoría del aprendizaje social propone que los problemas relacionados al abuso del alcohol son conductas aprendidas. En el área de la prevención de estos problemas, le da énfasis a la idea de que la adquisición de conductas apropiadas o la reducción de conductas inapropiadas es más fácil tratarlas a edades tempranas. También enfatiza su importancia al entrenamiento en estrategias de afrontamiento así como incrementar el autocontrol.

El entrenamiento en estrategias de afrontamiento ha mostrado su utilidad para alcanzar la meta de la abstinencia o moderación en el consumo y ha sido ensayado en programas de prevención primaria. El conocimiento de estrategias de autocontrol permite que el individuo aprenda técnicas para el cambio y control de su conducta.

En las últimas dos décadas se ha comprobado que hay una gran cantidad de personas que tienen problemas asociados a su consumo de alcohol pero que permanecen intactos en las demás áreas de su vida, éstos han sido llamados "bebedores problema" y superan ampliamente el número a los severamente dependientes (Ayala H, 1993).

Debido a que el consumo de alcohol es un serio problema de salud pública se desarrollaron programas encaminados a minimizar los costos individuales y sociales producidos por la población. El programa de bebedores problema se lleva a cabo a través de la aplicación de

programas breves y efectivos que cubren las necesidades propias de los usuarios y que a , a su vez, son atractivos para los mismos.

Esta alternativa de tratamiento esta basado en programas realizados en la Addiction Research Foundation de Toronto, Canadá, y de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, como método de prevención secundaria en bebedores excesivos de alcohol. El programa describe fundamentalmente la operación del modelo de Autocontrol Dirigido, desarrollado inicialmente por lo doctores Mark y Linda Sobell en Canadá, a éste se incorporan las experiencias derivadas de la adaptación y empleo del programa en México (Ayala. H y cols, 1998).

Como se menciona la definición del sujeto que consume alcohol es diferente en la percepción médica y en la psicosocial, ya que la primera considera el consumo de alcohol como una enfermedad, que no tiene solución más que la abstinencia y la segunda lo considera como una conducta mal adaptativa al medio que puede ser modificable por medio de aprendizaje, pero también presentan otras diferencias que es útil puntualizar: (Tabla.1)

	MODELO DE CONTROL	MODELO DE ENFERMEDAD
Localización del Control	*El individuo es capaz de autocontrol.	*El individuo es una víctima de fuerzas fuera de su control.
Meta de Tratamiento	*Opción de metas: Abstinencia o moderación.	*Abstinencia es la única meta.
Filosofía del Tratamiento	*Promueve la separación entre uno mismo y su comportamiento. *Enfoque educativo.	*Equipara a uno mismo con su comportamiento. *Enfoque médico/enfermedad.
Procedimientos de Tratamiento	*Enseñanza de habilidades conductuales. *Reestructuración cognitiva.	*Confrontación y conversación. *Apoyo grupal. *Dogma cognitivo.
Enfoque General a las Adicciones	*Búsqueda de similitudes entre las adicciones. *La adicción está basada en hábitos maladaptativos.	*Cada adicción es singular. *La adicción se basa en procesos fisiológicos.
Ejemplos	*Terapia cognitivo-conductual (consulta externa). *Programas de autocontrol. *Programas de moderación.	*Programas de tratamiento hospitalizados (institucionalización). *Tratamiento aversivo. *A.A. y Alanon.

Tabla 1.- Diferencias en los dos abordajes terapéuticos que con mayor frecuencia se emplean en el tratamiento de conductas adictivas.

Actualmente aún no se logra establecer si el problema del consumo de alcohol se debe considerar como una enfermedad o un proceso de mala adaptación, sin embargo consideramos que el profesional de la salud debe estar abierto a las diferentes posturas, para apoyar en este problema de la mejor manera, puesto que deben considerarse los factores individuales de cada sujeto y fomentar el trabajo dentro de un contexto multidisciplinario.

El problema de consumo de sustancias adictivas es una problemática mundial y en México no sólo se da en zonas urbanas por su mayor contacto con la publicidad nociva, la dificultad para distinguir entre la ingestión normal y la problemática y la complejidad fijar límites. Este problema desafortunadamente se ha generalizado tanto, al grado de llegar a afectar a zonas suburbanas y hasta las zonas rurales. Sin embargo, hasta la fecha se le ha dado mayor importancia a la atención y prevención en zonas urbanas que en las zonas rurales.

6. IMPORTANCIA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN EL CONSUMO DE ALCOHOL.

La intervención dirigida al estilo de vida en la Atención Primaria se basa en el diagnóstico y valoración, el tratamiento e intervención, el desarrollo del plan de cambio y la vigilancia y control evolutivo.

La prevención en el consumo excesivo de alcohol, así como el tratamiento y rehabilitación del alcohólico y del bebedor problema representan áreas de considerable y creciente actividad de investigación en las Ciencias Médicas y en las Ciencias Sociales en las últimas décadas debido al problema social y personal tan grande que se presentan a nivel mundial. (Ayala, H Gutiérrez, M, 1993)

Principalmente en los preadolescentes y adolescentes siendo diversos los factores que coadyuvan a ese incremento, figurando entre ellos la presión de los compañeros ya que buena parte del hábito de beber en los adolescentes es resultado de un deseo de lograr aceptación de sus compañeros, los patrones de comportamiento de los padres y familiares, los hábitos socioculturales y el contexto ambiental, todos ellos propician una compleja interacción con la personalidad del individuo (North, R, 1991). Los medios masivos de difusión influyen poderosamente en las formas de conducirse de las personas a través de sus mensajes publicitarias también un factor de riesgo importante, es disponibilidad del alcohol.

Estudios que se han focalizado en la población juvenil han encontrado que el inicio en el abuso de alcohol es cada vez más precoz en ambos sexos. El momento de máximo riesgo para el inicio en el consumo de alcohol se sitúa en la adolescencia durante el proceso de socialización, cuando el control de la conducta del joven deja de estar en manos de los padres para ir adquiriendo un cierto grado de autocontrol. (Secades, R. 1996)

Los problemas más frecuentes relacionados con el consumo de alcohol en los jóvenes no son los relacionados con los estados de dependencia crónica, sino que más bien se refieren a problemas causados por ingestiones esporádicas, los accidentes de tráfico y en el trabajo, problemas en el hogar y en el ámbito escolar (absentismo y fracaso escolar), intoxicaciones agudas y conductas agresivas.

Los problemas asociados al consumo de alcohol se consideran entre los más severos con los que se enfrenta la sociedad actual y abarcan todas las esferas de la vida personal y social del individuo (Secades. R, 1996).

La importancia del análisis del uso y abuso de sustancias adictivas, con relación a estilos de vida en la era moderna, y su asociación como factores de riesgo para padecimientos que ocupan las primeras causas de morbimortalidad en nuestro país, ha sido reconocida hace más de un cuarto de siglo. (Tapia Conyer. R, Craviotto. P, 1997)

Los resultados de una encuesta realizada en las escuelas de nivel medio y medio superior del Distrito Federal (SEP, IMP, 1991), concluyen que casi tres cuartas partes de los

estudiantes (74%) han consumido bebidas alcohólicas alguna vez en su vida; el 65% las consumió en el último año y cerca del 25% lo hizo durante el mes anterior al estudio (ENA,1991).

El consumo de alcohol se ha asociado con problemas sociales tales como accidentes de tránsito, violencia intrafamiliar y actos de homicidio y suicidio (ENA, 1991). También ausentismo en el trabajo y abatimiento de la productividad.

Los problemas escolares se duplican y los conflictos con los padres también son más frecuentes (42% entre los bebedores fuertes y 10% en bebedores moderados). La participación en riñas, pasar la noche fuera de casa sin permiso o tomar mercancía sin pagarla son acciones que se presentan en 22% de los usuarios fuertes, en 7% de quienes no bebieron mucho en el último mes y en únicamente 2% de los que no beben en absoluto (De la Fuente, Medina-Mora, 1997).

El Instituto Mexicano de Psiquiatría, realizó una investigación en el Archivo Clínico del Hospital Central de la Cruz Roja Mexicana, donde se estudiaron los principales motivos de ingreso a urgencias de dicho hospital, seleccionando todos los casos diagnosticados bajo el efecto de bebidas alcohólicas, de enero de 1981 a diciembre de 1985.

La clasificación de los motivos de ingreso por sexo fueron: lesiones intencionales infringidas (golpeados y lesionados) en el sexo masculino se presentó en el 14.6%, mientras que en el femenino el 35.2%. - Accidentes automovilísticos (choques y volcaduras y personas atropelladas por vehículos en movimiento) en el sexo masculino fueron el 17.3% y en el sexo femenino el 23.8%. - Autolesiones (caídas, lesiones accidentales e intentos de suicidio) en el sexo masculino el 22% y en el sexo femenino el 21.2%. - Problemas médicos (cirrosis, sangrado del tubo digestivo, síndrome de abstinencia, alcoholismo crónico y otros padecimientos)en el sexo masculino el 32.3% y en el sexo femenino el 14.7%. - Por otras causas en el sexo masculino el 13.7% y en el sexo femenino en el 4.9% de los casos. (Manrique, R. A., 1989)

Es importante tener en claro que las intoxicaciones en los niños y en los adolescentes adquieren generalmente unas connotaciones más graves que en los adultos, debido, sobre todo, a su menor tolerancia a la acción del alcohol.

Es necesario entender los daños que provoca el alcohol a nuestras vidas no solo a nivel orgánico, sino también a nivel social y personal como son (Secades, R, 1996):

-ACCIDENTES DE TRANSITO:

La peligrosidad del alcohol reside en sus efectos sobre el tiempo de reacción enlentece los reflejos en situaciones imprevistas del camino, disminuye el ángulo visual hasta sólo 90 grados, deteriora la acomodación y la capacidad para seguir objetos con la vista, retrasa la recuperación de la visión después de un deslumbramiento, produce somnolencia y hace perder la concentración. Además desarrolla en el conductor una confianza en su propia

capacidad para conducir por encima de la real, creándose así un desequilibrio muy peligroso.

La relación entre el consumo abusivo del alcohol y accidentes de tráfico es evidente y está rigurosamente comprobado. El riesgo de sufrir un accidente aumenta de manera proporcional a los niveles de alcoholemia, aún sin llegar al nivel mínimo permitido por la ley.

Se estima que el 4% de los conductores circula bajo los efectos del alcohol y que esta sustancia es responsable del 50% de los accidentes mortales y del 25% al 40% de los accidentes graves. Además el 35% de los siniestros se producen en fin de semana, entre las cero horas del sábado y las veinticuatro horas del domingo. Los accidentes de tráfico ligados al consumo de alcohol constituyen la causa principal de muerte entre los jóvenes y adolescentes.

-PROBLEMAS CON LA FAMILIA:

El consumo excesivo del alcohol no es un problema exclusivo de quien lo padece, sino que la familia se ve afectada en mayor o en menor grado cuando un miembro de ésta consume alcohol en exceso. El problema de alcohol en un miembro de la familia se convierte en una causa de estrés y desajustes que perturba la convivencia en el hogar y supone un importante impedimento para el desarrollo normal de las relaciones afectivas y de la comunicación familiar.

-DELINCUENCIA:

El uso de alcohol se relaciona directamente con conductas violentas y delictivas e, indirectamente, favorece la inadaptación social y la delincuencia en las personas que rodean al joven que bebe en exceso. No sólo el alcoholismo clínico, sino que el estado de intoxicación aguda está reconocido como facilitador de conductas violentas y delictivas. Cuanto más alcohol consume una persona, más aumentan las probabilidades de que cometa un acto ilegal, una falta o un delito.

-PROBLEMAS EN LA ESCUELA Y TRABAJO:

El ambiente escolar y laboral es una de las áreas más importantes en las que se hacen patentes las consecuencias del uso y abuso del alcohol.

Varios estudios han puesto de manifiesto que el fracaso escolar se encuentra asociado a un mayor nivel de consumo de alcohol. Los jóvenes con este problema faltan a clase cuatro veces más que los que no beben y la gran mayoría deja de participar en las actividades escolares y extraescolares.

Las consecuencias del consumo de alcohol en el ámbito de la empresa son también numerosas e importantes: desajuste e inestabilidad laboral, aumento de accidentes,

sanciones y despidos, aumento del ausentismo, aumento de accidentes, sanciones y despidos, incapacidad laboral, disminución de la productividad, mala imagen de la empresa y deterioro del ambiente de trabajo, entre otras.

-RELACION DEL ALCOHOL CON OTRAS DROGAS:

Uno de los mayores problemas asociados al consumo de alcohol entre los jóvenes es que puede facilitar el acceso a otro tipo de drogas. Esto ocurre siguiendo un orden: alcohol, cannabis, otras drogas ilegales (Comas, 1985). Algunos trabajos ponen de manifiesto que la edad de inicio en el consumo de alcohol está relacionada con la edad de inicio en el consumo de tabaco y de cannabis. Casi todos los jóvenes que consumen cannabis se inician con el alcohol y el tabaco. Kandel en su <teoría de la escalada> sugiere que el proceso que siguen los jóvenes en el uso de sustancias legales e ilegales se desarrolla en cuatro fases diferentes: 1) vino o cerveza; 2) tabaco y licores; 3) marihuana, y 4) otras drogas ilegales.

Debido a que la adolescencia es la etapa de la vida en la cual se presentan cambios tanto biológicos como psicológicos, se busca definir la propia identidad. Sin embargo, es justo en esta etapa, cuando el ser humano se encuentra más vulnerable ante el ambiente, lo que puede llevar al adolescente a conductas dañinas tanto para sí mismo, como para los que lo rodean. Una de estas conductas dañinas es el abuso del alcohol.

Por esta razón, es importante la prevención en general resaltando la importancia en los adolescentes debido a su vulnerabilidad.

La Encuesta Nacional de Adicciones de 1993 indica que la mortalidad por cirrosis hepática en México ocupa una de las primeras causas de muerte a nivel nacional, así como la asociación de alcohol con accidentes y actos violentos.

Dicha encuesta estimó que el 66.5% de la población entre 12 a 18 años consumió bebidas alcohólicas en los últimos dos años, es decir más de 28 millones de mexicanos. Casi tres cuartas partes de ellos (77%) hombres. Respecto a los bebedores entre 12 y 18 años, la prevalencia fue del 53.7%, equivalente a unos 5 millones de adolescentes que han consumido bebidas embriagantes.

Al estratificar por región, se destaca que la prevalencia de bebedores es mayor a la media nacional en la Región Occidental (Aguascalientes, Colima, Jalisco, Nayarit y Zacatecas), con un 78%, en la región que comprende el Distrito Federal y zona conurbada con un 73.4%; y en la región centro (Hidalgo, Guanajuato, México, Morelos, Puebla, Querétaro y Tlaxcala) con un 69%.

El menor índice se presentó en la Región Nororiental (San Luis Potosí, Nuevo León y Tamaulipas), con una frecuencia de bebedores del 54.4%, lo que implica que casi la mitad de la población en esta región no bebió durante los últimos 2 años.

Para definir el concepto de embriaguez, se identificó solo a la población que refirió consumo de 5 copas o más por ocasión y manifestó haber llegado hasta el estado de

ebriedad. El 23% de los bebedores llegó a la embriaguez (cerca de 6 millones de individuos). De estos, el 7% (350,000) son adolescentes, entre quienes prevaleció la población masculina con una razón de 7 hombres por cada mujer.

La cerveza es la bebida de mayor consumo a nivel nacional (70.9%); alrededor de la mitad de la población bebedora consume destilado (48.8%) y poca más de una cuarta parte (28%) vino de mesa; los coolers se consumen por un 10%; el 5% toma pulque y en cantidades menores al 1% (0.4%), alcohol de 96 G.L.

Respecto a la dependencia de alcohol, la prevalencia nacional fue del 9%; es decir, cerca de 3 millones de individuos, los cuales fueron en su gran mayoría varones (19.5%) y la prevalencia en mujeres fue de 1.2%.

Respecto al alcohol la ENA-1993 estimó que entre los habitantes urbanos de 18 a 65 años, 25.4% reportaron ser no bebedores (7.1% hombres y 18.3% mujeres) y 8.1% se manifestaron como ex bebedores (3.3% hombres y 4.8% mujeres). Sin embargo, el índice de personas que abusan del alcohol es también elevado; el consumo consuetudinario muestra cifras de 4.9% del total de consumidores, y 23.8% de la población bebedora consumió alcohol en el último mes, 16.2% en la última semana y 3% más de cuatro veces en la última semana. 23.4% de los bebedores que consumieron bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses lo hicieron hasta embriagarse; de ellos 88.9% fueron hombres (7% menores de 18 años y 40.3% de entre 35 y 44). Estos datos indican que la población mayor de 35 años es la que tiene el riesgo más alto de embriagarse, sin olvidar el 7% que representan los adolescentes.(salud mental). Al estratificar por región, destacó un mayor consumo en la Cd. de México y zona conurbada, así como en la región occidental, en el norte del país se presentaron las frecuencias más bajas, principalmente en Tamaulipas, Nuevo León, Coahuila y Chihuahua. (panorama epidemiológico).

Los registros de accidentes de tránsito en el Distrito Federal debido a que el conductor se encontraba bajo efectos del alcohol pasó de 8.3% en 1968 a 9.3% en 1993.

La participación del alcohol en los delitos ha tenido un incremento de 6% en los últimos años.

Entre los homicidas sentenciados reclusos en la penitenciaría del D.F, se encontró que el 49% había ingerido bebidas alcohólicas antes de cometer el delito.

El abuso de consumo de alcohol trae como consecuencia costos muy elevados en cuanto a pérdida de productividad en el trabajo y la atención médica por lesiones y desórdenes relacionados, además del sufrimiento moral de las personas directa e indirectamente afectadas por el abuso de alcohol.

El suicidio es uno de los riesgos asociados con el abuso de bebidas alcohólicas aun cuando no existan antecedentes de alcoholismo. La literatura internacional se muestra que el suicidio entre los alcohólicos es 75 veces superior al observado en la población general.

En México en 1993, las defunciones por suicidio, homicidio y accidentes bajo los efectos del alcohol registrados en el Servicio Médico Forense del D.F. (SEMEFO) representaron 47%, 17.6% y 9.3% del total, respectivamente.

A pesar del énfasis puesto en la prevención, es necesario integrar en la intervención la prevención, el tratamiento y el mantenimiento. La intervención en tratamiento debe contemplar la identificación de casos y el tratamiento adecuado para un padecimiento específico, que incluye la reducción de la probabilidad de futuros problemas. Para el mantenimiento de la salud se requiere, por un lado, el compromiso del paciente con un tratamiento a largo plazo, para reducir la posibilidad de recaídas y, por el otro, la previsión de servicios posteriores al tratamiento. La intención de ambas acciones es reducir los daños del problema.

