

31921
126
1



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA

LA IMPORTANCIA DEL PSICOLOGO
PREVENTIVO EN EL USO INDEBIDO DE
DROGAS

T E S I S A

PARA OBTENER EL TITULO DE:

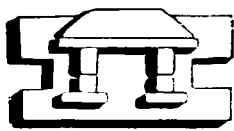
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A N :

~~BROWDER~~ SERRANO RAUL FERNANDO

HERNANDEZ MARTINEZ DANIEL OMAR

ASESORES: LIC. ALEJANDRO GAONA FIGUEROA
LIC. GUILLERMO HERNANDEZ NERIA
M. en C. RUBEN GONZALEZ VERA



IZTACALA

TLALNEPANTLA, EDO. DE MEXICO

2003

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos:

Al Lic. Alejandro Gaona Figueroa:

Por creer en nosotros, brindár su apoyo incondicional y ser más que un profesor: un ejemplo a seguir en la ética y ejercicio profesional.

Al Lic. Guillermo Hernández Neria:

Por su dedicación, tiempo, amabilidad al asesorar este trabajo y enriquecerlo en cuanto a estructura y contenido.

Al Mtro. Rubén González Vera:

Gracias por la dedicación, paciencia, sabios comentarios y ayudarnos a hacer realidad este proyecto.

A la Universidad Nacional Autónoma de México:

Por ser una Institución encargada de la transformación y el progreso social que representa gran respeto y enorgullece a los alumnos egresados, por la formación recibida, valores y actitudes ante la vida.

Agradecimientos especiales a:

Marisa Padilla, Miguel Monroy, Norma Contreras, Samuel Bautista, Alejandro Villalá, Margarita Martínez, Lourdes Jacobo, María Elena del Bosque, Eugenio Díaz, Juan Machín, María Elena Castro, Monica Marzain, Juny Vega, Alejandro Nájvaez, Georgina Radilla, José Luis Fontes; quienes nos dejan algo más que sus conocimientos, al incrementar nuestro deseo por superarnos y ejercer la carrera con amor, dedicación y constancia.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Agradecimientos:

A Dios:

Por ser luz en mi oscuridad, fortaleza cuando estoy cansado y ser mi amigo fiel en todas las batallas...

A Felipe Hernández e Irene Martínez:

Quienes siempre han sido un ejemplo de entrega, dedicación y compromiso, me han apoyado a pesar de todo y me han brindado su amor incondicional, en verdad no hay palabras para agradecerles lo que han hecho por mí, este pequeño logro no sólo es para ustedes, sino de ustedes. ¡LOS AMO!

A Saulo, Juan, Samuel y Luis:

De quienes he aprendido muchísimo, con ustedes he pasado momentos inolvidables, he reído, jugado, llorado, reñido...en fin gracias por ser como son!... por impulsarme y por compartir parte de su vida conmigo...

A mis amigos:

Boqui, Arturo, Javier, Rafa, Rubén, Chucho, Gastón, Alex, Daniel, Armando, Romel, Víctor, Fernando, Manuel, Juan, César, Absaid, Norma, Liza, Sol, Gissa, Sandra, Cintia, Yane, por la convivencia, confianza, risas y consejos...

A alguien MUY ESPECIAL (Charo):

Gracias por darme sabor a mis días, por tu tiempo, alegría, cariño, comprensión y apoyo; muchas cosas que he logrado te las debo a Ti...agradezco a Dios por hacerte coincidir en mi vida.

Daniel.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Agradecimientos:

Cuando inicié a estudiar la carrera e introducirme al mundo tan complejo de la psicología, me surgió la curiosidad sobre como iba a acabar haciendo tesis y obtener un título y todo lo que implicaba, pero sobre todo me preguntaba a quienes tenía que poner en los agradecimientos y que era lo más adecuado que tenía que escribir.

Aún hoy en día, sigo pensándolo... y haciendo una retrospectiva de estos cuatro años y todavía más allá, me doy cuenta que sigue siendo muy complicado, ya que son muchas las personas que han participado desde la más pequeña cosa o atención para poder facilitarme el recorrido tan largo y lleno de esfuerzo que he hecho. Esfuerzos que no solo han sido míos, ya que para poder realizarlos, se necesito que todas estas personas me brindaran su ayuda y apoyo que también implicó sudor, lágrimas y uno que otro tropiezo; y sin embargo, siempre estuvieron allí...

*Por ello, para mi poner solo algunas personas resultaría injusto y si decidiera empezar a nombrar a cada uno, no me cabrían en esta hoja, así que lo unico que puedo decir es: **¡¡GRACIAS A TODOS LOS QUE ESTUVERTON CONMIGO!!***

Raúl.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ÍNDICE

RESUMEN.....	3
INTRODUCCIÓN.....	4
CAPÍTULO 1. Uso indebido de drogas.....	7
1.1. ¿Qué es el uso indebido de drogas?.....	7
1.2. Clasificación de las drogas más comunes.....	9
1.3. Tipo de usuarios.....	13
1.4. Causas del uso indebido de drogas.....	16
CAPÍTULO 2. Prevención del uso indebido de drogas.....	19
2.1. Salud pública y su historia.....	19
2.2. Epidemiología.....	23
2.3. Modelos preventivos en el uso indebido de drogas.....	26
2.4. Modelo ético - jurídico.....	27
2.5. Modelo médico - asistencial.....	30
2.6. Modelo sociocultural.....	32
2.7. Modelo de riesgo y protección.....	33
2.8. Modelo psicosocial.....	34
2.9. Niveles de aplicación preventiva.....	36
CAPÍTULO 3. La función del psicólogo en el uso indebido de drogas.....	39
3.1. Funciones del psicólogo preventivo en la actualidad.....	39
3.2. Análisis de las funciones del psicólogo preventivo en el uso indebido de drogas: Un estudio exploratorio.....	47
3.2.1. Resultados.....	49
3.2.2. Análisis de resultados.....	58
3.2.3. Conclusiones.....	61
3.3. Propuesta del perfil profesional del psicólogo en la prevención de adicciones.....	66
CONCLUSIONES GENERALES.....	74
REFERENCIAS.....	76
ANEXOS.....	81

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

RESUMEN

Hoy en día hablar acerca de la prevención de adicciones resulta un tema importante y a la vez complejo, ya que los factores que inducen a una persona para consumir drogas son tantos y tan variados que demandan respuestas profesionales, interdisciplinarias y de trabajo conjunto. Es de suma importancia la participación del psicólogo en esta área, debido a que es un especialista en el análisis del comportamiento individual y social, por ello debe reunir una serie de características para desempeñar de manera eficaz su papel en la prevención de adicciones. El objetivo de este trabajo es analizar las actividades que realiza el psicólogo en la prevención del uso indebido de drogas para definir su función e importancia dentro de esta área.

Para lograr este propósito se hizo un estudio exploratorio a través de la aplicación de un cuestionario de 18 preguntas dirigidas a doce psicólogos que laboran en tres instituciones dedicadas al tratamiento y prevención de adicciones en el Distrito Federal (Centros de Integración Juvenil, Instituto de Educación Preventiva y Atención a Riesgos y el Instituto Mexicano de la Juventud).

Entre los resultados obtenidos se encontró que el 75% de los psicólogos entrevistados prefieren realizar otras actividades diferentes a la prevención; asimismo, se encontraron déficits en los conocimientos, habilidades e intereses. Sin embargo, se concluye que la formación que tiene el psicólogo en comparación a otros profesionales que inciden en esta área, presenta ventajas que permiten facilitar las acciones preventivas.

Finalmente se expone una propuesta dirigida a mejorar las funciones y tareas realizadas por este profesional del área de la salud.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCIÓN

Pensemos por un momento en aquella madre angustiada por tener un hijo adicto a las drogas. Desde pequeño lo vio crecer, jugar, saltar, aprender, reír y convivir con otros niños; pero ahora su conducta ha cambiado, él se comporta agresivamente, evade sus responsabilidades, no respeta la autoridad, en ocasiones se siente sólo, vacío y sin un sentido en la vida; su rostro refleja el hastío que le provocan sus problemas, tiene la mirada perdida y el cuerpo cansado por los estragos de la droga. No es fácil para ella, ni para el resto de la familia poder ayudarlo, incluso él sabe que de un momento a otro terminará en la cárcel, en el hospital o en el panteón. Ese dolor, ese sufrimiento de una madre y de una familia nos incumbe a todos como sociedad. ¿Por qué? Porque nadie puede decir que nuestros seres queridos están exentos de ser atrapados por alguna adicción. Los niños, familiares, hermanos y amigos se encuentran en riesgo constante; y al mismo tiempo la comunidad en que vivimos se vuelve frágil y peligrosa, estos hechos los podemos constatar cotidianamente, sólo basta tomar cualquier periódico y leer alguna nota que relaciona violencia, muerte, accidentes y robos con el tráfico y consumo de drogas. Aún cuando las drogas han estado presentes en todas las culturas y en todas las épocas, hoy por hoy son más las personas que las consumen, hay mayor cantidad y facilidad para conseguirlas, el consumo de sustancias es cada vez más permisivo y común, haciendo pensar a las personas "no pasa nada" si se utilizan (Tapia, 1994). En México, el índice de consumo de drogas se ha incrementado tanto que ya se convirtió en un problema de salud pública; en el año de 1998, cinco de cada 100 personas admitieron haber consumido sustancias alguna vez en su vida, sin contar el tabaco y alcohol. A partir de estos datos puede afirmarse que aunque la mayoría de personas no consumen drogas ilícitas es importante realizar acciones que disminuyan el consumo, porque si se toma en cuenta que el uso de tabaco y alcohol es un factor de riesgo para consumir otro tipo de sustancias más peligrosas, en unos años el fenómeno crecerá (Secretaría de Salud. 1999).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Dado lo anterior, el problema de la drogadicción requiere de estrategias para evitar que se siga propagando, de ahí la importancia de las acciones preventivas. Algunas de ellas son los aportes en cuanto al tratamiento, rehabilitación, el control, legislación, creación de espacios y actividades alternativas al consumo, como lo son las artísticas, culturales o deportivas. En este sentido, la psicología juega un papel importante al contribuir con una conceptualización integral del ser humano en su contexto real y concreto, utilizando los principios teóricos y tecnológicos para intervenir en el mejoramiento de la calidad de vida individual y comunitaria. Sin embargo, en la actualidad la práctica psicológica referente a la prevención de adicciones es cada vez más inconsistente y relativamente decepcionante, ya que puede observarse que muchos proyectos han fracasado o por lo menos no han conseguido el éxito que se esperaba (Fernández - Ríos, 1994; Llanes, 1999 y Llanes, Castro y Margain, 2001).

Incluso Buela - Casal, Fernández - Ríos y Carrasco (1997) mencionan que algunas intervenciones sobre la prevención de las adicciones han provocado un aumento en el consumo de drogas en vez de disminuirlo. Tal es el caso de que cuando se realizaba labor preventiva, se informaba a la población sobre todos los tipos de drogas y los efectos que cada una de ellas causaba en el organismo, esto obviamente lejos de prevenir producía el efecto contrario porque de esta manera las personas conocían otro tipo de drogas y les daba curiosidad experimentar sus efectos.

Por ello, es importante definir el papel que desempeña el psicólogo en la prevención de adicciones, puesto que su labor se ha enfocado a realizar tareas terapéuticas; es decir, a dar tratamiento y rehabilitación al farmacodependiente o elaborando programas preventivos sin intervenir directamente en la comunidad y cuando lo hacen, únicamente se centran en llevar a cabo acciones como la información, orientación y capacitación, donde la información es difícil de recordar; la orientación presenta cambios favorables, pero poco significativos y en la capacitación se requiere encontrar alternativas viables y prácticas (León, 2001).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Hace falta mucha investigación en la prevención de adicciones, pero sobre todo la acción de los profesionales en la comunidad. Este trabajo sirve como elemento para que el psicólogo se dé cuenta de que no sólo su función se encuentra enfocada a la terapia y diseño de programas, sino que existen otras áreas que lo demandan (prevención) y en las cuales debe estar preparado, de tal forma que su trabajo esté encaminado a intentar el reconocimiento de un problema y su significación para provocar la movilización de los recursos disponibles en los individuos construyendo soluciones en las que la comunidad participe activamente (Videla, 1991).

El objetivo de esta tesina es analizar las actividades que realiza el psicólogo en la prevención del uso indebido de drogas para definir su función e importancia dentro de esta área.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPÍTULO 1. USO INDEBIDO DE DROGAS

1.1. USO INDEBIDO DE DROGAS.

En todos los tiempos, movido por curiosidad, deseo o necesidad, el hombre ha buscado sustancias que le proporcionen estados placenteros, éxtasis místico, supresión u olvido del dolor físico o moral. El uso social, cultural o religioso de sustancias psicotrópicas forma parte de la historia de las costumbres y hasta las últimas décadas no representaba un problema o amenaza grave para la humanidad. Sin embargo, el uso actual de las drogas en nuestras sociedades se ha convertido en un serio problema social, económico y político que pasa todas las fronteras e incapacita a grupos cada vez más numerosos de la población.

¿Qué se debe hacer con este problema?. Al respecto, la gente se pronuncia acerca del uso, el mal uso y el abuso de las drogas sobre una base de hechos, valores e interpretaciones propias. Lo que puede ser aceptable para una persona puede no serlo para otra (Schwebel, 1991).

Por ello, resulta difícil definir lo que es el uso indebido de drogas, puesto que, existen muchos enfoques para su abordaje y todavía no se ha construido una teoría que articule los significados y definiciones que se han generado. En 1964 la Organización Mundial de la Salud, realizó una sustitución a los términos de toxicomanía y hábito, por el de dependencia seguida de la indicación del tipo de droga que se tratase. Posteriormente en 1969, se adoptó el término de farmacodependencia el cual se definió como El estado psíquico y en ocasiones físico causado por la relación de un organismo vivo y un fármaco, caracterizado por el cambio en el comportamiento y otras reacciones que se relacionan con el impulso irreprimible a tomar el fármaco en forma continua o periódica, con el fin de experimentar sus efectos psíquicos y algunas veces evitar el malestar producido por la privación (Caplan, 1993) Así que para entender mejor dicho concepto, fue dividido en dos partes:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Primero, entender lo que era un fármaco o droga y posteriormente lo que era dependencia. De esta manera, un fármaco se consideró como: Toda sustancia que, introducida en el organismo vivo, puede modificar una o varias de sus funciones (CIJ,1989). En este sentido, al abusar de alguna droga se cae en el peligro de generar una dependencia que se entiende como la necesidad física o psicológica de consumir una droga. Por lo cual, la dependencia psicológica o habituación, se va a caracterizar por el uso compulsivo de una droga sin desarrollo de dependencia física (no se producen alteraciones fisiológicas al suspenderla). Sin embargo, la persona "siente" necesidad de tomarla para experimentar sus efectos, evitar el dolor psicológico o para enfrentar los problemas cotidianos (CIJ, 1998). Mientras que la dependencia de tipo físico, aparece como fase secundaria a la habituación. Es un estado de adaptación biológica y se manifiesta por trastornos fisiológicos moderados o intensos cuando pasa el efecto de la droga. En esas circunstancias, el organismo se ha acostumbrado a la presencia de la droga y la necesita para sentirse bien, debido a que si se suspende la administración de estas sustancias, aparecen serios trastornos físicos (Arcos, 2000). Así, al aparecer una serie de síntomas y signos de naturaleza física o psicológica, tiene lugar el "síndrome de abstinencia"; el cual, es acompañado por otro fenómeno llamado tolerancia. La tolerancia es definida como la adaptación del organismo a los efectos de la droga, generando la necesidad de aumentar la dosis para seguir obteniendo el efecto inicial y llevando al uso excesivo de una sustancia de manera continua y progresiva. La severidad es mayor en relación con la rapidez con que se instale la tolerancia y abstinencia, así como del tipo de droga que se consuma (CIJ, 1989).

Después de mencionar estos conceptos, es posible tener una idea general de lo que es el uso indebido de drogas, para entenderlo como un fenómeno que consiste en la autoadministración deliberada de sustancias tóxicas más allá de los límites generalmente aceptados de la terapéutica o en contra de la legislación vigente (Massùn, 1991) En otras palabras, hay uso indebido de drogas cuando se puede comprometer la salud del individuo, o interfiere con su funcionamiento

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

social o económico normal. De acuerdo con lo anterior, el abuso de drogas podría definirse como un uso indebido reincidente, que expone al consumidor al hábito de la droga y de allí el peligro de caer en la farmacodependencia, entendida como el estado extremo al que puede llevar el abuso de drogas, quedando el consumidor "atrapado" por la sustancia. Es decir, que éste siente un impulso irreprimible de tomar la droga acostumbrada, de forma periódica o continua, a fin de experimentar sus efectos o simplemente para evitar el malestar que le produce la ausencia de determinada sustancia (Schwebel, 1991). Por último, cabe mencionar que ninguna droga es buena o mala en sí, esto depende del uso que el hombre hace de ella. Cualquier droga o dosis fuertes y repetidas creará efectos nocivos al organismo.

1.2. CLASIFICACIÓN DE DROGAS MÁS COMUNES.

Antes de poder clasificar las drogas, es preciso tener idea de lo que significa éste término, ya que normalmente en nuestra sociedad, al tener una concepción moralista de las cosas, es muy común que se tenga un estereotipo que limite de manera importante lo que se entiende por droga o fármaco; lo cual a su vez, puede provocar que se caiga en el uso indebido, como se vio en el apartado anterior, por ejemplo al consumir sustancias que en apariencia son de uso común y no producen ningún daño de salud o social. Por tal motivo, el término droga hace referencia a cualquier sustancia que introducida al organismo, produce alteraciones en éste. No obstante como los alimentos también son sustancias que producen alteraciones en el organismo éstos se distinguen de las drogas o fármacos, por el simple hecho de que las drogas no producen efectos nutritivos; además de que son capaces de manifestar alteraciones tanto físicas como mentales y causar adicción.

Existen múltiples tipos de drogas, las cuales se han tratado de dividir y clasificar, sin embargo las clasificaciones son tan numerosas como fármacos existen en el mundo. Las clasificaciones que se han tratado de formular, se basan en el origen

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

de la sustancia, el grado de peligrosidad, el efecto que produce en el organismo, así como también por su legalidad. Como señala Arcos (2000), la clasificación más útil, es aquella que se fundamenta en las sustancias que producen dependencias graves como resultado de la influencia que tengan sobre el sistema nervioso central, como es el caso de los psicotrópicos o también conocidos como drogas psicoactivas, las cuales provocan cambios en la percepción, sentimientos, pensamiento y la conducta de la persona que las consume. Massún (1991) divide a los psicotrópicos en tres grupos: Psicolépticos, psicoanalépticos y psicodislépticos. Los cuales se describen a continuación:

Psicolépticos.

Son aquellos que tienen la característica de deprimir el sistema nervioso central como resultado que las funciones corticales superiores son inhibidas, presentándose una lentitud en los procesos de pensamiento, pérdida de agudeza emocional y en casos de dosis altas se presentan convulsiones y estado de coma que posteriormente pueden conducir a la muerte.

También se sabe que las sustancias depresivas crean tolerancia y dependencia tanto física como psicológica y que al ser suspendidas de manera abrupta, el síndrome de abstinencia es más severo que el causado por cualquier otro tipo de droga (Madden, 1986).

Entre los psicolépticos más comunes se encuentran el alcohol, los sedantes (barbitúricos y tranquilizantes), los narcóticos (opio, morfina, heroína, codeína) y las sustancias inhalables.

Psicoanalépticos o psicotónicos.

Estos fármacos son estimulantes del sistema nervioso central, ya que ejercen un efecto de alerta intenso, así como la sensación de mayor bienestar y energía disponible.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

De esta manera Dusek (1990) y Madden (1986), coinciden que con el consumo de estimulantes, ya sea por vía oral, inhalante o intravenosa, sobreviene en el individuo una magnificación de la confianza propia, euforia, resistencia a la fatiga, aceleración del pensamiento, habla y actividad motriz; además de una disminución del apetito, aumento de la temperatura corporal, así como depresión y cansancio cuando los efectos excitatorios han disminuido. En este grupo se puede encontrar a las anfetaminas, la cocaína, el tabaco y la cafeína.

Psicodislépticos.

En este rubro se incluyen a las sustancias que perturban al sistema nervioso central, cuyos efectos presentan alteraciones en procesos como la percepción, pensamiento y emoción, parecidas a las experiencias oníricas y trastornos esquizofrénicos, ya que producen ilusiones, visiones y sonidos diferentes a los normales construidos sobre la base de objetos físicos y sonidos reales, durante la experiencia con el fármaco.

Cabe destacar que esta categoría, ha sido formulada de una manera arbitraria, debido a que son muchas las sustancias que son consideradas como estimulantes o depresores que pueden provocar un efecto alucinógeno. Entre las drogas capaces de producir alucinaciones se encuentran el LSD, mezcalina, psilocibina, cannabis (marihuana), etc.

Si se toma en cuenta el componente activo de las sustancias y no los efectos que se producen sobre el sistema nervioso central como anteriormente se hizo mención, las drogas pueden clasificarse como naturales o sintéticas. Entre las llamadas drogas naturales se puede encontrar a la cannabis sativa y sus derivados (hachís y marihuana), el opio y sus componentes activos (morfina y codeína), la coca y sus derivados (cocaína); mientras que en las consideradas como sintéticas están presentes productos como el LSD, las anfetaminas (benzedrina y daxedrina), los barbitúricos, los tranquilizantes y los productos químicos derivados de la industria como la gasolina, tolueno, thinner, cemento

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

plástico, pegamentos, etc. Otra de las clasificaciones que se han formulado para las drogas, es aquella que agrupa a los fármacos según su potencialidad para desarrollar dependencia, ya sea en drogas duras o blandas. No obstante, esta clasificación ha sido un tanto controvertida, precisamente por este punto, ya que el criterio para determinar qué fármaco es el que resulta más peligroso, está en función únicamente de la arbitrariedad, debido a que la manera de reaccionar de cada individuo a una sustancia específica es distinta.

De cualquier manera, se entiende como sustancia dura a aquellas que se caracterizan por un síndrome de abstinencia violento y un alto grado de tolerancia, los cuales obligan al individuo a que aumente la cantidad de dosis para producir el mismo efecto que se dio en un principio.

Por otro lado, las drogas blandas son aquellas que no causan normalmente una dependencia física (aunque sí psicológica), por lo que el consumidor puede dejar de tomarlas sin sufrir graves trastornos corporales (Dusek, 1990). Finalmente, la división entre drogas legales e ilegales resulta todavía más controvertida que la anterior. Esto se debe principalmente a que la clasificación antes mencionada no está fundamentada con el grado de toxicidad de las sustancias, ni con los problemas sanitarios o sociales que tengan lugar como resultado del uso y abuso de los fármacos; sino más bien se basan en los factores económicos, políticos o culturales. Así por ejemplo, el uso excesivo en nuestra sociedad del alcohol es de alguna manera permitido e incluso promovido por la publicidad, siendo que esta sustancia puede producir la muerte por sobre dosis o por enfermedades producidas como la cirrosis hepática de los consumidores, como también provocar daños a terceras personas a través de los accidentes automovilísticos que el estado de ebriedad puede acarrear; mientras que con el consumo de otras sustancias, como por ejemplo la marihuana, hace que se estigmatice, aisle y encarcele al individuo que sea sorprendido con ella debido a lo antimoral que resulta ante la sociedad este tipo de fármaco (Madden, 1986)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Esta prohibición a su vez produce que los individuos se encuentren en riesgo de consumir sustancias de una manera inadecuada, sean más propensos a adquirir y hacer uso de drogas que conduzcan a un mayor peligro tanto biológico, psicológico, social y legal; ya que al suprimirlas, la gente tenderá a buscar otras sustancias que sustituyan a las primeras.

1.3. TIPOS DE USUARIOS.

Debido a que la farmacodependencia ha sido un problema de mucha relevancia social, tanto para los países industrializados como para los que se encuentran en vías de desarrollo, las investigaciones que se han efectuado al respecto, arrojan datos de gran importancia que indican los factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales que hacen probable que los individuos caigan en el uso inadecuado de drogas. De la misma manera, entre los casos de drogadicción que se han observado, es común encontrarse con similitudes que indican qué personas son las que están en mayor predisposición para desarrollar una adicción. Por esta razón, ha sido posible identificar grupos en los que se puede clasificar a los individuos y así poder determinar de alguna manera, lo que los motiva al consumo y posteriormente al abuso y a la dependencia de fármacos.

Según el Manual de Capacitación para el Voluntariado de Centros de Integración Juvenil (2002), las personas consumidoras de drogas pueden clasificarse en cinco categorías: Experimentador, social u ocasional, funcional, disfuncional y exfarmacodependiente

Experimentador. En este grupo se pueden encontrar a aquellas personas que buscan probar una droga por simple curiosidad. A los individuos que entran en esta categoría no se les considera propiamente como personas adictas, ya que el consumo de sustancias sólo se limita a unas cuantas experiencias y al estar en función de tener sensaciones novedosas, el consumo no tiene consecuencias negativas en la vida de la persona.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Social u Ocasional. Como lo dice el nombre de esta categoría, los individuos únicamente hacen uso de drogas de manera recreativa y esporádica, ya sea en reuniones, en fiestas o en ocasiones pasajeras y aunque el consumo todavía no es habitual, sí se puede llegar a desarrollar dependencia, ya que como se explicó anteriormente, la exposición del organismo a determinadas sustancias, puede producir tolerancia y por tanto conducir a un uso cada vez mayor en cantidad y lapsos de tiempo cada vez menores entre las administraciones de cada dosis.

Funcional. Es cuando los individuos utilizan fármacos para realizar sus actividades cotidianas. Un caso muy común en el que se puede observar este tipo de consumidores, es el de los estudiantes que utilizan ciertas sustancias estimulantes como la cafeína, para incrementar su rendimiento en las jornadas de estudio que llevan a cabo generalmente por las noches cuando se encuentran en períodos de exámenes o cuando tienen la necesidad de trabajar para obtener su sustento y por consecuencia requieren aumentar sus tiempos de vigilia. Así, se puede observar que la dependencia ya se encuentra presente en los individuos, debido a que ya no pueden efectuar sus ocupaciones de manera normal sin dejar de consumir drogas.

Disfuncional En este grupo se encuentran las personas que necesitan hacer uso de sustancias de una manera constante. De modo que el propósito de vida de las personas gira entorno a las drogas, ya sea en el pensamiento obsesivo hacia ellas, en su consumo y/o en la manera de poder adquirirlas para seguir haciendo uso de ellas, dejando de ser productivos para la sociedad. Asimismo, las personas que se encuentran en este grupo, se consideran con un deterioro tal, tanto a nivel orgánico, social, familiar como personal que las expectativas de rehabilitación y reinserción social se ven muy reducidas y difíciles de alcanzar.

Exfarmacodependiente Corresponde al grupo de individuos que han dejado de consumir drogas en un período de tiempo de por lo menos seis meses.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cabe destacar que las categorías aquí presentadas, además de describir las características de las personas consumidoras de sustancias tóxicas, también señalan los motivos a través de los cuales llegan a desarrollar una adicción. Al respecto, Fernández - Ríos (1994) menciona que normalmente el uso indebido de drogas se presenta en aquellos estadios del desarrollo en los que ocurren cambios importantes en la vida social y personal de la gente; de manera tal que al sentir las presiones, los individuos por lo general que oscilan entre las edades de 18 y 30 años, encuentran una salida utilizando sustancias que les permitan huir de los problemas de la sociedad, al no tener las suficientes habilidades para relacionarse e insertarse; trabajar, estudiar o establecer contactos sociales de un modo más fácil; a no ser considerado como personas anormales, inadecuadas o aburridas al no seguir costumbres de tipo social cuando se consumen sustancias como el alcohol, el tabaco o la marihuana. De la misma manera, estados patológicos o psicológicos estresantes pueden conducir al uso excesivo de drogas, ya que es muy común que se utilicen para calmar la ansiedad, dormir mejor o reducir peso corporal debido a las presiones que el consumismo impone a la gente para que se adapte a estilos de vida y estereotipos que la moda marca; o simplemente para permitirse el gusto de realizar algo que se ha prohibido en la cultura y sociedad en la que se encuentran inmersos y por consecuencia sentirse libres y autónomos.

Contrariamente a lo que se ha expuesto antes, puede que la gente no caiga en el uso indebido de drogas, siempre y cuando las primeras experiencias que se hayan tenido, no fueran lo suficientemente satisfactorias en cuanto a las expectativas que se habían formado; o porque simplemente los valores, creencias y educación que tuvieron lugar en el seno familiar, influyeron de un modo determinante en la decisión de no consumir drogas de forma inadecuada. Debido a que el hombre es un ser complejo, queda mucho por revisar y analizar acerca de los factores o causas que lo predisponen a consumir fármacos, por lo que en el apartado siguiente se mostrarán aquellos que con el conocimiento actual, se considera que influyen de modo importante en la farmacodependencia.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1.4. CAUSAS DEL USO INDEBIDO DE DROGAS.

Antes de iniciar este apartado sería bueno preguntarse: ¿Por qué las personas consumen drogas? La respuesta a esta interrogante podría ser demasiado amplia, ya que existen muchos factores para que una persona se inicie en el consumo de drogas, por ejemplo Fernández – Ríos (1994), menciona que algunas causas pueden ser:

- Huida: Estar a disgusto en la sociedad, escapar de los problemas personales etc.
- Libertad: Gusto por hacer algo prohibido, sentirse autónomo, buscar nuevos estilos de vida etc.
- Pasividad : Ocio, pasar el rato.
- Normatividad social: Seguir la moda, costumbre o tradición.
- Inclusión o exclusión del grupo de pertenencia: Rechazo familiar o social, sentirse marginado, discriminado, deseo de sentirse parte de un grupo, etc.
- Experiencias nuevas: Sentir placer, animarse, curiosidad, adquirir un estado mayor de conocimiento o de "capacidad creadora", superar el aburrimiento, etc.
- Sintomatología: Calmar los nervios, dormir mejor, enfermedad, dolor, soportar las frustraciones cotidianas, etc.

Algunos otros autores como Zárate (2000) y Mejía (2002) clasifican el inicio del consumo de drogas en tres factores: Sociales, familiares e individuales.

Dentro de los factores sociales se encuentran la desintegración familiar, migración, niños que trabajan en la calle, bandas juveniles, narcotráfico, desempleo, falta de alternativas de capacitación, problemas económicos y la penetración de los medios masivos de comunicación que favorecen el consumo de drogas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En cuanto a los factores familiares, se han detectado la imposibilidad para dar y recibir afecto, problemas de comunicación, ausencia de uno de los padres, falta total de límites, autoritarismo, violencia verbal o física, alejamiento e indiferencia por parte de los padres, sobreprotección, consumo de drogas por parte de alguno de los padres.

Finalmente, los factores individuales se relacionan con la inseguridad, baja autoestima, conflictos con la autoridad, agresividad, falta de tolerancia a la frustración, incapacidad de establecer relaciones duraderas, personalidad depresiva, vulnerabilidad biológica, etc.

Recopilando estos factores, se agregan a la lista otros más que han sido identificados en recientes investigaciones por los Centros de Integración Juvenil (CIJ, 2002):

- Conducta antisocial temprana (entre 5 y 7 años de edad) expresada en términos de agresividad
- Síndrome infantil de hiperactividad y déficit de atención.
- Creencia de los individuos de tener escaso control de su vida.
- Actitud favorable hacia la ingesta de bebidas alcohólicas.
- Necesidad de experimentar emociones fuertes durante la adolescencia.
- Alcoholismo y uso de drogas por parte de los padres de familia.
- El consumo de drogas de hermanos mayores que influye en los menores.
- Influencia de un grupo de pares donde existen consumidores de drogas.
- Prácticas inconsistentes en las reglas y conducción de la vida familiar.
- Escaso involucramiento de la madre en las actividades de sus hijos.
- Falta de disciplina paterna
- Limitadas expectativas de los padres con respecto a la educación de sus hijos.
- Conducta represiva por parte de uno de los padres, cuando coexiste con otra permisiva por parte del otro
- Inducción de sentimientos de culpa como mecanismo materno de control.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Comunicación negativa.
- Madres frías, poco responsables y escasamente protectoras con sus hijos.
- Fracaso escolar.

Cuando se conocen los conceptos relacionados con el uso indebido de drogas, su clasificación, tipos de usuarios y los factores que causan el consumo, permiten al psicólogo tener información básica y fundamental para poder plantear de manera adecuada las estrategias que le faciliten llevar a cabo la prevención, además de ser uno de los elementos que sirven para tener una visión amplia del fenómeno. En el siguiente capítulo, se habla acerca de la salud pública, epidemiología y modelos preventivos, que ayudan a concretizar aun más las acciones llevadas a cabo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPÍTULO 2. PREVENCIÓN DEL USO INDEBIDO DE DROGAS

2.1. SALUD PÚBLICA Y SU HISTORIA.

En el capítulo anterior se abordó el tema del uso indebido de drogas, en éste se hablará acerca de la prevención de adicciones y los diferentes modelos que han surgido en la actualidad, no sin antes mencionar los antecedentes que le dieron origen y que se desprenden del enfoque médico: La epidemiología y la salud pública.