La investigación actual en torno a la prevención del alcoholismo y la integración de grupos de diversas disciplinas en las áreas teóricas y de campo han propiciado la combinación de modelos de prevención en acciones específicas, buscando la pre-intervención e intervención preventivas. El previo diagnóstico, logra desarrollar técnicas y acciones de intervención, así como de evaluación adaptándose a una realidad cambiante.

Dependiendo del interés de la intervención preventiva, la acción se puede enfocar en los siguientes aspectos: identificar al grupo específico de acuerdo con la prevalencia del problema, los factores de riesgo y las posibilidades de intervención; identificar los objetivos en relación con las características del problema y definir las estrategias de acción apoyadas en la información obtenida; desarrollar destrezas de intervención dirigidas al individuo (huésped), al agente (alcohol) y al medio ambiente (entorno social); desarrollar tácticas de costo-beneficio para llevar a cabo la intervención y, finalmente, elaborar y adaptar el instrumento para su prueba.

6.1 Modelos de Prevención en el consumo de alcohol.

Dentro de algunos ejemplos de modelos de prevención en el consumo de alcohol se pueden mencionar los siguientes:

- ☼ Modelos del Control de Consumo.
- ☼ Modelo de Salud Pública.
- ☼ Modelo Psicosocial.
- ☼ Modelo Sociocultural
- ☼ Modelo Comprensivo de Prevención.

1) Modelos del Control de Consumo

Se apoya en el nuevo movimiento de temperancia, vinculado a su vez con el prohibicionismo aplicado en Estados Unidos durante la década de los veinte (prohibición

total de elaboración, distribución, venta, posesión o consumo de cualquier bebida alcohólica).

Las premisas de este paradigma (Hanson, 1996), también basado en el modelo de salud pública, proponen que: el alcohol es la única causa de los problemas relacionados con su abuso; la disponibilidad de las bebidas alcohólicas determina la cantidad que se va a consumir; la cantidad, el propósito y el contexto social de lo que se bebe – y no la forma-determinan la magnitud del problema; los esfuerzos educativos deben dirigirse a los problemas provocados por el consumo de alcohol y, por ende, debe alternarse la abstinencia.

Ante el fracaso del prohibicionismo y atendiendo a un sentido mínimo de la realidad, quienes apoyan este modelo pretenden disuadir el consumo proponiendo una variedad de medidas: aumentar el impuesto en las bebidas alcohólicas; limitar los lugares de su venta y consumo; restringir la licencia para la apertura de nuevos lugares de consumo; reducir el contenido alcohólico en las bebidas; prohibir y/o disminuir su publicidad; sancionar su promoción en eventos deportivos y campos universitarios, entre otros; utilizar un mensaje preventivo en la publicidad; exigir la inclusión de la leyenda preventiva en los envases; requerir que se exhiba una seria advertencia en los lugares de venta y consumo de bebidas alcohólicas.

Para este modelo el problema fundamental es el alcohol, más que su abuso, por lo que se aboca a desanimar el consumo en lugar de prevenir su uso excesivo. El movimiento de temperancia tiende a estigmatizar el alcohol y al bebedor. Distingue sólo entre abstemios y borrachos: la abstinencia está bien, beber está mal. El consumo moderado y/o responsable queda, desde luego, descartado.

2) Modelo de Salud Pública.

Este modelo, se apoya en los avances de la epidemiología y entiende los problemas de alcohol como resultado de una interrelación individual, interpersonal y social. Esta perspectiva posibilita acciones diversas para la prevención y tres son los elementos que actúan conjuntamente para propiciar o atenuar problemas específicos: el agente (bebidas alcohólicas), el huésped (el individuo, que puede ser susceptible o vulnerable a los efectos del alcohol) y el medio ambiente (entorno físico, interpersonal o social que regula y/o expone al individuo al alcohol y que interviene en los riesgos que este produce). Este concepto incluye el entorno macro y microsocioal, integrado por áreas como la legislación, los aspectos económicos, las normas y valores.

La legislación regula aspectos como el manejar en estado de intoxicación, la restricción de la venta de alcohol a menores y la definición de prácticas de venta. Los aspectos económicos incluyen el aumento de precios y/o impuestos de las bebidas alcohólicas; fijar reglas a las promociones de consumo y a los horarios y lugares de oferta. Las normas y los valores contemplan las actitudes, creencias y percepciones en torno al alcohol así como los

efectos de los medios de comunicación. Los efectos físicos se refieren a las consecuencias en el organismo del bebedor y el entorno inmediato.

Este modelo parte de que los problemas no son producto de una sola razón o causa y que las diferencias en la interacción, aun las sutiles, definen el tipo y magnitud de las consecuencias. El valor de esta perspectiva es que induce a la conciencia y comprensión del problema. Se dirige al bebedor y enfoca la atención en la interacción entre el individuo y su medio ambiente.

3)Modelo Psicosocial

Este acercamiento otorga mayor importancia al papel del individuo como elemento activo en la tríada agente-huésped-medio ambiente y a su uso del alcohol. El modelo se refiere al significado y función del consumo en la persona, por lo que distingue entre cantidades, frecuencias y modalidades del uso, así como los efectos que provoca en cada consumidor. Analiza la influencia en la interacción con otras personas (familia, amigos, compañeros, comunidad inmediata); concibe el entorno como un elemento que incide en el uso y en los problemas derivados del alcohol así como en la reacción ante ellos.

Por la importancia que el modelo atribuye a los individuos y a su comportamiento, así como a los factores sociales, propone medidas que no están vinculadas específicamente con el alcohol pero que son igualmente aplicables a otros comportamientos de carácter destructivo e irregular. Entre ellas figuran el fomentar estilos de vida saludables (dieta balanceada, ejercicio, no fumar, beber con moderación) apoyados en el proceso de cambio de actitudes y reforzados por programas preventivos.

Otra de las tácticas es la teoría del aprendizaje social, resulta ser muy valiosa para la prevención: su fundamento es que los niños, a través de la observación e imitación, interiorizan las conductas de los adultos para definir su propia conducta. Según este modelo, el proceso de aprendizaje es permanente, por lo que la persona puede desarrollar en cualquier momento habilidades que le permitan ser eficaz y eficiente para autorregular su conducta.

4)Modelo Sociocultural

Este paradigma afirma que “diferentes creencias y actitudes sobre el alcohol y sus efectos se combinan con creencias y actitudes acerca de qué, cómo, cuándo y con quién se debe o no consumir”. También se toman en cuenta las actitudes acerca de los significados de todo ello, al relacionarlas directamente con la frecuencia de los problemas asociados la consumo y la distinta naturaleza de éstos al presentarse en diferentes culturas.

El modelo sociocultural también se sustenta en los siguientes supuestos (Hanson,1996): el abuso del alcohol -no el alcohol en sí- es lo que ocasiona los problemas; es importante distinguir el uso del abuso; éste se puede reducir educando al individuo para que tome una de dos decisiones: abstenerse de beber o beber responsablemente. En razón de que muchas

personas eligen beber, es importante que las normas sean claras sobre lo que es un comportamiento aceptable y lo que no lo es, evitando la ambigüedad.

Otro supuesto es que los consumidores deben aprender a beber en forma gradual, primero en casa con los padres, y más adelante reforzar esta idea con la educación formal. Esta educación debe dirigirse a la promoción del uso moderado y/o responsable del alcohol, así como a respetar la posición de abstinencia en las personas que deciden no beber.

5) Modelo Comprensivo de Prevención

Este modelo comprensivo ofrece una combinación de estrategias que se relacionan con las necesidades individuales y el nivel de consumo que va desde el no consumo hasta la dependencia, incluyendo un rango considerable de acciones dirigidas a la prevención.

La prevención primaria se aprecia como la transición entre el no consumo y el inicio de éste. El programa puede enfocarse a adolescentes y jóvenes que están avanzando hacia las prácticas experimentales de consumo ocasional o frecuentemente. Además previene el consumo de alcohol como parte de un estilo de vida. Si el abuso se manifiesta y se convierte en un problema, la prevención habrá de ser sustituida por un programa de tratamiento.

El modelo comprensivo integra múltiples componentes adecuados para atender al individuo, la familia, los grupos y la comunidad. Unos ejemplos de este tipo de programas son:

Programas de información: Explica el daño que ocasiona en el organismo y psicológicamente el abuso del alcohol. El programa informativo incluye campañas y cobertura de eventos preventivos en los medios de comunicación así como educación sobre el consumo y material audiovisual (Shoemaker, 1989)¹⁰.

Programas educativos: Están desiguando para cubrir deficiencias educativas en las habilidades sociales y psicológicas, mejorar la comunicación interpersonal, promover la conciencia y la comprensión sobre el problema y brindar herramientas para tomar decisiones saludables ante la presión social. Las investigaciones en esta área sugieren que los éxitos académicos y la motivación pueden servir como factores que protegen del abuso del alcohol y el alcoholismo.

Programas alternativos: Dar atención específica a grupos en riesgo.

Programas de intervención: Estos son apropiados para población en riesgo que necesita atención especial para reconocer la dependencia; simultáneamente plantea actividades de rehabilitación que pueden parecer acciones de intervención en crisis. La intervención preventiva también se puede realizar en la comunidad al crear lugares libres de alcohol en el trabajo, en la escuela y en áreas comunitarias, además de legislar y reforzar el cumplimiento de las mismas a través de la población. Los programas alternativos, por su parte, brindan atención específica a grupos en riesgo.

¹⁰ Díaz-Leal. L., "La prevención", Beber de tierra generosa, México, 1998.

A partir de los anteriores modelos de prevención se puede decir que el trabajo preventivo es una actividad que se debe realizar prácticamente desde que el individuo nace y a lo largo de toda su historia, brindando los elementos necesarios para su adaptación al medio y para enfrentar de manera más adecuada, consciente y responsable los riesgos que el entorno le presenta.¹¹

La prevención es muy importante en el desarrollo del individuo, evitar la presencia o el crecimiento de un problema es básico para su desenvolvimiento como ser funcional en la sociedad y representa un ahorro personal, familiar y económico. La Atención Primaria como ya se mencionó se imparte a un primer nivel de prevención, cuando el problema no se ha presentado. Los periodos de la preadolescencia, la adolescencia y tristemente hasta la infantil representa etapas de riesgo para el inicio de consumo de alcohol y en general de cualquier sustancia adictiva, por eso pueden considerarse como un foco de principal interés para realizar prevención de primer nivel, sin embargo esto no significa eliminar las demás etapas cronológicas del individuo.

¹¹ Díaz-Leal. L., "La prevención", Beber de tierra generosa, México, 1998.

7. MÉTODO

Para hacer el análisis de las experiencias que se presentan en este trabajo, se plantean las siguientes etapas:

7.1 Diagnóstico comunitario.

Mapeo de las zonas.

Diagnóstico situacional

Búsqueda de información en el INEGI, en la Jurisdicción de Huamantla, el Registro Civil de Huamantla y el Centro de Salud.

Toma de fotografías.

Aplicación de los instrumentos.

Entrevista Individual, la cual consta de: datos generales, miembros que componen la familia y viven en su casa, años de vivir o trabajar en el lugar, opinión de la comunidad (favorable - desfavorable), lo que más le gusta y los problemas que encuentra en ella, organizaciones (salud, educativas, recreativas), servicios; así como si los utiliza o no, e interés para participar en actividades para el mejoramiento de su comunidad. (Ver Anexo 12.1)

Evaluación de Estilos de vida (Skinner 1985)

Esta prueba se realizó en Estados Unidos y se contesta por medio de microcomputadoras.

En Estados Unidos y Canadá la *confiabilidad* para este instrumento, es la consistencia que los individuos muestran de una respuesta, hacia elementos en una única ocasión (consistencia interna) o a través de 2 ocasiones (test-retest). El reciente estudio de test-retest de CLA (Skinner, Pálmer, Sánchez - Craig & McIntosh, 1987), comprueban que las correlaciones reflejan la estabilidad entre las 2 pruebas para la evaluación de los pacientes. Utilizando la Prueba T, se observó que no hay diferencias significativas, en la mayoría de los casos la media de la primera y la segunda prueba eran virtualmente idénticas. Se presentó un alto nivel de consistencia entre las dos .92 y una Kappa de .74. Los factores de el estilo de vida pueden ser muy confiables y fácilmente recabados usando microcomputadoras.

En lo referente a la *validez*, si hay diferencias entre los datos que se reciben en las computadoras y los resultados médicos, observándose que son o pueden ser más confiables en algunas categorías en la computadora, ya que los individuos dan una información más detallada acerca de áreas sensitivas a las computadoras que al personal médico, por ejemplo:

Situaciones sexuales, en mujeres; consumo de alcohol, etc, en donde no se ha visto mucha diferencia es en el consumo de drogas.

Otra ventaja de las microcomputadoras es el bajo costo, así como el hecho de que situaciones que el personal médico no toma en consideración por la falta de información proporcionada por el paciente, la microcomputadora si los tiene. Un aspecto final es la

latencia de respuesta, para detectar respuestas inconsistentes o inexactas. En el campo de la personalidad la latencia de respuestas son los mejores predictores de si un individuo cambiará sus respuestas en una pregunta en el retest.

Cuando se tiene la latencia de respuestas en niveles altos, se puede emplear la pregunta de otra forma, para incrementar la exactitud de la respuesta.

En realidad la mayor validez de el cuestionario de estilos de vida, es la importancia social que esto representa, al ser el tipo de vida que un sujeto tiene, un factor muy claro e importante para predecir y saber la calidad de vida de este.

Este cuestionario consta de 84 reactivos que tienen como objetivo detectar factores de riesgo en diferentes áreas de la vida cotidiana del sujeto. Estos 84 reactivos se dividen en 9 categorías¹²: (Ver Anexo 12.2)

- Uso de Medicamentos y Cuidado Médico que evalúa el chequeo odontológico, chequeo médico, chequeo de presión, uso de medicamentos sin respetar la prescripción médica, interés de un cambio en el cuidado médico (4 reactivos).
- Nutrición y Hábitos Alimenticios que evalúa el consumo de comida frita, uso de manteca, uso de sal, consumo de comida chatarra, cantidad de refrescos ingerida, consumo de alimentos con fibra, consumo de café, preocupación por la alimentación, interés de un cambio en la alimentación (10 reactivos).
- Actividad Física que evalúa la actividad física, uso escaleras, día típico de trabajo, trabajos fuertes o pesados, tiempo para ver la TV o jugar juegos de video, preocupación por la salud en cuestión al ejercicio (6 reactivos).
- Sueño que evalúa el número de horas de sueño, problemas para dormir, problemas para volver a dormir si se despiertan en la noche, perdida de sueño por preocupaciones, percepción del tiempo de sueño, preocupación por el tipo de sueño, interés de un cambio en el estilo de dormir (7 reactivos).
- Relaciones Sociales que toma en consideración el número de amigos o parientes, visita a amigos o parientes, satisfacción por el apoyo, sentirse valioso, pertenecer a un grupo religioso, pertenecer a un grupo social, interés de un cambio en las relaciones sociales o en la comunidad (8 reactivos).
- Interacción Familiar que evalúa la satisfacción con la familia, compartir con la familia, amor en la familia, que pasa en la familia, solución de problemas, saber que va pasar si se hace algo mal, decir cosas que molestan, reglas en la familia, si la familia dirige la vida del sujeto, si se escuchan entre ellos, la aplicación de castigos justos, saber que pasa si alguien está enojado, serio, u otra cosa, libertad para hablar, abuso físico, abuso sexual, y si recibió ayuda en cualquiera de los dos casos, preocupación por un abuso físico, interés de cambio (19 reactivos).
- Trabajo y Uso de Tiempo Libre que evalúa la satisfacción con el tiempo libre, satisfacción con el descanso, satisfacción con el tiempo que tiene para todas sus

¹² El Cuestionario de Estilos de Vida se aplicó de manera personal a los sujetos de estudio.

actividades, interés de cambio. Satisfacción con el trabajo actual, estrés o presión por el trabajo, interés en un cambio (6 reactivos).

- Situación Emocional que evalúa los momentos de felicidad, de calma, nervios, tristeza, depresión, estrés, dificultad para reír, sentirse con poca energía, placer con lo que se tiene, interés de un cambio en su situación emocional (10 reactivos).
- Consumo de sustancias que evalúa si el sujeto fuma, tiempo de fumar, número de cigarrillos al día, si considera estar fumando mucho, preocupación por fumar, si le sería difícil dejar de fumar, consumo de drogas, que droga, preocupación de la salud por el consumo de estas, interés de cambio en estas situaciones (12 reactivos).

7.2 Intervención.

Análisis de Resultados del Diagnóstico.- Analizar la información que se recabó por medio de los cuestionarios utilizados, analizando tanto la información formal como informal.

Identificación de problemas.- Realizar un análisis de la información recabada, para la detección de los principales problemas y necesidades reportados por los sujetos de la comunidad.

Establecimiento de diferencias y similitudes.- Análisis comparativo entre las dos comunidades de investigación (comunidad rural y comunidad urbana) para la detección de diferencias y similitudes más importantes.

Desarrollo de una breve intervención.- Considerar la información obtenida para la elaboración y aplicación de un programa enfocado a las problemáticas más importantes en la comunidad buscando que sea funcional para ésta.

Búsqueda bibliográfica.- Recabar información que sea de utilidad para entender las situaciones que se viven en la comunidad y dar opciones realistas y claras a los problemas.

Preparación del material didáctico.- Preparar un material, claro, preciso, conciso y dinámico.

Elaboración de guión.- Es necesario considerar las características de la comunidad para que la información sea clara y útil para ésta.

Elaboración de cuestionarios de evaluación.- Preparar cuestionarios que lleven al análisis claro de los objetivos iniciales de la intervención, estos deben ser claros y precisos.

Establecimiento de escenarios para la intervención.- Buscar apoyo de las instituciones, gubernamentales, de salud y /o comunitarias para contar con espacios con las características adecuadas para la impartición de la información.

7.3 Evaluación.

Elaboración y aplicación del Cuestionarios.

Cuestionario de Detección de Conocimientos.- Consta de 6 reactivos de tipo Licker; este instrumento se aplicó antes y después de la impartición de la plática (Pre- Post), para saber si existían diferencias en los conocimientos que los sujetos presentaban antes y después de la plática. (Ver Anexo 12.3)

Cuestionario de Satisfacción.- Consta de 5 reactivos de tipo SI/NO y una pregunta abierta, para evaluar el grado de satisfacción de la población con respecto a la plática. (Ver Anexo 12.4)

Análisis de los Cuestionarios.

El análisis de los resultados obtenidos en los cuestionarios fueron en base a las frecuencias absolutas observando las diferencias y similitudes de las tendencias grupales.

A partir del análisis comparativo de las experiencias de diagnóstico, intervención y evaluación, se realizará una propuesta que intente identificar los alcances y limitaciones que se presentaron, integrando alternativas que puedan apoyar a otros trabajos de atención primaria en la salud.