Para iniciar con este apartado se tiene que definir salud pública, aunque primero es necesario aclarar lo que se entiende por el término "salud". Piédrola (1991) explica que el término salud es una construcción lógica, ya que cada persona tiene su propia percepción y vivencia de este concepto, de acuerdo con lo que se considera normal en función de los grupos sociales en los que los individuos se encuentran, así como de los factores socioeconómicos, culturales, religiosos, etc. La salud ha sido definida como la ausencia de la enfermedad y/o de invalidez; no obstante, al no poder establecer una línea divisoria entre lo que es patológico y lo que es normal, la OMS en 1946, definió a la salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social, además de la ausencia de afecciones o enfermedades. Con la definición anterior, no se estuvo de acuerdo, ya que se consideraron como sinónimos al bienestar y a la salud, lo cual no siempre ocurría. Por otro lado, parecía ser que se trataba de un deseo más que una realidad; aunado a que este concepto consideraba a la salud como algo estático, contrariamente a lo que se conoce hoy en día, es decir que existen diferentes grados tanto de enfermedad como de salud

Aunque todavía no existe una definición precisa de lo que es salud y enfermedad, el concepto propuesto por Terris (en Piédrola, 1991) se considera un poco más abarcativo, al mencionar que la salud es el estado máximo de bienestar físico.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedades que permitan los factores sociales en que viva el individuo y la colectividad. Así, el nivel de salud está en función de la interacción de cuatro variables: De la biología humana, del medio ambiente (contaminación biológica, física, química, psicosocial y sociocultural), de los estilos de vida de los individuos y de los sistemas de asistencia sanitaria.

Para Winslow (en López, 1993) la salud pública es la ciencia y el arte de impedir enfermedades, prolongar la vida, fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante un esfuerzo organizado de la comunidad para: El saneamiento del medio; el control de las enfermedades transmisibles; la educación sanitaria; la organización de los servicios médicos y de enfermería; y el desarrollo de los mecanismos sociales que aseguren al individuo y la comunidad un nivel de vida adecuado para la conservación de su salud. Sus objetivos son: Prevenir las enfermedades, prolongar la vida, fomentar la salud y la eficiencia.

En cuanto a los antecedentes de la salud pública, parten de que durante mucho tiempo prevaleció la idea de que la enfermedad era un castigo divino, donde los sacerdotes y brujos trataban de controlar las fuerzas sobrenaturales para recuperar la salud de los miembros de la tribu, o para evitar la enfermedad. No obstante, fueron los antiguos pueblos de Egipto y Mesopotamia los que iniciaron poco a poco el cambio de los conceptos mágico - religiosos que caracterizaban a la medicina. La higiene personal y pública se desarrollaron grandemente en esas civilizaciones, apartándose un tanto de la idea de que eran los espíritus malignos los causantes de las enfermedades. En la antigua civilización hebrea, se anunciaron leyes para la salud personal y colectiva en el libro de levítico (Álvarez, 1998). Más tarde con la cultura griega y romana se dio un salto aún más grande, debido a que estas civilizaciones prestaban mayor atención a la higiene personal, al ejercicio, a las dietas alimenticias y a la ingeniería sanitaria.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Sin embargo, en la edad media se dio un retroceso ya que con el derrocamiento del imperio romano, el cristianismo al despreciar lo "mundano" y lo referente a la carne y el cuerpo, consideró como inmoral la contemplación del mismo y se abandonaron de modo importante las medidas sanitarias y con ello el descuido y decaimiento de los servicios de abastecimiento de agua potable y de evacuación de excretas que construyeron los romanos. De manera que la basura y las aguas residuales se acumularon en las poblaciones.

Aunado a que en este período se produjeron movilizaciones de varias poblaciones en toda Europa, ya sea por motivos bélicos, religiosos o de comercio, se acrecentaron las enfermedades infecciosas con mucha facilidad. De manera tal que como reacción, se dictaron leyes que regularon la conducta y los movimientos de las personas enfermas de lepra. Aunque con medidas drásticas como los asesinatos de los enfermos, se consiguió eliminar casi del todo a la lepra, sin embargo, tuvo lugar otra enfermedad que provocó mayores estragos: La peste bubónica.

Con la peste, los gobiernos de los países de Europa tomaron más medidas para tratar de contrarrestarla, como las acciones de salud pública dirigidas a proteger las actividades realizadas de una forma sistemática y organizada al cerrar los pueblos infectados o poner en cuarentena a los puertos de estos mismos. Ya en el período del renacimiento y los siglos posteriores a este; no se dieron cambios importantes, debido a que el conocimiento sobre epidemiología y de enfermedades infecciosas no avanzó mucho. Los verdaderos avances en materia de salud pública tuvieron lugar hasta la Edad Contemporánea con el descubrimiento de la vacuna de la viruela que creó el primer método efectivo para la prevención de una enfermedad y la formulación de principios políticos, que permitieron llevar a cabo acciones de defensa de la salud de la población por parte de los gobiernos en los siglos XVIII y XIX, que provocaron la realización de programas y cuerpos estatales de saneamiento en las ciudades y poblaciones, así se establecieron escuelas de enfermería y medicina; y se llevaron a cabo

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

estudios sobre diferentes enfermedades y una mayor atención a la recolección de datos estadísticos sobre éstas. Por lo cual la legislación, el saneamiento y la inspección fueron las principales acciones a tomar, relegando a la asistencia y rehabilitación a la responsabilidad individual.

Más adelante, con los descubrimientos bacteriológicos, se dio un gran impulso en el conocimiento epidemiológico de enfermedades transmisibles, lo cual a su vez permitió un importante avance en los modos de hacerles frente. Así, la protección se convirtió en lo elemental dentro la salud pública. Sin embargo no fue sino hasta el siglo XX en que el fomento y la promoción de la salud hicieron su aparición tanto en la salud pública como en la administración sanitaria, dando lugar a su vez a lo que se conoce en nuestros días como prevención.

A pesar de considerar todos estos factores que se engloban en la protección y promoción de la salud, la prevención y el impedimento de las enfermedades, se dejaron un poco de lado; en cuanto a lo referente al restablecimiento y rehabilitación de los individuos, sólo fue contemplado hasta los años 30's y 40's cuando hubo avances en la medicina asistencial y en la justicia social, para que estos términos formaran parte de la salud pública. Actualmente la salud pública es considerada como "un conjunto de actividades organizadas de la colectividad dirigidas a la defensa, fomento y restauración de la salud de la población" (Piédrola, 1991) Con esta definición se consideran acciones por parte de los gobiernos para organizar los esfuerzos de la colectividad; así se hace una distinción en los modos de incidir ante las enfermedades. Por un lado se encuentra la salud pública y por otro la salud comunitaria, la cual es el nivel más avanzado en el desarrollo de las medidas para defender, promover y restaurar la salud de la población. La diferencia entre salud comunitaria y salud pública estriba en que la segunda, es una acción del gobierno, como se dijo anteriormente; mientras que en la primera, aunque el gobierno sigue interviniendo, la comunidad es la que participa en la planificación, administración, gestión y control de las acciones que llevan al óptimo estado de salud a sus integrantes (Álvarez, 1998).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

De esta manera, la información y la educación sanitaria serán necesarias para que los ciudadanos contribuyan activamente en la protección, promoción y restauración de su salud; para que puedan valorar las necesidades de su comunidad; decidir sobre las acciones prioritarias que realizar y evaluar su efectividad apoyándose en la epidemiología.

2.2. EPIDEMIOLOGÍA.

Al hablar sobre epidemiología, pueden encontrarse varias definiciones; algunas son excesivas y otras limitadas; pero el propósito de este trabajo no es profundizar sobre dicho concepto; sin embargo, se puede ofrecer una definición general de acuerdo con San Martín (1986), quien explica que la epidemiología es una disciplina científica que estudia las determinantes sociales y los factores asociados de riesgo, que producen y distribuyen los estados de salud - enfermedad y otros riesgos sociales en las poblaciones humanas, con el objeto de poder prevenirlos o controlarlos una vez producidos

La práctica de la epidemiología empezó como auxiliar de la medicina, con el estudio y control de las enfermedades infecciosas que se presentaban de manera intempestiva y afectaban a grandes grupos humanos.

Antes de que se conociera la etiología de estas enfermedades o se tuviera la idea de que eran causadas por organismos vivos microscópicos, se realizaron estudios para saber la magnitud y comportamiento de las epidemias por sarampión, cólera, fiebre y otras. Con los trabajos de Pasteur, Lister y Koch, quienes demostraron la participación microbiológica en algunas enfermedades, la epidemiología se relacionó durante mucho tiempo con el estudio de enfermedades infecciosas; sin embargo, actualmente se aplica al estudio y conocimiento de otras enfermedades, inclusive de procesos sociales de diversa índole que afectan a la población como por ejemplo, la drogadicción (Álvarez, 1998).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En el caso específico de las adicciones, la epidemiología permite conocer su dimensión social, el grado de penetración que ha alcanzado en la sociedad y por tanto, las medidas para prevenir su avance en grupos de riesgo y para combatir los daños a la salud que ocasionan los grupos afectados. El análisis epidemiológico valora el peso que tiene cada variable, sea biológica, ambiental, social o económica; dentro de la secuencia causal que determina la probabilidad de que un individuo se convierta o no en consumidor de sustancias adictivas. Esta característica de la disciplina, particularmente en el campo de las adicciones, hace que la epidemiología tenga estrecha relación con el desarrollo de programas preventivos y de intervención, es decir, que la información generada sea insumo para el diseño de los programas. Lo que eleva, en cierta medida, la posibilidad de que en la población objetivo alcance el impacto deseado (Tapia, 2001). De este modo, la epidemiología constituye un instrumento fundamental para el estudio de la magnitud, distribución y etiología del consumo de sustancias psicoactivas, permitiendo conocer el comportamiento del problema en el tiempo y el espacio, identificar grupos de riesgo y orientar la toma de decisiones para el desarrollo de medidas preventivas y de control.

En México, diversas instituciones generan de manera más o menos permanente información epidemiológica del consumo de drogas. En algunos casos los estudios son de carácter nacional, mientras que en otros tienen un alcance regional o local. Se han realizado, además en una población general o en poblaciones específicas. Entre las fuentes de información epidemiológica existentes en México en materia de adicciones se encuentran:

- La Encuesta Nacional de Adicciones, levantada en hogares en 1988, 1993 y 1998, por la Secretaría de Salud.
- La Encuesta Nacional sobre el Uso de Drogas entre la Comunidad Escolar (estudiantes de educación media básica y media superior), cuya última aplicación en el nivel nacional data de 1991, aunque se dispone de información más reciente correspondiente a la ciudad de México. Esta encuesta es

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

conducida por la Secretaría de Educación Pública y el Instituto Mexicano de Psiquiatría de la Secretaría de Salud.

- El Estudio Epidemiológico del Consumo de Drogas en Pacientes de Primer Ingreso a Tratamiento en Centros de Integración Juvenil, a cargo de la Subdirección de Investigación de CIJ y cuyos resultados se integran de manera anual.

Con base en estas y otras fuentes puede señalarse que el consumo de sustancias psicoactivas en México ha adquirido en los años recientes, no sólo una mayor magnitud sino también perfiles cada vez más complejos.

La Encuesta Nacional de Adicciones de 1998 indica que el 5.3% (2.5 millones de mexicanos) de la población entre 12 y 65 años de edad, residente en localidades urbanas, había consumido alguna droga, por lo menos una vez en la vida (excluyendo alcohol, tabaco y sustancias con utilidad médica). Esta prevalencia supone un incremento de 1.4 puntos porcentuales en relación con la registrada en 1993 (3.9%).

Con base en los datos recogidos, las drogas con mayores tasas de consumo en México son la marihuana, los inhalables y la cocaína. Así mismo, existe evidencia de importantes cambios en la forma del problema que reflejan un probable proceso de transición epidemiológica de las adicciones, dentro del cual destaca una clara tendencia creciente del consumo de cocaína, una disminución del uso de inhalables entre estudiantes y usuarios captados en tratamiento y el aumento paulatino del consumo de sustancias como la heroína y la metanfetamina (CIJ, 1999).

De esta manera, tomando en cuenta la tarea de la salud pública junto con la salud comunitaria y sus instrumentos como el caso de la epidemiología, se ha tratado de establecer medidas que permitan hacerle frente al problema de la drogadicción desde diferentes enfoques y maneras de reprimirlo, como se verá en apartados

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

posteriores; no obstante, a partir de la intervención médica, se da un gran avance en materia de prevención y estrategias de rehabilitación y tratamiento, para dar lugar a la inserción de otras disciplinas como es el caso de la psicología.

2.3. MODELOS PREVENTIVOS EN EL USO INDEBIDO DE DROGAS.

En este apartado es necesario señalar que la historia de la prevención y de los conceptos relacionados con ella, es mucho más amplia y antigua de lo que se refleja en la bibliografía existente sobre el tema y que se evidencia en los manuales de psiquiatría, salud pública, medicina preventiva, psicología comunitaria, psicología preventiva etc. De una forma sencilla y breve se puede decir que la historia de la prevención siempre ha sido y continuará siendo la historia de la lucha contra la enfermedad y cualquier clase de sufrimiento. No obstante, como se pudo ver en los apartados anteriores, la prevención en el uso indebido de drogas tiene sus orígenes del modelo médico (salud - enfermedad). Así, se ha podido entender como intervenciones preventivas a aquellas acciones que tienen por objetivo eliminar o eventualmente disminuir el riesgo de apariciones comportamentales o de salud para toda la población intentando lograr la máxima integración ecológica entre personas y ambientes (Macia, 1996).

Por lo cual, para poder prevenir un fenómeno resulta necesario conocer las variables que lo generan, las conductas fundamentales que se pretenden desarrollar para evitar el menor daño posible, los procedimientos de cambio en estas conductas y la metodología adecuada que permita evaluar los progresos alcanzados con cierto tipo de estrategia. En este sentido, se han creado diferentes modelos preventivos que han variado a través del tiempo según la conceptualización que se tuvo de las drogas, de las adicciones y de los criterios que se establecieron para sus orígenes; es decir, que dependiendo del modelo teórico imperante se formularon las medidas preventivas a realizar, las cuales a su vez fueron cambiando según los progresos obtenidos a través de la investigación

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

y las experiencias con dicho problema tanto a nivel individual como social. Según Kornblit y colaboradores (1989), a la par de los avances en el conocimiento sobre el problema del uso indebido de drogas, se fueron desarrollando programas con la finalidad de prevenir en cinco etapas correspondientes al dominio de un modelo teórico específico a saber: El modelo ético – jurídico, el médico – asistencial, el sociocultural, riesgo – protección y el psicosocial.

Cabe destacar que aunque cada uno de estos modelos toma en cuenta sólo una parte del gran problema de la farmacodependencia desde su punto de vista particular, en la actualidad no son excluyentes los unos de los otros, sino que se integran y buscan de manera conjunta la disminución del uso indebido de sustancias.

2.4. MODELO ÉTICO – JURÍDICO.

El enfoque ético – jurídico de la prevención en el uso indebido de drogas caracterizó a la década de los años sesenta en las naciones que se vieron inicialmente afectadas, tal es el caso de los países de primer mundo como Estados Unidos y algunos otros de Europa. Este hecho se debió en gran parte a los cambios tan vertiginosos que se experimentaron entre los movimientos juveniles y el desarrollo de la modernidad, los cuales produjeron el deseo de vivir experiencias nuevas y gratificantes debido al consumismo y a la rebelión causada ante las presiones del régimen capitalista y su creciente expansión (Kalina, 1988). Durante esta época, se consideraba a la drogadicción simplemente como una conducta delictiva que la sociedad debía castigar con todo su rigor para evitar que esta práctica se extendiera. Por ello los planteamientos teóricos de este enfoque residen en las actitudes antisociales y/o inmorales de ciertos grupos delictivos (Macia, 1996) Las drogas y su consumo fueron importantes y requirieron atención en la medida en que se presentaban como causantes de daños graves a los individuos y a la sociedad. El modelo ético – jurídico, al basarse únicamente en las

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

sanciones ejercidas por los sistemas ejecutivo, legislativo y judicial, aislaban a los farmacodependientes de los demás ciudadanos, para tratar que las drogas ilícitas de las que hacían uso, quedaran fuera del alcance de la población; de tal modo que se estigmatizaba al adicto y se recurría a la información alarmista con respecto a los peligros que representaban las drogas prohibidas.

Al ignorar las relaciones causales con los grupos de pares y el sistema sociocultural que rigen a los consumidores de sustancias, los defensores de este enfoque negaron o se oponían a cualquier otro tratamiento que permitiera ayudar a estas personas, ya que por ejemplo la ayuda médica, les proporcionaría una especie de respetabilidad legal que resultaba una complicidad con la delincuencia (Massün, 1991).