8. RESULTADOS

8.1 COMUNIDAD URBANA.

8.1.1 DIAGNÓSTICO

Dentro del proceso de diagnóstico se realizó un mapeo de la zona, un diagnóstico situacional, así como la aplicación del Cuestionario de Detección de Conocimientos y el Cuestionario de Satisfacción en donde se obtuvo la siguiente información: Ubicación Geográfica, Características de la zona (Población, Obras de Vialidad, Obras Hidráulicas, Viviendas, Servicios de limpieza, Servicio Comerciales, Alumbrados y vías de comunicación, Áreas recreativas y culturales, Instituciones Escolares y Niveles de Alfabetización, Servicios de Salud y Líderes) y la información obtenida del Cuestionario de Entrevista Individual y del Cuestionario de Estilos de Vida.

Se realizó la aplicación de los cuestionarios a una población de 40 sujetos de edades entre 16 a 43 años.

■ *Ubicación geográfica.*

La Colonia Pedregal de Santa Ursula se encuentra ubicada en la Delegación Coyoacán. Delimita al norte con la Av. Popocatepetl, al sur con la Av. Alejandro y Av. Estadio Azteca, al este con la calle San Samuel y al oeste con la Av. San Guillermo.

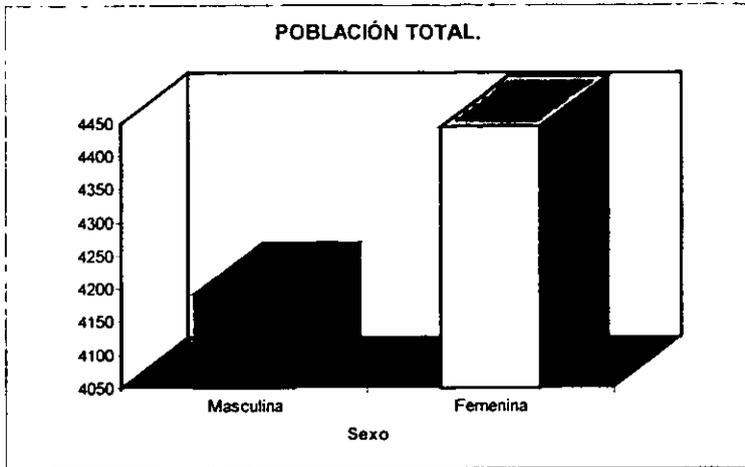
El área de estudio delimita al Norte con Av. San Gonzalo, al sur con Av. Santa Ursula, al este con la calle San Emeterio y al oeste con la calle San Isauero.

Las calles donde se llevaron a cabo las entrevistas fueron:

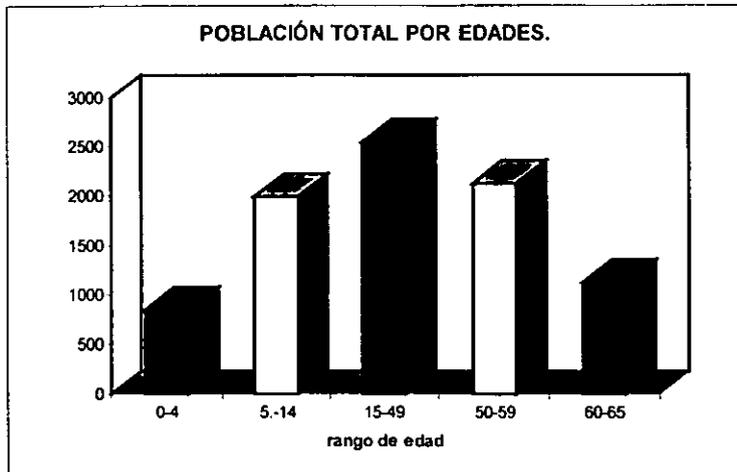
- * San Isauero,
- * San Federico,
- * San Emeterio.

■ *Características de la zona*

Población.- La población de la comunidad es proporcional de hombres y mujeres.(Gráfica. 1). Con rangos de edad de 0-4, 5-14. 15-49, 50-59 y 60-65 años (Gráfica 2)



Gráfica 1.- Población por sexo.
N=8638.
INEGI, 1995.



Gráfica 2.- Población por edades.
N=8638
INEGI, 1995.

Obras de Vialidad.

La zona cuenta con pavimentación, aunque no en buen estado. Las banquetas sobrepasan el nivel adecuado para su uso, dificultándolo aún más para niños muy pequeños y sujetos de edad avanzada; así como la presencia de cascajo y material de construcción que impiden el uso de éstas.

Obras Hidráulicas.

La zona cuenta con obras de drenaje; sin embargo, el mantenimiento de estas ha ocasionado problemas tales como:

- Obstrucción de las coladeras debido a la gran cantidad de basura tanto orgánica como inorgánica y la falta de higiene de los miembros de la comunidad.
- Mal estado de las rejillas de las coladeras en esta comunidad, lo que ha ocasionado su robo a colonias aledañas para ser adaptadas.

Viviendas.

Una gran parte de las viviendas se encuentran en obra negra, y el resto no presenta acabados definidos, estando en tabiques o en concreto sin pintar. (Tabla 2)

VIVIENDA

Techos	Paredes	Pisos
Losa	tabique	cemento
1302	1703	1471
lámina	madera	Otros
432	17	246

Tabla 2.- Número de casas que presentan los diferentes tipos de materiales para su construcción.

Servicios de limpieza.

El servicio de limpieza es eficiente, ya que el camión recolector, realiza su recorrido por la zona diariamente; sin embargo, los miembros de la comunidad tiran basura indiscriminadamente sin barrerla posteriormente. Lo que provoca que las calles se encuentren sucias, así como la presencia de fauna nociva como son ratas, cucarachas, etc.

Servicios Comerciales.

Cuenta con los siguientes: (Tabla 3)

COMUNIDAD URBANA
tiendas de abarrotes
misceláneas
cremería
pollerías
recauderías
servicio automotriz
hojalatería y pintura, taller mecánico
consultorio dental

Estética
Papelerías
cancelería de aluminio y vidrio
materiales de construcción
asesoría contable y fiscal
tienda naturista
laboratorio de análisis clínicos
mercado sobre ruedas
mercado fijo
servicios independientes (trabajos de plomería y electricidad, puestos de dulces, puesto de jugos, puesto de comida).

Tabla 3.- Comercios en las zona urbana.

Alumbrado y vías de comunicación.

Las calles cuentan con servicio de alumbrado público.

La zona está comunicada principalmente por la Avenida Santa Ursula, la cual está bien ubicada, ya que se puede tener acceso a ella por varias vías.

El servicio de transporte es suficiente y continuo.

Cuenta con líneas telefónicas privadas, así como con servicio de teléfonos públicos distribuidos adecuadamente.

Áreas Recreativas y Áreas Culturales.

Áreas de recreación :

- Deportivo Zapata,
- Deportivo Huayamilpas,
- Deportivo Santa Ursula,
- Deportivo Durango,
- Centro Femenil,
- Parques,
- Gimnasio Ajusco.

Áreas culturales:

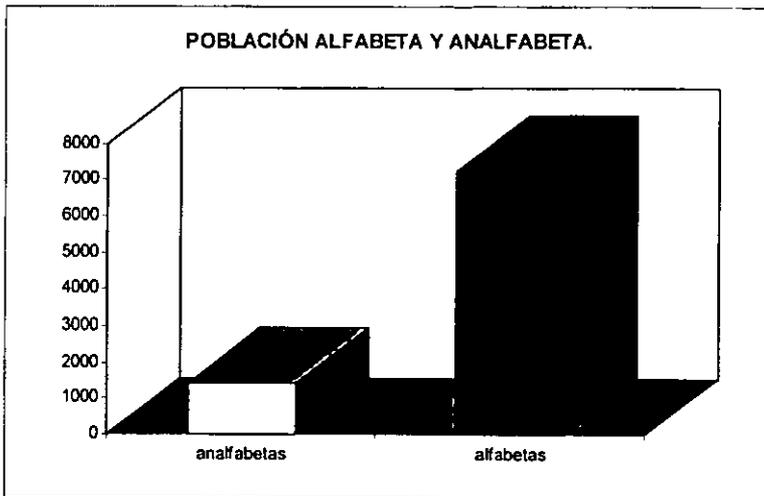
- Centro Comunitario Santa Ursula,
- Centro Femenil.

Instituciones Escolares y Niveles de Alfabetización.

Cuentan con las siguientes instituciones educativas:

- * Jardín de Niños: Nieves, y uno ubicado dentro del Centro Femenil.
- * Primarias: López Mateos, Basurto, Librado, Gabriela Mistral y Suazilandia.
- * Secundarias: Diurna 157, Diurna 30, Técnica 67.

La mayor parte de la población presenta una preparación Secundaria, siendo la mayor parte alfabetas. (Gráfica 3)



Gráfica 3.- Alfabetas y analfabetas de la población.
N=8638
INEGI, 1995.

Servicios de Salud.

- * Centro de Salud Santa Ursula,
- * Centro Doctor Roviroso,
- * Centro Femenil.

Líderes.

No existen líderes formales.

- *Cuestionario de Entrevista Individual y Cuestionario de Estilos de Vida.*

De la información obtenida de los cuestionarios aplicados para el diagnóstico de la zona se puede observar lo siguiente:

Datos Generales.- El 75% de las entrevistas se realizaron en comercios y el 25% en viviendas. El 65% corresponde al sexo masculino y el 35% al sexo femenino. Las edades oscilan entre los 16 y los 43 años. La educación predominante es la secundaria (42%). El 62% de la población entrevistada es casada o vive en unión libre. Las familias en general son pequeñas, el 30% de las familias están constituidas por 4 miembros. El 62% no tienen dentro de su familia niños (0-12 años), el 65% no tienen dentro de su familia adolescentes (13-19 años), el 37% tiene dentro de su familia adultos jóvenes (19-30 años), el 50% tiene dentro de su hogar adultos (31-50 años), el 70% tiene dentro de su familia ancianos (60 años o más). El 40% de las personas entrevistadas reportan que dos de los habitantes de su hogar tienen remuneración económica.

El 30% tiene de 10 a 19 años de habitar o trabajar en la zona

El 77% tiene una opinión favorable de su comunidad y el 22% tiene una opinión desfavorable. Al 32% lo que más les gusta de su comunidad son los servicios y al 22% lo que más les disgusta es el vandalismo. El 87% conoce los centros de salud que existen dentro de su comunidad; sin embargo, el 50% los utiliza, el 80% conoce 3 o más organizaciones educativas; sin embargo, el 57% no las utiliza, el 62% conoce 3 o más organizaciones recreativas y el 70% las utiliza, el 87% considera que su comunidad cuenta con todos los servicios comunitarios y el 100% los utiliza.

Al 80% de los sujetos entrevistados le gustaría participar en una segunda etapa del estudio.

Uso de Medicamentos.- En esta categoría podemos observar que no hay cuidados con la salud de modo preventivo, al ser mínimo el cuidado dental (50%). El cuidado médico con mayor frecuencia es de 42%. Se reporta un seguimiento del 79% en las prescripciones médicas, sin embargo el 50% de la población está contemplando cambiar o están dispuestos a realizar un cambio en esta área.

Nutrición y Hábitos Alimenticios.- En esta categoría, se presentan más factores de riesgo que protectores, que pueden afectar su salud como por ejemplo; el consumo de sal (50%), el consumo fibra (45%). Sin embargo, un factor protector es el hecho de que el consumo de refresco es poco ya que el 17% consume sólo 5 refrescos en promedio a la semana, el 50% consume algunas veces comida chatarra y el 72% comida frita algunas veces. El 32% no tiene idea de cambio.

Actividad Física.- En general los sujetos no realizan ejercicio regularmente (47%), pero se realizan otras actividades como subir escaleras (67%) y caminar (40%), y evitan realizar trabajos fuertes o pesados (80%). Sin embargo, al 52% no le preocupa que su salud se vea afectada por algo relacionado con esto.

Sueño.- En general la comunidad presenta adecuados hábitos de sueño, ya que el 65% duerme entre 7 y 8 horas; aunque en algunas ocasiones con poca frecuencia el 42% presentan algún problema para dormir; esto se presenta cuando tienen preocupaciones o tensiones que los hace perder el sueño (45%).

El 52% no lo considera como un problema. El 35% no tiene la idea de un cambio.

Relaciones Sociales.- El 97% reporta una interacción social frecuente, el 32% perciben que no necesitan realizar cambios en esta área, sintiendo satisfacción tanto por sus relaciones sociales como por el valor y el amor que los demás les demuestran; sin embargo, el 60% de la población no pertenece a algún grupo religioso y el 87% no pertenece a ninguna organización social.

Interacción Familiar.- En general hay satisfacción por la unión familiar (95%), el amor (97%), la comunicación (75%) y libertad en la familia (85%), reportando organización y cohesión. En el 85% de los casos, no se presentan problemas de abuso físico y en el 97% no se presentan problemas de abuso sexual.

El 50% no tiene ni la idea, ni la intención de cambio y a un 20% le gustaría cambiarlo.

Trabajo.- El 87% está satisfecho con el trabajo que realizan, pero algunas veces (42%) se llega a presentar estrés, que es un factor de riesgo que presenta la mayoría de los sujetos. Sólo al 15% les interesaría realizar un cambio en esta área.

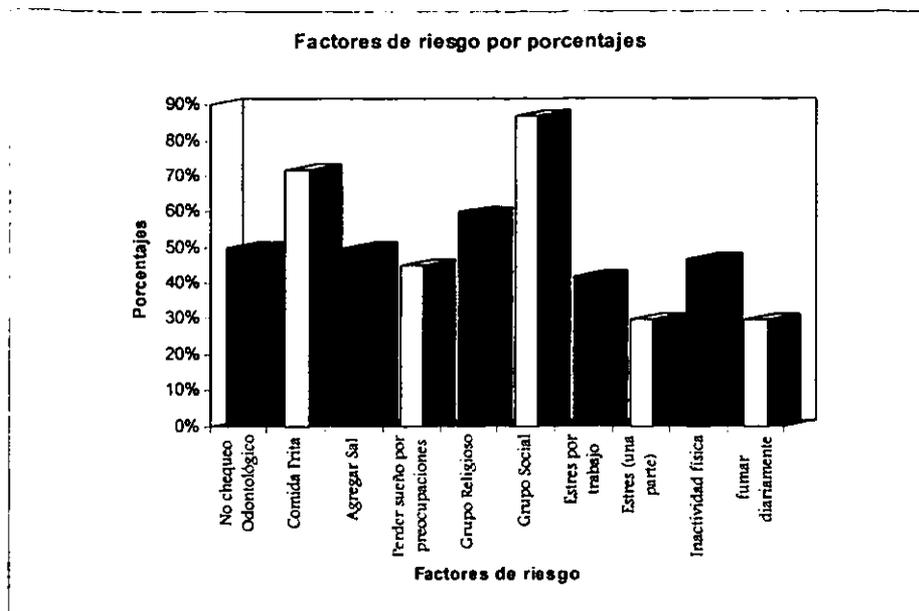
Uso de Tiempo Libre.- En esta categoría, hay satisfacción con el tiempo libre (82%), el tiempo de descanso (82%) y el balance entre las diferentes actividades (87%), como trabajo, familia, cuidado de uno mismo, etc; sin embargo, el 95% tiene idea de un cambio.

Consumo de Substancias.- En esta categoría el 25% de los sujetos consumen cigarrillos ocasionalmente y el 30% consumen cigarrillo diariamente, con respecto al tabaco los sujetos que fuman muestran preocupación por su salud (45%), sin embargo, hay poca disponibilidad de cambio en este factor (40%). El 92% de la población no consume drogas y con respecto a este factor (90%) y a la ingesta de alcohol (65%), los sujetos han decidido no hacer cambios.

Salud Emocional.- En general los sujetos mencionan estar felices (62%) la mayor parte del tiempo, estar tranquilos (35%) una parte del tiempo, con un sentimiento de placer (65%) la mayor parte del tiempo y sin dificultad de reír (65%) en ningún momento.

El 77% se sienten nerviosos muy poco tiempo y el 45% se siente estresado la mayor parte del tiempo, el 50% se sienten tristes muy poco tiempo, el 15% se siente deprimido una parte del tiempo y el 25% se siente con poca energía una parte del tiempo. El 65% no tiene la idea de realizar un cambio.

(Gráfica 4)



Gráfica 4.- factores de riesgo.
N=40.

8.1.2 INTERVENCIÓN.

Se realizó una plática informativa con el fin de proporcionar información útil y clara a la comunidad en relación al problema del consumo de alcohol. Se impartió a una población de 54 sujetos de edades de 14 a 16 años (29 mujeres y 25 varones), en la Secundaria Técnica N° 67 el día 20 de Mayo de 1999.

Se maneja una dinámica interactiva con los adolescentes a modo de conocer sus dudas y sugerencias sobre el consumo de alcohol. En donde se siguieron los siguientes pasos:

- o Presentación de los ponentes.- Dar información acerca de quienes son las personas que van a impartir la información en la plática, por que y para qué la van a impartir.
- o Presentación de los asistentes.- Pedir a los asistentes que se presenten uno a uno con el grupo y pedirles que tengan a la vista sus nombres para facilitar la interacción y su integración a la plática.
- o Información a los participantes del trabajo de diagnóstico en la comunidad que dio lugar a la plática.- Explicar a los participantes, cual ha sido el trabajo que se realizó en su comunidad para la detección de problemas y reportarles los resultados obtenidos que justifican el tema a tratar en la intervención.
- o Selección de Temas a tratar.- Dentro de cualquier plática es necesario tener claros los temas que se van a tocar durante la plática, considerando, el lenguaje, el tiempo, la solución de dudas y comentarios durante la intervención. En relación con el tema del

consumo de alcohol se seleccionaron los siguientes temas: Problemática social del consumo excesivo de bebidas alcohólicas, cómo se metaboliza el alcohol en el organismo, Factores de riesgo y Factores protectores en el consumo de alcohol, consecuencias tanto a nivel físico como social del consumo de bebidas alcohólicas, técnicas de consumo responsable de alcohol y técnicas de detección de consumo de alcohol en adolescentes.

*La aplicación del Cuestionario de Detección de Conocimientos, se realizó antes y después de la plática (Pre-Post), con el fin de poder evaluar si se presentaron cambios en los conocimientos que la población tenía después de la plática. (Anexo 12.3)

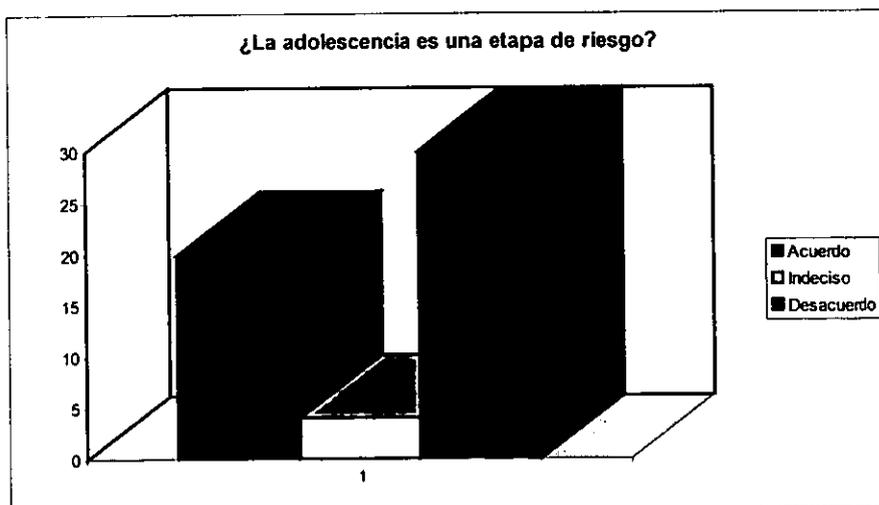
8.1.3 ANALISIS DE RESULTADOS.

“USO Y ABUSO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS EN ADOLESCENTES”

A las personas que asistieron se les aplicaron dos cuestionarios (Cuestionario de Detección de Conocimientos y Cuestionario de Satisfacción) , en los cuales se obtuvo la siguiente información:

a) RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DE DETECCIÓN DE CONOCIMIENTOS (PRE).

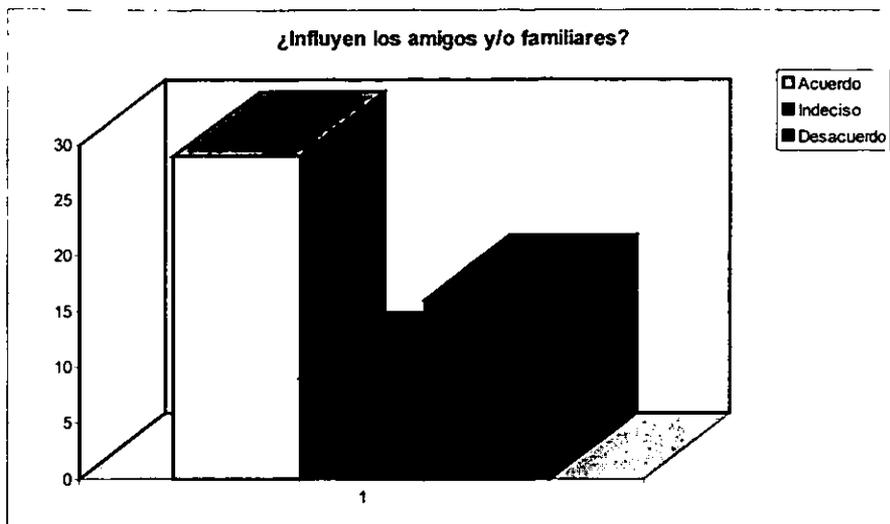
La mayoría de la población asistente a la plática (55.5%) no está de acuerdo con el considerar la adolescencia como una etapa de riesgo, el 37% si la considera como una etapa de riesgo. (Gráfica 5)



Gráfica 5.- Opinión de que la adolescencia es una etapa de riesgo.

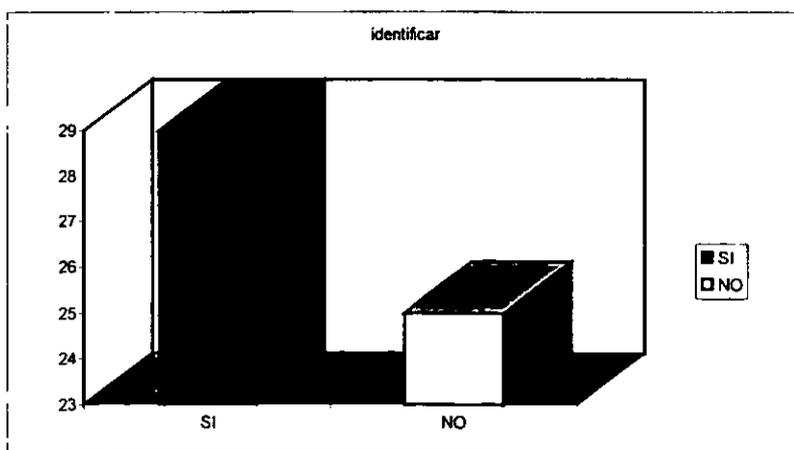
Ver Anexos 12.3 y 12.4.

El 53.7% de los asistentes consideran que los amigos y/o familiares influyen en el consumo de bebidas alcohólicas, el 29.6% está en desacuerdo y el 16.6% está indeciso. (Gráfica 6)



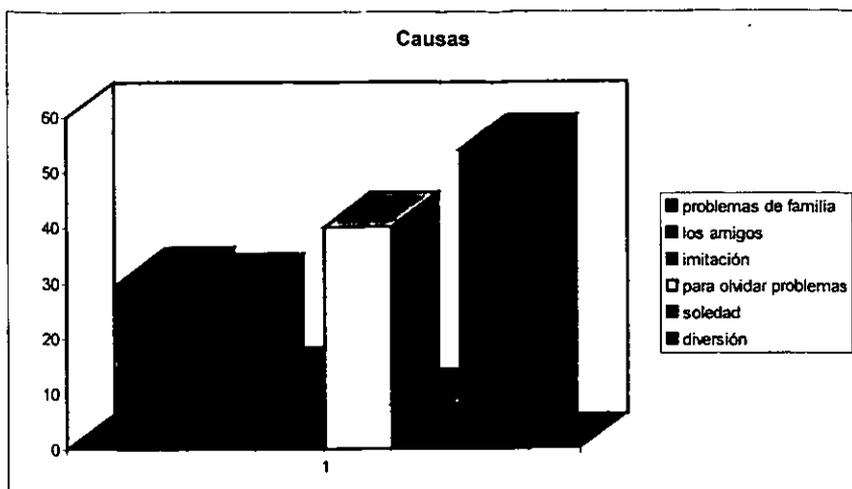
Gráfica 6.- Influencia de amigos y/o familiares en el consumo de bebidas alcohólicas.

El 53.7% de los sujetos pueden identificar cuando alguien consume bebidas alcohólicas o está en riesgo de consumirlas. (Gráfica 7)



Gráfica 7.- Posibilidad de identificar consumo o riesgo de consumo.

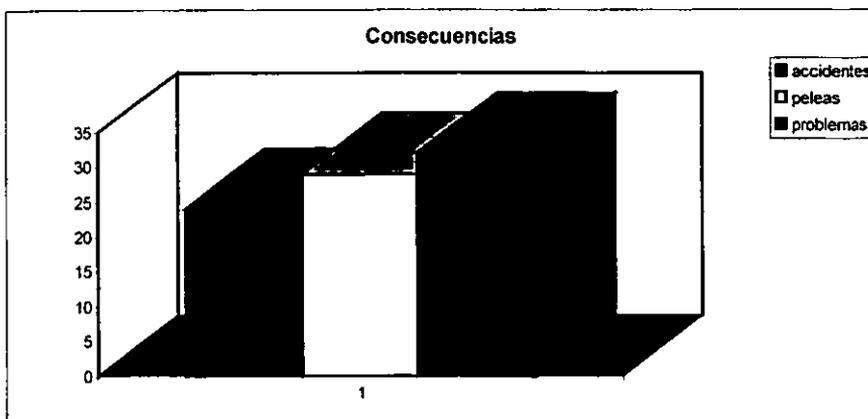
Como sabemos, hay factores que propician conductas inadecuadas en el sujeto, los participantes mencionan los siguientes factores, como propiciadores del consumo de bebidas alcohólicas: (Gráfica 8)



Gráfica 8 .- Causas para el consumo de alcohol.

Como puede verse el 100% considera a la diversión como la causa principal para el consumo de bebidas alcohólicas, el 77.9% considera que es por olvidarse de los problemas, el 53.7% los problemas familiares y el 51.8% a los amigos.

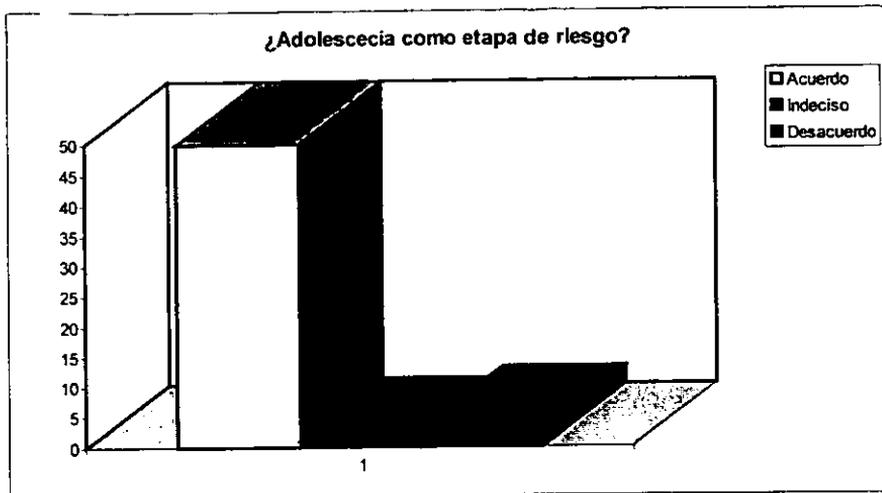
El saber las causas y las consecuencias de una conducta, pueden ayudar a prevenirla y controlarla. El 57.4% de los participantes mencionaron los problemas familiares o en la calle como la principal consecuencia, el 51.8% las peleas y el 46.2% los accidentes. (Gráfica 9)



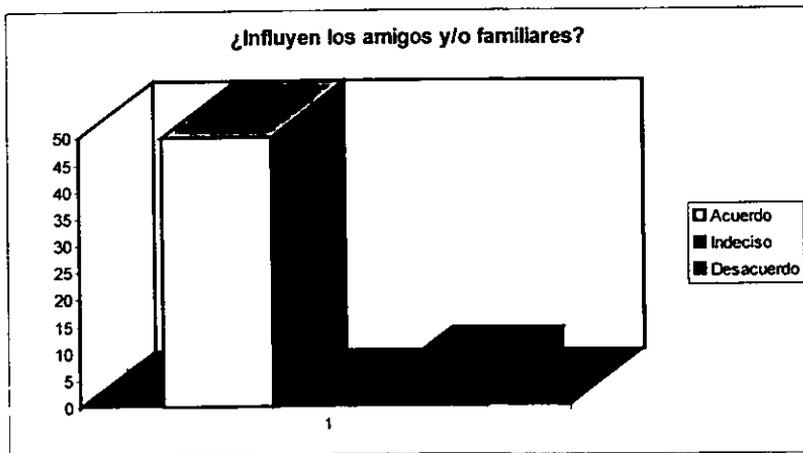
Gráfica 9 .- Consecuencias del consumo de alcohol.

b) RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DE DETECCIÓN DE CONOCIMIENTOS (POST).

Posterior a la plática, se puede observar que los miembros de la comunidad reportan un incremento en su concepción de ver a la adolescencia como etapa de riesgo en el consumo de alcohol, así como la gran influencia que pueden ejercer los amigos y/o familiares. (Gráfica 10 y 11)

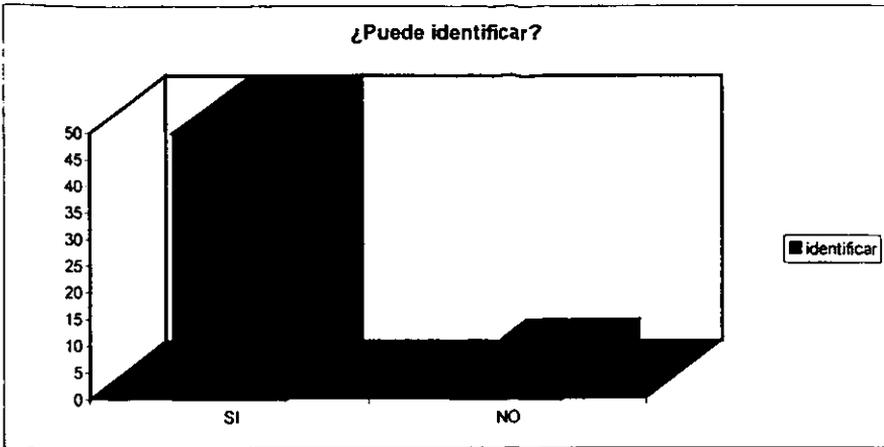


Gráfica 10.- Adolescencia como etapa de riesgo.



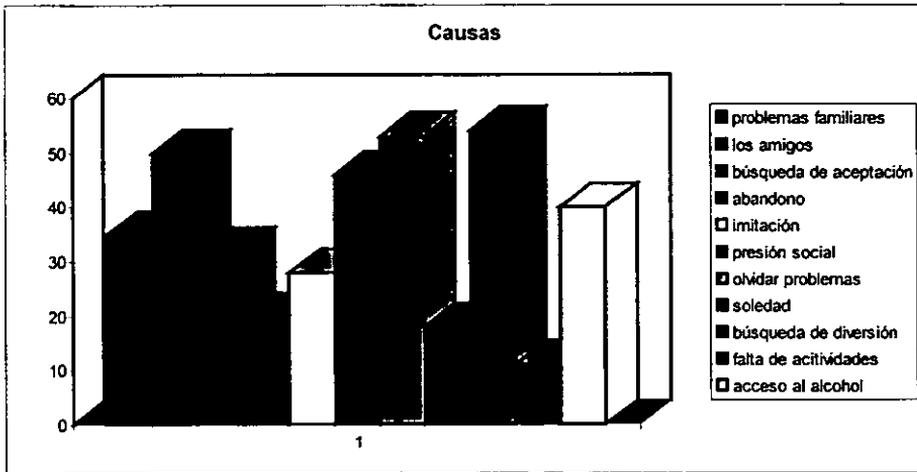
Gráfica 11.- Influencia de amigos y/o familiares.

Después de la plática el 90.7%, informó poder identificar a una persona que consume o está en riesgo de consumir bebidas alcohólicas. (Gráfica 12)



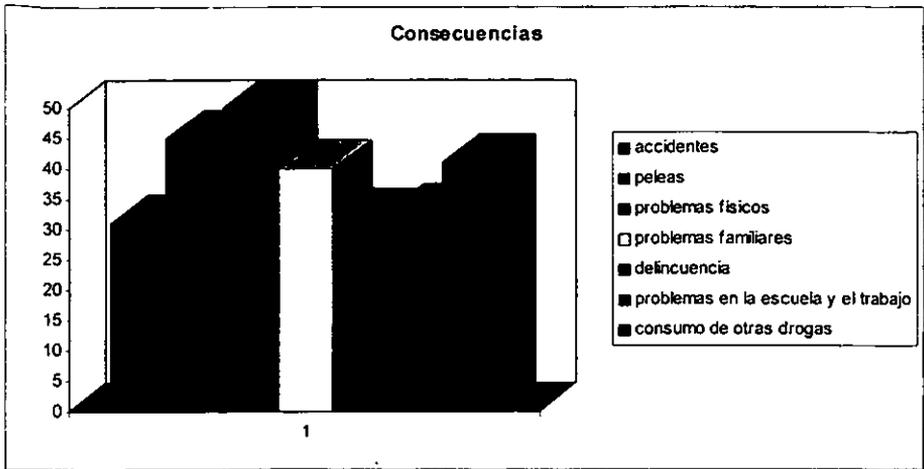
Gráfica 12.- Posibilidad de identificar consumo o riesgo de consumo.

Dentro de las causas que mencionan los sujetos después de la plática encontramos que el 96.2% es por diversión, el 94.4% para olvidarse de los problemas, el 88.8% por los amigos y el 74% por el acceso al alcohol. (Gráfica 13)



Gráfica 13.- Causas para el consumo de alcohol.

Dentro de las consecuencias el 90.7% menciona los problemas físicos, el 83.3% peleas, el 75.9% consumo de otras drogas y el 74% problemas familiares. (Gráfica 14)

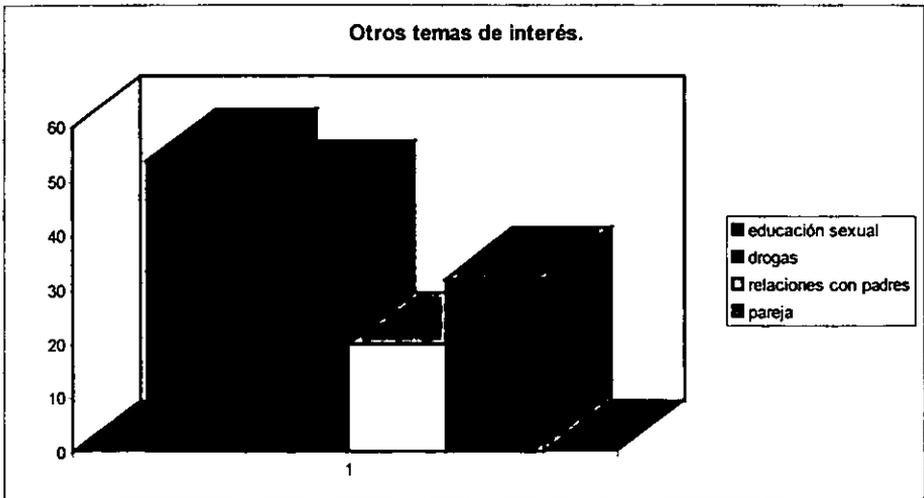


Gráfica 14.- Consecuencias del consumo de alcohol

c) RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN.

Los participantes en la comunidad reportaron un 100% de satisfacción con respecto a la plática, siendo esta clara, útil, novedosa e importante.

Así como también demostraron interés en tener mayor información acerca de otros temas. El 98.8 % tienen interés por mayor información en el consumo de drogas, el 98% por temas de educación sexual, el 55.5% por relaciones de pareja y el 37% relaciones con los padres. (Gráfica 15)



Gráfica 15.- Otros temas de interés en la comunidad urbana.

8.2 COMUNIDAD RURAL.

8.2.1 DIAGNÓSTICO.

Dentro del proceso de diagnóstico se realizó un mapeo de la zona, un diagnóstico situacional, así como la aplicación del Cuestionario de Detección de Conocimientos y el Cuestionario de Satisfacción en donde se obtuvo la siguiente información: Ubicación Geográfica, Características de la zona (Población, Obras de Vialidad, Obras Hidráulicas, Viviendas, Servicios de limpieza, Servicio Comerciales, Alumbrados y vías de comunicación, Áreas recreativas y culturales, Instituciones Escolares y Niveles de Alfabetización, Servicios de Salud y Líderes) y la información obtenida del Cuestionario de Entrevista Individual y del Cuestionario de Estilos de Vida.