Debido a esto se promulgaron leyes para restringir el uso de sustancias ilegales; no obstante, la industria farmacéutica apoyada por la legalidad y por la publicidad, inundó al mercado de psicotrópicos complejos que convirtieron a los ciudadanos en consumidores legales, además de traer una consecuencia aún mayor: Que los adolescentes y jóvenes empezaran a sustituir las drogas prohibidas por otras combinaciones que resultaron todavía más peligrosas.

Como consecuencia de las deficiencias que presentó éste enfoque y con las críticas que se fueron dando en los diversos foros acerca de la problemática de las adicciones, se continuó con la búsqueda de otros planteamientos que superaran estas condiciones, sin embargo, en nuestros días aún persiste en las legislaciones, en la actitud de la gente, de las autoridades y de los medios masivos de comunicación una postura negativa y represiva ante el tema del uso indebido de drogas. Actualmente, el tratamiento que la legislación mexicana confiere a las adicciones se apoya en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en la que se consagra en el artículo 4º la protección de la salud como un derecho que tiene toda persona en el país por el hecho de ser ciudadano mexicano, beneficio que se extiende a cualquier extranjero que entre en el territorio nacional

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Por lo anterior según la carta magna, la ley definiría las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecería la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, delimitando la competencia del Congreso de la Unión para legislar sobre salubridad general en la república.

Un ejemplo de ello es lo que la Ley General de Salud cita: "La ley prohíbe en forma expresa la siembra, cultivo, cosecha, elaboración, preparación, acondicionamiento, adquisición, posesión, comercio, transporte en cualquier forma, prescripción médica, suministro, empleo, uso y consumo en el territorio nacional de las siguientes sustancias y vegetales, que son considerados estupefacientes: Opio preparado para fumar, diacetilmorfina o heroína, sus sales o preparados, cannabis sativa, indica y americana o marihuana, papaver somniferum o adormidera, papaver bacteatum y erythroxilon novogratense o coca, en cualquiera de sus formas, derivados o preparaciones; igual prohibición puede ser establecida por la Secretaría de Salud sobre los estupefacientes que considere que pueden ser sustituidos en sus usos terapéuticos por otros elementos que a su juicio no originen dependencia" (Tapia, 2001).

Además, se advierte la integralidad del marco jurídico mexicano al respecto incluyendo:

- El derecho a la protección de la salud.
- La clasificación de los medicamentos estupefacientes y sustancias psicotrópicas.
- El control de su producción y manufactura.
- El control de la disponibilidad, la prescripción y la venta.
- El control de la publicidad.
- Las drogas y el ámbito laboral.
- La obligatoriedad de la educación sobre la materia.
- La regulación de la prestación de los servicios.
- Las sanciones y multas

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En conclusión, el objetivo del modelo ético - jurídico es el de formular leyes en las cuales el castigo y la amenaza legitimada reduzcan no sólo la disponibilidad de la droga, sino también la motivación para consumirla, por lo tanto, las disposiciones legislativas constituirán el fundamento de la prevención (Macia y Méndez, 1991).

Sin embargo, los esfuerzos de este enfoque por prevenir las adicciones, no han sido suficientes, ya que se ha demostrado que la mera existencia de normas no impide la aparición de conductas y que muchas veces, en rigor, se castiga a las víctimas. Por esta razón el enfoque médico – asistencial hace su aparición al demostrar que el organismo crea dependencia de las drogas y considera al adicto como un enfermo, motivo por el cual se buscará entenderlo mas que castigarlo, como a continuación se verá.

2.5. MODELO MÉDICO – ASISTENCIAL.

Como se dijo anteriormente, este modelo se sustenta en la idea de que el drogadicto es víctima de una enfermedad, aunque también se consideró que el uso de sustancias y su rápida propagación era originada porque las disposiciones legales eran insuficientes para controlar este fenómeno, así que los organismos internacionales en materia de salubridad, decidieron que el tema de las adicciones, sería de la incumbencia de la salud pública y sus servicios profesionales como si de cualquier otra enfermedad se tratara. En este sentido, la farmacodependencia se incluyó como una enfermedad y dado que los "adictos" en algunos sectores de la población podían facilitar el consumo en otras personas "sanas", se decidió aislar a los individuos "enfermos" con el fin de proteger al resto de la población (Massün, 1991)

Así aunque el modelo médico – asistencial dejó a un lado la represión y el castigo característico del enfoque ético – jurídico, siguió adoleciendo de una visión integral, al delegar la responsabilidad al individuo farmacodependiente; tomando

sólo en cuenta las implicaciones de la cuestión genética como probabilizador para que se desarrollará dependencia en el individuo, suponiendo una vulnerabilidad química en el sistema nervioso central (Macia, 1996). Por tal motivo, la prevención desde este modelo se enfocó en proveer de información objetiva a la sociedad acerca de las características farmacológicas de los productos que se utilizaban y de las consecuencias negativas en el organismo del consumidor, a través de sus programas en educación para la salud. Hasta este momento puede decirse que los objetivos que persigue el enfoque médico – asistencial son:

- Curar al drogodependiente, manteniéndolo aislado del resto de la sociedad para evitar la propagación y preservar así la salud pública.
- Informar acerca de los riesgos que conlleva el consumo de drogas para el organismo. En esta línea, se sitúan la mayoría de las estrategias preventivas realizadas hasta la fecha. Pláticas en las escuelas, folletos divulgativos repletos de advertencias y recomendaciones, mensajes televisados, etc.
- Prevenir y curar como si de cualquier otra enfermedad infecciosa se tratase.

Sin embargo, al suponer un avance importante en materia de adicciones, la UNESCO en 1973, crea foros internacionales que comenzaron a poner en duda la efectividad en la práctica de este enfoque, ya que al considerar al "drogadicto" como un enfermo mental o como delincuente, se desechan las variables sociales, culturales y psicológicas que influyen en la determinación del problema centrándose solamente en los procesos neurobiológicos (Massün, 1991).

Añadiendo que las medidas preventivas en las cuales se apoya este enfoque, sólo se concentraron en proporcionar información y no en una educación real en cuanto a actitudes, estilos de vida y una toma de conciencia al respecto.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.6. MODELO SOCIOCULTURAL.

Después del enfoque médico - asistencial, se consolidó otra perspectiva apoyada en el enfoque sociocultural que consistió en considerar a la adicción como un sintoma, no de enfermedad sino social. Para el enfoque sociocultural los problemas asociados a las drogas se deben a condiciones socioeconómicas y culturales precarias que se dan como resultado de la marginación, falta de oportunidades de algunos sectores de la población, falta de empleo, ideología dominante, etc. que condicionan de manera importante la aparición masiva del uso indebido de sustancias (Massún, 1991).

Por lo dicho anteriormente se puede hablar de una subcultura de la droga como refiere Macia (1996), la cual se separa y aísla de las normas sociales convencionales, de manera que el individuo se encuentra sujeto a su entorno y realidad social, que lo definen de acuerdo a la pertenencia a una determinada etnia o grupo en el que vive. De este modo, las acciones preventivas planteadas para llevarse a cabo dentro del modelo sociocultural se enfocan en mejorar las condiciones de vida y permitir un ascenso social mediante la educación a las regiones marginadas para hacer que los hábitos del uso indebido de drogas desaparezcan y así lograr una integración social a las normas convencionales; esto implica modificaciones de los factores sociopolíticos, económicos y culturales desfavorables.

Así, las metas principales que persigue este modelo son:

- Mejorar las condiciones de vida y crear un ambiente en el que las necesidades que se cubren mediante el consumo de drogas se puedan satisfacer a través de otras conductas menos perjudiciales.
- Involucrar a la sociedad en su conjunto, sobre todo los sistemas educativo y sanitario, para que disminuya la aceptabilidad social de las drogas y varíen los valores que están manteniendo su utilización (Massún, 1991).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Asimismo, el enfoque socio – cultural permite entender variaciones en los modos de comportamiento y las actitudes de los individuos atribuibles a los distintos ambientes, con lo cual se procura mejorar el deseable efecto preventivo con una educación sobre las drogas. Anteriormente, las evaluaciones sistemáticas referentes a los programas preventivos fueron mostrando que mejor que educar sobre drogas, los programas preventivos que aseguraban mayor grado de éxito eran aquellos que ofrecían alternativas al consumo de drogas. Sin embargo, el enfoque socio – cultural nunca logró los resultados deseados, pues a pesar de la extensión de este tipo de actividades, de que muchos jóvenes tenían opciones artísticas, culturales, deportivas, etc., también participaban en el consumo de drogas (Llanes, Castro y Margain, 2001).

Actualmente, este enfoque ha tenido algún grado de vigencia, porque al reconocerse la compleja trama de factores que subyace al fenómeno de las drogas, se observa que las diferencias sociodemográficas y culturales afectan el consumo. Aunque también se toman en cuenta las diferencias individuales, dando lugar al área psicológica, que después aportará el modelo psicosocial.

2.7. MODELO DE RIESGO Y PROTECCIÓN.

Con base en los marcos planteados por la visión de la salud pública, surge uno de los modelos más importantes hasta el momento, el modelo denominado de "riesgo - protección", descrito precisamente en el contexto de los modelos preventivos que tradicionalmente incluyen dos principios básicos. El primero enfocado a la prevención del uso de las sustancias, y el segundo, al establecimiento de acciones de los grupos donde se ha demostrado mayor prevalencia. A diferencia del modelo anterior, éste percibe la identificación e intervención en el riesgo y propone acciones en el desarrollo del mismo, cuando los riesgos aparecen y no cuando existe ya la prevalencia de trastornos. Por lo tanto su meta será abatir la incidencia

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

de casos nuevos en cuanto a adicciones se trate. Consecuentemente, actúa sobre los factores precursores del consumo y considera que la prevención debe empezar mucho antes de que la conducta se establezca. Además considera por un lado, que los factores de riesgo pueden ser individuales, familiares, sociales, culturales o contextuales.

Es preciso tener en cuenta que la definición de estos factores como negativos (riesgo) o positivos (protección), radica también en la representación que cada grupo social o individuo tenga del elemento en cuestión. Por ejemplo, el hecho de vivir en una familia no integrada, con ausencia de figuras paternas, como es un grupo de hermanos, puede ser considerado como un factor de riesgo para algunas personas acostumbradas al modelo socialmente aceptado de familia nuclear; mientras que para otro individuo, contar con varios hermanos que le apoyan y se preocupan por él, puede ser un valioso factor de protección. Se puede definir que el límite entre el riesgo y la protección lo da el grado de funcionalidad: Si para esa persona o grupo resulta una ayuda, se trata de un factor protector; si provoca disrupción es un factor de riesgo. Por eso es especialmente importante que el cambio surja de las necesidades y expectativas autodefinidas, de acuerdo al análisis de la situación particular (Souza y Machorro, 2000).

2.8. MODELO PSICOSOCIAL.

Es en este período y con los avances de la prevención del uso indebido de drogas que la psicología hace su aparición, surgiendo como la opción más adecuada para tratar de solucionar el problema de una manera integral. A través del punto de vista psicosocial, se rompe con aquellas posturas simplistas de causa – efecto en las que se basaban los modelos anteriores, ya que se reconoce la gran complejidad del ser humano y la multicausalidad del consumo de drogas. Así, con el modelo psicosocial, se visualiza la génesis de la farmacodependencia como un comportamiento igual que cualquier otro, en el que intervienen una serie de

factores interrelacionados. Es por ello que entre otras cosas el nuevo enfoque, se concentra fundamentalmente en problemas de autoestima, autoeficacia, problemas de comunicación, búsqueda de alternativas para dar sentido a la vida, falta de sentido de pertenencia a un grupo o crisis de identidad; derivados de dificultades en los procesos de crianza y educación, cohesión familiar e influencia de iguales (Fernández - Ríos, 1996). Por esta razón, las acciones preventivas están encaminadas a hacer frente a las necesidades tanto psicológicas como sociales en los individuos o grupos en cuestión, para dotarles de ciertas habilidades y alternativas que les permitan enfrentar sus problemas cotidianos y con ello tratar de lograr que se integren a la sociedad de una mejor forma y sin necesidad de recurrir a los fármacos.

Entre las estrategias de prevención utilizadas a partir de este modelo se encuentran: Las de informar a los individuos las consecuencias legales, fisiológicas, psicológicas sobre el uso y abuso de drogas; la influencia que ejercen los medios de comunicación de masas y la publicidad; la promoción de experiencias afectivas positivas que inducen el crecimiento emocional a través de destrezas de expresión, el reforzamiento de las habilidades familiares y parentales, construcción de estilos de vida dirigidas a resistir las presiones de los iguales, entrenamientos en tomas de decisión, pensamiento independiente, habilidades sociales y asertividad. Además, los programas elaborados desde la perspectiva psicosocial, tienen como último fin "incrementar la conciencia y capacidad de elección del individuo con relación a su conducta, desarrollando estrategias de afrontamiento, autocontrol, un mayor sentido de autoconfianza y autoeficacia en su vida" (Marlatt en Fernández - Ríos, 1994). Por lo cual, la educación preventiva que realiza el psicólogo (diferente a la educación para la salud) forma parte importante de las medidas protectoras, ya que mediante ésta se busca incidir tanto en lo cognitivo como en lo afectivo para provocar cambios en aquellas personas que están haciendo mal uso de sustancias, como las que se encuentran en riesgo de utilizarlas; tomando en cuenta los factores biológico, psicológico y social que demanden ciertas necesidades en los individuos y que

faciliten en cierta medida caer en las adicciones o entorpezcan el desarrollo normal de cada individuo.

2.9. NIVELES DE APLICACIÓN PREVENTIVA.

Los antecedentes que se tienen en cuanto a los niveles de aplicación preventiva, empezaron con Gerald Caplan en 1964 cuando publicó en Estados Unidos sus principios de psiquiatría preventiva, que sirvió de modelo a psiquiatras y psicólogos de todo el mundo, ya que anteriormente el concepto de la prevención se tomaba prestado del campo de la salud pública, en expansión desde los años veinte. (Buela - Casal, 1997)

El "modelo de prevención por niveles" propuesto por Caplan (1993), se instaló como una política revolucionaria en materia de salud mental en la administración del presidente Kennedy, porque cuestionaba a la concepción psiquiátrica tradicional, asistencialista. Dicho autor planteó tres niveles de prevención que en la actualidad siguen vigentes: Prevención primaria, secundaria y terciaria.

La prevención primaria se define como el conjunto de actividades encaminadas a evitar que se presenten nuevos casos de una enfermedad. En adicciones, las medidas preventivas que suelen aplicarse en primera instancia son de tipo no específico; es decir, representan opciones contrarias al uso de drogas diseñadas para la población en general, que pretenden incidir y contrarrestar la presión ejercida por las condiciones y factores de riesgo o causales de la farmacodependencia. La prevención secundaria se orienta al diagnóstico oportuno de un padecimiento, con el fin de proporcionar el tratamiento temprano y completo y evitar la aparición de complicaciones, incapacidad y/o muerte. En adicciones se dirige a la población que empieza a consumir drogas, pero que aún no es farmacodependiente. Y finalmente la prevención terciaria en materia de adicciones se enfoca a la población farmacodependiente, a través del tratamiento. limitación

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

del daño, rehabilitación y readaptación social (CONADIC, 1995). Estos no son los únicos planteamientos en cuanto a los niveles preventivos, sino que se han consideraron otros; por ejemplo, los propuestos por NIDA (1997) que parten de la idea que la prevención está dividida en tres categorías: Universal, selectiva e indicada, las cuales reemplazan al sistema viejo y algunas veces confuso de prevención primaria, secundaria y terciaria.

Uno de los esfuerzos de prevención bajo esta perspectiva son dirigidos a disminuir el nivel de vulnerabilidad hacia el abuso de sustancias para la población objetivo. Así, los programas de prevención universal llegan a la población en general; mientras que los programas de prevención selectiva están dirigidos a los grupos en riesgo o a subgrupos de la población en general, como los hijos de personas que usan drogas o a alumnos con bajo rendimiento escolar. Y finalmente, los programas de prevención indicada están destinados a personas que ya están probando drogas o que se presentan otros comportamientos relacionados con riesgos.

Actualmente existen algunos programas preventivos que no retoman los niveles de prevención propuestos por Caplan, por ejemplo el modelo de riesgos psicosociales "Chimalli" que utiliza el modelo denominado prevención primordial, la cual se orienta al desarrollo humano y a la promoción social. Se identifica con la educación preventiva como distinta y más completa temáticamente que la mera educación para la salud, así aunque ambas buscan la promoción, cuidado y recuperación de la salud, la prevención primordial va más allá y reside en la acción de la familia y la escuela o de los promotores comunitarios (Llanes, Castro y Margain, 2001).