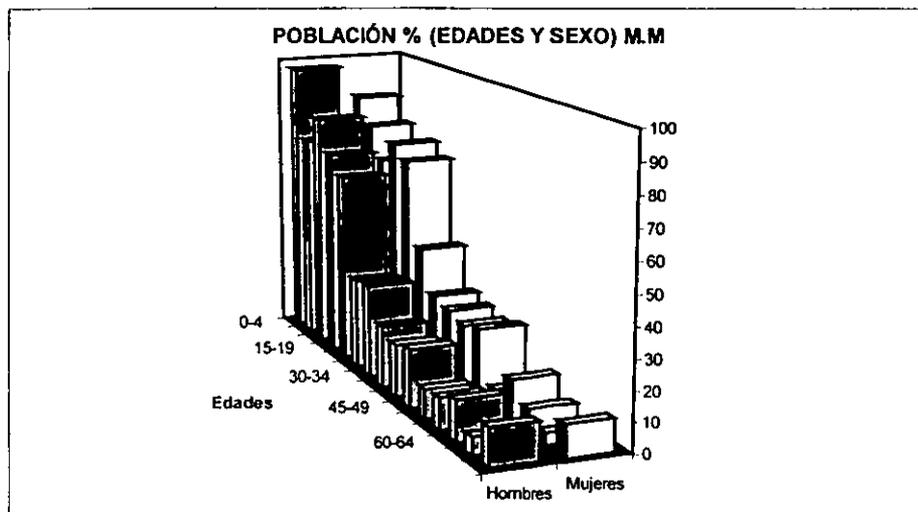
Se realizó la aplicación de los cuestionarios a una población de 20 sujetos de edades de 15 a 45 años.

■ *Ubicación geográfica.*

El presente trabajo se realizó en el estado de Huamantla Tlaxcala en una de las 4 rancherías que conforman la localidad (Mariano Matamoros). El municipio de Huamantla se encuentra ubicado en la parte oriente del estado de Tlaxcala, la comunidad se localiza al oeste de Huamantla, siendo limitada por las faldas del Volcán Malitzin.

■ *Características de la zona.*

Población.- La Población es proporcional entre hombres y mujeres con rangos de 0-4, 10-14, 20-24, 30-34, 40-44, 50-54, 60-64 y de 70 años en adelante: (Gráfica.16)



Gráfica 16.- Población por sexo y edades. N= 1,110. Fuente: Cédulas de Microdiagnóstico 1998.

Obras de Vialidad.

La comunidad cuenta con pavimentación solo en la Avenida Prolongación Hidalgo, las banquetas no son corridas, encontrándose solo en algunos espacios, el tipo de suelo es esencialmente arenoso, hay diferentes tipos de animales como zorrillos, armadillos, conejos, coyotes, ardillas, perros, gatos, burros, caballos, cabras, cerdos, guajolotes, borregos, vacas y gallinas, y fauna nociva como moscas, escorpiones y víbora de cascabel.

Obras Hidráulicas.

El agua es entubada desde el manantial hasta las comunidades y es repartida en hidrantes públicos al aire libre, las tuberías están descuidadas, y el agua contaminada. Las obras de drenaje no están del todo completas y el agua en ocasiones falta.

Viviendas.

Las viviendas de la comunidad están en malas condiciones de limpieza y construcción en obra negra, en general no tienen condiciones adecuadas. (Tabla 4)

VIVIENDA		
Techos		%
Concreto	342	65%
Lámina	181	34%
Madera	2	3%
Otros	1	19%
Total	526	100%
Paredes		%
Tabique	201	38%
Block	319	60%
Madera	3	51%
Cartón	3	51%
Total	526	100%

Tabla 4.- Materiales de construcción en las viviendas.

Servicios de limpieza.

Falta mayor recolección de basura, problema por el cual la comunidad no muestra preocupación, aunque propicie la existencia de fauna nociva. Existen 4 tipos de recolección: Red Municipal, incineración, cielo abierto y enterramiento.

Servicios Comerciales.

Cuenta con los siguientes: (Tabla 5)

COMUNIDAD RURAL
tiendas de abarrotes
misceláneas
carnicerías
pollerías
papelería
estética

Tabla 5.- Comercios.

Alumbrado y Vías de Comunicación.

El alumbrado público es mínimo.

Las vías de comunicación, solo es la Av. Prolongación Hidalgo, cuentan con 5 microbuses y 5 combis.

Hay señal de T.V. y radio local, y solo en Huamantla existe servicio de correo y telégrafo.

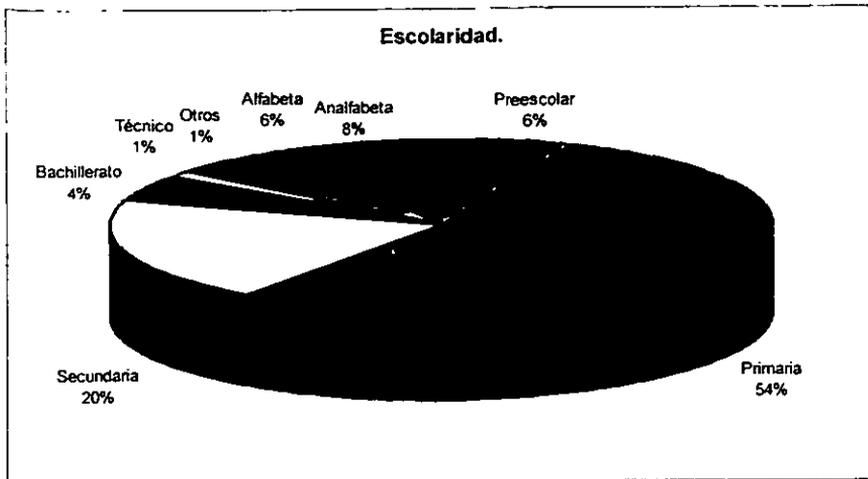
Áreas Recreativas y Áreas Culturales.

No hay áreas recreativas, hay una "cancha", de football, la cual no presenta cuidado alguno, además de que su acceso es cerrado. No hay áreas culturales.

Instituciones Escolares y Niveles de Alfabetización.

Hay 2 escuelas en lo que corresponde al área de influencia del centro de salud: Una Primaria/Kindergarten y una Secundaria. En la primaria en la tarde se imparten clases para adultos.

Hay grandes problemas de analfabetismo, para lo cual se dan clases para adultos o cualquiera que decida aprender a leer y escribir en la primaria de la comunidad. (Gráfica 17)



Gráfica 17.- Alfabetas y analfabetas en la población, no necesariamente los alfabetas tienen preparación escolar
 N=1110
 Fuente: Cédulas de Microdiagnóstico 1998.

Servicios de Salud.

- * Centro de Salud O.P.D. Salud de Tlaxcala.
- * Hospital de la zona, localizado en Huamantla.

Líderes.

El médico del Centro de Salud, las enfermeras, presidente municipal y el sacerdote.

■ *Cuestionario de Entrevista Individual y Cuestionario de Estilos de Vida.*

De la información obtenida de los cuestionarios aplicados para el diagnóstico de la zona se puede observar lo siguiente:

Datos Generales.- El 75% de las entrevistas se realizaron en viviendas y 25% en comercios, en un porcentaje de 50% hombres y 50% mujeres. Los sujetos que respondieron los cuestionarios oscilan entre los 15 y los 45 años. La educación predominante es exclusivamente la primaria (60%). En general la comunidad presenta una población en su mayoría casada o en unión libre, las familias son extensas. En relación a los integrantes de la familia, casi todas tienen niños (0-12 años), hijos adolescentes (13-19 años), adultos jóvenes (19-30 años), adultos (31-59 años), y de ancianos (60 años o más) la mayoría de las familias no tienen. La opinión de la población entrevistada respecto a su comunidad está dividida 50% favorable y 50% desfavorable. Lo que más les agrada es las celebraciones que se realizan (35%), y el principal problema es la falta de servicios (65%). Hay una organización de Salud, la cual es utilizada por la mayoría de la gente (90%). Hay 2 organizaciones Educativas y la mayoría no la utiliza (60%). No hay organizaciones recreativas. Los servicios indispensables y son utilizados por todos.

Uso de Medicamentos y Cuidado Médico.- En esta categoría podemos observar que no hay cuidados con la salud de modo preventivo al ser mínimo el cuidado médico (45% sin cuidado), y aún menor el cuidado dental (85% , sin cuidado). Hay seguimiento en las prescripciones médicas en general. No hay la idea de un cambio (70%).

Nutrición y Hábitos Alimenticios.- En esta categoría, los alimentos por lo general tienen grasa (65%) y se les pone sal (80%), solo un (65%) consumen productos con fibra, pero muy ocasionalmente, cocinan con aceite de cocina y un 30% nunca cocina con manteca . No consumen productos chatarra (5%) o refrescos (siendo el 75% los que toman de 0 a 2 por semana), principalmente por el costo que estos implican. En general consideran su alimentación adecuada. La mayor parte no consume café, o consume 1 o 2 tazas (55%). No hay la idea de un cambio (90%).

Actividad Física.- La comunidad en general realiza regularmente la actividad de caminar (80% actividad física diaria), debido a las circunstancias de la población, además de que sus actividades cotidianas implican actividad física (80% utilizan escaleras o caminan y 75% en su cotidianamente están activos). En general no realizan trabajos pesados 55% si, pero muy ocasionalmente y el 40% nunca. No ocupan mucho tiempo en ver televisión (70% de 0 a 10 horas a la semana). No les preocupa que su salud se vea afectada por algo relacionado a esto (70%).

Sueño.- En general las personas no tienen problemas para dormir (55%) y conservar un sueño constante (50%), sintiendo que las horas de sueño son correctas (70%) y suficientes para su descanso (7hrs promedio (50%)), sin embargo si hay en ocasiones problemas, preocupaciones o tensiones que los hace perder el sueño (75%). No se considera en general un problema (85%). No hay la idea de un cambio (60%).

Relaciones Sociales.- En general las relaciones sociales son buenas pero principalmente en la familia o gente muy cercana el 70% cuenta con tres a más amistades cercanas, habiendo satisfacción por el apoyo (65%), sintiéndose valiosos (80%). Fuera de estos círculos no hay mucha cercanía, ni convivencia, habiendo factores que dificultan esta situación (preferencia política, grupos con ayuda gubernamental, etc) (65% no pertenecen a un grupo religioso o social en su comunidad). No hay intención de cambiar las relaciones personales con la gente allegada (85%), pero hay interés en empezar a cambiar con respecto a la comunidad (65%).

Interacción Familiar.- En general hay satisfacción por la unión (70%), el amor (85%) la comunicación (65%), solución de problemas en familia (85%), sin exigir de más (60%) y libertad en la familia (85%), al parecer las reglas son claras (65%), pero en ocasiones, al hacer algo malo puede que no se sepa que va a pasar (60%), sin que lleguen a haber castigos injustos (80%), la familia se escucha (85%), sin intención de dirigir la vida de los integrantes de la familia (55%, no hay intención de dirigir), no acostumbran atacarse (70%) sabiéndose que es lo que pasa con la familia y como están(65%)y (60% al saber el estado de

ánimo de los integrantes). No hay problemas de abuso físico o sexual. No hay la idea de un cambio (75%).

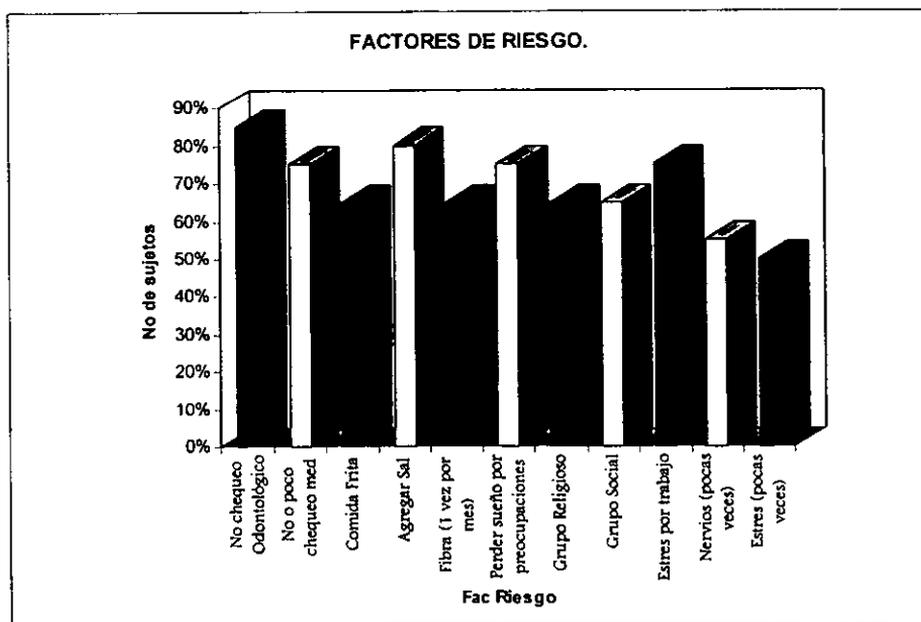
Trabajo.- Hay satisfacción con el trabajo que realizan (85%), pero algunas veces llega a haber estrés o presión por éste (75%). No hay la idea de un cambio.

Uso de Tiempo Libre.- En esta categoría, hay satisfacción con el tiempo libre, el tiempo de descanso y el balance entre las diferentes actividades, como trabajo, familia, cuidado de uno mismo, etc. No hay idea de un cambio (60%).

Consumo de Substancias.- Con respecto al tabaco la mayoría no lo consume (80%) y los que sí son 1 o menos al día(siendo un 15 %), no hay consumo de drogas. No hay idea de cambio (80% tabaco y 100% drogas).

Situación Emocional.- En general los sujetos están felices (45% la mayor parte y 40% una parte), tranquilos (45%), con un sentimiento de placer(85%) y sin dificultad de reír (90%), muy poco tiempo se sienten nerviosos(55%) o estresados (50%), en ningún momento se sienten tristes(70%), deprimidos (70%) o con poca energía (55%). No hay idea de un cambio (65%).

(Gráfica 18)



Gráfica 18.- Factores de Riesgo en la Comunidad Rural.

N=20

8.2.2 INTERVENCIÓN.

Se realizó una plática informativa con el fin de proporcionar información útil y clara a la comunidad en relación al problema del consumo de alcohol. Se impartió a una población de 30 sujetos (mujeres con hijos de 13 19 años de edad en el Centro de Salud de Mariano Matamoros el 17 de Mayo de 1999.

Se maneja una dinámica interactiva con las amas de casa a modo de conocer sus dudas y sugerencias sobre el consumo de alcohol. En donde se siguieron los siguientes pasos:

- o Presentación de los ponentes.- Dar información acerca de quienes son las personas que van a impartir la información en la plática, por que y para qué la van a impartir.
- o Presentación de los asistentes.- Pedir a los asistentes que se presenten uno a uno con el grupo y pedirles que tengan a la vista sus nombres para facilitar la interacción y su integración a la plática.
- o Información a los participantes del trabajo de diagnóstico en la comunidad que dio lugar plática.- Explicar a los participantes, cual ha sido el trabajo que se realizó en su comunidad para la detección de problemas y reportarles los resultados obtenidos que justifican el tema a tratar en la intervención.
- o Selección de Temas a tratar.- Dentro de cualquier plática es necesario tener claros los temas que se van a tocar durante la plática, considerando, el lenguaje, el tiempo, la solución de dudas y comentarios durante la intervención. En relación con el tema del consumo de alcohol se seleccionaron los siguientes temas: Problemática social del consumo excesivo de bebidas alcohólicas, cómo se metaboliza el alcohol en el organismo, Factores de riesgo y Factores protectores en el consumo de alcohol, consecuencias tanto a nivel físico como social del consumo de bebidas alcohólicas, técnicas de consumo responsable de alcohol y técnicas de detección de consumo de alcohol en adolescentes.

*La aplicación del Cuestionario de Detección de Conocimientos, se realizó antes y después de la plática (Pre-Post), con el fin de poder evaluar si se presentaron cambios en los conocimientos que la población tenía después de la plática. (Anexo 12.3)

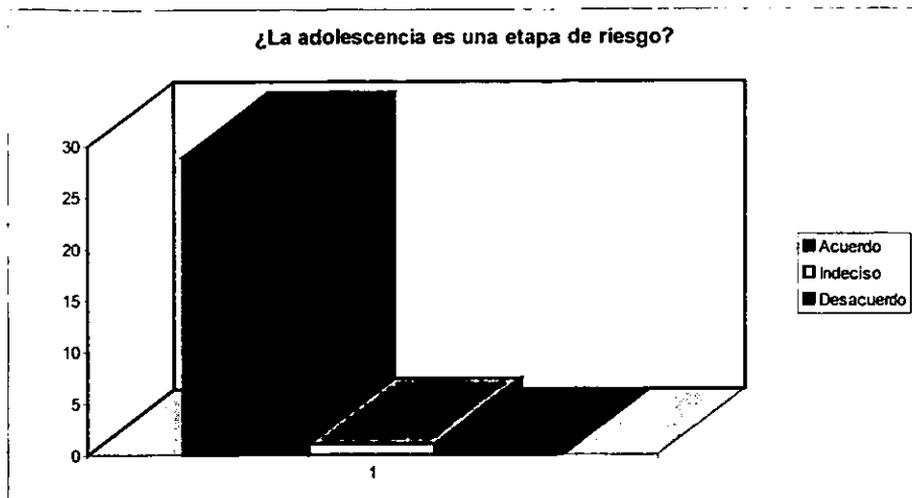
8.2.3 ANALISIS DE RESULTADOS.

“USO Y ABUSO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS EN ADOLESCENTES”

A las personas que asistieron se les aplicaron dos cuestionarios (Cuestionario de Detección de Conocimientos y Cuestionario de Satisfacción), en los cuales se obtuvo la siguiente información:

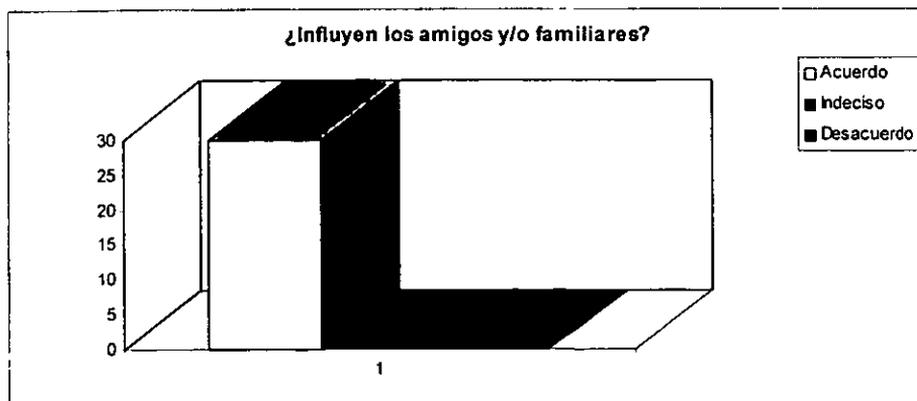
a) RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DE DETECCIÓN DE CONOCIMIENTOS (PRE).