De esta manera se puede observar que dependiendo de la definición que se tenga acerca de la prevención, construcción de los modelos preventivos, niveles de aplicación y los conocimientos referentes a la comunidad, será la eficacia en los resultados que se obtengan; ya que como menciona Llanes (1999), es importante

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

definir la prevención y entender cómo ha evolucionado su comprensión a través del tiempo, pues esto permitirá entender mejor las medidas que se aplicarán en la construcción de estrategias adecuadas para la población. De otra manera se gastarán recursos en campañas de salud, prohibición legal de sustancias, información en los medios de comunicación y prevención que no producen resultados.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPÍTULO 3.

LA FUNCIÓN DEL PSICÓLOGO EN EL USO INDEBIDO DE DROGAS

3.1. FUNCIONES DEL PSICÓLOGO PREVENTIVO EN LA ACTUALIDAD.

En capítulos anteriores, se describió lo que es el uso indebido de drogas y los diferentes modelos de prevención, con el propósito, de contextualizar la inserción paulatina de la psicología en el campo de las adicciones, pues es necesario recordar que anteriormente este problema sólo se comprendía desde una perspectiva médica, legal y moral. Sin embargo, aunque actualmente la aplicación y conocimiento psicológico juegan un papel importante en la rehabilitación de adicciones, no se puede decir lo mismo de la prevención, ya que sus profesionales se han visto en la dificultad de articular un discurso con una metodología coherente y lógica (Fernández - Ríos, 1994). Debido a ello, surge la necesidad de proponer constantemente constructos teóricos y actividades básicas que faciliten la efectividad en esta tarea. Por esta razón, en el presente capítulo se destacará la importancia del psicólogo y se definirán las funciones que debe realizar para obtener buenos resultados dentro de la prevención en el uso indebido de drogas.

Para lograr este propósito, es necesario hacer referencia de cuáles han venido siendo sus actividades genéricas en las diferentes áreas de aplicación psicológica y después abordar de manera específica la participación preventiva. Al respecto, Harrsch (1998) menciona que las actividades del psicólogo en México varían y se ramifican en diversos campos. Por ejemplo, durante las primeras décadas del siglo XX, el psicólogo se dedicó básicamente a la enseñanza debido a que la propia psicología no tenía bien definida su identidad como ciencia independiente y menos aún como profesión, con un rol específico y diferenciado en la sociedad. La psicología en esta época sólo tenía por objeto descubrir leyes generales de los procesos psíquicos. Posteriormente, a raíz de la preocupación por la conducta

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

humana, considerada desde el punto de vista individual, surgió la psicología clínica. El psicólogo clínico fue enfocando su actividad a la evaluación y tratamiento de personas o grupos que sufrían de problemas emocionales. Después su área de interés se concentró en la problemática individual, así como la derivada de su interacción con el ambiente. De esta manera, la función específica del psicólogo clínico consistió en identificar, clasificar y analizar problemas en el área de la salud; evaluar programas encaminados a la prevención y solución de dichos problemas optando por alternativas adecuadas a la realidad nacional.

Más adelante la psicología fue dividiéndose poco a poco en varios campos de aplicación y con ello las funciones que el psicólogo debía realizar; por ejemplo, surgió la psicología experimental, infantil, de la adolescencia, geriátrica, social, comunitaria, educacional, industrial, ambiental, del desarrollo, del consumidor, de las organizaciones, de grupo etc. Aunque es evidente que cada área tiene actividades específicas a desarrollar, existen habilidades genéricas que un psicólogo debe desempeñar en los diferentes campos de aplicación.

En relación con esto, el Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología (CONEIP) desde 1978, mediante el estudio de las condiciones y necesidades de nuestro país, trazó un perfil profesional del psicólogo mexicano que permitió clasificar las áreas de aplicación y hacia donde debe dirigirse la acción profesional así como las funciones a las que debe abocarse en este país. De este modo, el psicólogo es un profesionista que desempeña las siguientes funciones: Evaluar, planear, rehabilitar, intervenir para modificar un problema, prevenir e investigar. Así entre las áreas problema, se encuentran: La educación, salud pública producción y consumo, organización social y ecología. Cuyas acciones deben ir dirigidas a los sectores marginal rural, marginal urbano, rural desarrollado y urbano desarrollado, en donde los grupos beneficiarios serían los macro grupos institucionales, micro grupos institucionales, macro grupos no institucionales, micro grupos no institucionales y finalmente los individuos (Urbina, 1992)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Ribes (1980), coincide con el CONEIP en las funciones y áreas de aplicación: Al mencionar que el psicólogo tiene como líneas básicas de trabajo dos dimensiones definidas; en la primera se refiere a que el psicólogo puede intervenir de manera directa y activa en la solución de problemas concretos y el desarrollo de soluciones nuevas; no obstante al referirse a la segunda dimensión, habla de la mediación de las actividades del psicólogo por paraprofesionales y no profesionales de otras disciplinas que tienen injerencia directa con las áreas y problemas que se presentan en la sociedad y la comunidad. Con esta última dimensión se está haciendo referencia a la función llamada desprofesionalización, en donde se plantea que otra de las tareas del psicólogo está encaminada al entrenamiento de personas ajenas a la psicología, para que éstas al encontrarse de manera directa con las situaciones catalogadas como problema, puedan generar soluciones basadas en técnicas derivadas de la ciencia básica en psicología y así prevenir de manera eficaz los problemas conductuales a nivel comunitario. Con lo antes mencionado, se concluye que la función primordial de un psicólogo independientemente del campo de aplicación al que se dedique, es distinguir la dimensión psicosocial de la problemática a la cual se enfrenta; y que de ella se desprenden dos tareas genéricas:

1. El cambio o transformación de la relación que tiene el individuo con grupos, objetos o condiciones significativas de su entorno.
2. La investigación requerida para lograr esta relación con la realidad o su descripción para tomar decisiones y realizar acciones.

Para lograr esta finalidad, el psicólogo debe trascender el papel de promotor que hasta ahora ha caracterizado su intervención, pues deberá conocer y analizar el papel de la planeación en los procesos de cambio social; identificar las dimensiones en las que se sustenta los criterios de racionalidad que expresa y así asumir la posición que otros profesionales no ocupan. Por ello, deberá convertirse

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

en un experto de dos procesos psicosociales fundamentales: La organización y la participación de los sujetos en la transformación social (Urbina, 1992).

Hasta aquí, se han mencionado las funciones genéricas del psicólogo, pero entonces ¿qué funciones deberá realizar el psicólogo en la prevención de adicciones?

Según la literatura, la intervención preventiva consiste en una acción intencionada y planificada, llevada a cabo a través de algún tipo de interacción interpersonal, que tiene como objetivo la reducción de la incidencia de una determinada (psico) -patología en una población concreta en un tiempo delimitado, población que se encuentra viviendo en unas condiciones sociomateriales concretas. Esta intervención se puede llevar a cabo en diversos niveles: Individual, pequeño grupo, organizacional e institucional y comunitario (Fernández - Ríos, 1994). El psicólogo preventivo debe contribuir a facilitar la toma de conciencia de una determinada población de sus recursos propios y la forma de cuidarlos; además del reconocimiento del problema y su significado que movilice las acciones preventivas institucionales y comunitarias para convertir el problema que está teniendo lugar, en un problema de todos (Videla, 1991).

¿Cómo hacerlo? Varela (en Fernández - Ríos, 1994) hace referencia a una serie de funciones que pueden ser realizadas en la prevención en el área de la salud, las cuales se derivan de los postulados científicos aportados por otras disciplinas:

- *Educación*. Mediante los procedimientos de la educación para la salud y a los procesos de facilitar información para el cambio de actitudes y la adquisición de estilos de vida sanos, etc.
- *Promoción de la competencia*. Es la que se realiza tanto a nivel individual como comunitario y consiste en desarrollar otros estilos de vida menos perjudiciales.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- *Prevención en sistemas y organizaciones comunitarias.* Se trata de reducir en la medida de lo posible las desigualdades sociales, promover la igualdad de oportunidades, reformar prácticas institucionales que pueden generar conflictos psicológicos, etc. Se hace referencia principalmente a prevención desde la perspectiva del cambio social, político y organizacional.
- Y finalmente *Movimientos de autoayuda y paraprofesionales.* Es hacer que los individuos, grupos y comunidades se faciliten apoyo social entre sí; además de utilizar a los paraprofesionales para realzar el bienestar psíquico de los sujetos y reducir la incidencia de las enfermedades.

Por otro lado se considera que las actividades de un profesional en la prevención de adicciones deben ir enfocadas en tres niveles a saber: Información, orientación y capacitación (CIJ, 1989)

El nivel de información tiene como objetivo sensibilizar a la población sobre la magnitud del consumo de drogas, la posibilidad de su prevención y hacerla conciente sobre la importancia que tiene su participación para evitar o disminuir su incidencia.

Esto se debe a que la información es un proceso comunicativo y por lo tanto interactivo, que tiende a sensibilizar y resaltar el valor que tiene la prevención de la drogadicción a través del intercambio de mensajes que es fundamental para que haya una forma de trabajo dinámico, a partir del cual, la recepción de información coadyuva a la modificación de las estructuras afectivas y cognitivas individuales en favor de la prevención de las adicciones. Este nivel consta de dos proyectos, uno de ellos dirigido a la población abierta y uno más a población específica. Dentro de los que están diseñados para la población abierta, se encuentran el de la información a concurrentes y el de información pública periódica. Mientras que

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

para la población específica, se incluye tanto a alumnos y profesores de las instituciones educativas, como a los padres de familia, dentro del ámbito escolar. Es importante señalar que en ambos proyectos se utilizan técnicas que promueven la participación de los asistentes mediante pláticas y materiales de apoyo; los cuales se basan en los factores de riesgo y protección de las poblaciones en cuestión.

En cuanto al nivel de orientación, las actividades tienen como finalidad proporcionar espacios de reflexión grupal donde los asistentes puedan expresar y trabajar sobre algunas problemáticas que tienen lugar como consecuencia de cambios importantes en el desarrollo vital, como por ejemplo la transición de la niñez a la adolescencia, a la adultez o a la paternidad, que pueden conducir a un individuo a la drogadicción; de tal modo que se identifiquen los factores de riesgo y los de protección implicados y con ello producir cambios cognitivos y alternativas de solución. Esto se debe a que el procesamiento de información, al considerar el aspecto cognoscitivo como una instancia durable, ésta requiere de un tiempo para procesar el mensaje recibido y producir una respuesta conductual que posibilite la protección ante situaciones que perjudican a la salud. Por esta razón, la protección se realizaría a través de factores como la autoestima, toma de decisiones, apego escolar, manejo ante la presión grupal y desarrollo de habilidades sociales.

El nivel de orientación consta de cinco proyectos que consisten en cursos tipo taller con sesiones secuenciadas, en las que se trabaja una serie de temáticas de un modo vivencial mediante la participación grupal; entre ellos se encuentran: Orientación preventiva infantil, Orientación preventiva a adolescentes, Orientación para adultos jóvenes, Orientación familiar preventiva y Orientación a la familia en su conjunto.

Finalmente, el nivel de capacitación tiene como objetivo generar condiciones propicias, a través de factores protectores que permitan la promoción de la prevención y la conformación de redes vinculares y sociales que disminuyan los

factores de riesgo que conlleven al uso y abuso de sustancias tóxicas. Así, la capacitación es un proceso de enseñanza – aprendizaje que dota a los individuos de nuevos repertorios conductuales, conocimientos (técnicos, científicos y administrativos) y actitudes que se necesitan para lograr el desempeño de la práctica preventiva. Cabe destacar que cuando se lleva a cabo la capacitación, en el proceso de enseñanza – aprendizaje el grupo se transforma intencionalmente, en una red vincular y social. Se dice que se convierte en red vincular, en la medida que los integrantes formen relaciones significativas, en donde al interactuar, tengan lugar la empatía, afectividad y convivencia; y al establecerse estos vínculos entre personas y grupos, reconozcan la necesidad de unirse entre si, con el fin de compartir experiencias, crear lazos y unir esfuerzos en una tarea mancomunada que presenta los mismos objetivos.

Como se puede ver, la capacitación aborda factores de riesgo y protección, redes vinculares y sociales, estructuras de contención y la planeación de programas de trabajo preventivo que se dividen en tres proyectos: Grupos organizados, Voluntariado y personal en servicio social y Capacitación a la comunidad; los cuales, al igual que los proyectos desarrollados para el nivel de orientación, son cursos tipo taller con sesiones secuenciadas, en donde se emplean técnicas de análisis, estructurales y de planeación.

Por otro lado, en el modelo preventivo de riesgos psicosociales propuesto por Llanes, Castro y Margain, (2001) recomiendan que las funciones a realizar de manera sucesiva serán: Informar, concientizar, moldear habilidades y dar indicaciones para practicarlas. Por esta razón y obedeciendo al perfil que se ha expuesto en cuanto a su función preventiva, el psicólogo puede hacer intervenciones a nivel individual y grupal a través de los planteamientos teóricos y técnicas derivadas de las corrientes psicodinámicas, conductuales y fenomenológicas, mediante las cuales desempeñará el papel de un profesional dinamizador del cambio social, que no hurta sino que procura y propicia el protagonismo de la acción para los propios interesados (González, 1998)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En conclusión, las funciones enfocadas a la prevención de adicciones serán: Educar (moldeando y desarrollando habilidades) promover la competencia, diseñar programas, detectar, entrenar, evaluar, informar, orientar y capacitar a individuos y grupos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3.2. ANÁLISIS DE LAS FUNCIONES DEL PSICÓLOGO PREVENTIVO EN EL USO INDEBIDO DE DROGAS: UN ESTUDIO EXPLORATORIO.

En este apartado consideramos que es necesario analizar las diferencias que se presentan entre la intervención real e ideal en la prevención de adicciones. Pues en los apartados anteriores, el contenido se centró en la investigación teórica referente al uso indebido de drogas, modelos preventivos y la función del psicólogo, lo cual sugirió aspectos importantes, pero no suficientes si no se comparan con la realidad que enfrenta este profesional.

Para alcanzar este propósito, se realizó una pequeña investigación cuyo objetivo fue detectar las funciones reales que desempeña el psicólogo en la prevención de adicciones para compararlas con las teóricamente deseables, a fin de establecer una propuesta viable de trabajo. A continuación se presenta la metodología empleada.

Tipo de estudio:

Es un estudio exploratorio-cualitativo, exploratorio porque no hay información suficiente del tema, y cualitativo porque el objetivo de la investigación se enfocó al análisis de diversas actividades desempeñadas por los psicólogos en la prevención de adicciones, sin necesidad de manipular variables ni utilizar datos estadísticos

Sujetos:

En la investigación participaron solamente doce psicólogos escogidos a través de un muestreo no probabilístico selectivo o también conocido como "muestra de expertos" (Hernández, Fernández y Baptista, 1998) cuyas características fueron las siguientes

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Criterios de inclusión:

- a) Que tuvieron al menos un año de experiencia trabajando en el lugar.
- b) Que entre otras funciones se dedicaran a la prevención de adicciones.
- c) Que fueran licenciados en Psicología.

Instituciones:

Se seleccionaron tres organizaciones que brindaran servicios en prevención de adicciones, ubicadas en el Distrito Federal:

- Centros de Integración Juvenil A. C. (CIJ).
- Instituto de Educación Preventiva y Atención de Riesgos A.C. (INEPAR).
- Instituto Mexicano de la Juventud (IMJ).

Materiales:

- Grabadora de audio.
- Cassette virgen de audio.
- Cuestionario aplicado por entrevista personal.

Instrumentos:

Un cuestionario de 18 preguntas abiertas aplicado en forma de entrevista, referido a la función del psicólogo dentro de la prevención de adicciones.

Procedimiento:

Para llevar a cabo esta investigación se realizaron los siguientes pasos:

1. Se estableció el primer contacto vía telefónica, con el fin de concertar una cita con los directores de cada una de las organizaciones.
2. Una vez reunidos con los directores se expuso de manera general el proyecto de investigación
3. Posteriormente se entrevistaron a los psicólogos de las instituciones antes señaladas

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4. Se utilizó un cuestionario de 18 preguntas dirigidas a obtener la información sobre las actividades, conocimientos, preferencias, aptitudes y problemas del psicólogo en el área de la prevención de adicciones (ver anexo 1).
5. Se realizó el vaciado de la información obtenida, organizándola según las funciones que desempeña el psicólogo en el área de prevención.
6. Con la información obtenida se realizó un análisis comparativo entre la función que realiza el psicólogo preventivo en estas organizaciones y la teóricamente establecida.
7. Finalmente, se realizó una propuesta dirigida a establecer una serie de actividades y tareas a desempeñar por el psicólogo en su función preventiva dentro del uso indebido de drogas.

3.2.1. RESULTADOS.

A continuación se hará una descripción de los resultados arrojados por los cuestionarios aplicados a los psicólogos de las instituciones que realizan prevención y tratamiento de adicciones.