La mayor parte de la población (96.6%) consideran que la edad adolescente representa una etapa de riesgo para iniciar el consumo de bebidas alcohólicas. (Gráfica 19)



Gráfica 19.- Opinión de que la adolescencia es una etapa de riesgo.

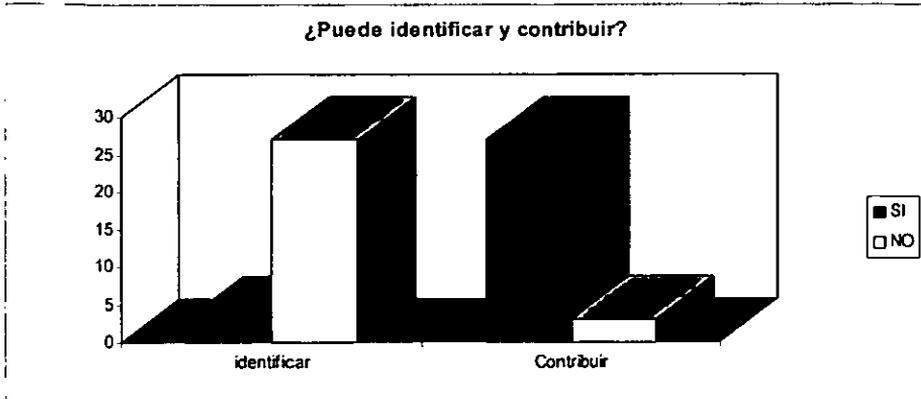
Los sujetos que participaron en la plática están de acuerdo en que la influencia de los familiares y/o amigos puede ser determinante para el inicio del consumo de bebidas alcohólicas. (Gráfica 20)



Gráfica 20.- Influencia de amigos y/o familiares en el consumo de bebidas alcohólicas.

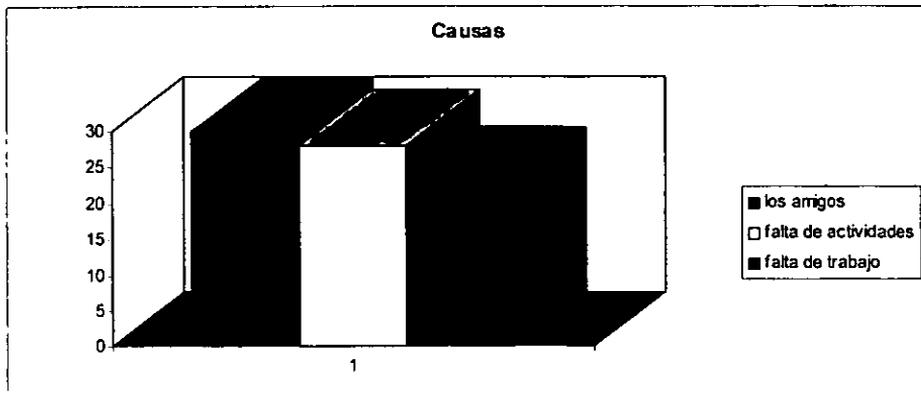
Sólo el 10% de los participantes manifestó poder identificar a un sujeto que haya ingerido alcohol o esté en riesgo de consumirlo.

La contribución de los padres para éste y otros tipos de problemas es muy importante, el 90% de los participantes está de acuerdo con esto. (Gráfica 21)



Gráfica 21.- Posibilidad de identificar y de contribuir.

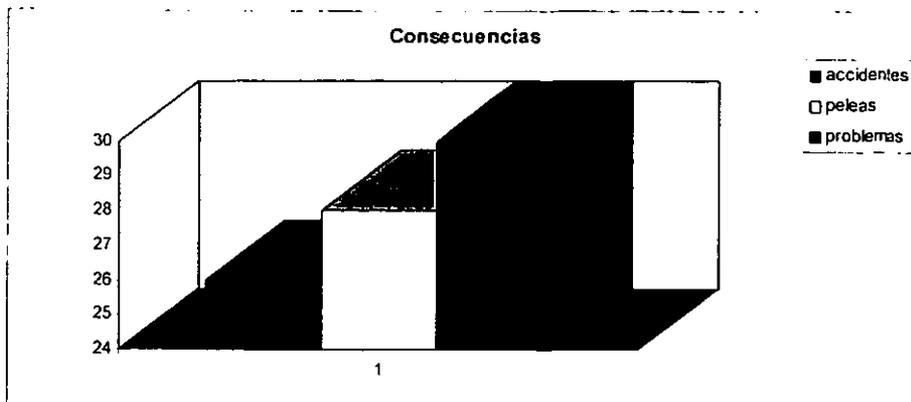
Los participantes identifican como factores que propician el consumo de alcohol las siguientes: (Gráfica 22)



Gráfica 22.- Causas para el consumo de alcohol.

Como puede verse las principales causas son los amigos(100%), el ocio (93%) y la falta de trabajo (76%).

Dentro de las consecuencias por el consumo de alcohol los participantes mencionan las siguientes: (Gráfica 23)

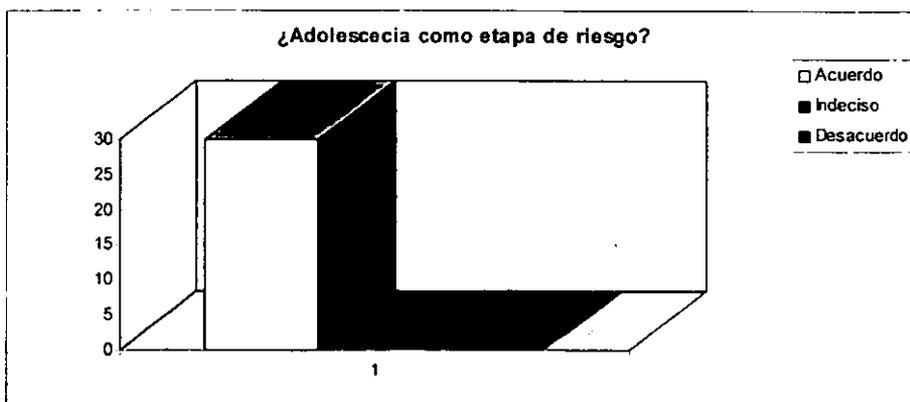


Gráfica 23.- Consecuencias del consumo de alcohol.

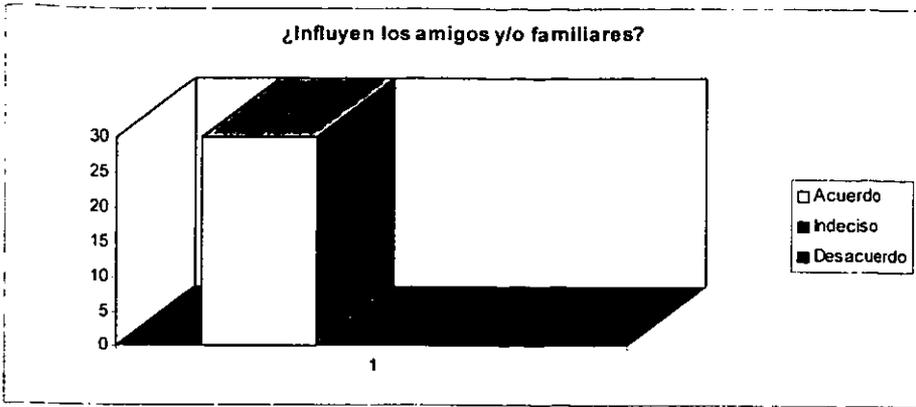
El 87% considera que la mayor consecuencia son los accidentes, el 93% que son la peleas y el 100% que ocasiona problemas, tanto en familia, como con los demás.

b) RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DE DETECCIÓN DE CONOCIMIENTOS (POST).

En el cuestionario post, se logró que todos los participantes estuvieran de acuerdo en que la adolescencia es una etapa de riesgo y que los amigos y/o familia pueden influir en el consumo de bebidas alcohólicas. (Gráfica 24 y 25)

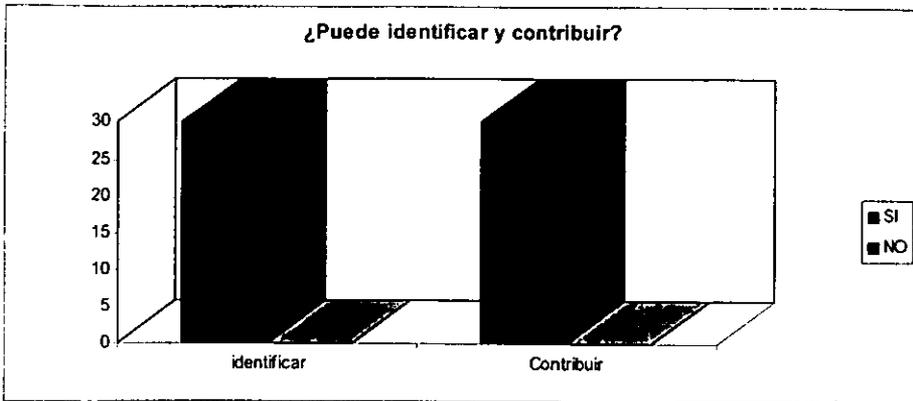


Gráfica 24.- Adolescencia como etapa de riesgo.



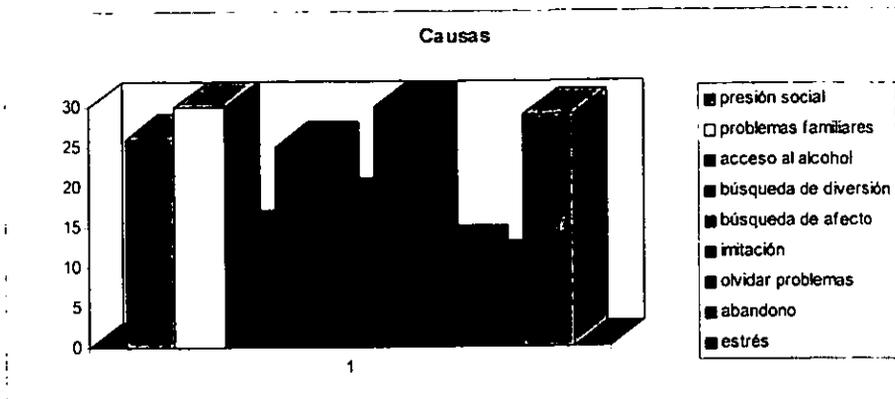
Gráfica 25.- Influencia de amigos y/o familiares.

La información da herramientas para identificar y concientizar la importancia del apoyo familiar en la lucha contra este problema. Logrando un 100% de acuerdo. (Gráfica 26)

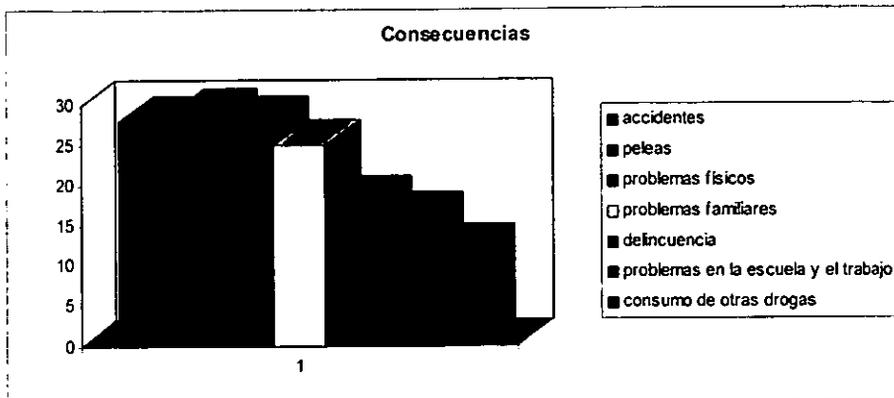


Gráfica 26.- Identificar y contribuir.

Con una mayor información puede verse un marco conceptual más amplio acerca de las causas y consecuencias del consumo de alcohol. (Gráfica 27 y 28)



Gráfica 27.- Causas del consumo de alcohol.



Gráfica 28.- Consecuencias del consumo de alcohol.

La diferencia en el reporte de las causas y consecuencias, puede explicarse por la cuestión de recepción de cada individuo, tal vez por que algunos conceptos generan mayor interés en un sujeto que en otro.

Posterior a la plática, se puede observar que los miembros de la comunidad reportan un incremento en su concepción de ver a la adolescencia como etapa de riesgo en el consumo de alcohol, así como la gran influencia que pueden ejercer los amigos y/o familiares.

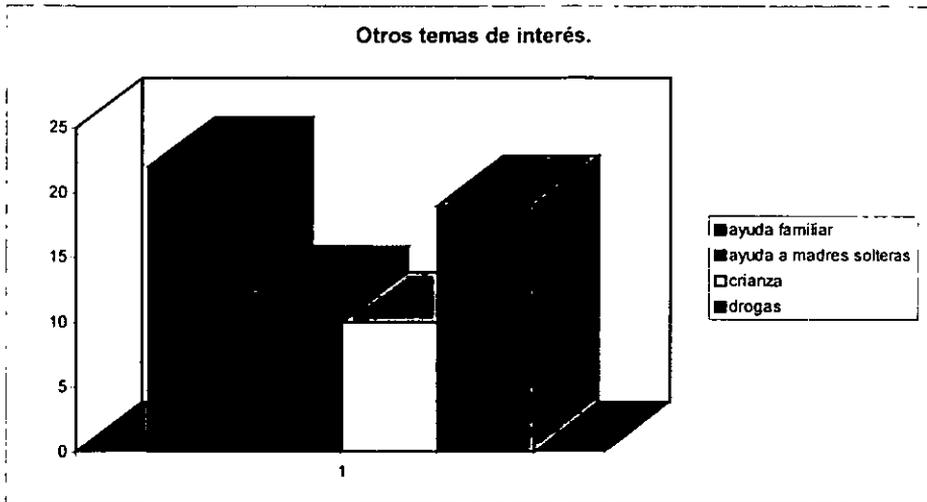
La información proporciona mayor número de herramientas para lograr identificar el problema y contribuir en su control tanto a un nivel primario como secundario. Teniendo más claras las causas y consecuencias del consumo excesivo de alcohol.

Es importante poner atención en las conductas que presenta el sujeto a cualquier edad, y tener información para poder identificar aquellas conductas que pueden ser indicadores de un problema de consumo de alcohol u otras sustancias.

c) RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN.

Los participantes en la comunidad reportaron un 100% de satisfacción con respecto a la plática, siendo esta clara, útil, novedosa e importante.

Así como también demostraron interés en tener mayor información acerca de otros temas. El 73.3% tiene interés en temas de ayuda familiar, el 63.3% en información sobre drogas, 40% en ayuda a madres y el 33.3% crianza. (Gráfica 29)



Gráfica 29.- Otros temas de Interés en la comunidad rural.

9. ANALISIS COMPARATIVO DE LAS EXPERIENCIAS EN LA INTERVENCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LAS ADICCIONES.

9.1 DIAGNÓSTICO.

Por medio del diagnóstico situacional obtenido del mapeo, información del INEGI, la Jurisdicción de Huamantla, el centro de salud y las entrevistas informales de las comunidades; se buscaron las diferencias y similitudes entre la comunidad urbana y la comunidad rural, en relación a las características de las zonas, acceso a servicios, necesidades y problemas principales, etc. Esto para saber si los factores de riesgo que se presentan en una zona pueden presentarse en otra independientemente de su urbanidad o ruralidad.

Como se sabe, la urbanización de una zona permite un mayor acceso a servicios tecnológicos, servicios de salud, comerciales, de limpieza, culturales y educativos por lo que en aspectos como obras de vialidad, obras hidráulicas, viviendas, alumbrado, vías de comunicación, áreas culturales y recreativas, etc; existe una deficiencia en cuanto a cantidad y calidad en las zonas rurales.

En la zona urbana estudiada predomina la población femenina y las edades dentro del AGEB¹ oscilan entre 15 a 45 años, en la zona rural estudiada predomina la población masculina y las edades de la localidad oscilan entre 15 a 34 años.

Los líderes en la comunidad urbana no existen claramente y en la comunidad rural, se cuenta con el médico del centro de salud, las enfermeras, el presidente municipal y el sacerdote.

De la información obtenida con el Cuestionario de estilos de vida se pudieron identificar los factores de riesgo y los factores protectores predominantes en cada zona.

Las dos comunidades son similares en muchos de los aspectos que mide el instrumento, lo cual puede ser por lo personal de algunas preguntas, dando respuestas socialmente aceptables, como el hecho de una felicidad y satisfacción general.

Hay falta de prevención en el cuidado de las personas principalmente odontológico, la alimentación no es del todo adecuada ya que consumen grasa, sal y pocos alimentos con fibra. Una razón para estos problemas puede ser el costo que implica el cuidado odontológico, sin embargo en la zona urbana hay mayor cuidado médico atribuible al acceso y disponibilidad de este servicio, el consumo de comida chatarra y refrescos es mayor en zona urbana que en la zona rural posiblemente por su costo.

Se presentan problemas de estrés en las dos comunidades aunque las razones tal vez no sean idénticas, existe tensión en el trabajo y la pérdida de sueño cuando hay situaciones

¹ Información proporcionada por el INEGI 1995.

estresantes; sin embargo, en general hay satisfacción laboral y tiempo y calidad de sueño adecuados cuando estas situaciones no están presentes.

La actividad física en la zona rural es mayor por la falta de medios de transporte y su costo, aunque no de modo deportivo, pero en la zona urbana aunque hay Instituciones donde puedan realizar ejercicio, no lo hacen por falta de tiempo o problemas de delincuencia en éstas.

Las redes sociales son pocas, existe desconfianza y falta de apoyo en la comunidades, pero ambas reportan una satisfacción y unión familiar. En la zona rural se presentan familias muy grandes en hacinamiento, lo cual puede provocar promiscuidad.¹⁴

Las personas entrevistadas en las dos zonas reportan no consumir drogas ni tabaco, sin embargo mencionan la presencia y disponibilidad de drogas en los integrantes de la comunidad.

Las diferencias entre una comunidad rural y una comunidad urbana son de carácter cultural, social y en servicios. A pesar de las diferencias que existen entre ambas comunidades al hablar de cuestiones humanas estas diferencias no son tan marcadas por ejemplo, en ambas comunidades existen problemas de estrés, de consumo de sustancias, etc.

9.2 INTERVENCIÓN.

Posterior al análisis del diagnóstico se decidió intervenir en el problema del consumo de alcohol debido a que fue una problemática reportada por los habitantes de ambas zonas. En esta intervención se buscó proporcionar a los participantes de información práctica y útil que les brindara herramientas básicas para la solución de este problema.

Se impartió la misma información en ambas comunidades con algunas adaptaciones para cada población, desde las edades hasta el nivel educativo; haciendo hincapié en que el problema de consumo de bebidas alcohólicas tiene mayor incidencia en la etapa de la adolescencia, pero que no por eso no se presenta en cualquier otra etapa del desarrollo humano no importando sexo, nacionalidad, credo o nivel social.