Como se puede observar en la pregunta número uno, referida a las actividades que realiza el psicólogo en su trabajo, éstas son: Tratamiento, prevención diseño y evaluación de programas

En las preguntas dos y tres se encontró que entre las actividades de mayor preferencia destacan el tratamiento en primer lugar (siete psicólogos), debido a que con ella es posible observar cambios individuales, además de estar más relacionada con la psicología y brinda mucha satisfacción personal. Prevención en segundo lugar (tres psicólogos), porque les permite solucionar problemas en grupo, dar contención a éste y obviamente por satisfacción personal. Y en último lugar se encuentra la investigación (dos psicólogos), porque argumentaron que a partir de ésta se generan las acciones llevadas a cabo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En cuanto a la definición que tienen sobre prevención (pregunta cuatro), cinco psicólogos consideran que es anticiparse a algo, otros cinco mencionan que prevención es lograr la resiliencia en los individuos, mientras que el resto (dos) concibe este término como el desarrollo de las potencialidades del ser humano para que logren el bienestar.

Entre los modelos preventivos conocidos por los psicólogos entrevistados se encuentran el modelo de riesgo – protección (diez) que dominan ampliamente, mientras que solamente dos psicólogos conocen otros modelos además del ya mencionado (ético – jurídico, médico – asistencial, sociocultural y psicosocial).

En cuanto a las actividades que debería realizar un psicólogo en la prevención de adicciones se mencionan las siguientes: Manejo de grupos, transmisión de información, sensibilización, orientación y capacitación, motivación de cambios y su evaluación, entrenamiento de otros profesionales, investigación teórica y diseño de programas. Sin embargo, dentro las actividades que realizan cotidianamente se encuentran: La información, orientación y capacitación; además del diagnóstico, diseño de programas, intervención (dinámicas grupales), evaluación y seguimiento.

En lo que se refiere a las actividades que desempeña el psicólogo en comparación con otros profesionales que se dedican a la prevención de adicciones, se argumenta que aunque los objetivos institucionalmente son iguales para todos, se encuentran diferencias contundentes en la formación que recibe cada uno. Las principales diferencias notadas en esta pregunta fueron: Marco teórico según especialidad, el psicólogo tiene habilidades de interacción grupal, se especializa en analizar el comportamiento y modificarlo, además del entrenamiento de otros profesionales en el área de prevención.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Dentro de las habilidades genéricas (pregunta 9) que debe poseer el psicólogo para poder desempeñarse en la prevención de adicciones se manifestaron: Oratoria, creatividad (diseño de programas de acuerdo a la realidad de las comunidades), entusiasmo, buena autoestima, carisma, capacidad de observación, organización, responsabilidad y constancia, ser dinámico, empatía, tolerancia a la frustración, manejo de grupos, capacidad de escucha, paciencia, saber enseñar y solucionar problemas. Lo cual implica tener conocimientos (pregunta 10) en los diferentes los modelos preventivos, factores de riesgo y protección, desarrollo humano, manejo de grupos, adicciones, estadística, salud pública y epidemiología, antropología, pedagogía, sociología, psicología social y necesidades de la población.

Los problemas que comúnmente se presentan en el accionar del psicólogo son la incongruencia que existe entre la teoría y la práctica, falta de tiempo para sesiones de prevención, demanda excesiva de servicios por parte de la comunidad, falta de conciencia preventiva, apatía, mala organización, carencia de responsabilidad y compromiso de la gente, resistencia a los cambios por parte de la comunidad, y en el ambiente escolar, falta de cooperación por parte de los maestros.

Pero a pesar de esos problemas, diez psicólogos mencionan que la prevención llevada a cabo, sí ha tenido resultados (no al 100%) y sólo dos manifiestan que la prevención no funciona porque tiene muy poco impacto

Al mencionar, cuáles serían las sugerencias que ellos harían para enriquecer el trabajo preventivo (pregunta 13), se encuentran las siguientes aportaciones: Conocer otros programas de prevención a nivel nacional e internacional, sistematizar más un diagnóstico y tener instrumentos para evaluar los cambios, fomentar la conciencia, compromiso y responsabilidad de los psicólogos hacia la comunidad, aumentar los recursos económicos, materiales y humanos para investigación, construir redes de apoyo, realizar seguimiento a las comunidades, sensibilizar a las autoridades sobre la importancia de la prevención no sólo en

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

adicciones sino en otras áreas, enseñar a los padres de familia a transmitir valores de convivencia desde que sus hijos son pequeños y dar mayor prioridad en zonas de alto riesgo.

Cuando se les preguntó a los psicólogos que si consideraban necesario definir un perfil profesional dentro de la prevención de adicciones, ocho de ellos respondieron que no cualquier persona puede dedicarse a este campo, por lo cual debe cumplir con ciertas características que le faciliten su trabajo; mientras que cuatro psicólogos consideran que no es necesario definir un perfil porque el área requiere estar preparado para todas las demandas.

Los instrumentos que se utilizan para detectar el problema (pregunta 15) solamente son: Estudios epidemiológicos locales, estudios básicos de comunidad, y sólo una institución realiza estudios de factores de riesgo – protección y estudios de disposición y cooperación de la comunidad a parte de los ya mencionados.

El procedimiento que se utiliza para asistir a una comunidad (pregunta 16), idealmente es contactar instituciones o grupos, sondear el contexto, diagnóstico de necesidades y recursos, planeación de estrategias, sensibilización ante la problemática, intervención (transferencia de tecnología o desprofesionalización), evaluación y seguimiento. Es necesario destacar que a pesar de que todos los psicólogos coinciden con este procedimiento, solamente cuatro lo llevan a cabo.

A continuación se describen estas actividades de acuerdo con las opiniones que se registraron.

- *Contacto con la comunidad, grupo o institución.* A través de datos epidemiológicos, se buscan zonas de prevalencia y de alto riesgo en el consumo de drogas. Posteriormente, se presenta la manera en cómo se trabajaría con la comunidad grupo o institución al responsable o líder de ésta.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- *Sondeo del lugar.* Visitar antes de la intervención a la comunidad, grupo o institución para observar maneras de comportarse, lenguaje, costumbres, etc.
- *Diagnóstico de necesidades y recursos.* A través de la observación o instrumentos, enterarse de las necesidades, problemas, disposición al cambio y recursos con los que cuenta la población.
- *Planeación de estrategias.* De acuerdo a los elementos recabados en el diagnóstico, se elabora un plan acorde a las características de la población.
- *Sensibilización ante la problemática.* Exponer la dinámica de interacción grupal y las consecuencias que traerá la problemática si no se trata oportunamente.
- *Intervención (informar, orientar o capacitar).* Es incidir en la problemática con el apoyo de diferentes herramientas, para que la población en cuestión las lleve a cabo (transferencia de tecnología o desprofesionalización).
- *Evaluación.* Conocer los cambios que ha tenido la población después de la intervención preventiva.
- *Seguimiento.* Conocer el impacto ha tenido la intervención a través del tiempo.

Finalmente, todos los psicólogos manifiestan que las instituciones para las que trabajan no les demandan tareas o actividades para las que no estén capacitados, debido a que reciben capacitación de manera constante; sin embargo, todos mencionan que los recursos materiales y humanos no son suficientes para trabajar de manera adecuada en las comunidades (preguntas 17 y 18).

A continuación se muestran en una tabla los resultados que se obtuvieron de manera cuantitativa, registrando la frecuencia de respuesta en cada una de las preguntas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Categorización de respuestas.

Número de pregunta	Categoría (patrones de respuesta con mayor frecuencia).	Número de frecuencia de medición.
1	Tratamiento, prevención diseño y evaluación de programas.	12
2	a) Tratamiento.	7
	b) Prevención.	3
	c) Investigación.	2
3	a) Tratamiento. (Observar cambios individuales. Estar más en relación con la psicología Satisfacción personal.)	7
	b) Prevención. (Solución de problemas. Dar contención. Satisfacción personal).	3
	c) Investigación. (Porque de la investigación parte la acción).	2
4	a) Prevención es anticiparse a algo	5
	b) Prevención es lograr la resiliencia en los sujetos.	5
	c) Prevención es desarrollar las potencialidades de un ser humano.	2
5	a) Modelo de riesgo - protección	10
	b) Ético - jurídico, médico asistencial, sociocultural, psicosocial, riesgo, protección.	2
6	a) Manejo de grupos.	6
	b) Transmisión de información	4
	c) Sensibilizar, orientar y capacitar	9
	d) Motivación de cambios y su evaluación	4
	e) Entrenamiento de otros profesionales	8

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

	f) Investigación teórica.	2
	g) Diseño de programas.	2
7	a) Información, orientación y capacitación.	8
	b) Diagnóstico, diseño de programas, información, orientación, capacitación, evaluación y seguimiento.	4
8	a) Marco teórico según especialidad.	12
	b) El psicólogo tiene habilidades de interacción grupal.	
	c) El psicólogo se especializa en analizar el comportamiento y modificarlo.	
	d) Entrenamiento de otros profesionales en el área de prevención.	
9	a) Oratoria	12
	b) Creatividad (diseño de programas de acuerdo a la realidad de las comunidades).	
	c) Entusiasmo	
	d) Buena autoestima	
	e) Carisma	
	f) Capacidad de observación.	
	g) Organización, responsabilidad y constancia	
	h) Ser dinámico	
	i) Empatía	
	j) Tolerancia a la frustración.	

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

	<ul style="list-style-type: none"> k) Manejo de grupos. l) Capacidad de escucha. m) Paciencia. n) Saber enseñar y solucionar problemas. 	
10	<ul style="list-style-type: none"> a) Diferentes modelos preventivos. b) Factores de riesgo y protección. c) Desarrollo humano. d) Manejo de grupos. e) Adicciones. f) Estadística. g) Salud pública y epidemiología. h) Antropología. i) Pedagogía. j) Sociología. k) Psicología social. l) Necesidades de la población. 	12
11	<ul style="list-style-type: none"> a) Incongruencia entre la teoría y la práctica. b) Demanda excesiva de servicios por parte de la comunidad. c) Falta de conciencia preventiva de la gente d) Apatía de la gente e) Resistencia a los cambios por parte de la comunidad 	12

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

	<p>f) Falta de cooperación de maestros.</p> <p>g) Falta de organización, responsabilidad y compromiso de la gente.</p> <p>h) Insuficiencia de recursos humanos y materiales.</p> <p>i) Falta de tiempo para sesiones de prevención.</p>	
12	<p>a) Si ha tenido buenos resultados.</p> <p>b) No ha tenido resultados o el impacto es muy poco.</p>	<p>10</p> <p>2</p>
13	<p>a) Conocer otros programas de prevención a nivel nacional e internacional</p> <p>b) Sistematizar más un diagnóstico y tener instrumentos para evaluar los cambios</p> <p>c) Que los psicólogos sean concientes, comprometidos y responsables con la comunidad.</p> <p>d) Aumentar los recursos económicos, materiales y humanos para investigación.</p> <p>e) Construir redes de apoyo.</p> <p>f) Realizar seguimiento a las comunidades</p> <p>g) Sensibilizar a las autoridades sobre la importancia de la prevención.</p> <p>h) Hacer prevención no sólo en adicciones sino en otras áreas.</p> <p>i) Enseñar a los padres de familia a transmitir valores de convivencia des de que sus hijos son pequeños</p>	12

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

	j) Dar mayor prioridad en zonas de alto riesgo.	
14	a) Sí, es necesario definir un perfil profesional del psicólogo preventivo.	8
	b) No es necesario, porque el campo profesional demanda que se esté preparado para todas las áreas.	4
15	a) No, solamente estudios epidemiológicos locales y estudios básicos de comunidad	10
	b) Sí, estudios de factores de riesgo y protección y estudio de disposición y cooperación de la comunidad	2
16	"Idealmente" Contacto, sondeo, diagnóstico, planeación, sensibilización, intervención, evaluación y seguimiento	12 (4)
17	Hay capacitación suficiente	12
18	No son suficientes los recursos	12

Tabla 1. En esta tabla se muestran las respuestas obtenidas a partir de los cuestionarios aplicados a doce psicólogos que trabajan en el área de la prevención de adicciones.

3.2.2. ANÁLISIS DE RESULTADOS.

De acuerdo con los resultados obtenidos, se puede observar que dentro de todas las actividades que realiza el psicólogo (tratamiento, prevención, diseño y evaluación de programas) éste se inclina más hacia el tratamiento de personas adictas, ya que los entrevistados argumentan que es posible observar cambios individuales de manera más rápida que en los grupos, además de pensar que la actividad clínica se relaciona más con su profesión y brinda mucha satisfacción personal.

Sin embargo, en la prevención e investigación de adicciones, no se puede decir lo mismo, ya que el número de psicólogos que tienen preferencia por estas

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

actividades es muy reducido; a parte, no es tan fácil prevenir debido a los problemas que reportan: La incongruencia que existe entre la teoría y la práctica, falta de tiempo para sesiones de prevención, demanda excesiva de servicios, falta de conciencia preventiva, apatía, mala organización, carencia de responsabilidad y compromiso, resistencia a los cambios por parte de la comunidad; y en el ambiente escolar la falta de cooperación en los maestros.

Aunado a esto, consideramos que otra parte de las dificultades para accionar adecuadamente en la prevención, son las deficiencias presentadas a nivel profesional, entre ellas destacan: La falta de conocimientos referentes a los diferentes modelos preventivos y la manera en cómo ellos definen la prevención; lo cual repercute en las acciones llevadas a cabo y obviamente, preferencia por el área clínica.

Aunque la mayoría de los psicólogos entrevistados no prefieren realizar trabajo de prevención, perciben que éste ha tenido buenos resultados, contrariamente a lo que opinan dos psicólogos, al decir que la prevención realizada tiene poco impacto.

Esto nos lleva a pensar en las diferencias que existen entre un psicólogo y otros profesionales dedicados a la prevención de adicciones, para destacar su importancia y perfil demandado. Al respecto, podemos encontrar que las diferencias más relevantes que dan ventaja al psicólogo son: Marco teórico, habilidades de interacción grupal, especialización en el análisis del comportamiento y su modificación, además del entrenamiento de otros profesionales en el área de prevención.

Una vez destacada la importancia, es necesario hablar de la construcción de un perfil en este campo. Al respecto, ocho psicólogos manifestaron que para dedicarse a la prevención de adicciones se requiere de conocimientos, habilidades y preferencias específicas, aunque los restantes consideran que no es necesario

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

elaborar un perfil, ya que el campo de acción demanda estar preparado para todo tipo de áreas según las necesidades de la población.

Tomando en cuenta la construcción de un perfil en la prevención de adicciones, los psicólogos entrevistados sugieren contemplar las siguientes características, conocimientos y habilidades. En cuanto a las habilidades se mencionan: Oratoria, capacidad de observación, organización, tener un buen manejo de grupos, capacidad de escucha, saber enseñar y solucionar problemas. En lo que se refiere a las características personales es necesario: Tener buena autoestima, ser creativo, dinámico, carismático, entusiasta, responsable, constante, tolerante a la frustración, paciente y empático. Entre los conocimientos que se consideran indispensables se encuentran: Modelos preventivos, factores de riesgo y protección, desarrollo humano, manejo de grupos, adicciones, estadística, salud pública, epidemiología, antropología, pedagogía, sociología, psicología social y por supuesto las necesidades de la población.

Los psicólogos entrevistados proponen conocer otros programas de prevención a nivel nacional e internacional, sistematizar más un diagnóstico y tener instrumentos para evaluar los cambios, fomentar la conciencia, compromiso y responsabilidad de ellos mismos hacia la comunidad, aumentar los recursos económicos, materiales y humanos para investigación, construir redes de apoyo, realizar seguimiento a las comunidades, sensibilizar a las autoridades sobre la importancia de la prevención no sólo en adicciones sino en otras áreas, enseñar a los padres de familia a transmitir valores de convivencia desde que sus hijos son pequeños y dar mayor prioridad en zonas de alto riesgo

Por otro lado, si se comparan las actividades "ideales" con las que se practican cotidianamente, solamente cuatro psicólogos se acercarian a un perfil dentro de esta área, ya que se preocupan por realizar de manera completa el desempeño de su labor, utilizando como procedimiento El contacto con la comunidad, grupo o institución, sondeo del lugar, diagnóstico de necesidades y recursos, planeación

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

de estrategias, sensibilización ante la problemática, intervención (informar, orientar o capacitar), evaluación y seguimiento. Con esto se demuestra la urgencia de crear un perfil del psicólogo en la prevención de adicciones, ya que no todos poseen los mismos intereses, habilidades y conocimientos. Lo cual es reflejado en el desempeño de sus funciones y en la limitación e ineffectividad de sus actividades.

3.2.3. CONCLUSIONES.

La presente investigación tuvo como objetivo especificar las funciones que el psicólogo preventivo realiza y compararlas con las funciones deseables teóricamente, a fin de establecer una propuesta viable de trabajo. Tomando en cuenta este objetivo, la bibliografía consultada y los resultados, se puede concluir que: a) Las actividades reales sobrepasan a las teóricamente establecidas; b) aunque es de suma importancia la participación del psicólogo en la prevención de adicciones, la mayoría de ellos prefiere dedicarse al tratamiento y rehabilitación; y c) los obstáculos que se reportan en cuanto a la prevención de adicciones se deben a la falta de preparación en los psicólogos y la ausencia en la delimitación de sus actividades con relación a otros profesionales. Las cuales se describirán a continuación.

- a) La diferencia entre las actividades realizadas teóricamente y las llevadas a cabo en la realidad, radica en un cambio de metodología (contacto con la comunidad, grupo o Institución, sondeo del lugar, diagnóstico de necesidades y recursos, planeación de estrategias, sensibilización ante la problemática, intervención, evaluación y seguimiento) que a su vez implica avances teóricos y actividades realizadas con mayor eficacia que antes. Uno de los cambios más significativos es el relacionado con la modificación del cómo transmitir la prevención de adicciones a las diferentes comunidades. Anteriormente, Bueta - Casal, Fernández - Ríos y Carrasco (1997) reportaban que las intervenciones

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

sobre la prevención de adicciones provocaban un aumento en el consumo de drogas en vez de disminuirlo. Actualmente, la prevención se enfoca a que la comunidad conozca sus propios factores de riesgo y protección, a través de dinámicas vivenciales sin hablarles necesariamente de la diversidad de fármacos que existen y sus efectos en el organismo. Aunque esta estrategia representa un avance importante en el modo de incidir en el fenómeno de las adicciones, León (2001) sugiere seguir proponiendo alternativas de trabajo para que la prevención tenga mayor impacto, pues los resultados de ésta todavía dejan mucho que desear. A continuación se muestra una tabla que compara las funciones reales y las establecidas por la teoría, a fin de aclarar esta idea:

Comparación entre funciones reales e ideales.

Funciones teóricamente establecidas.	Funciones reales.
<ul style="list-style-type: none"> • Promover la competencia. • Diseñar programas. • Detectar. • Evaluar. • Informar. • Orientar. • Entrenar, capacitar y educar a individuos y grupos 	<ul style="list-style-type: none"> • Contacto con la comunidad, grupo o Institución. • Sondeo del lugar. • Diagnóstico de necesidades y recursos. • Planeación de estrategias. • Sensibilización ante la problemática • Intervención (informar, orientar o capacitar). • Evaluación. • Seguimiento.

Tabla 2. En este cuadro se muestran las funciones teóricamente establecidas comparadas con las reales.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

En este sentido, las observaciones y propuestas que se realicen acerca de la teoría, conceptos que se utilizan y de lo que se hace dentro de un determinado contexto, van a constituir algunos fundamentos esenciales de todo cambio, que conducirá a una acción preventiva eficaz.

- b) El psicólogo tiene un papel importante en la prevención de adicciones con respecto a otros profesionales, como menciona Videla (1991), su formación le permite hacer transformaciones en el individuo y la sociedad, ha adquirido la capacidad de escuchar, articular los distintos discursos relativos a la estructura grupal, registra cambios institucionales y se ubica en la cultura particular de los integrantes. Los resultados de esta investigación dejan ver lo mismo, pues las ventajas que reconocen tener los entrevistados en relación con otros profesionistas son: Poseer un marco teórico que permite entender al ser humano de manera integral, tener habilidades de interacción grupal, especializarse en el análisis del comportamiento y su modificación, además del entrenamiento de otros profesionales en el área de prevención. Sin embargo, la efectividad del psicólogo en la prevención de adicciones se pone en duda cuando se observa en los resultados que diez de doce psicólogos, respondieron tener una preferencia por el tratamiento y rehabilitación, mismos que perciben que su labor preventiva es buena, porque consideran que de todas las intervenciones llevadas a cabo, solo uno o dos casos tienen resultados positivos. Mientras que el resto de los psicólogos que se dedican en su totalidad a la prevención, mencionan que ésta no tiene tal impacto; lo cual demuestra en sus respuestas, que si existieran mayores recursos económicos, investigación, la participación de profesionales y sobre todo en la psicología, un perfil enfocado a la prevención de adicciones, que resalte las características tanto personales como de formación de los psicólogos y que además especifique su papel con relación en un equipo interdisciplinario, las actividades preventivas no estarían en función de reacciones automáticas y casi siempre improvisadas que den la apariencia de dar resultados positivos. Es evidente que en la realidad, pocos psicólogos prefieran dedicarse a la

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

prevención porque el fenómeno de las adicciones es tan complejo y dinámico que tal vez no se sabe como abordarlo, y de ahí la inclinación por otras actividades distintas.

- c) Uno de los obstáculos que se presentan para realizar el trabajo de prevención es la falta de preparación de los psicólogos; al respecto, cuando se les preguntó por el conocimiento acerca de otros modelos preventivos distintos al manejado en la institución a la que pertenecen, sólo dos de doce psicólogos conocen otros modelos. Aunado a ello, entre los conocimientos que consideran que son necesarios se encuentran los referidos a: Los diferentes los modelos preventivos, factores de riesgo y protección, desarrollo humano, manejo de grupos, adicciones, estadística, salud pública y epidemiología, antropología, pedagogía, sociología, psicología social y necesidades de la población. Sin embargo, los entrevistados, poseen escaso conocimiento en todos estos. Por esta razón es importante que el psicólogo esté preparado para enfrentar a las adicciones y a la vez, intercambiar conocimientos con los profesionales de otras disciplinas que están relacionadas con este fenómeno, para que de esta manera, el psicólogo sepa hasta dónde intervenir y como puede participar en un trabajo interdisciplinario. Se puede observar que actualmente se presentan dificultades para hacer trabajo preventivo por causas de falta de tiempo para las sesiones de intervención, por la demanda excesiva de poblaciones con alto riesgo y falta de conocimientos de los psicólogos para atender estas necesidades, se debe a que las labores preventivas sólo son llevadas a cabo por psicólogos que trabajan de acuerdo a las peticiones de la comunidad, lo cual muchas veces no es posible cubrir por dos razones. La primera es porque el número de psicólogos es insuficiente para hacer este trabajo por sí solos; y la segunda, porque los conocimientos con los que ellos cuentan no incluyen aspectos que un antropólogo por ejemplo, podría aportar en la dinámica de la población y que permita llevar a cabo una prevención eficaz. Por esta razón es importante señalar que el trabajo interdisciplinario es una solución que representa la división de trabajo, en donde los integrantes de dicho equipo

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

cumplan con su parte, haciendo que las características de su formación sean aplicadas según la profesión.

Finalmente, consideramos que este estudio es un indicador de la necesidad que existe por incursionar en el campo de la prevención de adicciones, tanto a nivel de intervención, como también metodológico y de conocimientos básicos que den la pauta para mejorar las acciones preventivas. Cabe destacar que para poder enriquecer el trabajo expuesto, es necesario realizar investigaciones con muestras más representativas que la presentada aquí, un cuestionario más preciso que incluya un mayor número de preguntas referidas a la institución, a la comunidad y al profesionista con la confiabilidad y validez respectiva; ya que por razones de recursos, tiempo y necesidades no fue posible hacerlo. Aunado a ello se sugiere tomar las siguientes líneas de investigación orientadas a:

- a) *Diseño de modelos y programas preventivos.* Existen deficiencias en los modelos y programas preventivos que existen en la actualidad, se requiere de la investigación del fenómeno de las adicciones de manera integral contemplando un enfoque de la complejidad que permita la elaboración de nuevos planes de acción.
- b) *Elaboración de instrumentos de diagnóstico, evaluación y seguimiento.* De acuerdo a la comunidad en la que se quiera intervenir, es necesario realizar investigación que permita evaluar las necesidades, recursos, costumbres, modos de ver e interpretar los problemas que se detecten en las comunidades, además del diseño de métodos que permitan visualizar los avances alcanzados por los programas de prevención implementados, y finalmente el desarrollo de otros instrumentos o métodos que sirvan para observar los efectos de la intervención a mediano y largo plazo.
- c) *Análisis de las actividades de equipos interdisciplinarios o profesionales aislados en instituciones.* Con el fin de hacer más eficaz la labor preventiva en

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

las adicciones, es fundamental analizar el papel de cada uno de los profesionales que se dedican a esta área para delimitar su participación y clarificar la importancia y función que les corresponde y con ello abordar el fenómeno de manera integral.

- d) *Análisis de las limitaciones institucionales contra las demandas sociales.* Es importante realizar investigaciones para determinar los factores que están influyendo en las diferentes instituciones (además de las tareas y funciones a realizar por los profesionales encargados de hacer prevención), para tratar de adoptar estrategias que permitan brindar mejores servicios a las comunidades.

De acuerdo a las líneas de investigación que se exponen, en este estudio se desarrolla como propuesta de trabajo la correspondiente a las funciones del psicólogo en la prevención de adicciones, tanto en su accionar individual como en su participación dentro de un equipo interdisciplinario.

3.3. PROPUESTA DEL PERFIL PROFESIONAL DEL PSICÓLOGO EN LA PREVENCIÓN DE ADICCIONES.

Actualmente, hay una falta de soluciones aportadas por diferentes disciplinas en el trabajo preventivo, es decir, normalmente los diferentes profesionales actúan desde su experiencia común con los otros, dándose un trabajo interprofesional de carácter empírico y desde un discurso institucional donde no se formulan problemas de investigación e intervención desde las diversas disciplinas sociales. Por tal motivo, se mezclan los roles profesionales y el proceso de asignación de tareas o funciones se realizan con criterios diferentes, que obviamente repercuten en la población donde se presenta el fenómeno de las adicciones.

De ahí la importancia y necesidad de elaborar un perfil profesional del psicólogo en la prevención de adicciones, en donde se describan las características

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

personales que debe poseer, así como las habilidades, conocimientos, funciones, y tareas a desempeñar. A fin de especificar su accionar con respecto a otros.

Es necesario aclarar que esta propuesta no pretende simplificar la realidad, sino ofrecer desde una perspectiva didáctica, las diversas opciones que se le presentan al psicólogo en este campo. Se desea que sirva como un instrumento donde cada uno pueda ir ubicado las diversas tareas que desarrolla o pudiera desarrollar de manera individual y a través de un grupo interdisciplinario.

Definición:

El psicólogo en la prevención de adicciones será un agente de cambio entre el individuo y su medio ambiente, su trabajo consistirá en intentar el reconocimiento de un problema y su significación, provocando una movilización de los recursos disponibles en forma individual y grupal a fin de reducir el daño. Es decir, será un experto en la organización y la participación de los sujetos en la transformación social.

Perfil profesional:

Sabemos, que un perfil se elabora a partir de un contexto específico, sin embargo, aquí se numeran algunas características que mínimamente debe poseer el psicólogo orientado a la prevención de adicciones:

Características personales.	Habilidades.	Conocimientos.
Tener buena autoestima.	Habilidades discursivas	Modelos preventivos.
Ser creativo.	Capacidad de observación	Factores de riesgo y protección.
Dinámico.	Tener buen manejo de grupos	Desarrollo humano

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Carismático.	Capacidad de escucha.	de Manejo de grupos.
Entusiasta.	Saber enseñar.	Adicciones.
Responsable (tomando el cargo de un grupo.)	Solucionar problemas, delegando responsabilidades.	Salud pública.
Constante.	Capacidad de sistematizar.	Epidemiología.
Tolerante a la frustración.	Capacidad de apoyar a las personas que son entrenadas.	Psicología social.
Paciente.	Promover en la gente la capacidad de ejercer sus derechos y obligaciones.	Nociones de antropología, pedagogía y sociología.
Empático.	Actualizarse e investigar.	Necesidades de la población.
Ser organizado.	Capacidad de integrarse en el hábitat cotidiano de las personas con las que se trabaja.	Manejar la concepción teórico - metodológica de la intervención comunitaria.
Capacidad de auto evaluación	Capacidad de trabajar con las familias.	Conocimiento de la teoría de redes sociales.
Capacidad de liderazgo.	Capacidad de establecer relaciones significativas con los líderes de opinión en la comunidad.	
Ser persuasivo	Capacidad de	

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

	favorecer una relación constructiva entre la población y las instituciones.	
Gusto por establecer relaciones sociales.	Capacidad de planear y realizar un proyecto.	
Ser abierto a la crítica.	Capacidad de manejar situaciones de conflicto y trabajar en programas sobre problemas concretos.	

Funciones:

Existen dificultades importantes a la hora de delimitar y definir claramente tanto los espacios, como las funciones y las tareas del psicólogo en el campo de las adicciones.

En el caso de la "función" se habla de actividades propias o papel desempeñado por alguien, en este caso el psicólogo, en un cargo o profesión. La "tarea" tiene que ver con el trabajo a realizar. La "función", por lo tanto, estaría más relacionada con los aspectos generales del trabajo y las tareas con lo específico o concreto.

A continuación se presenta un cuadro que enumera las funciones y describe las tareas que se sugieren realizarse en la prevención de adicciones a través de un equipo interdisciplinario (antropólogo, trabajador social, sociólogo y psicólogo).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Funciones y descripción de tareas.

FUNCIONES	DESCRIPCIÓN DE TAREAS
Contacto.	<ul style="list-style-type: none"> • A través de datos epidemiológicos, se buscan zonas de prevalencia, de alto riesgo y otras poblaciones que demanden servicios de prevención. • Posteriormente, se entrevistará a los representantes de la comunidad, grupo o institución con el propósito de verificar el problema que se define, intentos de solución que ha habido, tiempo en el que se ha incrementado. • Después se presenta la metodología de trabajo a los representantes de la comunidad, grupo o institución.
Sondeo.	<ul style="list-style-type: none"> • Visitar antes de la intervención a algunos integrantes de la comunidad, grupo o institución para conocer modos de comportamiento, lenguaje, costumbres, maneras de interpretar y entender el problema (representaciones sociales). • Después se identifican áreas o temas prioritarios necesarios de ser investigados.
Diagnóstico.	<ul style="list-style-type: none"> • A través de la observación o instrumentos, enterarse de las demandas, problemas, disposición al cambio (motivación y expectativas) y recursos con los que cuenta la población. • Monitorización de problemas detectados y selección de prioridades. • Análisis de la representación social de los fenómenos. • Análisis funcional (resultados del diagnóstico) y elaboración de objetivos a corto, mediano y largo plazo.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Planeación.	<ul style="list-style-type: none"> De acuerdo a los elementos recabados en el diagnóstico, se elabora un plan acorde a las características de la población y de los objetivos planteados en el diagnóstico.
Sensibilización.	<ul style="list-style-type: none"> Exponer a la comunidad, grupo o institución, la dinámica de interacción grupal y las consecuencias que traerá la problemática (s) detectada (s) si no se trata (n) oportunamente.
Intervención.	<ul style="list-style-type: none"> Es incidir en la problemática de la gente, orientándola a través del apoyo de diferentes técnicas derivadas de las corrientes psicodinámicas, conductuales o humanistas para que las lleve a cabo en su vida cotidiana (transferencia de tecnología o desprofesionalización).
Evaluación.	<ul style="list-style-type: none"> Conocer los cambios que ha tenido la población después de la intervención preventiva (aplicación de instrumentos de identificación de actitudes, hábitos de consumo y representaciones sociales, etc.).
Seguimiento.	<ul style="list-style-type: none"> Conocer el impacto ha tenido la intervención a través del tiempo (seguridad en la comunidad y reducción del daño).

Las funciones y tareas descritas anteriormente, muestran el trabajo exhaustivo que se realiza en la comunidad. Sería imposible que el psicólogo lograra cambios significativos sin la ayuda de otros profesionales, sin embargo, esto no implica que al trabajar en equipo interdisciplinario, se mezclen las funciones y tareas asignadas a cada especialista.

Por esta razón, se expone en el siguiente cuadro un ejemplo las funciones y tareas que el psicólogo podría desempeñar en comparación con otros profesionales dedicados a la prevención del uso indebido de drogas

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Funciones y tareas del psicólogo comparadas con otros profesionales.