Se manejaron pláticas interactivas para saber los conocimientos, experiencias y dudas acerca del problema.

A los participantes se les explicó los factores riesgo, factores de protectores, causas y consecuencias físicas y sociales de este problema, así como de algunas técnicas para detectar y controlar el consumo excesivo de alcohol.

¹⁴ Información Proporcionada por el Centro de Salud.

9.3 EVALUACIÓN.

En la aproximación con las comunidades se buscó investigar cual era la información con la que contaban ambos grupos antes de la impartición de la plática y observar si existía un incremento en la cantidad de esta información, así como en las frecuencias después de la plática.

En la pregunta relacionada con considerar la adolescencia como una etapa de riesgo es notorio como los padres de familia tienen más claro que la adolescencia es una etapa de riesgo para el consumo de alcohol, mientras que los adolescentes en su mayoría no están de acuerdo. Esto puede ser debido a que la percepción de la vulnerabilidad en la adolescencia es en ocasiones limitada, posiblemente por la falta de madurez y experiencia.

Además de estos factores, otros factores de riesgo para el inicio en el consumo de alcohol en el adolescente es su búsqueda de identidad, su necesidad de pertenecer a un grupo y la influencia familiar; en lo cual las dos poblaciones están de acuerdo.

Como padre de familia para poder controlar el problema del consumo de alcohol es básico poder identificarlo; sin embargo como joven muchas veces la habilidad de identificar un grupo de riesgo puede ser la diferencia para un mal o buen desarrollo posterior.

La población de padres de familia reportaron no saber identificar con facilidad si sus hijos consumen o no alcohol, a pesar de tener mayor experiencia que la población adolescente, esto puede ser debido a la urbanidad y ruralidad de las comunidades, ya que de primera instancia las personas de zonas rurales poseen una menor preparación y disponibilidad de información, por lo tanto, menor cantidad de conocimientos en general.

Sin embargo, a pesar de la falta de información los padres de familia reportan tener la disposición para adquirir el compromiso de contribuir a que sus hijos no consuman alcohol o lo consuman de manera responsable.

También vemos el efecto de la información o la falta de ésta al observar el número de causas y consecuencias que reportan conocer las dos poblaciones, siendo mayor el conocimiento de los adolescentes en la comunidad urbana que los padres en la comunidad rural, esto puede ser por lo antes mencionado respecto a urbanidad y ruralidad, o alarmantemente porque los jóvenes tengan un contacto más directo con este problema.

Respecto al grado de satisfacción de las pláticas, los participantes de las dos comunidades se mostraron satisfechos e interesados en la información y en la posibilidad de que se impartan pláticas de otros temas, siendo de interés común la información sobre consumo de drogas y la relación familiar. Por su parte los adolescentes pidieron pláticas sobre relaciones de pareja y sexuales y las amas de casa sobre crianza y ayuda a madres.

La población que predomina en una comunidad ayuda a entender cuales son los problemas que son más comunes en la zona. La presencia de líderes representa un punto importante

para el implemento de un programa de intervención en la medida en que ayuda a una inserción a la comunidad y proporciona información importante acerca de ésta, la ausencia de estos en la zona urbana representó una gran limitación. Los instrumentos apoyados con entrevistas proporcionan información de cómo los integrantes de la comunidad viven y perciben sus problemas y necesidades. Se pudo observar que la entrevista personal que se tiene con los integrantes de la comunidad clarifica grandemente la información obtenida en los cuestionarios ayudando a comprender mejor la situación que viven, así como también las costumbres y lenguaje que utilizan puesto que los instrumentos utilizados no necesariamente son claros para todas las comunidades.

Esta misma necesidad de adaptación de información se observó en la intervención, puesto que los niveles educativos y de alfabetización tienen grandes diferencias. La ventaja de realizar pláticas interactivas es que los participantes fungen como parte integral del proceso informativo y no solo como receptores.

La plática que se impartió sobre abuso de bebidas alcohólicas tuvo como fin saber que conocimientos tenían los asistentes a la plática antes y después de que se les diera información, esto por cuestiones de tiempo que no facilitaban una intervención mas extensa o con mayor oportunidad de investigación de cambio conductual a largo plazo. Esto limita la calidad de la intervención y representará una desventaja en cualquier otro tipo de intervención, ya que es necesario investigar en que etapa de cambio se encuentra el sujeto ante un problema determinado, así como factores individuales y habilidades. La información no es suficiente para generar un cambio conductual en el sujeto, por lo que es necesario manejar aspectos motivacionales junto con las herramientas que se proporcionan al momento de intervenir, así como un mantenimiento y seguimiento de la información y su uso.

10. PROPUESTA

La propuesta busca apoyar el óptimo desarrollo de programas de intervención comunitaria, sin olvidar la percepción de un contexto realista con base en el presupuesto de recursos humanos y materiales, así como la necesidad de probar cada uno de estos elementos en una comunidad a manera de pequeños pilotesos antes de incurrir a la integración de éstos, para evaluar su validez ecológica (aplicación coherente a la población meta).

A partir del análisis de las experiencias, se puede decir que algunos elementos con los que se debe tratar de contar en las tres etapas del trabajo comunitario son:

10.1 DIAGNOSTICO.

- Ψ Delimitar y mapear la zona de investigación.
- Ψ Obtener información epidemiológica de la población de estudio.
- Ψ Investigar los problemas de salud y predominantes en la zona de estudio.
- Ψ Seleccionar y/o elaborar un instrumento con preguntas precisas y claras para la población seleccionada.
- Ψ Realizar entrevistas que complementen la información arrojada por el instrumento. (información formal e informal)
- Ψ Considerar las necesidades reales y/o sentidas de la población.
- Ψ Seleccionar y/o elaborar un instrumento con preguntas acerca de un problema de salud específico.
- Ψ Investigar en que periodo de salud y enfermedad se encuentra el problema, así como los factores protectores y de riesgo, internos y externos que afectan el desarrollo de éste (triada ecológica).
- Ψ Investigar en que etapa de cambio se encuentra la comunidad.
- Ψ Contar con el material adecuado y suficiente para la aplicación de los instrumentos.
- Ψ Trabajar en conjunto con las instituciones u organizaciones de apoyo social en la comunidad, para el fomento de la participación comunitaria.
- Ψ Contar con el tiempo para la realización detallada y profunda del estudio comunitario.
- Ψ Lograr una inserción vivencial en la comunidad por parte de los evaluadores para obtener una visión más clara de los problemas.

10.2 INTERVENCION.

- Ψ Desarrollar un programa de intervención partiendo de las necesidades reales y/o sentidas de la comunidad
- Ψ Contar con el apoyo de los líderes reales o sentidos en la movilización de los integrantes de la comunidad, fomentando interés en el cuidado de la salud.
- Ψ Manejar técnicas de movilización social para fomentar la participación comunitaria.
- Ψ Proporcionar a la comunidad retroalimentación de la información obtenida en el diagnóstico.
- Ψ Tener una adecuada estructuración de la información de acuerdo a la edad y al tiempo asignado para las pláticas.

- Ψ Elaborar material didáctico atractivo que facilite la asimilación de la información.
- Ψ Establecer diferentes dinámicas que propicien la participación de los asistentes.
- Ψ Aprender de la comunidad y retroalimentarla buscando no solo un beneficio a corto plazo.
- Ψ Definir y fomentar la participación del Psicólogo de la Salud en la prevención.
- Ψ Contar con entrenamiento y actualización a los profesionales de la salud.
- Ψ Contar con el instrumental y posibilidades económicas para desarrollar los programas.
- Ψ Fomentar e implementar el compromiso e interés de los profesionales de la salud en un complejo multidisciplinario e interdisciplinario.
- Ψ Fomentar la asistencia a los servicios médicos y psicológicos para el cuidado de la salud.
- Ψ Fomentar los sistemas de apoyo social.
- Ψ Promover la responsabilidad social tanto a nivel individual como grupal.
- Ψ Difundir el conocimiento sobre la importancia del cuidado de la salud para proveer de herramientas que faciliten el enfrentamiento en situaciones de riesgo.
- Ψ Promover la atención primaria como medio de protección y promoción de la salud a menor costo y mayor beneficio. Sin embargo, es importante no olvidar tomar en cuenta los demás niveles de atención dependiendo el periodo de salud-enfermedad en que se encuentra el problema
- Ψ Elegir un modelo de educación para la salud y de intervención comunitaria funcional para la comunidad y relacionado con la problemática
- Ψ Tomar en cuenta modelos existentes para la solución de un problema para hacer más efectiva la intervención.

10.3 EVALUACION.

- Ψ Contar con tiempo suficiente para realizar intervenciones de seguimiento con el fin de evaluar un posible cambio conductual.
- Ψ Disponer de la capacidad de evaluar y analizar los resultados de las intervenciones que se realizan en la comunidad.
- Ψ Aplicar un cuestionario pre-post y un cuestionario satisfactorio para evaluar el impacto de la información proporcionada en la plática.
- Ψ Brindar a la comunidad retroalimentación de la información obtenida de los instrumentos evaluados en la plática.

11. CONCLUSIONES

Todo profesionista tiene la necesidad de obtener experiencia profesional que complemente los conocimientos que se le proporcionan a lo largo de la carrera. Sin embargo, no es una oportunidad con la que todos cuenten.

El Internado en Psicología General, es un programa que busca proveer a los estudiantes de la carrera de Psicología de habilidades y herramientas que le permitan actuar de una manera profesional en el campo laboral específicamente en 4 áreas: Psicología de la salud, Psicología Social, Psicología Laboral y Psicología Educativa, a través de la práctica supervisada en escenarios reales.

Además de la información particular de cada una de las áreas, la experiencia como profesionistas va más allá de los conocimientos teóricos y empíricos que ayudan al Psicólogo a integrarse a una sociedad en la cual su participación es importante, estas experiencias nos apoyan para nuestro desarrollo personal, desarrollando cualidades individuales que nos sensibilizan ante una realidad y nos hace competentes en la búsqueda de soluciones objetivas a esta realidad.

El fomento de programas de este tipo de manera planeada, organizada, con profesionales comprometidos y con un adecuado apoyo, proporciona a la sociedad profesionales más calificados y preparados debido a la adquisición de competencias que un sistema escolarizado tradicional no ofrece.

La importancia de actividades planeadas de evaluación dentro del internado, tanto en la adquisición, ejercicio y dominio de las competencias profesionales; y, especialmente, de las experiencias obtenidas en las reuniones de evaluación de la productividad, permitieron identificar problemas comunes y formas de solución emergentes en los diferentes contextos de aplicación de los protocolos de intervención psicológica, tanto en psicología de la salud, como en los campos de la educación y procesos organizacionales y sociales.

En nuestra experiencia en el área de Psicología de salud, nos pareció de gran interés el fomentar la Atención Primaria puesto que representa un menor costo tanto a la comunidad como al país. Dentro de la idea principal era conocer que diferencias y similitudes se presentan en una zona urbana y en una zona rural.

Por medio de un diagnóstico comunitario fue posible conocer las problemáticas reales y sentidas de las comunidades, encontrando que a pesar de las diferencias en servicios, culturales y sociales, compartían problemáticas como el consumo de sustancias en específico de alcohol. El problema del consumo de alcohol es un a preocupación a nivel mundial, en México el incremento de consumo ha sido menos rápido que en otros países, sin embargo, no deja de ser un gran problema social, más aún porque su consumo el legal y socialmente permitido, siendo una práctica aceptada, sin importar el grado de dependencia que provoca en el organismo y su aficción a nivel individual como social.

Desde una perspectiva convencional, el alcoholismo es una enfermedad progresiva e imparable, al menos que el sujeto no vuelva a beber. La Teoría del Aprendizaje Social plantea que no es una enfermedad física o mental, sino una serie de patrones de comportamiento socialmente adquiridos y que pueden ser modificados por medio de un nuevo aprendizaje.

Actualmente aún no se logra establecer si el problema del consumo de alcohol se debe considerar como una enfermedad o un proceso de mala adaptación, sin embargo consideramos que el profesional de la salud debe estar abierto a las diferentes posturas, para apoyar en este problema de la mejor manera, puesto que deben considerarse los factores individuales de cada sujeto y fomentar el trabajo dentro de un contexto multidisciplinario.

La intervención se llevó a cabo por medio de pláticas interactivas que proporcionaran información a nivel preventivo útil a las comunidades, para conocer mas a fondo los factores que propician o disminuyen esta problemática, evaluando si hubo un cambio o un incremento en la información con la que contaban antes y después de la intervención en ambas comunidades.

Nuestro objetivo principal fue poder proponer alternativas que ayuden a optimizar las intervenciones comunitarias fomentando la Atención primaria a problemas reales como el consumo excesivo de alcohol en comunidades diagnosticadas como de alto riesgo, a partir del análisis comparativo de las experiencias de Diagnóstico, Intervención y Evaluación, lo cual a pesar de las limitaciones se cumplió satisfactoriamente.

Dentro de la propuesta se contemplaron diferentes pasos importantes para el óptimo y efectivo desarrollo de una intervención comunitaria, sin embargo el cumplimiento de estas expectativas demanda mucho esfuerzo y compromiso individual y grupal.

De primera instancia se debe contar con el apoyo de la comunidad, de sus líderes formales e informales y de las instituciones de servicio que la conforman, sin embargo el compromiso de la comunidad sólo conforma una parte de la inserción; es también necesario el interés y el compromiso del profesionista como parte de una responsabilidad social.

También es importante que el profesional de la salud sea sensible ante las necesidades reales y sentidas de la comunidad, tomando en cuenta sus características geográficas, sociales, políticas y religiosas. Contando con el acceso a información actualizada en centros de información nacional.

Además de conocer a la comunidad se debe de contar con habilidades de movilización social tanto grupal como individual, para lograr responsabilizar a la comunidad en busca de su propio beneficio.

El trabajo comunitario no se puede hacer unilateral, sino que debe contar con el apoyo tecnológico, económico, multidisciplinario e interdisciplinario de las diferentes instancias

interesadas en el cuidado de la salud, un ejemplo muy importante son las campañas publicitarias que se manejan por parte del Gobierno y de empresas privadas, estas trabajando junto con los programas personalizados en las comunidades lograrían tener un impacto más serio, real y objetivo.

Para un trabajo en conjunto el profesional de la salud, independientemente de su profesión debe contar con un entrenamiento y capacitación actualizados y completos, así como habilidades para transmitir la información de manera clara y precisa a los demás profesionales y a la comunidad.

Este trabajo tiene su principal interés en promover la Atención Primaria en la salud puesto que genera un costo - beneficio económico, físico y psicológico para la comunidad, el país, y el individuo en sí. Esto no significa que los demás niveles de atención tengan menos importancia, sino que la prevención disminuye las tasas de incidencia y prevalencia que provocan que un problema incremente su riesgo y sus consecuencias lo que ayuda a lograr mantener una sociedad más sana.

Para intervenir, es importante tomar en cuenta los resultados de otras experiencias en trabajo comunitario, puesto que ayuda a considerar las limitaciones o ventajas que se presentaron y disminuir la posibilidad de cometer los mismos errores en nuevas intervenciones, así como tener respeto por la comunidad retroalimentándola tanto con lo que el profesional aprende de ella, como con lo que le puede aportar para ayudar al cuidado de su salud y mejorar su comunidad para fomentar su interés, credibilidad y participación en otros programas de intervención comunitaria.

Sabemos que contar con la presencia de éstos recursos de manera integral y conjunta es difícil en la práctica; sin embargo, se puede lograr con compromiso, paciencia, trabajo y esfuerzo.

12. ANEXOS

12.1 ENTREVISTA INDIVIDUAL

Descripción de la manzana: _____

Descripción de la calle: _____

Descripción de la casa: _____

Datos generales.

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Sexo: _____ Edad: _____ Escolaridad: _____

Mencione las personas que componen su familia y viven en su casa (del mayor al menor)

Nombre	Edad	Edo. Civil	Escolaridad	Ocupación	Parentesco	Ingreso

¿Cuántos años tiene de vivir o trabajar en este lugar? _____

Qué opinión tiene de su comunidad: (totalmente desfavorable totalmente favorable)

Qué es lo que más le gusta de su comunidad: (Numere en orden de importancia)

Qué problemas encuentra en su comunidad (numere en orden de importancia)

¿Qué organizaciones de salud hay en su comunidad? Enumerar.

¿Las utiliza? SI NO

¿Porqué? _____

¿Qué organizaciones educativas tiene en su comunidad? Enumerar.

¿Las utiliza? SI NO

12.2 EVALUACIÓN DE ESTILOS DE VIDA

A CONTINUACIÓN VAMOS A HACER JUNTOS UN CUESTIONARIO SOBRE ESTILOS DE VIDA, VAMOS A LEER CADA PREGUNTA Y TRATAR DAR LA RESPUESTA LO MAS ADECUADAMENTE POSIBLE.

1.¿En general, que tan satisfecho estas con tu familia?

Muy satisfecho

Satisfecho

Ni satisfecho o insatisfecho

Insatisfecho

Muy insatisfecho

Las siguientes preguntas son acerca de tu familia, decide que respuesta describe mejor a tu familia. Indica si estas muy de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo o muy en desacuerdo.

2.Mi familia espera más de mí que el solo compartir.

Muy de acuerdo

De acuerdo

En desacuerdo

Muy en desacuerdo

3.Sentimos amor en la familia.

Muy de acuerdo

De acuerdo

En desacuerdo

Muy en desacuerdo

4.Nunca se lo que esta pasando en mi familia.

Muy de acuerdo

De acuerdo

En desacuerdo

Muy en desacuerdo

5.Resolvemos nuestros problemas en familia aunque estos sean serios.

Muy de acuerdo

De acuerdo

En desacuerdo

6.En mi familia cuando haces algo mal nunca sabes que te espera.

Muy de acuerdo

De acuerdo

En desacuerdo

Muy en desacuerdo

7.Nos decimos las cosas que nos molestan unos a otros.

Muy de acuerdo

De acuerdo

En desacuerdo

Muy en desacuerdo

8.Es difícil decir cuales son las reglas en nuestra familia.

Muy de acuerdo

De acuerdo

En desacuerdo

Muy en desacuerdo

9.Mi familia trata de dirigir mi vida.

Muy de acuerdo

De acuerdo

En desacuerdo

Muy en desacuerdo

10.Nos tomamos el tiempo para escucharnos unos a otros.

Muy de acuerdo

De acuerdo

En desacuerdo

Muy en desacuerdo

11.Los castigos son justos en mi familia.

Muy de acuerdo

De acuerdo
En desacuerdo
Muy en desacuerdo

12. Cuando alguien en mi familia esta serio no sabemos si esta enojado, triste o asustado.

Muy de acuerdo
De acuerdo
En desacuerdo
Muy en desacuerdo

13. Somos libres de decir lo que pensamos en nuestra familia.

Muy de acuerdo
De acuerdo
En desacuerdo
Muy en desacuerdo

14. ¿algún miembro de tu familia ha sufrido abuso físico?

Nunca
Si, pero no durante el último año
Una vez en el último año
Dos veces en el último año
Tres o más veces en los últimos doce meses

15. ¿Recibió algún tipo de ayuda médica?

Si No

16. ¿Algún miembro de tu familia ha sufrido abuso sexual?

Nunca
Si, pero no durante el último año
Una vez en el último año
Dos veces en el último año
Tres o más veces en los últimos doce meses

17. ¿Recibió algún tipo de ayuda médica?

Si No

18. ¿te has sentido preocupado, perturbado física o emocionalmente por el abuso físico o sexual que sufrieron en la familia?

Si No

19. ¿Cuántas tazas de café bebes en una semana normal? (1 semana = 7 días)

20. ¿Qué tan a menudo fumas?

Nunca
Uno o dos, ocasionalmente
Fume ocasionalmente en el pasado, pero ya no
Fumo ocasionalmente
Fumo diariamente

21. ¿Cuántos años en total has fumado?

22. ¿Cuántos cigarros fumas en un día normal?

23. ¿Sientes que estas fumando mucho?

Si No

24. ¿Te preocupa que tu salud se afecte por tu manera de fumar?

No me preocupa
Me preocupa un poco
Me preocupa mucho

25. ¿Te sería difícil dejar de fumar por completo?

Posiblemente no
Poco difícil
Difícil
Muy difícil

26. ¿En los últimos 12 meses has ido con un dentista a checarte?

No
Una vez
Dos o más veces

27. ¿En los últimos 12 meses has ido al doctor para un chequeo?

No

Una vez

Dos o más veces

28. ¿Cuándo fue la última vez que te tomaste la presión?

Nunca me la han tomado

No lo recuerdo

Hace más de un año

En el último mes

29. ¿Has tomado medicamentos prescritos sin respetar la orden médica, en los últimos 12 meses?

Si

No

30. ¿Has tomado alguna droga ilegal, en los últimos 12 meses?

Si

No

31. ¿Qué tipo de droga has utilizado?

32. ¿Te has preocupado por tu salud como resultado del uso de este tipo de sustancias?

Me preocupa

Me preocupa un poco

Me preocupa mucho

33. ¿Qué tan satisfecho te estas con tu trabajo actual? (incluye la escuela o ser ama de casa)

Muy satisfecho

Satisfecho

Insatisfecho

Muy insatisfecho

No trabajo

34. ¿Qué tan seguido estas estresado o presionado por el trabajo – escuela?

Nunca

Algunas veces

Seguido

Diario o casi diario

35. ¿Qué tan satisfecho estas con tiempo libre que tienes para descansar?

Muy satisfecho

Satisfecho

Insatisfecho

Muy insatisfecho

36. ¿Qué tan satisfecho estas con tus actividades de descanso en las que participas?

Muy satisfecho

Satisfecho

Insatisfecho

Muy insatisfecho

37. ¿Qué tan satisfecho estas con el balance de tu tiempo entre tu trabajo, persona y vida familiar?

Muy satisfecho

Satisfecho

Insatisfecho

Muy insatisfecho

38. ¿Durante el mes pasado cuánto tiempo te sentiste una persona feliz?

Todo el tiempo

La mayor parte del tiempo

Una parte del tiempo

Muy poco tiempo

En ningún momento

39. ¿Durante el mes pasado te sentiste en calma y en paz?

Todo el tiempo

La mayor parte del tiempo

Una parte del tiempo

Muy poco tiempo

En ningún momento

40. ¿Durante el mes pasado te sentiste muy nervioso?

Todo el tiempo

La mayor parte del tiempo

Una parte del tiempo

Muy poco tiempo
En ningún momento

41. ¿Durante el mes pasado cuanto tiempo te sentiste triste o apagado?

Todo el tiempo
La mayor parte del tiempo
Una parte del tiempo
Muy poco tiempo
En ningún momento

42. ¿Durante el mes pasado cuanto tiempo te sentiste deprimido?

Todo el tiempo
La mayor parte del tiempo
Una parte del tiempo
Muy poco tiempo
En ningún momento

43. ¿Te sientes estresado?

Todo el tiempo
La mayor parte del tiempo
Una parte del tiempo
Muy poco tiempo
En ningún momento

44. ¿Se te dificulta reír o sonreír?

Todo el tiempo
La mayor parte del tiempo
Una parte del tiempo
Muy poco tiempo
En ningún momento

45. ¿Te sientes con pocas energías?

Todo el tiempo
La mayor parte del tiempo
Una parte del tiempo
Muy poco tiempo
En ningún momento

46. ¿En general la vida te brinda placer?

Todo el tiempo
La mayor parte del tiempo

Una parte del tiempo
Muy poco tiempo
En ningún momento

47. ¿Comes comida frita o refrita? (por ejemplo: papas fritas, quesadillas, etc.)

Nunca
A veces
Semanalmente
Diariamente

48. ¿Utilizas manteca para preparar tu comida?

Nunca
A veces
Semanalmente
Diariamente

49. ¿Agregas sal a tus alimentos?

Nunca
A veces
Semanalmente
Diariamente

50. ¿Comes comida chatarra entre comidas?

Nunca
A veces
Semanalmente
Diariamente

51. ¿Procuras comer alimentos altos en fibra (pan integral, cereal, etc.)?

Nunca
A veces
Semanalmente
Diariamente

52. ¿Cuántos refrescos bebes en una semana normal?

53.¿Te has sentido preocupado por tu salud, debido a la falta de una adecuada alimentación?

Sin preocupación

Poco preocupado

Muy preocupado

54.¿Cuántos días a la semana participas en actividades físicas, por lo menos 20 minutos?

55.Usualmente qué tan seguido utilizas las escaleras en vez del elevador, caminas o usas bicicleta en vez de tomar el camión o el coche?

Nunca

De vez en cuando

La mayoría de las veces

Siempre

56.¿Cuál oración describe mejor un día típico en la escuela o trabajo?

Estoy sentado la mayor parte del tiempo no camino mucho

Estoy sentado o caminando la mayor parte del tiempo

Estoy caminando la mayor parte del tiempo pero no cargo o hago esfuerzos

Cargo o levanto cajas ligeras o subo escaleras.

57.Realizó trabajos fuertes (por ejemplo: empujando, moviendo equipos pesados, haciendo tareas pesadas en casa como aspirar).

Nunca

De vez en cuando

La mayoría de las veces siempre

58.¿Cuántas horas en una semana normal miras televisión, videocintas, video-juegas en computadora, etc.?

59.¿Te preocupa tu salud por el tipo de ejercicio que realizas?

No me preocupa

Me preocupa un poco

Me preocupa mucho

60.¿Cuál es tu estado civil?

Soltero

Casado o unión libre

Separado

Divorciado

61.¿Cuántos amigos o parientes consideras cercanos a ti? (personas con quien te llevas bien y puedes platicar o puedes acudir en busca de ayuda).

Ninguno

Uno o dos

Tres a cinco

Seis o más

62.¿Cuántos de estos parientes o amigos cercanos a ti, frecuentas por lo menos una vez al mes?

Ninguno

Uno o dos

Tres a cinco

Seis o más

63.¿Qué tan satisfecho te sientes del apoyo que puedes recibir de la gente cercana a ti?

Muy satisfecho

Satisfecho

Insatisfecho

Muy insatisfecho

64.¿Tus amigos y familiares te hacen sentir amado o valiosos?

No

A veces

Seguido

Siempre o casi siempre

65.¿Pertenece a algún grupo religiosos o estas en contacto con la iglesia?

Si

No

66.¿Pertenece a alguna organización o grupo?

Si No

67.¿Cuántas horas acostumbras dormir (período de 24 horas)?

68 ¿Tienes problemas para dormir?

No
A veces
Seguido pero no diario
Diario o casi diario

69.¿Te levantas durante la noche y tienes problemas para volver a dormir

No
A veces
Seguido pero no diario
Diario o casi diario

ESTA SECCION FINAL ES PARA CONOCER TU INTERES O DISPOSICIÓN PARA CAMBIAR TU ESTILO DE VIDA EN AREAS QUE TIENEN UN POSIBLE RIESGO O PREOCUPACIÓN PARA TI.

73. En tu alimentación

No estoy pensando en cambiar
He decidido no hacer cambios
Posiblemente cambie algún día
Pienso cambiar pronto
Voy a prepararme para cambiar
Estoy listo para empezar
Quiero empezar a cambiar

74. En tus relaciones sociales

No estoy pensando en cambiar
He decidido no hacer cambios
Posiblemente cambie algún día
Pienso cambiar pronto
Voy a prepararme para cambiar
Estoy listo para empezar
Quiero empezar a cambiar
No estoy pensando en cambiar

70.¿Pierdes el sueño por estar preocupado o tensionado?

No
A veces
Seguido pero no diario
Diario o casi diario

71.Con respecto al tiempo que duermes sientes que es:

Mucho
Es lo correcto
No es suficiente

72.¿Te preocupa tu salud por la calidad de sueño que tienes?

No me preocupa
Me preocupa poco
Me preocupa mucho

He decidido no hacer cambios
Posiblemente cambie algún día
Pienso cambiar pronto
Voy a prepararme para cambiar
Estoy listo para empezar
Quiero empezar a cambiar

76. En tu interacción familiar

No estoy pensando en cambiar
He decidido no hacer cambios
Posiblemente cambie algún día
Pienso cambiar pronto
Voy a prepararme para cambiar
Estoy listo para empezar
Quiero empezar a cambiar

77. En tu consumo de tabaco

No estoy pensando en cambiar
He decidido no hacer cambios
Posiblemente cambie algún día
Pienso cambiar pronto
Voy a prepararme para cambiar
Estoy listo para empezar
Quiero empezar a cambiar

78. En tu consumo de alcohol
No estoy pensando en cambiar
He decidido no hacer cambios
Posiblemente cambie algún día
Pienso cambiar pronto
Voy a prepararme para cambiar
Estoy listo para empezar
Quiero empezar a cambiar

79. En tu consumo de drogas
No estoy pensando en cambiar
He decidido no hacer cambios
Posiblemente cambie algún día
Pienso cambiar pronto
Voy a prepararme para cambiar
Estoy listo para empezar
Quiero empezar a cambiar

80. En tu cuidado médico
No estoy pensando en cambiar
He decidido no hacer cambios
Posiblemente cambie algún día
Pienso cambiar pronto
Voy a prepararme para cambiar
Estoy listo para empezar
Quiero empezar a cambiar

81. En tu trabajo y tiempo libre
No estoy pensando en cambiar
He decidido no hacer cambios
Posiblemente cambie algún día
Pienso cambiar pronto
Voy a prepararme para cambiar
Estoy listo para empezar
Quiero empezar a cambiar

82. En tu salud emocional
No estoy pensando en cambiar
He decidido no hacer cambios
Posiblemente cambie algún día
Pienso cambiar pronto
Voy a prepararme para cambiar
Estoy listo para empezar
Quiero empezar a cambiar

83. En la comunidad en la que vives
No estoy pensando en cambiar
He decidido no hacer cambios
Posiblemente cambie algún día
Pienso cambiar pronto
Voy a prepararme para cambiar
Estoy listo para empezar
Quiero empezar a cambiar

12.3 CUESTIONARIO DE DETECCIÓN DE CONOCIMIENTOS. Pre () Post ()

Edad: _____ Sexo: _____ Ocupación: _____

1.-Piensa que la adolescencia es una etapa riesgosa en la cual puede surgir el consumo excesivo de alcohol?

DE ACUERDO

INDECISO

EN DESACUERDO

2.-Cree usted que los familiares y amigos influyen en el consumo de alcohol en los adolescentes?

DE ACUERDO

INDECISO

EN DESACUERDO

3.-Sabes usted identificar a un joven cuando está consumiendo alcohol en exceso?

SI

NO

4.-Considera que usted como padre puede contribuir para que sus hijos consuman alcohol de una manera responsable? (esta pregunta no se consideró en la comunidad urbana)

SI

NO

5.-Cuáles son las cosas que pueden llevar a una persona a consumir alcohol?

6.-Cuáles son las consecuencias del alcohol en los adolescentes?

12.4 CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN.

Edad: _____ Sexo: _____ Ocupación: _____

1.-Le pareció clara la información?

SI

NO

2.-Le pareció útil la información?

SI

NO

3.-Considera importante estar informado de la forma en que consumen alcohol los adolescentes?

SI

NO

4.-Le pareció novedosa la información?

SI

NO

5.-Piensa que la información de hoy puede ser aplicable?

SI

NO

6.-Le gustaría tener información sobre otros temas?

¿cuáles? _____

13. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

Álvarez Manilla, J.M. (1988). Atención Primaria. Revista de Salud Publica, (Vol. 30, No. 5, pp. 676-682) . México.

Alvear, G., Villegas, J. (1996-1997). Salud Pública IV . Departamento de Salud Publica, Facultad de Medicina, D.F.: México. pp. 293.

Ayala, V. H., y Cols. (1998). Manual de Autoayuda para Personas con Problemas en su Forma de Beber. Editorial Miguel Angel Porrúa. D.F.: México.

Ayala, V. H. y Cárdenas, G. (1996). Algunas Consideraciones Sobre el Proceso de Tratamiento de Conductas Adictivas. Psicología Iberoamericana. (Vol.4, No.2, pp. 5-16). D.F.: México.

Ayala, V. H. (1993). El Curso Del Alcoholismo: Una Visión Psicológica en: Investigación Psicológica, (Vol. III, N° 1, pp. 5-17).

Ayala, V. H. y Cols. (1997). Autocontrol Dirigido: Intervenciones Breves para Bebedores Excesivos de Alcohol en México. Revista Mexicana de Psicología, (Vol.14, N°2, pp.113-127). D.F.: México.

Ayala, V., H. Cárdenas L., G. (1996). Una Revisión de Programas de Tratamiento para el Consumo Excesivo de Alcohol. Revista Psicología Iberoamericana. (Vol. 4, N° 2). D.F.: México.

Ayala, V. H., Gutiérrez, M. (1993) Una Revisión de Programas de Tratamiento para el Consumo Excesivo de Alcohol. Neurología- Neurocirugía – Psiquiatría. (Vol. 33, N°1). D.F.: México.

Beaglehole. R., Bonita. R., Kjellström. T. (1994) Epidemiología Básica. Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C.: U.S.A.

Berruecos, V. L., Castro, S.M., Díaz -Leal, A.L., Medina- Mora, M., Reyes del Olmo, P. (1994). Curso Básico Sobre Adicciones, Fundación Ama la Vida I.A.P., Centro Contra las Adicciones. D.F.: México.

Catalano y Bronfenbrenner, (1974), Ecología Social, Ed. Nueva Imagen, D.F.: México, p.p 112-114.

Ciencia de las Bebidas Alcohólicas en México. (1998). Beber de Tierra Generosa. Ed. Fisac, D.F.: México.

Conferencia Internacional Sobre Atención Primaria de Salud. (1978), Alma-Ata, URSS. p.p. 6-12.

Costa, M., López, E. (1986). Salud Comunitaria, Ed. Martínez Roca, España.

De la Fuente, R., Medina-Mora, M. (1997), Salud Mental, Ed. Trillas, D.F.: México

Encuesta Nacional de Adicciones 1993. Secretaria de Salud, D.F.: México.

Encuesta Nacional de Adicciones. (1998). El Consumo de Drogas en México. Salud 2000. Consejo Nacional de las Adicciones. D.F.: México.

Fauci, S. A., Braunwald, E., Kurt J. Isselbacher, K.J., Wilson, D. J., Cameron S.C, Martin, J.B., Kasper, D.L., Hauser, S. L., Dan L. (1998). Harrison's principles of internal medicine. McGraw-Hill. - 14th edition. Estados Unidos.

Guía Básica Sobre Consejo de los Profesionales Sanitarios Dirigidos a Modificar Hábitos de Vida: Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Obtenido de la web 7/10/98. <http://www.almirallprodesfarma.com/guies/g0.html>

Hanson, D. J. (1996), Alcohol Education:What We Must Do, Wesport, Praeger.

Las Adicciones y los Programas para Combatirlas (1995), Revista de Salud Mental. (Vol.8). D.F.: México.

Manrique R.,A. (1989). Principales Motivos de Ingreso a un Hospital de Urgencias Mientras los Pacientes se Encontraban Bajo los Efectos de Bebidas Alcohólicas, Revista de Salud Mental, (Vol. 12, No. 3). D.F.: México.

Modelo de Atención de Salud para Población Abierta: Cédulas de Microdiagnóstico. Jurisdicción de Huamantla. (1998). Huamantla, Tlaxcala: México.

North, R. (1991). El Alcoholismo en la Juventud, Editorial Conceoto.

Picot, P. (1995). DSM IV, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Editorial Masson, Barcelona.: España. p.p. 895.

Presidencia Municipal de Huamantla, Archivo del Registro Civil. Huamantla, Tlaxcala: México.

Rodríguez, G. Ortega M., Rojas, R. (1998). La Psicología de la Salud en América Latina. Facultad de Psicología. Editorial Miguel Ángel Porrúa. D.F.: México.

Salleras Sanmartín, L. (1989). Educación Sanitaria. Bases Científicas, Piedrola Gil, et al. Medicina Preventiva y Salud Pública . Ed. Salvat. Barcelona: España.

Salleras Sanmartín, L. (1990). Educación Sanitaria. Principios, Métodos y Aplicaciones. Ed. Díaz de Santos. Madrid: España.

Salleras Sanmartín, L. (1985). Educación Sanitaria, Ed. Díaz de Santos S.A., Madrid.

Sánchez -Martos, J. (1990). Proyecto Docente e Investigador de Educación Sanitaria. Universidad Complutense. Madrid: España.

Sánchez-Martos, J. (1994). Los Profesores Ante las Drogas, Fundación de Prevención Escolar Contra las Drogas. Madrid: España.

Sanmartin, H. (1984). Salud y Enfermedad, Ed. La Prensa Médica Mexicana, S.A., México.

Sanmartín, H., Pastor, V. (1988). Salud Comunitaria Teoría y Práctica, Ed. Díaz Santos. Madrid.

Secades, R. (1996). Alcoholismo Juvenil, Editorial Pirámide, Madrid: España.

Secretaría de Educación Pública, e Instituto Mexicano de Pediatría. (1991). Encuesta Nacional Sobre Consumo de Drogas en la Comunidad Escolar. D.F.: México.

Skinner. H., Pastor. V. (1988). Salud Comunitaria Teoría y Práctica, Ed. Díaz Santos, Madrid: España.

Subsecretaría de Coordinación y Desarrollo. Consejo Nacional Contra las Adicciones. Programa Contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas. (1992-1994). Secretaría de Salud, México.

Tapia-Conyer, R. Craviotto. P., De La Rosa. B y Kuri. P. (1995), Panorama Epidemiológico de las Adicciones Encuesta Nacional de las Adicciones 1993, Situación Actual de las Adicciones en México, Secretaría de Salud, CONADIC. D.F.: México.