PROFESIONAL	FUNCIONES Y TAREAS
<p>Psicólogo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Diagnóstico:</i> Analizar las interacciones del individuo en el grupo y cómo el grupo influencia a los individuos. • <i>Planeación:</i> Participará con otros profesionales en las estrategias de intervención. • <i>Sensibilización:</i> Exponer a la comunidad la dinámica de interacción. • <i>Intervención:</i> Transferencia de tecnología a la comunidad u otros profesionales. <p>Nota. El psicólogo se encargará principalmente de mejorar las relaciones humanas y evitar conflictos.</p>
<p>Trabajador social.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Contacto:</i> Buscar zonas de prevalencia y alto riesgo; entrevistarse con los representantes de la comunidad, grupo o institución; conocer el nivel socio – económico de ésta, así como el apoyo de instituciones, etc. <p>Nota. El trabajador social básicamente se encargará de recabar datos en la comunidad y participar en la planeación de soluciones.</p>
<p>Sociólogo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Diagnóstico:</i> Participará en el diseño de instrumentos, analizará la estructura y funcionamiento de los grupos. • <i>Planeación:</i> Participará en la elaboración de estrategias para intervenir en la comunidad. <p>Nota. El sociólogo se encargará de conocer la estructura, organización y funcionamiento de los grupos</p>

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Antropólogo.	<ul style="list-style-type: none">• Sondeo: Conocer creencias, costumbres, representaciones sociales, modos de relacionarse y formas de comunicarse en la comunidad, grupo o institución.• Diagnóstico: Analizará lo anterior y participará en la planeación de estrategias de intervención. <p>Nota. El antropólogo estudiará la cultura y su desarrollo, describirá situaciones específicas del comportamiento, clasificándolas y estableciendo relaciones para obtener principios generales.</p>
---------------------	--

Finalmente, es importante aclarar que los criterios, realización del perfil y los cuadros de tareas y funciones, fueron elaborados considerando lo que establece la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999, para la prevención, tratamiento y control de las adicciones (ver anexo 2).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONCLUSIONES GENERALES

Consideramos que la participación del psicólogo es de suma importancia en la prevención de adicciones, ya que ha realizado programas y modelos preventivos, diseño de técnicas, instrumentos de evaluación y aunque ha incursionado de gran manera en la investigación teórica; actualmente la práctica lo demanda, por ello conviene centrarse en este momento en el qué y cómo de sus funciones. Es necesario analizar constantemente, no sólo los modelos preventivos o la metodología utilizada, sino al profesionista encargado de ofrecer un servicio preventivo a la comunidad, ya que el ejercicio de sus funciones repercutirá en los resultados que se obtengan en la población.

Con el estudio realizado y la propuesta sugerida, se brindan elementos de reflexión para el profesionista, quien tiene que actualizarse no sólo en su disciplina, sino en otras áreas que comprendan el fenómeno de las adicciones. Con esto no se pretende que el psicólogo sea el único en la transformación social, ni que abandone las funciones que se le han encargado históricamente, sino que comprenda que todo fenómeno social tiene una dimensión psicológica a la cual se debe concretar sin ignorar otras áreas involucradas

Por otro lado, se observa que a través del trabajo inter y multidisciplinario se presentan mejorías en el desempeño de las acciones preventivas, ya que se compensa la falta de preparación que los psicólogos presentan en su formación al incidir sobre el fenómeno de las drogas. En este sentido, se han puesto en marcha otras acciones alternativas a Centros de Integración Juvenil, INEPAR y dependencias del gobierno, como por ejemplo, la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México que ha anexado al nivel de posgrado, un módulo en adicciones con el fin de dotar a los profesionales de conocimientos y metodologías que sean adecuadas para hacer frente a las necesidades del país, pero aún sin implicar esto un avance importante al hablar escasamente de prevención

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Aunque mucho se ha intentado, relativamente poco se ha alcanzado, ya que la prevención de adicciones es tan compleja que en demasiadas ocasiones no se sabe qué hacer, cómo hacerlo y cuándo hacerlo. Como se vio anteriormente en el marco teórico, la situación actual de la prevención es inconsistente, tal vez no se esté haciendo lo suficiente al respecto. En México es difícil hablar de una cultura de la salud; sin embargo, y aunque a veces no se consigue demasiado en cuestiones de prevención, algo se puede hacer, posiblemente más de lo que se está llevando a cabo actualmente. Con ello no se quiere decir que el futuro sea pesimista u optimista, ya que lo que se pueda llegar a conseguir dependerá única y exclusivamente de lo que podamos realizar tanto a nivel individual como colectivo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

REFERENCIAS.

1. Álvarez, A. R. (1993). Educación para la salud. México: Manual Moderno.
2. Álvarez, A. R. (1998). Salud pública y medicina preventiva. México: Manual Moderno.
3. Arcos, A. H. (2000). La labor preventiva del psicólogo en el Centro de Integración Juvenil Naucalpan. Reporte de Trabajo Profesional para Licenciatura en Psicología. UNAM, FES Iztacala. México.
4. Buela - Casal, G.; Fernández - Ríos, L. y Carrasco, G. T. (1997) Psicología preventiva, avances recientes en técnicas y programas de prevención. España: Pirámide.
5. Caplan, G. (1993). Aspectos preventivos de la salud mental. Barcelona: Paidós.
6. Centros de Integración Juvenil (1999). Características sociodemográficas y de consumo de drogas entre pacientes de primer ingreso a tratamiento en CIJ entre 1990 y 1997. México: Encuesta Nacional de Adicciones
7. Centros de Integración Juvenil, (1989). Manual de capacitación para el voluntariado. México.
8. Centros de Integración Juvenil. (1998). Proyecto orientación preventiva para adultos jóvenes. México.
9. Centros de Integración Juvenil. (2002). "El programa preventivo y su proyección" En: Enlaces, México. No. 47. Año 14.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

10. CONADIC, (1995). Guía para el diseño y desarrollo de programas preventivos en materia de adicciones. México: Secretaría de Salud.
11. CONADIC, (2000). Hacia una escuela sin adicciones. Guía de prevención para maestros. México: Secretaría de Salud.
12. Dusek, D. E. (1990). Drogas. Un estudio basado en hechos. México: Sitesa.
13. Fernández – Ríos, L. (1994). Manual de psicología preventiva. España: Siglo XXI.
14. Frank, J. (2002). "Redes sociales contra las adicciones". En: CONADIC informa. Boletín especial de junio. México: Secretaría de Salud.
15. González, A. M. (1998). Psicología comunitaria. Fundamentos y aplicaciones. España: Síntesis psicológica
16. Harrsch, C. (1998). La identidad del psicólogo. México: Alianza - Universidad.
17. Hawkins, D. J.; Catalano, R. F. y Miller, J. "Risk and protective factors for alcohol and other drug problems, in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention". En: Psychological bulletin. 112, (1), pp. 64 – 105.
18. Hernández, S. R.; Fernández, C. C. y Baptista, L. P. (1998) Metodología de la investigación. México: Mc Graw Hill
19. Katina, E. (1989) Adolescencia y drogadicción. De la práctica a la teoría. Buenos Aires: Nueva Visión

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

20. Kornblit, A. L. y cols. (1989). Estudios sobre drogadicción en Argentina. Buenos Aires: Nueva Visión.
21. León, F. R. (2001). "El discurso preventivo". Boletín de la subdirección de prevención en Centros de Integración Juvenil. México. Vol. 45, pp. 16 – 19.
22. López, L. M. (1993). Salud pública. México: Interamericana – Mc Graw Hill.
23. Llanes, B. J. (1999). "Evolución de las ideas en prevención del uso indebido de drogas". Revista de psicología iberoamericana. Vol. 7. No. 4. pp. 24 – 28.
24. Llanes, B. J.; Castro, S. M. y Margain, M. (2001). Protección de la comunidad ante adicciones y violencia. Estrategias de intervención. México: Pax.
25. Macía, A. D. (1996). Las drogas Conocer y educar para prevenir. México: Pirámide.
26. Macía, A. D. y Méndez, F. (1991) "Prevención del consumo de drogas". En: Buela – Casal, G. y Caballo, V. F. Manual de psicología aplicada. Madrid: Siglo XXI.
27. Madden, J. S. (1986). Alcoholismo y farmacodependencia. México: Manual Moderno.
28. Massún, E. (1991). Prevención del uso indebido de drogas. México: Trillas.
29. Mejía, R. (2002). La labor preventiva del psicólogo en el Centro de Integración Juvenil Naucalpan con población infantil. Reporte de Trabajo para Licenciatura en Psicología. UNAM. FES Iztacala México

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

30. National Institute on Drug Abuse (NIDA). (1997). "Office on science policy and communications".. Drug abuse prevention: What works. Bethesda, MD: U.S. Department of health and human services. National institutes of health. En red: <http://www.nida.nih.gov>.
31. Piédrola, G. G.(1991). Medicina preventiva y salud pública. España: Masson.
32. San Martín, F. H. (1986). Epidemiología. Teoría, investigación y práctica. Madrid: Díaz de Santos.
33. Secretaría de Salud (1999). Informe sobre el consumo de drogas ilícitas. México: Secretaría de Salud.
34. Schwebel, R. (1991). Decir no, no es suficiente. Cómo tratar con sus hijos el tema de las drogas y el alcohol. México: Paidós.
35. Souza y Machorro, M. (2000). Diagnóstico y tratamiento de los síndromes adictivos. México: JGH.
36. Tapia, C. R. (2001). Las adicciones dimensión, impacto y perspectivas. México: Manual Moderno.
37. Urbina, S. J. (1992). El psicólogo, formación, ejercicio profesional y prospectiva. México: UNAM.
38. Videla, M. (1991). Prevención, intervención psicológica en salud comunitaria. Buenos Aires: Cinco.
39. Yaría, J. (1999). Guía para familias y líderes sociales en el tema de las drogas. Argentina. Lumen.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO
DE LA BIBLIOTECA
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

40. Zárate, R. (2000). Orientación preventiva de la farmacodependencia para adolescentes. Tesis de Licenciatura en Psicología. UNAM, FES Iztacala. México.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXOS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO 1.**Cuestionario**

1. ¿Qué funciones desempeñas actualmente en tu trabajo?
2. De las siguientes actividades, ¿cuál prefieres realizar?
 - a) Participar en tratamiento de personas adictas
 - b) Prevenir adicciones
 - c) Investigar el fenómeno de las adicciones.
3. ¿Porqué te gusta realizar esta actividad?
4. Para ti, ¿qué es la prevención?
5. ¿Qué modelos preventivos conoces? (Si conoces algunos, contesta la siguiente pregunta) ¿Bajo qué modelo preventivo se basan tus actividades?
6. ¿Qué actividades consideras debe realizar un psicólogo en la prevención de adicciones?
7. ¿Qué actividades realizas actualmente en la prevención de adicciones?
8. ¿Cuál es la diferencia entre la intervención del psicólogo y otros profesionales o técnicos dedicados a la prevención de adicciones?
9. ¿Qué habilidades genéricas necesita un psicólogo u otros profesionales para trabajar en la prevención de adicciones?
10. ¿Qué tipo de conocimientos son necesarios para realizar funciones de prevención?

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

11. ¿Con qué problemas te has enfrentado al dedicarte a la prevención?
12. ¿Crees que ha tenido resultado la prevención que has hecho? ¿Porqué?
13. ¿Qué elementos sugieres para enriquecer la labor preventiva?
14. ¿Crees que es importante definir un perfil profesional del psicólogo en el campo de la prevención?
15. ¿Llevan a cabo funciones de detección, con qué instrumentos?
16. Explica brevemente qué procedimientos (instrumentos, metodología, acciones etc.) utilizas para brindar prevención a una población específica?
17. ¿Le demanda la institución alguna función para la que no estén capacitados dentro de la prevención de adicciones?
18. ¿Consideras que las instalaciones, materiales y recursos son adecuados para realizar adecuadamente tus funciones?

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO 2.

**NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-028-SSA2-1999, PARA
LA PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y CONTROL DE LAS
ADICCIONES *.****Prevención.**

“Prevención es el conjunto de acciones dirigidas a evitar o reducir el consumo de sustancias psicoactivas, a disminuir situaciones de riesgo y limitar los daños asociados al consumo de dichas sustancias.

6.1. Para realizar las acciones de prevención, es necesario tomar en cuenta: la percepción de riesgo de consumo de sustancias en general, la sustancia psicoactiva de uso; las características de los individuos; los patrones de consumo; los problemas asociados; así como los aspectos culturales y las tradiciones de los distintos grupos sociales.

6.2. Las acciones de prevención deben llevarse a cabo en los establecimientos, de acuerdo a las siguientes especificaciones:

6.2.1. En materia de promoción de la salud se deberá:

6.2.1.1. Fortalecer la responsabilidad social, la autogestión y el autocuidado de la salud, fomentando la conformación de estilos de vida y entornos saludables que permitan desarrollar al máximo el potencial de cada persona, propiciando condiciones que eleven la calidad de vida de las familias y de las comunidades.

6.2.1.2. Asumir los objetivos de la educación para la salud y la promoción de la participación social, orientadas a formar conciencia y responsabilidad, así como a promover la salud integral entre la población.

6.2.1.3. Llevarla a cabo, con énfasis en los ámbitos escolar, familiar y laboral, especialmente, en los grupos de alto riesgo.

6.2.2. En materia de educación para la salud se deberá:

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

6.2.2.1. Informar sobre el consumo de sustancias psicoactivas y las adicciones como problema de salud pública, su impacto y su consecuencia.

6.2.2.2. Informar sobre factores protectores y evitar los factores de riesgo en torno a las adicciones.

6.2.2.3. Promover la participación activa de los diversos grupos sociales en la planeación, ejecución y evaluación de actividades preventivas en lo referente a las adicciones.

6.2.2.4. Orientar sobre medidas preventivas y conductas responsables, para evitar y en su caso, reducir el consumo de sustancias psicoactivas.

6.2.2.5. Desarrollar programas educativos encaminados a influir positivamente en la formación integral del individuo, y a promover estilos de vida saludables y entornos saludables.

6.2.2.6. Informar y orientar sobre adicciones, particularmente en grupos de alto riesgo.

6.2.2.7. Orientar, educar y alentar a solicitar de manera oportuna la atención para personas que consumen sustancias psicoactivas.

6.2.2.8. Promover el desarrollo de factores protectores a nivel personal, escolar, familiar, laboral y colectivo para prevenir el consumo de sustancias psicoactivas.

6.2.3. En materia de participación social y comunitaria se deberá:

6.2.3.1. Establecer comunicación entre los sectores, grupos, autoridades y líderes de la comunidad, de tal manera que permita y favorezca la realización de acciones coordinadas y permanentes.

6.2.3.2. Impulsar la integración o consolidación de grupos entre la comunidad, para prevenir el uso indebido de sustancias psicoactivas.

6.2.3.3. Promover que grupos representativos de la comunidad se capaciten y participen voluntariamente en actividades preventivas y de promoción de la salud, especialmente juveniles.

6.2.3.4. Promover la participación activa de la comunidad para que, con base en el conocimiento de la normatividad vigente, coadyuve en la vigilancia y cumplimiento de la misma.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

6.2.3.5. Gestionar apoyos diversos, de organizaciones públicas y privadas, para la ejecución de diferentes. Acciones encaminadas a favorecer el desarrollo integral de menores de edad y jóvenes, así como a desalentar el uso de sustancias psicoactivas.

6.2.4. En materia de comunicación educativa se deberá:

6.2.4.1. Promover que las actividades de comunicación masiva, grupal e interpersonal, sobre prevención de las adicciones, formen parte de un programa integral de educación para la salud y de promoción a la misma.

6.2.4.2. Ofrecer una visión integral y objetiva del problema, así como informar sobre las alternativas para su atención preventiva, terapéutica y rehabilitatoria.

6.2.4.3. Diseñar, elaborar, difundir y evaluar campañas que promuevan la sensibilización de la comunidad y su participación en acciones preventivas del uso indebido de sustancias psicoactivas, evitando el uso de mensajes falsos y los que distorsionan la información objetiva.

6.2.4.4. Divulgar información sobre las conductas de riesgo, producto del uso, abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, y respecto a los factores protectores para prevenirlas.

6.2.4.5. Vincular las acciones de difusión con programas preventivos y de atención, generando mecanismos que permitan, tanto la resolución de dudas, como el apoyo interpersonal.

6.2.4.6. Vigilar que los medios utilizados en la difusión de los mensajes sean los más adecuados, en cuanto a horario, frecuencia y tipo, para la población definida como objetivo.

6.2.4.7. Definir los contenidos de los mensajes, de tal manera que:

6.2.4.7.1. Sean claros, específicos y verídicos.

6.2.4.7.2. Se dirijan a las necesidades, intereses y características de la población objetivo.

6.2.4.7.3. No muestren la forma de administración de sustancias psicoactivas, ni a personas consumiéndolas.

6.2.4.7.4. Motiven la participación y toma de conciencia en acciones preventivas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

6.2.4.7.5. Difundan datos actualizados, confiables y fundamentados, que eviten exageraciones.

6.2.4.8. Solicitar la opinión técnica y en su caso, la aprobación del CONADIC para las campañas en medios masivos, que se planeen instrumentar”.

* (Extracto tomado del Diario Oficial de la Federación, 12 de abril del 2000.)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN