



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE MÉXICO**



**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES**

**IZTACALA**

**El Programa de Prevención y Control de Adicciones de  
la Secretaría de Salud: una experiencia en capacitación**

**REPORTE DE TRABAJO PROFESIONAL QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**Presenta:**

**José Martín Mosqueda Ventura**

**Asesoras: Mtra. Laura Edna Aragón Borja  
Mtra. Irma de Lourdes Alarcón Delgado  
Mtra. Norma Yolanda Rodríguez Soriano**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## Agradecimientos

Deseo agradecer al Consejo Nacional contra las Adicciones, la oportunidad que me ha brindado desde 1997 para trabajar en este campo tan complejo y a la vez tan apasionante.

En especial quiero expresar mi gratitud al Lic. Juan Núñez Guadarrama, por su guía, apoyo incondicional y por la confianza que ha depositado en mí a lo largo de estos años.

Además al Lic. José Castrejón Vacío, por su búsqueda constante de nuevos horizontes.

A mi padre, quien a pesar de los años sigue siendo ejemplo de fortaleza y tenacidad.

A la memoria de mi Madre, fuente inagotable de vida, entereza y sabiduría y a la de Beatriz, cuya presencia perdurará por siempre entre nosotros.

A mis hermanos (as): Agustín, Susana, Marcos, Rosalba, Rosario, Hugo, Maribel, Erika, Israel, Wendy y Brenda, que ocupan un lugar especial en mi vida; les quiero mucho.

Particularmente a todos y cada uno de mis sobrinos (as): gracias por ser como son y por esa inyección de vitalidad que me administran día tras día.

A Ignacio y Gamaliel, por las experiencias de vida que hemos compartido y que nos han hecho crecer y madurar juntos.

A mis asesoras: Mtra. Laura Edna Aragón Borja, Mtra. Irma de Lourdes Alarcón Delgado y Mtra. Norma Yolanda Rodríguez Soriano, gracias por sus invaluable aportaciones, su tiempo y su paciencia.

Índice	Pág.
Resumen.	1
Introducción.	3
<b>1. Integración del Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC)</b>	<b>7</b>
1.1 Atribuciones y responsabilidades	7
1.2 Ubicación del CONADIC en la estructura de la Secretaría de Salud	10
1.3 Descripción de las funciones del Departamento de Proyectos Especiales	13
<b>2. Panorama epidemiológico de las adicciones en México</b>	<b>15</b>
2.1 Consumo de tabaco	15
2.1.1 Consumo entre la población general	16
2.2 Consumo de alcohol	22
2.2.1 Consumo entre la población general	22
2.2.2 Problemas asociados al consumo nocivo de alcohol	27
2.3 Consumo de drogas ilegales	28
2.3.1 Consumo en población general	28
2.3.2 Datos del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA)	29
2.4 Conclusiones	31
<b>3. La psicología aplicada en el ámbito de la salud</b>	<b>32</b>
3.1 Antecedentes de la psicología de la salud	34
3.2 La psicología de la salud y las adicciones	41
3.3 La prevención en el marco de la psicología de la salud	44
<b>4. El Programa de Prevención y Control de Adicciones de la Secretaría de Salud</b>	<b>50</b>
4.1 Objetivos	50
4.2 Estrategias y líneas de acción	53
4.3 Carta descriptiva del curso-taller para responsables jurisdiccionales del Programa de Prevención y Control de Adicciones	56
<b>5. Resultados</b>	<b>60</b>
5.1 Resultados de las pre y post-evaluaciones	60
5.2 Aplicación de la prueba T de Student.	70
5.3 Análisis descriptivo de los resultados	73
5.4 Consideración final	85
<b>6. Conclusiones y propuestas</b>	<b>86</b>
Referencias	93
<b>Anexos</b>	
1. Cuestionario de Fargerstöm para detectar dependencia a la nicotina	
2. Prueba AUDIT para detectar problemas de consumo de alcohol	
3. Cédula para medir dependencia a drogas	
4. Algoritmo para la intervención médica en casos de tabaquismo	
5. Algoritmo para la intervención médica en casos de consumo problemático de alcohol	
6. Registros del Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA)	

## Resumen

El consumo de drogas representa uno de los problemas emergentes más importantes en nuestro país y debe ser abordado desde diferentes ámbitos. En el campo de la salud, el papel del psicólogo es cada vez más importante para detectar oportunamente el uso de sustancias que pueden llevar a las personas a desarrollar una adicción. Por ello, en este trabajo se presenta una experiencia de capacitación realizada con personal de salud de 19 estados de la República sobre el Programa de Prevención y Control de Adicciones de la Secretaría de Salud, a fin de que conocieran y aprendieran la aplicación de instrumentos para detectar problemas de consumo de tabaco y alcohol entre los pacientes que acuden a consulta en los centros de salud.

Los cursos se efectuaron bajo un diseño pretest-postest de un solo grupo y se aplicó la Prueba T de Student para comparar la diferencia de las medias de las calificaciones entre la pre y la post evaluación. Los resultados demostraron que las capacitaciones fueron efectivas en la adquisición de conocimientos, habilidades y competencias por parte de los "capacitandos" para manejar, aplicar y calificar los instrumentos AUDIT -para detectar problemas en el consumo de alcohol-, y el Cuestionario de Fargerström, (para problemas de tabaquismo) lo que les permitió efectuar detecciones tanto positivas como negativas en hombres y mujeres y realizar las derivaciones necesarias a los servicios especializados de tratamiento. Se incluye una descripción cualitativa de las evaluaciones después de los cursos y se revisan las respuestas por perfil profesional.

Al final se hacen una serie de reflexiones y recomendaciones para mejorar la formación de los futuros colegas, como el hecho de que la psicología de la salud representa un área de aplicación que estudia los factores emocionales, cognitivos y comportamentales asociados a la salud y enfermedad física de los individuos. Se propone que el psicólogo puede desempeñar varios roles; uno de ellos sería el de "consultor técnico", a quien las áreas de enseñanza le encomendarían la responsabilidad de capacitar no sólo a los propios colegas, sino también a otros profesionales con perfiles distintos a la psicología. Tal es el caso de los médicos internistas que realizan su residencia en centros de salud urbanos o rurales con características muy distintas entre sí, pero que en mayor o menor medida, reciben pacientes con problemas asociados al consumo de alcohol, tabaco u otras drogas.

De igual modo, se sugiere incluir en el plan de estudios de la carrera un mayor número de contenidos sobre las adicciones propiciando el acceso a estudios y evidencias científicas que resalten la importancia de las intervenciones oportunas, y se analiza la relevancia que nuestra profesión ha ganado en los últimos años dentro de los sistemas sanitarios, pues ya se nos percibe (a los psicólogos) como un recurso necesario para fortalecer no solo los servicios clínicos, sino también las áreas de enseñanza y desarrollo encargadas de la actualización de otros profesionales de la salud.

## Introducción

El consumo de sustancias adictivas en nuestro país ha mostrado un incremento significativo en los últimos años; así lo demuestran diversos estudios realizados por el Instituto Nacional de Psiquiatría, el Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC) y la Secretaría de Educación Pública. Ante esta situación han surgido una cantidad importante de centros de tratamiento tanto privados, cuyos costos de su atención varían ampliamente unos de otros, hasta aquellos manejados por adictos en recuperación que cobran cuotas muy bajas aunque los métodos que utilizan son muy cuestionados. Por ello es imperativo que las instituciones gubernamentales desplieguen con mayor intensidad una serie de acciones encaminadas a preparar sobre todo al personal de centros de salud para que realicen detecciones oportunas, brinden orientación y deriven casos de consumo de drogas en forma adecuada a los diferentes puntos de atención; así se estará en posibilidades de evitar que el consumo avance a etapas más graves.

El objetivo de este trabajo es presentar los resultados de una experiencia de capacitación realizada en 19 estados del país, dirigida a grupos de médicos, enfermeras, psiquiatras, psicólogos, trabajadoras sociales y promotores de salud, sobre el Programa de Prevención y Control de Adicciones (PPyCA) de la Secretaría de Salud.

En el capítulo 1 se describe el objeto del Consejo Nacional contra las Adicciones (que es la unidad administrativa de dicha Secretaría, responsable del programa mencionado), sus atribuciones, responsabilidades, quiénes lo integran, las acciones que promueve en el ámbito de la reducción de la demanda de drogas, y la posición que ocupa en el organigrama de la Secretaría de Salud. Adicionalmente se mencionan las áreas que integran su Secretariado Técnico y las funciones que desarrollo en la Jefatura del Departamento de Proyectos Especiales. También se mencionan los antecedentes laborales que como psicólogo debí reunir para ser aceptado en ese puesto.

En el capítulo 2 se analizan los datos epidemiológicos del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas a nivel nacional; se describen y comparan resultados de las Encuestas Nacionales de Adicciones de 1988, 1993 y 1998. En ellos se observa –por ejemplo- que en México fallecen 122 personas al día por padecimientos asociados al tabaquismo y que 13 millones de personas entre los 12 y 65 años residentes en zonas urbanas son fumadora. En relación con las bebidas alcohólicas, la

encuesta de 1998 muestra que en ese año existían 3 millones de personas con síndrome de dependencia al alcohol (o alcoholismo) y que se presentaron 1,234 accidentes por manejar en estado de ebriedad generando costos en daños materiales por más de 14 millones de pesos. Respecto al consumo de drogas ilícitas, se tiene un incremento que pasó de 1.5 a 2.5 millones de individuos que reportaron haber consumido cualquier droga por lo menos una vez en la vida, y un total de 400 mil sujetos que dijeron haberlas usado dentro de los 30 días previos a la entrevista. De igual manera, se presentan diferentes datos del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones, (Secretaría de Salud) que nos dan un panorama global del consumo en varias ciudades del país, y anoto una serie de conclusiones derivadas de esta revisión.

En el capítulo 3 se hace un breve recuento de cómo ha evolucionado la concepción del proceso salud-enfermedad, desde la antigua creencia que trataba de explicarlo como resultado de la posesión del cuerpo por espíritus malignos, hasta el planteamiento más reciente de Antonovsky (1987) que postula considerarlos como polos de un continuo a lo largo del cual se ubican las personas desde que nacen hasta que mueren. Más adelante se abordan los antecedentes de la psicología de la salud, su definición, entendida –según Matarazzo (1980) como un conjunto de contribuciones científicas, educativas y profesionales que las distintas disciplinas psicológicas aportan a la promoción y mantenimiento de la salud, al tratamiento y prevención de las enfermedades, a la mejora del sistema de salud, y al diseño de políticas sanitarias. Se enuncian sus postulados básicos y posteriormente se describe su relación con las adicciones, considerando los criterios diagnósticos del DSM-IV. Finalmente son descritos los niveles de prevención desde el primario hasta el terciario con base en un esquema desarrollado por Frauske (1993) y resalto la importancia de realizar acciones de promoción y autocuidado de la salud, que comienzan con otorgar información pero deberán avanzar hasta lograr una modificación en las actitudes y los comportamientos respecto al consumo de drogas, alcohol y tabaco.

El capítulo 4 contiene los objetivos del PPyCA entre los que destacan: a) reducir los índices de uso y abuso de sustancias que causan adicción, detectar y brindar atención oportuna a los adictos, así como abatir los problemas de salud pública relacionados con el consumo; b) fortalecer la profesionalización del personal de salud responsable de brindar atención a los adictos. El trabajo descrito en el presente reporte contribuye al logro de este objetivo.

Luego se plasman sus estrategias: normatividad, prevención, comunicación y sensibilización educativa, tratamiento y rehabilitación, investigación e información, y capacitación y desarrollo profesional. Igualmente quedan asentadas algunas de sus líneas de acción. En la parte final del capítulo se incluyó la carta descriptiva con los temas y subtemas de las capacitaciones, de tal suerte que el lector podrá conocer a fondo sus contenidos, que abarcan desde la estructura del PPyCA, pasando por la teoría de la resiliencia, hasta los instrumentos de detección usados para identificar problemas de tabaquismo y abuso de bebidas alcohólicas.

En el capítulo 5 se informan los resultados de 19 cursos de capacitación realizados con personal de salud en los siguientes estados: Baja California, Campeche, Chiapas, Chihuahua, Distrito Federal, Durango, Estado de México, Morelos, Nayarit, Oaxaca, Puebla, Querétaro, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tamaulipas, Tlaxcala, Yucatán y Zacatecas. Las capacitaciones se efectuaron bajo un diseño pretest-postest de un solo grupo que consistió en: preevaluación (cuestionario de 10 preguntas abiertas) intervención, representada por la impartición del curso, y una postevaluación, con el mismo cuestionario que en la preevaluación. Se aplicó la prueba T de Student para 2 muestras relacionadas, a fin de comparar la diferencia significativa de las medias de las calificaciones entre la pre y la postevaluación para conocer si el curso tuvo algún efecto en el nivel de conocimientos de los capacitandos. Con base en los valores del estadístico T, se concluyó que sí hubo una diferencia significativa entre las calificaciones obtenidas por el personal capacitado antes y después del curso-taller, además de que se hace un análisis cualitativo de los resultados por perfiles profesionales de los participantes.

El capítulo 6 está dedicado a las conclusiones y propuestas desglosadas a la luz de los obstáculos y limitaciones que se presentaron durante las capacitaciones y las alternativas de solución. Más adelante se describen las experiencias adquiridas sobre los roles que el psicólogo puede desempeñar en el campo de la salud; uno de ellos sería el de "consultor técnico", a quien las áreas de enseñanza le encomendarían la responsabilidad de capacitar no sólo a los propios colegas sino también a otros profesionales con perfiles distintos a la psicología, tal es el caso de los médicos internistas que realizan su residencia en centros de salud urbanos o rurales con características muy distintas entre sí, pero que en mayor o menor medida reciben pacientes con problemas asociados al

consumo de alcohol, tabaco u otras drogas. Se considera entonces que de manera paulatina la intervención del psicólogo se ha ido reconociendo en los ámbitos de salud al diseñar y colaborar en la ejecución de programas para modificar o adquirir conductas adecuadas (habilidades y competencias) como las que se requieren para efectuar detecciones, derivación de casos, orientación/consejería, en el campo de las adicciones, o sumarse al equipo de las clínicas del dolor, la psico-oncología, las casas de medio camino (donde el adicto en recuperación se refugia para evitar una posible recaída) o las clínicas de ayuda para dejar de fumar, entre otros escenarios que ofrecen un futuro promisorio.

Otros retos que deberán superarse en el mediano plazo son los siguientes: definir el papel de la psicología de la salud en las políticas públicas y la legislación respectiva, incluir en los programas de licenciatura y posgrado, información sobre la estructura y organización de los servicios de salud así como las políticas generales que los definen, y elaborar e instrumentar programas de entrenamiento y actualización para los psicólogos que laboran en ese campo.

## Capítulo 1

### Integración del Consejo Nacional contra las Adicciones

El Consejo Nacional contra las Adicciones (**CONADIC**), es una dependencia del Gobierno Federal creada en 1986 por decreto presidencial, como un órgano colegiado desconcentrado de la Secretaría de Salud (SSA), "con el objeto de promover y apoyar las acciones de los sectores público, social y privado, tendientes a la prevención y combate de los problemas de salud pública causados por las adicciones..."<sup>(1)</sup>

#### 1.1 Atribuciones y responsabilidades

Para cumplir con su cometido, al Consejo le fueron conferidas las siguientes atribuciones, mismas que están plasmadas en su Reglamento Interior: <sup>(2)</sup>

1. Promover las políticas, estrategias y programas en materia de adicciones.
2. Proponer reformas a las disposiciones legales y administrativas relacionadas con la producción, distribución y consumo de productos de tabaco, bebidas alcohólicas y otras sustancias psicoactivas.
3. Recomendar medidas para el control sanitario de la publicidad de tabaco y bebidas alcohólicas.
4. Promover acciones para coadyuvar al eficaz cumplimiento de los programas contra las adicciones y evaluar sus resultados.
5. Fomentar que en los programas de promoción de la salud, seguridad e higiene en el trabajo, se integren conceptos para reducir entre la población el uso y abuso de bebidas alcohólicas, el tabaquismo y la farmacodependencia.
6. Promover acciones tendientes a la disminución de los riesgos asociados con el consumo de tabaco, bebidas alcohólicas y otras sustancias psicoactivas.
7. Promover y acordar mecanismos de coordinación entre las autoridades federales, estatales y municipales que permitan la adecuada ejecución de los programas contra las adicciones.

---

<sup>1</sup> Diario Oficial de la Federación, martes 8 de julio de 1986.

<sup>2</sup> Diario Oficial de la Federación, jueves 20 de julio de 2000.

8. Realizar el seguimiento y evaluación de los compromisos y convenios internacionales ratificados por México en la materia.
9. Promover en forma permanente actividades de investigación que apoyen las acciones contra el alcoholismo, el tabaquismo y la farmacodependencia.

Derivado de lo anterior, el CONADIC convoca regularmente a sesiones de trabajo en las que se establecen acuerdos y compromisos, a todas las instituciones que lo conforman, a saber.

- ★ Secretaría de Salud (El titular del ramo es quien preside al CONADIC)
- ★ Secretaría de Gobernación (SG)
- ★ Secretaría de Relaciones Exteriores (SRE)
- ★ Secretaría de Comunicaciones y Transportes (SCT)
- ★ Secretaría de Educación Pública (SEP)
- ★ Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STyPS)
- ★ Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL)
- ★ Secretaría de Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación (SAGARPA)
- ★ Secretaría de Economía (SE)
- ★ Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA)
- ★ Secretaría de Marina (SEMAR)
- ★ Secretaría de Seguridad Pública (SSP)
- ★ Secretaría de Turismo (SECTUR)
- ★ Procuraduría General de la República (PGR)
- ★ Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)
- ★ Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)
- ★ Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI)
- ★ Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF)
- ★ Consejo de Salubridad General de la Presidencia de la República
- ★ Consejo Nacional para la Cultura y las Artes (CONACULTA)
- ★ Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT)
- ★ Comisión Nacional del Deporte (CONADE)
- ★ Centros de Integración Juvenil, A.C. (CIJ)
- ★ Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER)
- ★ Instituto Mexicano de Psiquiatría (hoy Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz")

- ★ Instituto Mexicano de la Juventud,
- ★ Gobiernos de las Entidades Federativas

y representantes del Sector Social (grupos de Alcohólicos Anónimos, Drogadictos Anónimos, Al Anon, etc.) y Privado (Clínica Monte Fénix, Clínica San Rafael, CANACINTRA, CONCAMÍN).

Bajo este esquema de colaboración, las tareas del Consejo se inscriben en la estrategia nacional de *Reducción de la demanda de drogas*, que incluye el desarrollo de acciones de prevención, tratamiento, reinserción social, investigación, y actualización de las leyes y reglamentos para la comercialización de bebidas alcohólicas y productos de tabaco.

Se complementa con otra estrategia enfocada al *control de la oferta*, la cual es instrumentada, principalmente, por los organismos de procuración e impartición de justicia y consiste en el desmantelamiento de laboratorios clandestinos, destrucción de plantíos de amapola, marihuana, y en general, las referidas al combate al narcotráfico (ver figura 1). <sup>(3)</sup>

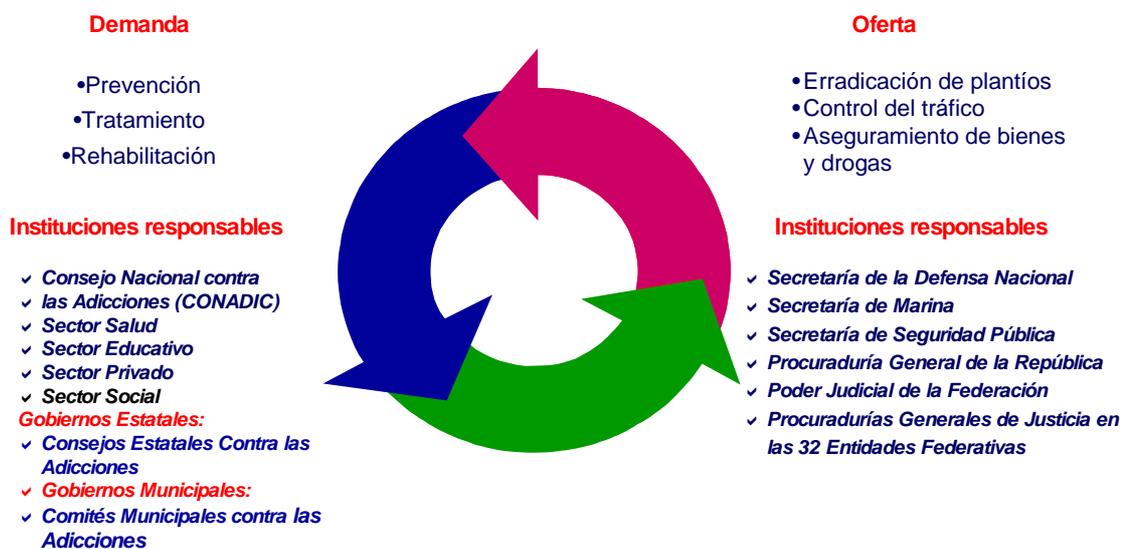


Figura 1: identifica las principales instituciones y organismos públicos, privados y sociales que participan en las estrategias nacionales para el control de la oferta y la reducción de la demanda de drogas.

<sup>3</sup> SSA/CONADIC, Programa de Prevención y Control de Adicciones, 1998.

Hasta 1997, el CONADIC como órgano rector del trabajo en el ámbito de las adicciones cumplía adecuadamente sus responsabilidades, pero en este año se hizo evidente una gran carencia: *la Secretaría de Salud (SSA) no contaba con un programa propio que permitiera desarrollar actividades de prevención, detección oportuna y derivación de casos en sus centros de salud y hospitales*. En consecuencia se instruyó al Consejo para estructurar el **Programa de Prevención y Control de Adicciones (PPyCA)**, e instrumentarlo a nivel nacional en las unidades aplicativas de los Servicios Estatales de Salud. De este modo, se le confirió al CONADIC una doble responsabilidad:

- a) Fungir –como lo había venido haciendo- como órgano de coordinación entre las instancias de los diferentes sectores que desarrollan acciones en este campo, y
- b) Ser la unidad administrativa de la SSA responsable de conducir la instrumentación del PPyCA dentro de sus unidades de atención (figura 2). <sup>(4)</sup>



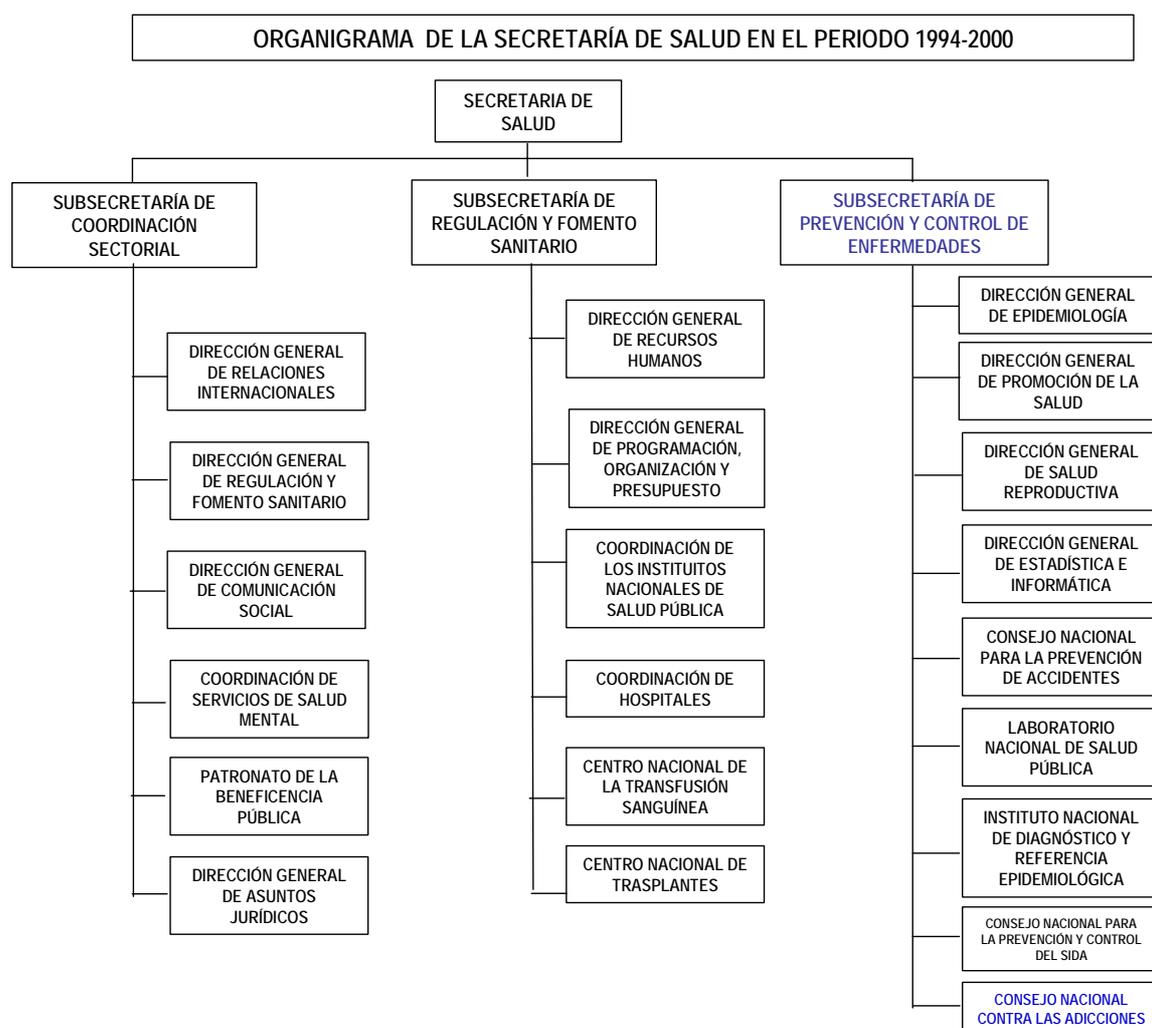
Figura 2: Representa las dos responsabilidades que desempeña el CONADIC desde 1997.

## 1.2 Ubicación del CONADIC en la estructura de la Secretaría de Salud

En la estructura de la SSA, el CONADIC dependía de la Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades, con una jerarquía de Dirección General Adjunta, compartiendo este nivel con las Direcciones Generales de: Epidemiología, Promoción de la Salud, Salud Reproductiva, Estadística e

<sup>4</sup> Ídem.

Informática, el Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes, el Laboratorio Nacional de Salud Pública, el Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológica, y el Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA. El siguiente organigrama precisa con más detalle esta situación.



De este modo, es hasta finales de 1997 que el Programa de Prevención y Control de Adicciones es considerado como uno de los programas sustantivos de la SSA, bajo la responsabilidad normativa del CONADIC, correspondiendo su operación a los Servicios Estatales de Salud.

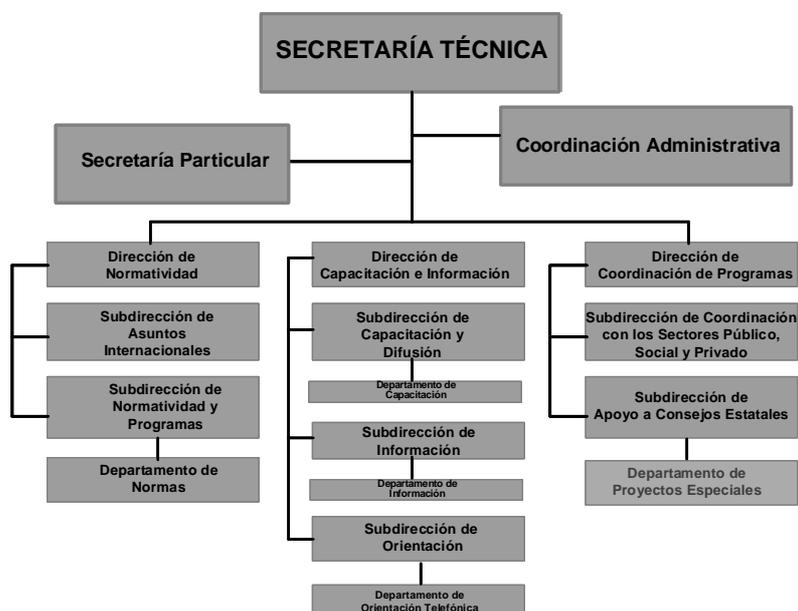
Por su parte, la estructura del Consejo la conformaban las siguientes áreas: *Dirección de Normatividad*, cuyas funciones principales consistían en emitir los lineamientos de tipo jurídico,

normativo, y las directrices para el establecimiento de acuerdos de carácter internacional. En ella se encontraba incluida la Subdirección de Normatividad y la de Asuntos Internacionales. Adicionalmente contaba con una Jefatura de Departamento encargada del seguimiento y actualización de los diferentes ordenamientos, reglamentos y leyes que en materia de adicciones emitían las entidades federativas.

***Dirección de Capacitación e Información***, con la responsabilidad de impartir cursos-taller sobre un modelo específico de prevención llamado *Construye tu vida sin adicciones*, dirigido a distintos grupos poblacionales; brindar atención a los usuarios del Centro de Documentación, donde pueden consultarse libros, revistas, videos y otros materiales sobre el tema, así como el funcionamiento del *Centro de Orientación Telefónica*, dedicado al apoyo de las personas con problemas de adicciones y sus familiares que demandan información acerca de los centros de tratamiento.

***Dirección de Coordinación de Programas***, cuyo encargo consistía en asesorar el trabajo de los Consejos Estatales contra las Adicciones, realizar visitas de supervisión a los Servicios Estatales de Salud para evaluar la aplicación del PPyCA, y capacitar al personal de las jurisdicciones sanitarias sobre su instrumentación.

En ésta última se ubicaba la Subdirección de Apoyo a Consejos Estatales, con la responsabilidad de establecer concertaciones y acuerdos con todas las entidades federativas del país. De esta subdirección dependía el **Departamento de Proyectos Especiales**, a mi cargo, al que se le encomendó la tarea de brindar la capacitación sobre el Programa de Prevención y Control de Adicciones. (ver el organigrama de abajo).



Así, luego de efectuar diversos viajes de supervisión se detectó la necesidad puntual de actualizar al personal de salud con relación a los lineamientos generales del PPyCA. Posteriormente se elaboró una carta descriptiva con contenidos temáticos acordes a dichas necesidades para realizar la detección temprana de casos, derivación, consejo médico y orientación en los centros de salud y hospitales de la SSA en todo el país. La descripción de esta actividad de capacitación es la que desarrollaremos en el presente trabajo y abarca el periodo de marzo del 2000 a junio del 2001.

### **1.3 Descripción de las funciones del Departamento de Proyectos Especiales.**

Aunque no existía un manual de procedimientos, el puesto de Jefe de Departamento de Proyectos especiales tenía las funciones de brindar asesoría técnica y capacitación a los responsables estatales del PPyCA y a los Secretarios Técnicos de los Consejos Estatales contra las Adicciones, emitir dictámenes técnicos sobre proyectos de prevención y tratamiento, así como impartir capacitación al personal de salud, docentes y agrupaciones que llevan a cabo labores en el campo del alcoholismo, tabaquismo o farmacodependencia. Adicionalmente, le correspondía efectuar visitas regulares de supervisión a los Servicios Estatales de Salud, dar seguimiento y evaluar el cumplimiento de los compromisos establecidos con autoridades y organizaciones estatales y municipales, e impulsar la operación del PPyCA en los centros de salud de las entidades federativas.

En mi caso particular para ingresar al Consejo, tuve que adquirir experiencia en el ámbito de las adicciones mediante trabajos previos desempeñados en Centros de Integración Juvenil (como voluntario en su proyecto de información comunitaria), en el Consejo Mexiquense de Recursos para la Atención de la Juventud (CREA), realizando acciones de capacitación e impartiendo pláticas en escuelas y comunidades sobre adicciones, sexualidad y relaciones familiares.; y como capacitador en el Programa de Prevención de Adicciones de la Comisión Nacional del Deporte, labores que desempeñé desde 1987 hasta 1997, y que requerían de actualización constante a través de seminarios, congresos, cursos y otras tareas académicas. Este bagaje me permitió ser aceptado para desarrollar las actividades descritas aquí.

Vale la pena precisar que aun cuando en mi puesto realizo tareas de supervisión, asesoría, elaboración de informes, documentos técnicos, actividades administrativas, y *capacitación*, ésta última será la que plasmaré en el presente reporte.

## Capítulo 2

### Panorama Epidemiológico de las Adicciones en México.

El consumo de sustancias adictivas en nuestro país se ha incrementado considerablemente en los últimos años, de tal suerte que son consideradas como un importante problema de salud pública en el que confluyen otros factores como los costos de la atención, la carencia de infraestructura para el tratamiento, la rehabilitación y la reinserción social. Así lo revelan diversos estudios efectuados por la Dirección General de Epidemiología, el Instituto Nacional de Psiquiatría, -antes Instituto Mexicano de Psiquiatría- y el CONADIC, todos pertenecientes a la Secretaría de Salud.

Es importante destacar que las investigaciones mencionadas analizan sólo el consumo de sustancias capaces de generar dependencia o adicción, términos que en la literatura se utilizan indistintamente para referirse a un patrón de consumo caracterizado porque los usuarios de alcohol, tabaco u otras drogas, pierden el control sobre su consumo, condición que les va provocando problemas de salud, en sus relaciones interpersonales y en su capacidad para el trabajo, y conforme el problema avanza surgirán otros conflictos que sólo podrán aminorarse al suspender el consumo. En el capítulo 3 se abundará sobre esta circunstancia, se describirán los diferentes tipos de usuarios, y se verá que existen también otras adicciones en las que no hay drogas de por medio.

Las Encuestas Nacionales de Adicciones (ENA) realizadas en 1988, 1993 y 1998, son las principales fuentes de información para conocer la situación del consumo de drogas tanto legales como ilegales en el territorio nacional; enseguida se analizará cómo se ha modificado este fenómeno en los años recientes.

#### **2.1 Consumo de tabaco.**

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el tabaquismo es la primera causa de muerte prevenible en el mundo y anualmente fallecen en el orbe cuatro millones de personas por padecimientos derivados de éste hábito. En nuestro país ocurren 122 decesos diarios por la misma causa; esto representa el 10% de las muertes ocurridas a nivel nacional, es decir, uno de cada 10 fallecimientos se asocia al hábito tabáquico. La tabla 1 muestra las principales causas de mortalidad general relacionadas con el tabaquismo en México desde 1993 hasta 1998. Como puede

observarse, mantuvieron siempre el 1º y 2º lugar las enfermedades del corazón y los tumores malignos, respectivamente.

**Tabla 1**

Principales causas de mortalidad general relacionadas con el tabaquismo en México, 1993-1998						
Causa/Año	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Enfermedades del corazón	1o	1o	1o	1o	1o	1o
Tumores malignos	2o	2o	2o	2o	2o	2o
Enfermedad cerebrovascular	5o	5o	5o	5o	5o	6o
Bronquitis crónica, enfisema pulmonar	14o	14o	14º	13o	13o	15o

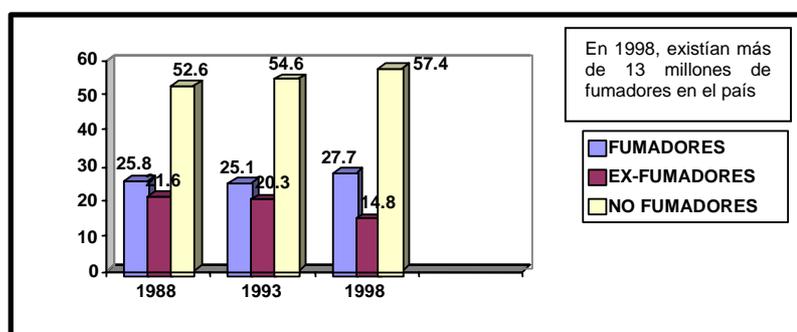
**Fuente:** INEGI/SPP, 1988; SSA/INEGI, Mortalidad 1990, 1992-1997, México; Estadísticas Demográficas, INEGI, 1998.

Las consecuencias en la salud son muy importantes pues disminuye la calidad de vida de los y las fumadoras presentándose diversos trastornos, inclusive en quienes no fuman pero conviven con ellos.

Por citar un ejemplo, la tasa de mortalidad por cáncer de pulmón se incrementó tanto en hombres como en mujeres durante los últimos años, sin embargo sigue siendo más elevada entre los varones (2.5 hombres por 1 mujer).

**2.1.1 Consumo entre la población general.** Datos de la Encuesta Nacional de Adicciones de 1998, realizada en población urbana de 12 a 65 años, indican que la prevalencia de fumadores fue del 27.7%, cifra que equivale a 13 millones de personas, contra el 25.8 % y el 25.1% observados en 1988 y 1993, respectivamente (Gráfica 1).

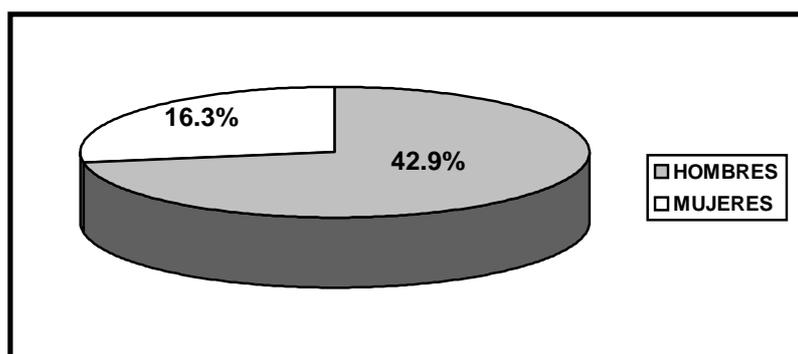
**Gráfica 1. Prevalencia del consumo de tabaco, población urbana en México, 1988, 1993, 1998**



Fuente: DGE/INP/CONADIC/SSA, Encuesta Nacional de Adicciones, (ENA) 1988, 1993, 1998. México.

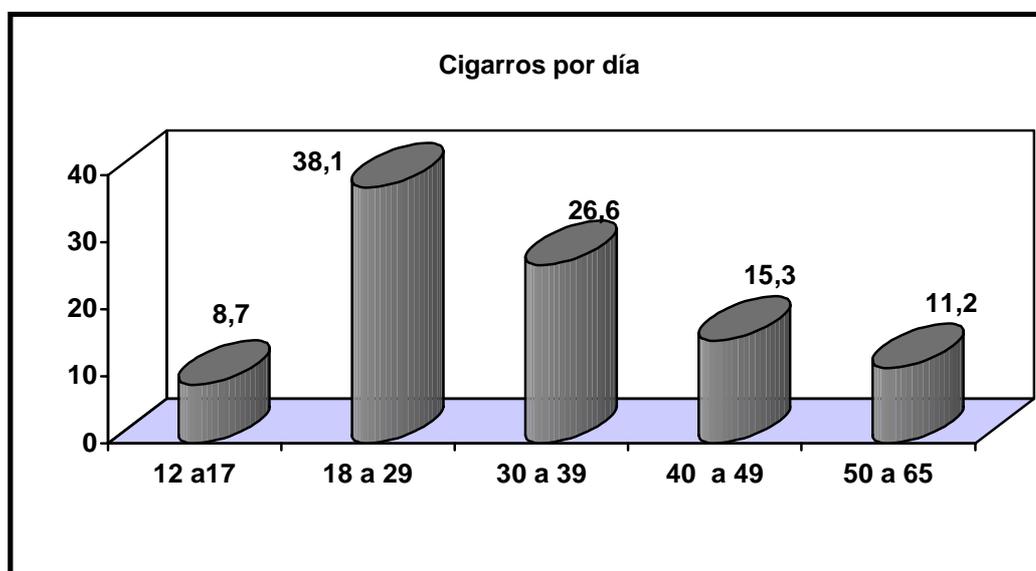
En cuanto al consumo por género existen diferencias importantes, ya que mientras el 42.9% de los hombres fuma, en las mujeres esta proporción es de 16.3%, (Gráfica 2). El rango de edad con más alta prevalencia es el de 18 a 29 años (Gráfica 3). El 9% de los y las fumadoras son menores de edad, lo que resulta altamente preocupante pues en nuestro país está prohibida la venta de productos de tabaco a menores.

**Gráfica 2. Consumo de tabaco por género**



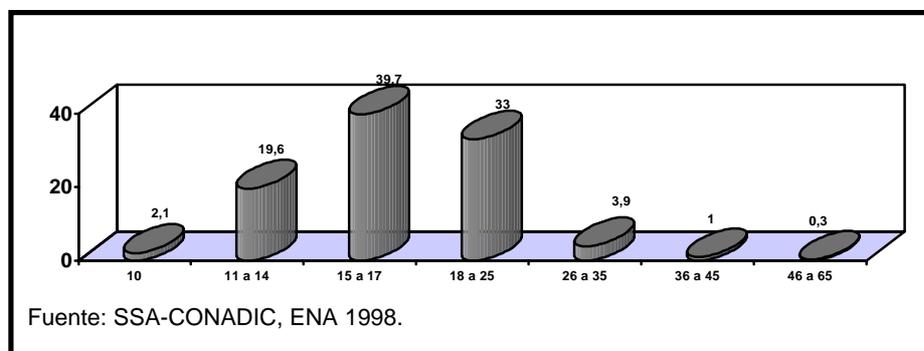
Fuente: DGE/INP/CONADIC/SSA, ENA 1988, 1993, 1998. México.

**Gráfica 3. Muestra el consumo de cigarrillos por grupos de edad.**



Fuente: SSA-CONADIC, ENA 1998.

**Gráfica 4. Muestra las edades de inicio en el hábito de fumar.**



Edad de inicio: Es un hecho innegable que un número cada vez mayor de personas comienzan a fumar a edades más tempranas como lo demuestran los resultados de la ENA 98, donde el 2.1% reportó haber iniciado el consumo antes de los 10 años y el 19.6 lo hizo entre los 11 y 14, concentrándose el mayor porcentaje en el rango de 15 a 17 años (39.7%) seguido por el de 18 a 25 años con el 33% (Gráfica 4).

*Consumo entre estudiantes:* El consumo de tabaco afecta notablemente a los jóvenes. Resultados de la Encuesta de Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media y Media Superior, efectuada en 1997 en el Distrito Federal, por la Secretaría de Educación Pública y el Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente", encontraron que el consumo de tabaco *alguna vez en la vida*, se presentó en más del 50% de los encuestados, con una prevalencia semejante entre hombres, 58% y mujeres, 52%. Con relación al consumo actual, es decir en el mes previo a la encuesta, el porcentaje de usuarios se redujo a menos de la mitad, 21.9%, siendo los varones los que más fuman (24%). El 6.4% reportó haber consumido tabaco 20 días o más en el mes anterior a la encuesta (Tabla 2).

**Tabla 2. Prevalencia de consumo de tabaco entre estudiantes del Distrito Federal, 1997.**

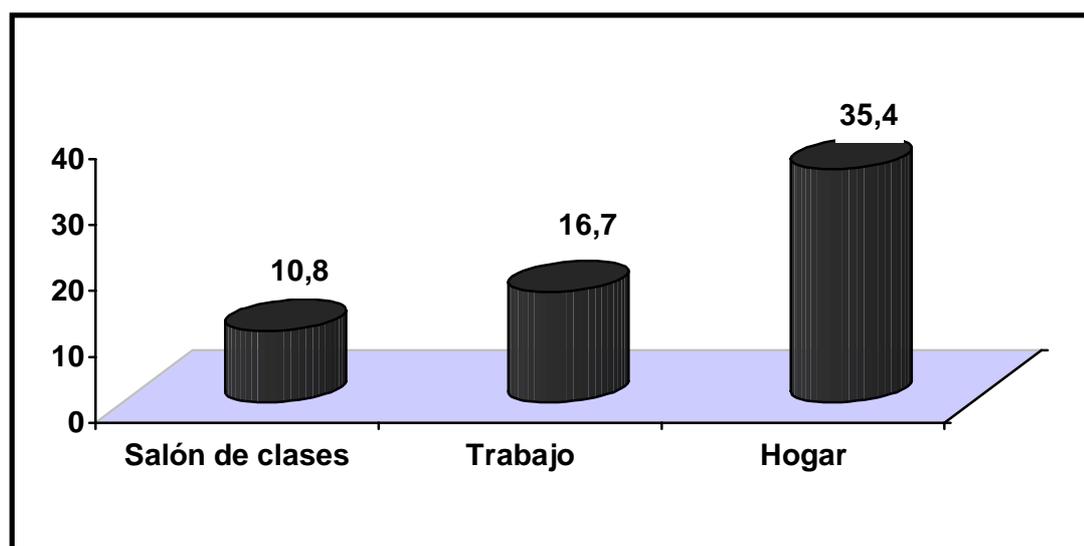
	Hombres (4,892)	Mujeres (5,281)	Total (10,173)
Alguna vez	28.7	52.3	55.4
Últimos 12 meses	39.4	33.8	34.8
Últimos 30 días	24.3	19.6	32.9
De 1 a 5 días	12.7	11.2	11.9
De 6 a 9 días	4.0	3.1	3.6
20 días ó más	7.8	5.3	6.4

**Fuente:** Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en la Comunidad estudiantil, INP-SEP, 1997.

Al analizar el consumo por nivel educativo, el porcentaje de fumadores en secundaria es bajo: 13.7%, comparado con los de bachillerato: 34.4%.

*Fumadores involuntarios:* En la actualidad se utilizan términos distintos para referirse al mismo fenómeno: fumador involuntario, fumador pasivo, exposición ambiental al humo de tabaco, pero en general se dice que una persona que no fuma lo hace en forma involuntaria cuando está expuesta al humo de tabaco en ambientes cerrados, lo que incrementa el riesgo de sufrir las mismas enfermedades que los fumadores. Se estima que 52.6% de la población urbana entre 12 y 65 años está expuesta al humo de tabaco, cifra que equivale a 48 millones de personas. Con base en su orden de importancia, los sitios más frecuentes de exposición son: la casa propia 35.4%, en el trabajo 16.7%, y en el salón de clases 10.8%, (Gráfica 5). Otro dato interesante es que el 30.5% de los menores de edad conviven con fumadores.

**Gráfica 5. Sitios de exposición en fumadores pasivos, 1998.**



Fuente: SSA-CONADIC, ENA 1998.

En estudios prospectivos, se pudo comprobar la incidencia de cáncer de pulmón entre no fumadores que vivían con fumadores, con la de individuos no fumadores que no se encontraban expuestos al humo de tabaco. Las conclusiones indicaron que existe un 20% de posibilidades de que los primeros desarrollen cáncer de pulmón con relación a los no expuestos.

Existen indicadores precisos utilizados para estimar el impacto del tabaquismo en la salud, como el tiempo que se pierde a consecuencia de una muerte prematura; este indicador recibe el nombre de *Años potenciales de vida perdidos* (APVP), y "permite estimar el tiempo de vida potencialmente perdido como la diferencia entre un límite de vida asignado en forma arbitraria y la edad al momento de la muerte" (Tapia, et. al., 2000).

Tomando en cuenta tres de las principales causas de mortalidad general asociadas al hábito tabáquico: enfermedades del corazón, los tumores malignos y la enfermedad cerebrovascular, el promedio de APVP desde 1992 hasta 1997, osciló de 8.65 a 12.7% del total, lo cual significa que por cada persona, se pierden de 5.7 a 15.3 años en forma prematura a consecuencia de estos padecimientos vinculados al tabaquismo (Tabla 3).

**Tabla 3. Años potenciales de vida perdidos por tabaquismo, México, 1992-1997.**

	<b>1992</b>	<b>1993</b>	<b>1994</b>	<b>1995</b>	<b>1996</b>	<b>1997</b>
Total de APVP	9'043,693.5	8'905,459.5	8'809,101	8'745,013.5	8'248,003	8'138,859.5
Edad promedio a la muerte temprana	34.5	35.2	35.6	36.1	36.8	37.5
Promedio de APVP	35 (100%)	34.8 (100%)	34.4 (100%)	33.9 (100%)	33.2 (100%)	32.5
APVP por enfermedades del corazón	5.7 (1.5%)	6.2 (1.6%)	6.5 (1.7%)	6.7 (1.8%)	15.4 (4.1%)	15.3 (4.4%)
APVP por tumores malignos	19.1 (5.6%)	19.8 (5.8%)	19.5 (6%)	19.7 (6.3%)	19.7 (6.6%)	19.6 (6.8%)
APVP por enfermedad cerebrovascular	16.2 (1.4%)	16.8 (1.5%)	16.1 (1.4%)	16.2 (1.5%)	15.9 (1.5%)	15.8 (1.5%)
Total de APVP por estas tres causas	8.5%	8.9%	9.1%	9.6%	12.2%	12.7%

Fuente: El Consumo de Tabaco en México y Encuesta Nacional de Adicciones 1998 (Tabaco), SSA, 2000.

Otro importante indicador elaborado por la OMS y el Banco Mundial, consiste en los *Años de vida saludable* (AVISA) perdidos debido a la discapacidad y muerte prematura. En México la pérdida de los AVISA provocados por esta adicción representa el 3.5% del total (452 mil AVISA), (Kuri, op. cit.) *Costos de la atención:* en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias de la Ciudad de México (INER), específicamente con respecto a la morbi-mortalidad por Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), en 1998 se otorgaron 7,217 consultas de primera vez; en el servicio de urgencias se atendieron 12,503 pacientes y se hospitalizaron 4,514 pacientes. El impacto de la

EPOC en estas cifras es que ocupó el segundo lugar en atención de urgencias, el quinto lugar en morbilidad hospitalaria, fue la segunda causa de consulta de primera vez y el segundo lugar dentro de las 10 primeras causas de mortalidad. El gasto para la atención de pacientes con EPOC constituyó el 22% del presupuesto asignado a la atención médica.

*Costo de un paciente con EPOC:* este asunto es difícil de aclarar debido a la gran heterogeneidad de los centros hospitalarios a los que acude la población. Además, debido a que no existe un protocolo o guía específicos para el tratamiento no es posible cuantificar los gastos en las instituciones. Por ejemplo, en el INER se realizó un estudio piloto sobre los costos reales de atención médica de los pacientes que se hospitalizan en la clínica de EPOC, calculándose que el costo real promedio por una estancia de 15 días debido a una exacerbación de la enfermedad es de \$ 9,957.80 (calculando el día cama a \$ 225.10). Si un paciente absorbiera los gastos reales por 15 días, equivaldrían a 280 salarios mínimos (el salario mínimo en el Distrito Federal es de \$34.45). En 1998 se hospitalizaron 180 personas, los gastos de hospitalización sin incluir los gastos de quienes ingresaron a terapia intensiva ascendieron a \$ 1'792,260.00 M.N. ó \$ 188,658.00 dólares\*.

Al analizar los costos de otros hospitales como el Hospital Ángeles, estos se elevan en forma desproporcionada pudiendo llegar hasta \$ 241,755.00 por paciente. En un hospital para clase media como el Hospital Santelena, un paciente con EPOC internado por 15 días gasta \$ 20, 074.00 M.N.\*\* Estos datos son estimaciones de lo que cuesta fumar en México, pero se necesitan más investigaciones para cuantificar adecuadamente los costos de las principales enfermedades relacionadas con el tabaquismo.

\* Coordinación de Institutos Nacionales de Salud. *Estudio del costo de la EPOC ene el INER*. Datos no publicados, 1998.

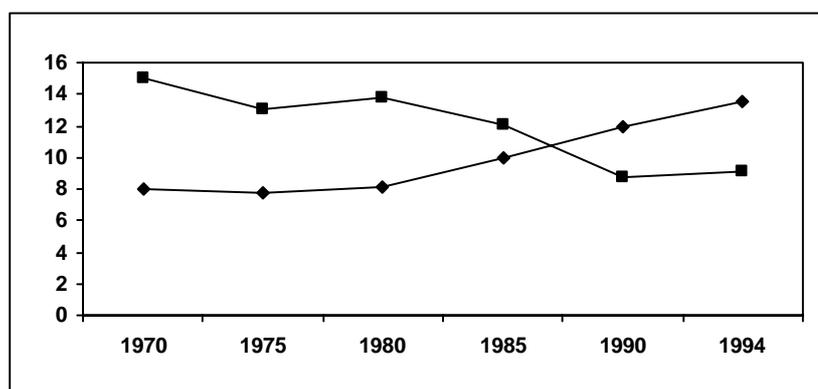
\*\* Op. Cit.

## 2.2 Consumo de alcohol.

El consumo de bebidas alcohólicas es una práctica cultural muy difundida en amplios sectores de nuestra población y cuyo origen se remonta hasta la época prehispánica. El alcohol ha estado vinculado a la vida económica, social, política y religiosa de nuestros ancestros y a los cambios registrados desde la época colonial (Velasco, 1998 y 2003). Las bebidas industrializadas y las tradicionales coexisten en el México actual tanto en su producción como en su distribución y consumo. La ingestión de pulque es frecuente particularmente en áreas rurales de la región central del país, y aún se le atribuyen propiedades nutricionales y terapéuticas. Las industrializadas como la cerveza desempeñan un papel importante en la economía nacional y son consumidas principalmente en zonas urbanas, (Rosovsky, 1998).

Diversos indicadores sociales y clínicos demuestran que el abuso del consumo de alcohol es un grave problema asociado a las principales causas de mortalidad, de manera directa a la cirrosis hepática, cuya prevalencia se ha incrementado sensiblemente en los últimos años, (Gráfica 6) e indirectamente a los padecimientos cardiovasculares y la diabetes mellitus. Asimismo, la familia y la sociedad se ven afectadas, pues es evidente la relación del consumo excesivo de alcohol con la violencia intrafamiliar, los accidentes, los homicidios y las lesiones.

**Gráfica 6. Tasas\* de mortalidad por cirrosis, con y sin alcohol, 1970-1994**



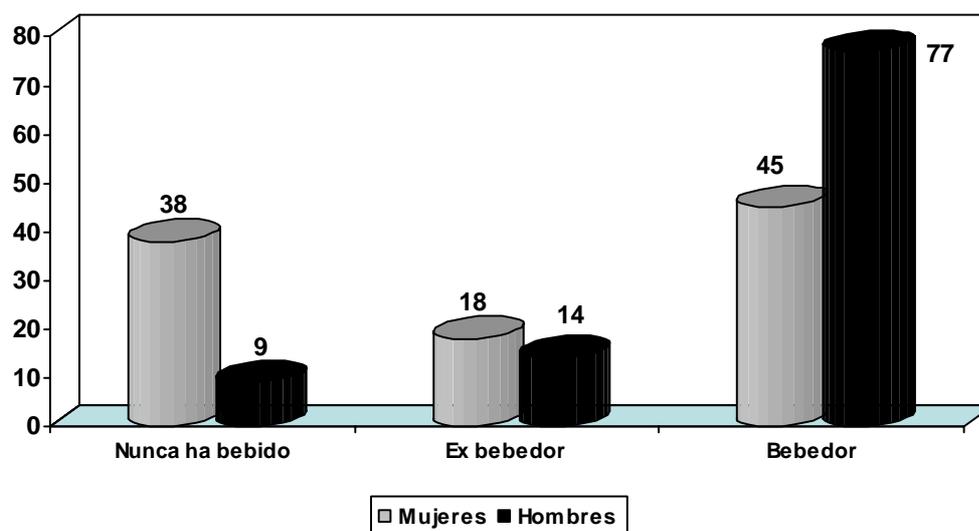
\*Tasas por 100 mil habitantes

Fuente: Instituto Nacional de Psiquiatría, SSA.

**2.2.1 Consumo entre la población general.** Datos de la ENA'98 mostraron que el consumo de bebidas embriagantes sigue siendo una práctica característica entre los varones. Sus resultados

mostraron una **prevalencia nacional de 58.1% de consumidores de alcohol**, de los que el 77% que habita en zonas urbanas con edades entre 18 y 65 años reportó haber bebido en los 12 meses anteriores a la encuesta, mientras en las mujeres sólo el 45% informó lo mismo (Gráfica 7). También es notoria esta práctica entre los grupos más jóvenes, alcanzando la prevalencia máxima entre los 30 y 39 años (Tabla 4).

**Gráfica 7. Consumo de alcohol por sexo**



\*Bebió en los 12 meses previos a la encuesta.  
Fuente: SSA.CONADIC, ENA 1998.

**Tabla 4. Población urbana de 18 a 65 años, según consumo de alcohol por grupos etáreos**

CONSUMO	EDAD EN AÑOS				TOTAL %
	18-29 %	30-39 %	40-49 %	50-65 %	
Nunca ha consumido alcohol	28.0	24.7	22.5	24.3	25.6
Exbebedor	13.2	14.1	18.8	25.6	16.3
Bebedor actual	58.8	61.2	58.6	50.1	58.1

Fuente: SSA.-CONADIC, ENA 1998.

EL 23.1% de los varones son exbebedores o nunca han bebido, 28% lo hacen menos de una vez al mes y más del 40% se ubica en los patrones altos de consumo semanales o mensuales (Tabla 5).

**Tabla 5. Población urbana de 18 a 65 años, según frecuencia de consumo por sexo.**

FRECUENCIA	POBLACIÓN		TOTAL %
	MASCULINO %	FEMENINO %	
Diario o casi diario	4.8	0.3	2.2
1 a 4 veces por semana	21.3	2.5	10.3
1 a 3 veces por mes	23.1	7.2	13.8
3 a 11 veces al año	15.3	10.8	12.7
1 a 2 veces al año	12.4	23.8	19.0
Abstemio: no bebió en el último año	14.4	17.6	16.3
Abstemio: nunca ha bebido	8.7	37.7	25.6

Fuente: SSA.-CONADIC, ENA 1998.

Un nivel de consumo conocido técnicamente con el nombre de *dependencia al alcohol*, (caracterizado por reunir -entre otros- los siguientes criterios durante 12 meses: ingestión cada vez mayor, deseo persistente o esfuerzos inútiles por controlar el consumo, seguir bebiendo a pesar de los problemas físicos y psicológicos que el alcohol produce), se identifica también en las encuestas, e indican que uno de cada 10 varones, 9.6% que reside en zonas urbanas cumple con los criterios de dependencia, lo que significa que al momento de la encuesta existían en las zonas urbanas del país tres millones de alcohólicos. Esto se observa solamente en una de cada 100 mujeres (1%). Además, entre hombres el patrón más frecuente es beber grandes cantidades en cada ocasión -consumo explosivo- (Carreño, 2000).

*Edad de inicio:* cincuenta y cinco por ciento de los varones y 27% de las mujeres bebieron su primera copa completa de alcohol antes de cumplir los 18 años; entre éstas, la edad más frecuente de inicio en el consumo es de los 18 a los 29 años. Entre los hombres se detectan dos puntos importantes entre los 12 y 15 y al llegar a la mayoría de edad (Tabla 6).

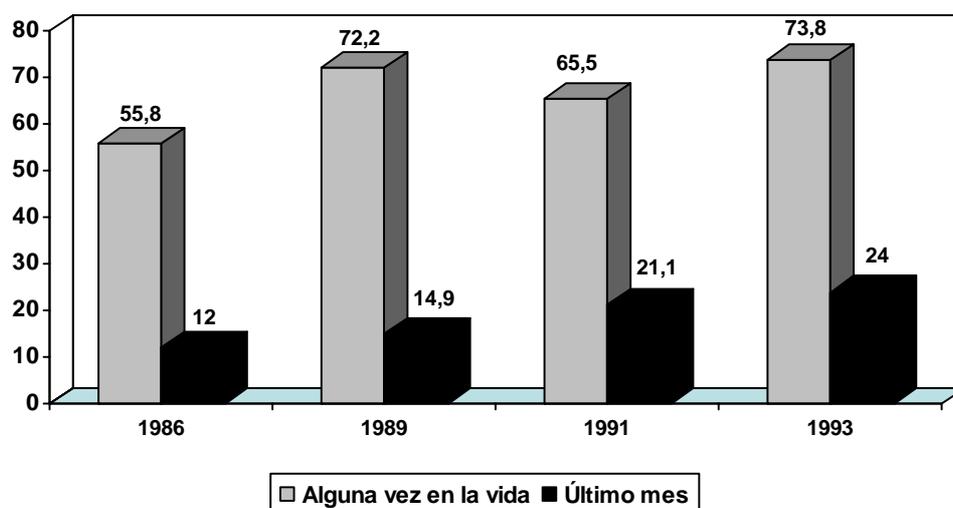
**Tabla 6. Población urbana de 18 a 65 años, según edad de inicio de consumo de alcohol por sexo.**

GRUPO DE EDAD	POBLACIÓN		TOTAL
	MASCULINO	FEMENINO	
Menos de 12 años	2.3	0.7	1.5
<b>12-15</b>	<b>28.6</b>	12.0	20.5
<b>16-17</b>	23.9	14.1	19.1
<b>18-29</b>	<b>44.3</b>	<b>62.3</b>	53.1
<b>30-39</b>	0.7	8.3	4.4
<b>40-65</b>	0.1	2.6	1.3

Fuente: SSA.-CONADIC, ENA 1998.

*Consumo entre estudiantes:* en el Distrito Federal en la categoría “*alguna vez en la vida*”, creció el consumo de 55.8% en 1986, a 73.8% en 1993, y con relación a la ingesta en el “*último mes*”, los porcentajes se incrementaron de 12% en 1986, a 24% en 1993, condición que puede observarse en la gráfica 8.

**Gráfica 8**  
**Consumo de alcohol “alguna vez en la vida” y “en el último mes” entre estudiantes del Distrito Federal, de 1986 a 1993.**

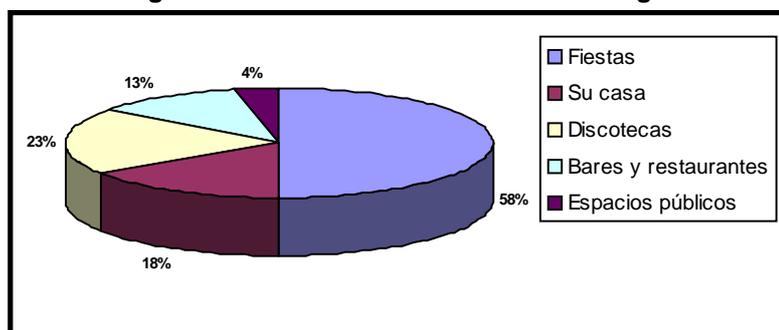


Fuente: Encuesta Nacional sobre el Uso de Drogas entre la Comunidad Escolar. INP-SEP, 1993.

*Consumo por sexo y edad entre adolescentes de 12 a 17 años:* en ambos sexos se observan dos grupos de bebedores: los que indican haber bebido una o dos veces en el año –11.5% de los hombres y 9.9% de las mujeres- y quienes tomaron de una a tres veces por mes, 10.9% y 6%, respectivamente. Sólo una pequeña proporción de usuarios (1.7% y 0.4%) informó tomar una vez a la semana o con mayor frecuencia (ENA 1998).

Con relación a los lugares donde beben, los jóvenes ingieren alcohol sobre todo en fiestas (58%); 18%, declararon beber en sus casas. A pesar de estar prohibida la venta a menores, un porcentaje importante de hombres y mujeres, lo hizo en discotecas, 23%, o en bares y restaurantes, 13%; sólo el 4% reportó beber en espacios públicos (Gráfica 9).

**Gráfica 9. Lugares donde los menores de 18 años ingieren alcohol.**

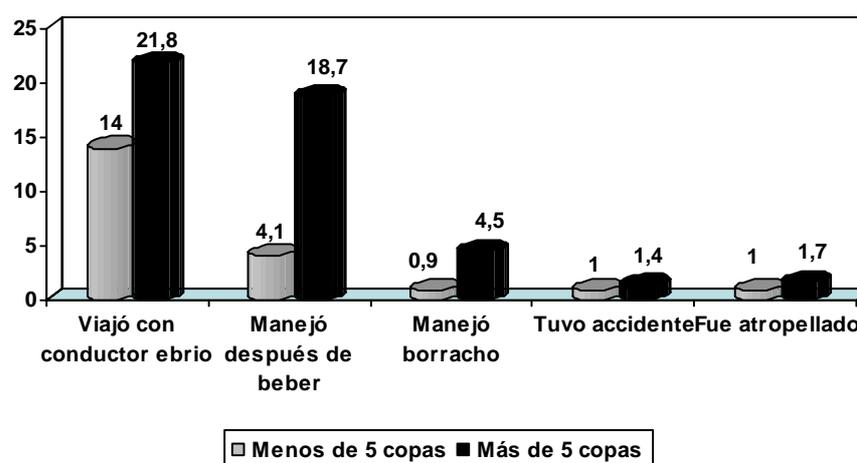


Fuente: SSA-CONADIC, 1998.

Por otro lado, un número considerable de adolescentes informó haber tenido problemas con su consumo; casi uno de cada cuatro padeció crudas, 26% de los hombres y 22% de las mujeres; el 12% y 10%, respectivamente, presentaron enfermedades del estómago, y se arrepintieron de algo que hicieron mientras bebían el 15.4% de ellos y el 6.6% de ellas. Además el 8% de los varones también se involucró en riñas.

Adicionalmente, se indagó la asociación entre el consumo de alcohol y el riesgo de sufrir un accidente automovilístico entre menores de edad, encontrándose que el 21.8% de quienes bebieron más de 5 copas, habían viajado con un chofer ebrio y el 18% manejó después de beber. En diferentes proporciones, otros manejaron borrachos, tuvieron accidentes o fueron atropellados (Gráfica 10).

**Gráfica 10. Consumo de alcohol y riesgo de accidentes en adolescentes de 12 a 17 años**

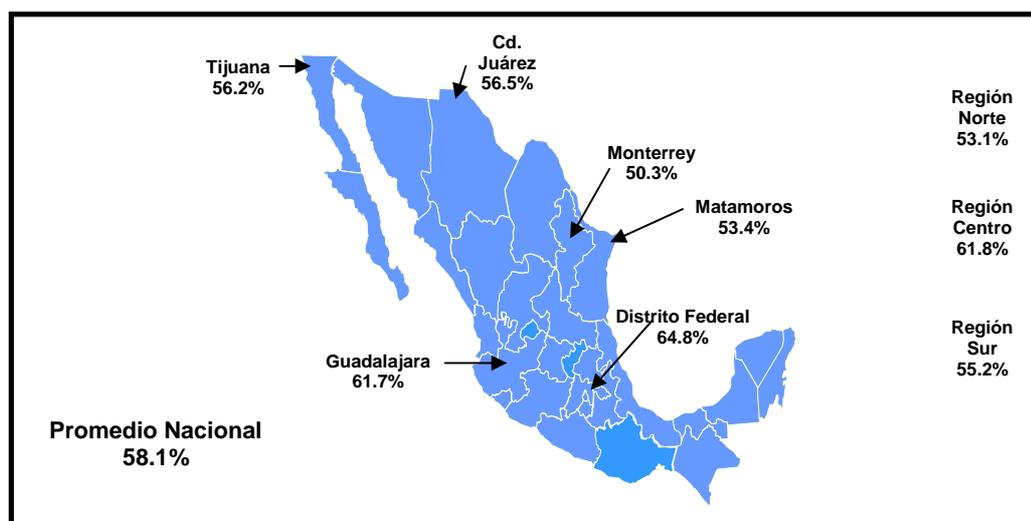


Fuente: SSA-CONADIC, ENA 1998.

El consumo diario no es un patrón común en nuestra sociedad, pues sólo el 1.7% de los hombres y 0.4% de las mujeres informaron beber diario o casi diario. Entre ellos esta situación crece con la edad: se observó en el 2.9% de los jóvenes entre 18 y 29 años y alcanzó el 8.3% entre quienes tienen más de 50. En ellas es una costumbre muy poco usual independientemente de la edad.

La distribución de consumidores en el país indica que la proporción más alta se localiza en la región centro, que comprende los estados de Aguascalientes, Guanajuato, Nayarit, Querétaro, Colima, Hidalgo, Zacatecas, Jalisco (localidades distintas a la zona conurbada de Guadalajara), Morelos, Puebla, Tlaxcala y el Estado de México (localidades diferentes al área metropolitana del D.F.), con un 62%. De las ciudades estudiadas, el Distrito Federal y Guadalajara, son las que tienen los mayores índices con 64.8% y 61.7%, respectivamente. (Figura 3).

**Figura 3. Consumo de alcohol por ciudades y regiones**



Fuente: ENA 1998, SSA.

### 2.2.2 Problemas asociados al consumo nocivo de alcohol.

En 1998, el total de accidentes por conducir en estado de ebriedad fue de 1,234 con un costo global de daños materiales de \$ 14'283,284.00 pesos; 21 de cada 100 traumatizados en salas de urgencias; 49% de los homicidas, 38% de los suicidas y 38 de cada 100 lesiones están relacionadas con el consumo de alcohol; los conductores bebedores-problema constituyen menos del 10% de la población, pero participan en 2/3 de los accidentes.

Entre 20 y 25% de los accidentes de trabajo son provocados por gente que labora en estado de intoxicación, y los decesos relacionados con el consumo en centros laborales representan de 15 a 30% de todos los accidentes. También es importante señalar que algunos estudios transculturales (Caetano, 1998) efectuados en México y Estados Unidos, reportan que nuestro país presenta tasas más altas de consumo poco frecuente en grandes cantidades que aquél, (24 y 6% respectivamente) y tasas menores de ingestión frecuente en bajas cantidades con 3 y 12% respectivamente. En consecuencia, es lógico el dato de que en México se observan tasas mayores de ingreso a salas de urgencias con exámenes positivos de alcohol en sangre con 21% ante sólo el 11% en la unión americana. De aquí se desprende que una proporción muy importante de los problemas derivados del abuso de esta sustancia en nuestro país es consecuencia de las prácticas inadecuadas de consumo entre individuos que no padecen dependencia pero que abusan. La asociación entre la violencia doméstica y el consumo de bebidas embriagantes es evidente como lo demuestran las siguientes cifras: 29% de las mujeres adultas que reside en zonas urbanas del país y que tienen o han tenido pareja, han sufrido violencia física por parte de ésta en el 60% de los casos. Estudios realizados en hogares de Pachuca, Hgo. (Natera, 1994 y 1997) revelaron que la ingestión de alcohol estuvo relacionado con una mayor intensidad de la violencia, con índices de 8% para la verbal, entre 23 y 26% para la agresión física y 52% en el caso de la violencia que implicó relaciones sexuales forzadas.

### **2.3 Consumo de drogas ilegales.**

El uso y la adicción a sustancias como la marihuana, la cocaína y la heroína, representa un complejo problema social y de salud pública con características globales, que relacionan con frecuencia a los usuarios con delincuentes. Además en las últimas décadas se observa una tendencia al incremento de esta práctica, (CIJ, 1997).

**2.3.1 Consumo en población general.** las Encuestas Nacionales de Adicciones realizadas en 1993 y 1998 indican que la prevalencia del uso de drogas alguna vez en la vida de la población urbana de 12 a 65 años, pasó de 3.9% a 5.3%, (Tabla 7) es decir un incremento de 1.5 a 2.5 millones de individuos con este tipo de consumo. Las sustancias de mayor uso son la marihuana, la cocaína y los inhalables.

Respecto al consumo de drogas en el último año, fue reportado por 1.23% de la población, lo que representa más de medio millón de individuos. Sólo el 0.83% manifestó haber consumido alguna droga en el mes previo a la entrevista, lo que equivale a casi 400,000 personas.

	1993	1998
Cualquier droga ilícita	3.90	5.27
Mariguana	3.32	4.70
Cocaína	0.56	1.45
Solventes inhalables	0.50	0.80
Alucinógenos	0.22	0.36
Heroína	0.07	0.09

Fuente: SSA, CONADIC. El consumo de drogas en México, 1999.

	1993	1998
<b>Región norte</b>	<b>4.92</b>	<b>6.00</b>
Tijuana	10.12	14.73
Ciudad Juárez	8.95	9.20
Monterrey	2.86	4.19
Matamoros	5.80	3.62
<b>Región centro</b>	<b>3.71</b>	<b>5.97</b>
Guadalajara	No disponible	7.50
Ciudad de México	3.98	7.28
<b>Región sur</b>	<b>2.29</b>	<b>2.69</b>

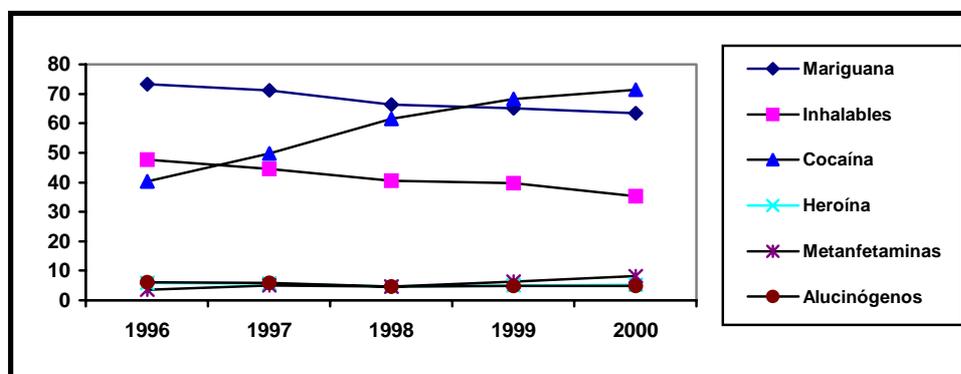
Fuente: SSA, CONADIC. El consumo de drogas en México, 1999.

En 1993 y 1998, las regiones norte y centro y las ciudades de Tijuana, Ciudad Juárez, Matamoros y México, registraron tasas de prevalencia superiores al promedio nacional, con una tendencia creciente (Tabla 8).

### 23.2 Datos del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones.

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA) de la SSA, proporciona datos sobre las principales drogas reportadas por los pacientes atendidos en centros de tratamiento mediante 26 puestos centinela distribuidos en el territorio nacional. Las estadísticas de usuarios de drogas de primer ingreso a tratamiento en Centros de Integración Juvenil (CIJ), reflejan un incremento del uso de *cocaína alguna vez en la vida* y una alta prevalencia del consumo de mariguana, situación que muestra la gráfica 11.

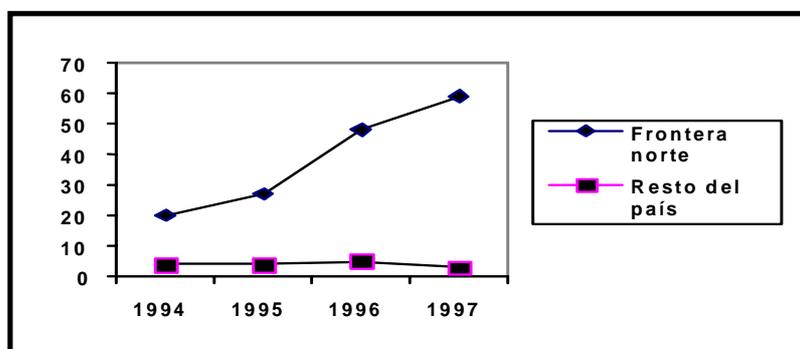
**Gráfica 11**  
**Prevalencia total del uso de drogas entre pacientes de primer ingreso a tratamiento en CIJ durante 1996-2000 a nivel nacional.**



Fuente: Estudios epidemiológicos de pacientes atendidos en Centros de Integración Juvenil, 1996-2000.

Asimismo, la heroína alcanzó tasas importantes de consumo alguna vez en la vida en la frontera norte del país (gráfica 12).

**Gráfica 12**  
**Uso de heroína en pacientes en tratamiento.**



Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones, 1994-1997, DGE/SSA.

*Uso de drogas entre estudiantes:* los estudios realizados en la población estudiantil del Distrito Federal, desde 1976 a 1997, permiten analizar los cambios en el consumo de varias sustancias. Se han reportado incrementos importantes en la ingestión de cocaína; en el '76 solamente el 0.5% de los estudiantes informó haberla consumido y en el '97 alcanzó el 4%. Para el caso de la marihuana, su uso se ha incrementado tanto en el patrón de *alguna vez en la vida* como en el del *último año* y el

*último mes*, principalmente entre los menores de 16 años. Respecto a los inhalables, se observó una reducción de 5% en 1993 a 4.1% en 1997, en México, D.F.

*Menores trabajadores:* El DIF, el Fondo de las Naciones Unidas para la Protección de la Infancia (UNICEF) y el Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas (PNUFID), realizaron un estudio de niñas, niños y adolescentes trabajadores en 100 ciudades y se observó que el 2.2% cuyas edades fluctuaron entre seis y nueve años, había utilizado drogas ilícitas alguna vez en la vida; mientras que entre los adolescentes de 14 y 15 años, el porcentaje ascendió a 6% y entre los de 16 y 17 años, al 14%.

## 2.4 Conclusiones.

Con base en este panorama epidemiológico, es posible hacer las siguientes afirmaciones:

- Disminuye la edad de inicio en el consumo.
- Es notoria una tendencia al incremento en la ingestión de drogas entre las mujeres adolescentes y jóvenes.
- El patrón de consumo de bebidas alcohólicas entre hombres consiste en beber grandes cantidades en cada episodio de intoxicación; por su parte las mujeres consumen con un patrón de poco frecuente a moderado.
- El tabaquismo afecta al 27.7% de la población.
- Uno de los grupos poblacionales en mayor riesgo lo conforman los menores que trabajan en la calle y otros lugares públicos, principalmente quienes no viven con su familia.
- Se incrementa el consumo de drogas como la cocaína en el Distrito Federal y en el norte del país. En Tijuana y Ciudad Juárez, emerge el consumo de heroína.
- Las acciones preventivas y de tratamiento de los distintos sectores requieren de normatividad, apoyo y coordinación para asegurar una mayor cobertura y una óptima utilización de los recursos.

A su vez esto representa un reto no sólo para el gobierno sino para la sociedad en su conjunto, pues si bien es cierto que las políticas nacionales en materia de combate a las adicciones deben mejorar constantemente, también lo es el hecho de que los profesionales de la salud y la comunidad organizada tendrá que involucrarse cada vez más en acciones enfocadas a disminuir la demanda de drogas.

### Capítulo 3

#### La psicología aplicada en el ámbito de la salud.

Para empezar este capítulo considero necesario describir primero cómo ha evolucionado el concepto de salud a lo largo del tiempo.

Durante muchos años, la enfermedad se concibió como el resultado de la invasión del organismo humano por parte de agentes externos que podían consistir en la acción de los dioses, el resultado de la posesión del cuerpo por espíritus malignos o -más recientemente- debido a la invasión de microorganismos. Esta visión ambientalista se vio fortalecida, primordialmente, por la invención del microscopio y gracias a los avances en la ciencia médica durante los siglos XVIII y XIX, con el descubrimiento de las bacterias como causantes de determinados trastornos y el desarrollo de la cirugía, entre otros factores (Martínez-Donate, 1999).

De este modo, hasta hace pocas décadas se ha mantenido la idea de que mente y cuerpo constituyen entes separados, bajo el llamado *modelo biomédico de la salud y la enfermedad*, según el cual *"todas las enfermedades pueden explicarse a partir de problemas en procesos fisiológicos, resultado de heridas, desequilibrios químicos e infecciones bacterianas o víricas"* (Engel, 1977, cit. en Martínez-Donate, 1999), negándose de este modo cualquier influencia sobre la salud, de factores de índole psicológica o social.

Sin embargo, desde mediados de este siglo se comenzaron a plantear alternativas a este modelo en virtud de su pobreza explicativa para dar cuenta de los cambios en el panorama epidemiológico de los países industrializados. Así, a partir del siglo XIX y especialmente a lo largo del XX, en las sociedades europea y norteamericana las enfermedades infecciosas y otros trastornos provocados por la malnutrición comienzan a descender, gracias al desarrollo de tratamientos cada vez más eficaces, de índole tanto farmacológica como quirúrgica y al avance de medidas preventivas como la promoción de la higiene personal, la mejora de la nutrición, la cloración de las aguas públicas, el tratamiento de las aguas residuales, etc. (Sarafino, 1990).

En consecuencia, la esperanza de vida se ha visto incrementada particularmente en las últimas décadas. Como afirma Matarazzo (1984), en Estados Unidos desde 1900 hasta la década de los 80, la esperanza de vida de la población blanca aumentó en un 56% (de 47,6 hasta 74,4 años) y en un 119% para la población perteneciente a distintas razas (de 33 hasta 70 años).

La población vive ahora hasta edades muy avanzadas y las causas de su muerte son muy diferentes a las de épocas anteriores. Es decir, mientras los avances en los terrenos de la química, la fisiología, la biología, etc., han producido el descenso de enfermedades infecciosas (tuberculosis, sarampión, poliomielitis, etc.), en la actualidad el aumento del cáncer, las enfermedades coronarias, el abuso de drogas y alcohol, o los accidentes de tráfico, se han convertido en las principales causas de mortalidad (SSA, 2000). Si se analizan desde el punto de vista etiológico y evolutivo, estos factores están en gran medida relacionados con el comportamiento y los estilos de vida de los individuos que conforman las sociedades modernas.

Sin embargo, como apunta Mechanic (1982), el nuevo panorama epidemiológico ha traído consigo la reconsideración de esos otros factores implicados en la salud humana, propiciando así la aparición de una nueva concepción de la enfermedad como fenómeno multideterminado en el que los factores biológicos, conductuales y ambientales (físicos y sociales) juegan un papel fundamental.

Este cambio en la concepción de la salud y la enfermedad queda plasmado en la definición que la Organización Mundial de la Salud acuñó en el año 1948 para el término "salud", expresado como *"el estado de completo bienestar físico, mental y social y no la mera ausencia de enfermedad"*, definición que si bien puede ser criticada por su falta de operacionalidad, como señala Rodríguez Marín (1995), pretendía reflejar un cambio importante en la perspectiva que debía adoptarse en las políticas sanitarias futuras.

Los antiguos términos de salud y enfermedad, entendidos como dicotómicos, fueron dejando así de ser satisfactorios, dando paso a la concepción de éstos como polos de un continuo (Antonovsky, 1979, 1987), a lo largo del cual se situarían las personas desde su nacimiento hasta su muerte.

Como consecuencia, se ha ido produciendo un cambio cualitativo en los criterios utilizados para definir la salud y/o la enfermedad, basados hasta hace poco en conceptos biológicos, y se fue desarrollando una propuesta de salud como concepto integral, formado por aspectos tanto biológicos, como psicológicos y sociales, propuesta que progresivamente ha ido dando lugar a la aparición del "modelo bio-psico-social de la salud". Este modelo insiste en que los factores biológicos son condiciones necesarias pero no suficientes en el inicio de una enfermedad. Desde este modelo, cualquier enfermedad es el resultado de interacciones complejas entre variables biológicas, psicológicas y sociales, las cuales, conjuntamente explican las variaciones que se producen en el inicio, la severidad y el curso de la misma (Engel, op. cit.).

De este modo, la mera exposición al agente patógeno, por ejemplo un virus o bacteria, no tiene necesariamente que desembocar en la infección y desarrollo de enfermedad por parte del individuo expuesto, sino que dependerá del grado de vulnerabilidad inmunológica que éste presente, y a su vez, esa mayor o menor vulnerabilidad estará en relación con los hábitos de salud (dieta, consumo de tabaco y/o alcohol, práctica deportiva, horas de sueño, etc.), el ajuste psicológico, por ejemplo los niveles de estrés, y entorno social (disponibilidad de apoyo social, entre otros) de cada individuo.

Además, la consideración de todos estos factores ha ido ligada al traslado del énfasis desde la rehabilitación y el tratamiento de la enfermedad, a la prevención y la promoción de la salud y la atención de factores que van más allá de lo puramente biológico (Rodríguez-Marín, 1995). En este giro de planteamientos tienen su base la posterior creación de programas dirigidos a promover cambios en los estilos de vida, a fomentar la utilización de recursos sociales, al afrontamiento del estrés, etc., para conseguir la instauración de comportamientos más saludables y disminuir la vulnerabilidad a la enfermedad en la población.

### 3.1 Antecedentes de la Psicología de la Salud.

Los antecedentes más próximos de la psicología de la salud se ubican en la denominada "*Medicina Comportamental*", término acuñado por Lee Birk en 1973, a manera de subtítulo del libro "**Biofeedback: Behavioral Medicine**", como el uso de procedimientos derivados del condicionamiento instrumental de respuestas fisiológicas autónomas, para fines de curación de algunas enfermedades originadas en la alteración de esas respuestas. Era promovido esencialmente por los psicólogos y médicos, quienes buscaban el progreso e integración de los conocimientos y técnicas de las ciencias biomédicas, conductuales y otras disciplinas relacionadas para lograr comprender, tratar y rehabilitar los procesos de enfermar, y promover-mantener la salud (Mars, 2002).

Entre los factores que coadyuvaron para consolidar la medicina comportamental, este autor también plantea el hecho de que los procesos salud-enfermedad pueden explicarse por la existencia de una etiología multifactorial y la incorporación de soluciones multidisciplinarias, al tiempo que los problemas de salud más importantes son causados no tanto por lo que la gente tiene, sino por lo que la gente hace, por ejemplo fumar, tomar alcohol, no hacer ejercicio, no comer adecuadamente, etc., de tal suerte que gran parte de los trastornos de salud conllevan componentes conductuales en su

etiología y mantenimiento, susceptibles de modificación y prevención con intervenciones psicológicas.

Por otra parte, debido a la cronicidad que caracteriza a diferentes padecimientos, las personas necesitan aprender a vivir con ellos, lo que influye en sus pautas de conducta habitual y estilos de vida en general. En consecuencia, la promoción de la salud como antídoto de la enfermedad, ha propiciado el desarrollo y aplicación de estrategias psicológicas preventivas, la modificación o fomento de estilos de vida saludables, la investigación de conductas individuales consideradas como psicopatógenas, y los intentos de inocular la idea de autorresponsabilidad de los individuos por su salud.

Asimismo, en la década de los 70, las principales aportaciones a la medicina comportamental se hicieron desde el área del análisis experimental de la conducta. No obstante, la primera se limitó casi exclusivamente a la práctica clínica derivada de las aplicaciones de los principios esenciales del condicionamiento clásico y del condicionamiento operante, lo cual necesariamente resulta limitado; la psicología tiene más que aportar al ámbito de la salud, adicionalmente a los procesos básicos de aprendizaje.

El cambio conceptual sobre la salud y la enfermedad acaecido en la segunda mitad del siglo XX, cuyos principales factores han sido comentados en el anterior apartado, dio paso a una visión más holística del continuo salud-enfermedad y evidenció la importante contribución que la psicología podía suponer respecto del cuidado de la salud. Prueba de ello ha sido la aparición paulatina de diferentes disciplinas como la Medicina Comportamental, la Salud Comportamental y, finalmente, la Psicología de la Salud, centradas en la aplicación de los conocimientos de la psicología sobre el comportamiento humano a los contextos sanitarios, haciendo énfasis en distintos aspectos, pero con un espíritu integrador y con un afán por cooperar en el cuidado de la salud, como elementos comunes.

Actualmente, como señala Ribes (1990, pág. 21), se acepta que *“el conocimiento del proceso biológico de una enfermedad y las condiciones sociales de su epidemiología no son suficientes. Se requiere de un modelo de cómo aplicar este conocimiento en la forma de medidas efectivas que afecten la práctica cotidiana de individuos reales, dimensión que trasciende a los procesos moleculares del organismo y a las cifras poblacionales de la epidemiología”*, y para ello ninguna

herramienta mejor que la psicología, ciencia experta en explicar, predecir y modificar el comportamiento humano.

El modelo bio-psico-social, por tanto, ensalza la idea de la salud como resultado del grado de adaptación del organismo a su ecosistema, a corto, medio y largo plazo (Santacreu, Márquez y Zaccagnini, 1989), y la Psicología de la Salud vendría a explicar las variables del individuo y del ecosistema que inciden en el comportamiento y en la salud. Utilizando las palabras de Rodríguez Marín (1995, pág. 23), la Psicología de la Salud representa, *"un área de aplicación de la psicología al marco de la salud, que estudia los factores emocionales, cognitivos y comportamentales asociados a la salud y enfermedad físicas de los individuos, integrando las aportaciones individuales, grupales y comunitarios, para la promoción de la salud, la prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad y para conseguir una buena calidad de vida del enfermo"*.

La Psicología de la Salud surge en el marco del modelo bio-psico-social, y fue definida originalmente como *"el conjunto de contribuciones científicas, educativas y profesionales que las diferentes disciplinas psicológicas hacen a la promoción y mantenimiento de la salud, a la prevención y tratamiento de la enfermedad y las disfunciones relacionadas, a la mejora del sistema sanitario y a la formación de una política sanitaria"* (Matarazzo, 1980, pág. 815). Por otra parte, Santacreu, (1991) autor español de gran conocimiento en el tema, postula que *"...el objeto de estudio de la Psicología de la Salud es precisamente el comportamiento de los individuos, en su interacción con el medio, en cuanto a su condición de salubridad"*.

Sus postulados básicos pueden resumirse a partir de la compilación realizada por este autor y consisten en:

1. *La Psicología se plantea como objeto de estudio el comportamiento humano, que incluye las llamadas cogniciones, respuestas fisiológicas o biológicas no observables en sí mismas y las conductas manifiestas u observables.*
2. *Las leyes, modelos o teorías que describen, explican o predicen el comportamiento humano son las mismas para el comportamiento normal y anormal, para la salud y la enfermedad.*
3. *La psicología de la salud estudia el comportamiento desde un punto de vista ambivalente, es decir incluye personas sanas o enfermas, basada en un eje articulador llamado "salud positiva", es decir, desde la promoción y comportamientos de salud y el control de riesgos.*

4. *La conducta humana anormal está constituida por formas de adaptación al ecosistema que finalmente resultan inadecuadas a corto o largo plazo.*
5. *Los psicólogos clínicos intentan aliviar a los individuos que demandan su ayuda a través de los conocimientos psicológicos. En general no se plantean el cambio del ecosistema, entre otras cosas porque no está a su alcance, salvo que se trate de niños o de adultos con actividad restringida.*
6. *Los ecosistemas en los que el organismo está inmerso, el ambiente físico y social en el que el individuo se mueve determina en gran parte, no sólo los comportamientos adaptativos concretos sino los sistemas generales de adaptación. Además, y ésta es la cuestión más importante, determinados ecosistemas producen/inducen sistemas de adaptación específicos, inadecuados en otros ecosistemas o en un sistema más amplio.*
7. *La capacidad de adaptación de un individuo a su ecosistema es función de los recursos biológicos y psicológicos que posea y de las exigencias del propio ecosistema. (...). De tal manera que podemos estudiar y comparar los distintos ecosistemas por su capacidad para crear personas desadaptadas.*
8. *Un individuo (organismo) se comporta respondiendo al medio o ecosistema, manipulando o modificando este medio, intentando adaptarse teniendo en cuenta que la máxima prioridad son, para un mismo valor de refuerzo, los efectos a corto plazo. El grado de autocontrol que posea el individuo determinará la posibilidad de que considere los refuerzos a largo plazo. Todo ello significa que el individuo reacciona ante el medio, y por tanto, su conducta es función del ecosistema en el que está inmerso, pero también este ecosistema se modifica en la medida en que los individuos actúan o se comportan en él.*
9. *El comportamiento no es más que el conjunto total de actuaciones de un individuo en un medio o ecosistema y, acotado dicho ecosistema en cuanto a sus dimensiones (familia, barrio, ciudad o país) puede ser valorado en la dimensión de saludable.*
10. *Los comportamientos saludables a corto plazo en un determinado contexto, no lo son siempre a largo plazo. Por el contrario, los comportamientos no saludables (enfermos) a corto plazo son prácticamente improbables en el repertorio de respuestas del individuo.*
11. *El comportamiento de un individuo no es uniformemente saludable o enfermo, ni siquiera a corto plazo.*

*12. La salud es el resultado del proceso de adaptación general de una persona. Cuando la evaluamos en un determinado individuo siempre lo hacemos con referencia a un ecosistema independientemente de que lo explicitemos o no. Tomada como variable dependiente del proceso de adaptación de un organismo, la salud oscila a través del tiempo, con valores máximos y mínimos y depende de las variaciones del ecosistema y del grado y rapidez de adaptación del individuo.*

El desarrollo de esta disciplina ha dado lugar a múltiples investigaciones acerca de la influencia de diversas variables psicológicas sobre la salud, al tiempo que ha ido generando multitud de aplicaciones prácticas dirigidas a complementar el tratamiento o la prevención de problemas de salud concretos o a la promoción de la salud en general.

Además, la relación entre factores psicológicos y el estado de salud de los individuos se caracteriza por su bidireccionalidad, puesto que un deterioro en este último puede generar toda una serie de consecuencias emocionales, cognitivas y conductuales que repercutan nuevamente sobre la salud del individuo, dándonos esto una idea de la continua regulación que ambos tipos de factores ejercen entre sí.

Adicionalmente, la Psicología de la Salud se ha ocupado de desarrollar modelos explicativos que *"consideren al ser humano como el punto de corte entre sistemas sociales y microsistemas orgánicos"* (Rodríguez-Marín, 1995, pág. 34) y al comportamiento humano como área de integración entre factores sociales y biológicos. Aunque con importantes divergencias entre sí, los modelos de psicología de la salud han pretendido dar respuesta a cuestiones tales como qué es lo que motiva a una persona para activar o no distintos comportamientos preventivos, qué elementos entran en juego, de qué depende la percepción de amenaza respecto de una enfermedad, etc.

Por otra parte, bajo la premisa de que las conductas de salud como cualquier otro tipo de comportamiento, son susceptibles de aprenderse o modificarse, bien por vía directa, bien por la influencia de modelos sociales relevantes, los modelos teóricos ofrecen las claves para establecer dichos cambios conductuales, mostrando los factores determinantes en esas conductas, incluyendo no sólo las condiciones individuales sino también las de carácter social que son necesarias para ese cambio. Dentro de estos modelos y sin detenernos en su descripción, cabría destacar el Modelo de Creencias sobre la Salud (Rosenstock, 1974; Maiman y Becker, 1974; Becker y Maiman, 1982), la Teoría de la Acción Razonada (Fishbein y Ajzen, 1975; Ajzen y Fishbein, 1980), la Teoría de la

Acción Social (Ewart, 1991; Leventhal, 1970; Leventhal y cols., 1980) y el Modelo Psicológico de la Salud de Ribes (1990).

Es un hecho que el proceso vital humano está en constante variación no sólo en función de factores orgánicos sino también en función de factores ambientales y psicosociales; incluso el rol que desempeñan elementos como los estilos de vida y el ambiente social en la determinación de esa variabilidad del proceso salud-enfermedad, es superior al de los factores orgánicos. Ello ha llevado a que el ámbito de la salud se amplíe hacia áreas de conocimiento que antes eran relativamente ignoradas, como las ciencias sociales y humanas; ahora no solo se reconoce su función y su aporte, sino que se le demandan a estas disciplinas soluciones para problemas que escapan al alcance del modelo biomédico tradicional.

Los problemas de salud, especialmente los de tipo crónico, pueden constituir estresores en sí mismos, que al interactuar con otros elementos pueden producir efectos emocionales, cognitivos y motores que impacten sobre la evolución de la enfermedad, lo que a su vez facilitaría la aparición de sesgos perceptivos, tales como la desatención de los síntomas somáticos o la interpretación errónea de los mismos, transformándose así en factores de riesgo para el adecuado afrontamiento de los problemas de salud provocando finalmente un descenso del bienestar del individuo (Steptoe, 1991).

El momento actual de la psicología de la salud se caracteriza por la búsqueda de una integración cada vez mayor entre los conocimientos básicos de la ciencia psicológica y sus extensiones al ámbito de la salud. Muestra de ello es el gran auge de la investigación básica en el campo de la psiconeuroinmunología, y sus aplicaciones a la comprensión de fenómenos como el estrés y su asociación con la enfermedad.

Por otra parte, los avances de la medicina han conllevado una serie de repercusiones en la práctica médica. Como expresa Matarazzo (1994), en ausencia de fármacos, la empatía, la compasión y la transmisión de sentimientos de esperanza hacia los individuos enfermos constituían, con escasas excepciones, la única terapia que los cuidadores de la salud pudieron ofrecer durante cientos de años a los enfermos. Sin embargo, los avances farmacológicos y quirúrgicos en los siglos XIX y XX permitieron que se olvidaran estos importantes aspectos de la relación médico-paciente, y que ésta, junto con los aspectos psicológicos de la enfermedad, se desatendiera enormemente.

Todavía mayor fue la pérdida de esta perspectiva cuando a principios del siglo XX se inició lo que se denomina "*medicina especializada*", que provocó que los estudiantes de medicina fueran instruidos

en el tratamiento de enfermedades concernientes a determinados sistemas u órganos corporales, con poca o ninguna integración de dichos conocimientos que facilitase la observación del *"paciente completo"*. Esta especialización, junto con la posibilidad de mejores y más completos diagnósticos y tratamientos, fue acompañada de una pérdida en la utilización de aquellos elementos terapéuticos asociados con el conocimiento y la comprensión del paciente como ser humano complejo. De este modo, factores familiares, económicos, ocupacionales y de personalidad, fueron completamente ignorados durante la mayor parte de este siglo (Matarazzo, op. cit.), dominado por una visión unicastalista de la enfermedad, a la que se dio en llamar *"teoría del germen infeccioso"*, según la cual, la condición necesaria y suficiente para el desarrollo de una enfermedad era la presencia de dicho agente patógeno.

Ello no se debe únicamente a la comprensión de los factores asociados al desarrollo de las principales enfermedades del mundo moderno, sino también al cambio en los objetivos que la práctica médica se plantea con respecto al tratamiento de dichos trastornos. El objetivo, en la mayoría de las ocasiones, ya no es la curación, sino que, por el contrario, en gran parte de los trastornos crónicos (asma, hipertensión, diabetes, etc.) lo que se persigue es el aumento en la calidad de vida del paciente, y este nuevo objetivo requiere del aporte de profesionales pertenecientes a diferentes disciplinas, que contemplen al paciente en su totalidad y atiendan las repercusiones que la enfermedad puede suponer para éste en diferentes contextos.

Así, conceptos como calidad de vida, estrategias de afrontamiento de la enfermedad o adhesión terapéutica han ido cobrando cada vez más relevancia. Como complemento de los factores anteriormente mencionados, otros hechos que propiciaron el cambio conceptual de la salud y enfatizaron el papel que la psicología podía jugar en la prevención y el tratamiento de un gran número de padecimientos, vinieron a sumarse al panorama de las últimas décadas. Entre éstos, Botella (1996) menciona:

- ❑ El incremento en los gastos de salud, sin que se ello llevase asociado un aumento paralelo en los beneficios obtenidos.
- ❑ El creciente reconocimiento, entre los profesionales de la medicina, de la utilidad y eficacia de los tratamientos psicológicos.
- ❑ El apoyo institucional y las consideraciones pragmáticas respecto a más puestos de trabajo y mayores recursos.

Por último, este enfoque ha puesto el acento en el traslado de una parte importante de la responsabilidad sobre la salud hasta los propios ciudadanos, invitando así a cada individuo a ejercer un rol activo en el mantenimiento de su salud y en la prevención de la enfermedad, enfatizando la importancia de los hábitos de salud o de riesgo llevados a cabo.

En este contexto el comportamiento ha emergido como área de intersección de los aspectos biológico, psicológico y social que conforman al ser humano, y en consecuencia, ha comenzado a aceptarse que es a través de este comportamiento que tienen reflejo cualquiera de las acciones preventivas o de tratamiento de un trastorno. De hecho, en el comportamiento se expresan el reconocimiento de síntomas, la búsqueda de ayuda, el uso de servicios médicos, el cumplimiento de las prescripciones médicas, las conductas de rehabilitación y de afrontamiento de una enfermedad. Por todo ello, la psicología se erige en una herramienta imprescindible para tratar los problemas relacionados con la salud.

### **3.2 La Psicología de la Salud y las Adicciones.**

La historia del hombre y las adicciones van unidas: fumar cigarrillos de tabaco o marihuana, beber alcohol, mascar hojas de coca, ingerir píldoras, utilizar el opio para el dolor, son algunas prácticas que el hombre ha realizado hasta nuestros días. Becoña (2002), afirma que en la actualidad y junto a las anteriores, destacan las nuevas adicciones, unas derivadas de sustancias, como es el caso de la heroína, la cocaína, las drogas de diseño, el LSD, entre las más importantes, y otras de tipo comportamental (sin sustancia) que resultan del avance tecnológico: la adicción a Internet, a los juegos de azar, al teléfono celular, a las líneas eróticas, al sexo, a las compras, y a un amplio etcétera de conductas que pueden llegar a ser adictivas. De ahí que en los últimos años se incluyen distintas conductas bajo la denominación genérica de adicciones o conductas adictivas.

Hoy el primer elemento relevante en las adicciones es su definición. A pesar de que existen criterios específicos para los distintos trastornos como la dependencia de sustancias, el juego patológico, etc., todos parten de los criterios *de dependencia de sustancias psicoactivas*, dado que además en las adicciones se presentan los fenómenos de pérdida de control, tolerancia, y síndrome de abstinencia. En esta línea, para el DSM-IV (1998) *la dependencia se caracteriza por un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia, que provoca un deterioro o malestar clínicamente*

*significativos, expresado por tres o más de los siguientes síntomas por un período continuado de 12 meses.*

1) *Tolerancia*, caracterizada por la necesidad de incrementar marcadamente la dosis de la sustancia para conseguir la intoxicación o los efectos que se experimentaban al inicio de su ingestión.

2) *Abstinencia*, definida por cualquiera de los siguientes ítems: a) el síndrome de abstinencia característico de la sustancia y; b) se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

3) La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.

4) Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo.

5) Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en su ingestión (fumar un cigarro tras otro) o en recuperarse de sus efectos.

6) Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas y,

7) se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de los problemas psicológicos o físicos que produce (consumo de cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera).

El DSM-IV también considera el concepto *abuso de sustancias*, condición menos grave que la dependencia, cuando se reúnen los siguientes criterios en un lapso de 12 meses:

1. Consumo frecuente que provoca el incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa.
2. Consumo recurrente en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (conducir un vehículo)
3. Problemas jurídicos asociados al consumo de la sustancias
4. Administración continuada a pesar de tener problemas sociales o interpersonales que pueden ser causados o exacerbados por la ingestión.
5. Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia

Una condición fundamental en las conductas adictivas, es la pérdida de control. La persona con una conducta adictiva no tiene control sobre la misma, además de que le produce tolerancia, dependencia y síndrome de abstinencia, con repercusiones adversas en distintos ámbitos de su

vida, que será en muchos casos la causa de que busque tratamiento o le obliguen a buscarlo, (CIJ, 1999).

En 1989, Gossop definió como elementos característicos de una adicción los siguientes:

- 1) un fuerte deseo o compulsión para llevar a cabo la conducta particular (especialmente cuando la oportunidad de realizarla no está disponible);
- 2) la capacidad deteriorada para controlarla (especialmente, en términos de controlar su comienzo, mantenimiento o nivel en el que ocurre);
- 3) malestar y estado de ánimo alterado cuando la conducta es impedida o la deja de hacer; y
- 4) persistir en la conducta a pesar de la clara evidencia de que le está produciendo graves consecuencias al individuo.

El mayor problema de las adicciones no son los efectos que producen a corto plazo, sino los observados a mediano y largo término (Tapia, 1994 y Vallejo, 1997). Se sabe que los trastornos asociados son en su mayoría de tipo crónico, irreversible, incapacitante y muchas veces fatales. Así, muchos fumadores morirán de cáncer de pulmón o enfermedades cardiovasculares (Becoña y Vázquez, 1998); muchos bebedores excesivos o alcohólicos probablemente afrontarán enfermedades hepáticas o accidentes que pueden tener consecuencias funestas; los dependientes a la heroína o cocaína, presentan alto riesgo de infecciones de transmisión sexual, sida, hepatitis, y otras problemáticas sociales como la violencia intrafamiliar, actos delictivos, líos jurídicos, deterioro de su economía y ausentismo laboral. Lo mismo vale para las otras adicciones, de proceso o relación (sin sustancia), donde en muchos casos la ruina económica es un paso previo al resto de los problemas legales o de salud.

Por todo lo anterior, es importante desplegar intervenciones oportunas que detengan el consumo de drogas legales o ilegales antes de que se desarrolle la dependencia como tal. El primer paso hacia la aceptación de ayuda profesional es lograr que quien tiene una adicción asuma que precisa tratamiento (Velasco, 2004). Tanto en las drogas legales como en las ilegales hay un proceso de negación. La drogas les producen placer, bienestar, satisfacción (reforzamiento positivo) y, al tiempo, la propia droga les permite evitar el síndrome de abstinencia (reforzamiento negativo) cuando no consumen o no tienen suficiente dosis. Por ello, la dependencia se mantiene en el tiempo y el proceso de reforzamiento impide al principio asumir el problema. Una vez que la persona ha asumido que tiene que cambiar va a solicitar distintos tipos de ayuda. Y es entonces de gran

importancia hacerle ver claramente que la necesita, que tiene que cambiar su conducta por las graves y evidentes consecuencias que le están produciendo, pero que la persona no ve en ese momento (por ejemplo, haber perdido el trabajo, abandono de los estudios, conflictos familiares, problemas policíacos, ingresos en prisión, relaciones sociales deterioradas, ahora se relaciona sólo con amigos consumidores, etc.). Si la persona cambia su estilo de vida anterior por un estilo de vida saludable es más probable que mantenga la abstinencia a largo plazo. Aunque ello es hoy claro, la realidad nos muestra que un cambio en el estilo de vida no siempre es fácil, especialmente en los adictos a opiáceos, y va a depender de múltiples circunstancias, tanto del sujeto como de la familia y del medio social. Cuando se consigue un cambio en el estilo de vida relacionado con la abstinencia, entonces es más probable y fácil mantenerla tanto a corto como a largo plazo.

### 3.3 La prevención en el marco de la psicología de la salud.

Uno de los objetivos principales de la Psicología de la Salud es el estudio del comportamiento precursor de la salud y la enfermedad y en el área aplicada, la intervención preventiva (Santacreu 2000). La prevención -palabra derivada del latín *praevenire*- puede ser definida como la protección y promoción de la salud de la población, la protección y el mejoramiento del ambiente ecológico y social, la eliminación de los riesgos identificables, la prevención de la enfermedad y sus consecuencias, y la protección de los grupos de alto riesgo (Medina Mora, et. al.1994). Implica preparar, disponer con anticipación lo necesario a un fin, poner en acción los medios apropiados para impedir la aparición de un problema.

Habitualmente se divide en tres niveles (Berruecos, 1994):

- 1) La prevención primaria, aplicada en la génesis, incluye acciones de promoción, fomento, educación y protección a la salud entre público en general (población expuesta sana), con el objetivo de minimizar la aparición de casos nuevos mediante la creación de ambientes sociales y físicos sanos y positivos, incidiendo en el comportamiento de la gente y en los factores psicosociales que promueven o previenen el consumo (factores de riesgo y protectores).
- 2) La secundaria, que se lleva a cabo en la etapa de evolución de los padecimientos, implica la detección, diagnóstico y tratamiento; aquí es importante destacar que la intervención oportuna es fundamental para impedir que el problema avance a fases más complicadas. La meta

principal consiste en limitar las incapacidades identificando a los usuarios y tratando de eliminar los riesgos, entendidos como factores de desequilibrio que afectan la triada epidemiológica compuesta por agente-huésped-medio ambiente, evitando la cronicidad.

- 3) La prevención terciaria busca evitar las consecuencias o eliminar daños y riesgos a través de la rehabilitación que incluye la atención de enfermedades crónicas y trastornos de otro tipo como la cirrosis, que producen incapacidad. Es primordial la restauración de las funciones afectadas, la compensación de las deficiencias, y la reinserción social del enfermo.

Recientemente se ha enfocado la prevención desde una perspectiva etiológica, esta nueva concepción es una de las más promisorias en el desarrollo de estrategias efectivas. Se pretende predecir el riesgo donde el foco de atención ya no es el consumo sino los factores que afectan la probabilidad de que éste ocurra, esto es, que hacen al individuo más vulnerable. Para ello, lo primero es identificar los factores de riesgo y los métodos mediante los que dichos factores se promueven o anticipan (CIJ/SEP, 1999).

Entre los factores de riesgo se ubican las leyes y normas tolerantes de las conductas problemáticas, la alta disponibilidad de las sustancias, la privación socio-económica, las actitudes familiares hacia las drogas, los aspectos psicológicos, bioquímicos, genéticos, los conflictos familiares, las prácticas culturales, la modificación de valores, etcétera.

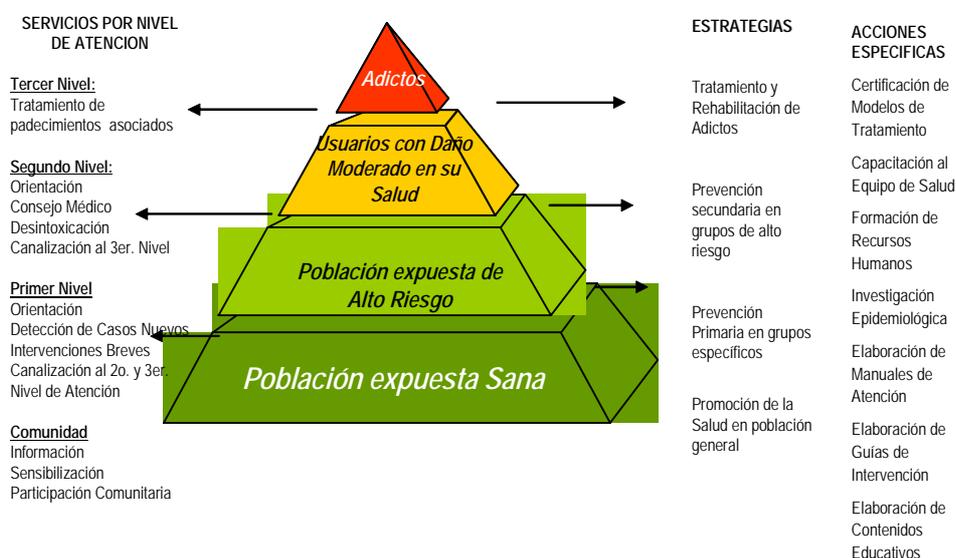
La contraparte son los factores protectores que moderan las consecuencias de la exposición al riesgo e incrementan la "resistencia" de las personas, y entre otros, se cuentan la actualización del marco normativo que regula la comercialización de productos de tabaco, bebidas alcohólicas, medicamentos controlados, de productos industriales, el mejoramiento de la comunicación familiar, la participación comunitaria en la resolución de problemas comunes, el desarrollo de habilidades personales para la toma de decisiones, etc.

El enfoque etiológico ofrece perspectivas interesantes y busca describir los factores que llevan a la experimentación, abuso y dependencia de drogas, como fundamento de las actividades en pro de la salud. Los motivos de índole psicológica juegan un papel especialmente importante en la posibilidad de que alguien experimente con drogas, continúe su utilización y desarrolle adicción. Sin embargo, en este campo los factores sociales también deben ser tomados en cuenta, (De la Fuente, 1997).

Medina Mora (op. cit), apunta que en tiempos recientes la tendencia en las labores preventivas se dirige hacia la instrumentación de acciones **proactivas** más que *reactivas*. Esto es, se ha observado que los grupos y comunidades reaccionan a los problemas de abuso de sustancias cuando ya están presentes, en lugar de asumir una actitud proactiva, adelantarse a ellos y actuar para evitar que aparezcan. Ahora se considera que los programas exitosos deben incluir, primero: medidas para prevenir el inicio del consumo o de los problemas asociados; segundo: proyectos destinados a identificar e intervenir con quienes han comenzado a manifestar problemas, y tercero: brindar atención a las personas que han desarrollado dependencia o adicción (Macia, 2000). Esta concepción se basa en el hecho de que precisamente así está distribuido el problema en la mayoría de los escenarios sociales: escuelas, lugares de trabajo y comunidades, de tal suerte que se observa un número reducido de adictos, una proporción un tanto mayor de gente que ya presenta problemas de diversa índole, y una parte más amplia de quienes no tienen dificultades pero que pueden estar en riesgo (Musacchio, 1992).

En 1993, Frouske (citado en Rosovsky, 1999) utilizó los colores del semáforo para ilustrar lo anterior, de modo que el área libre de problemas se muestra en color verde, que incluye a la mayor parte de la población, y se enfatizan las tareas eminentemente preventivas; la zona ámbar representa el inicio de las dificultades y el objetivo será regresar a quienes aquí se encuentran al área verde. Finalmente, el área roja –la más pequeña de todas- incluye a quienes padecen distintos problemas (de salud, familiares, laborales, jurídicos) y por ende, lo más importante es el tratamiento, la rehabilitación y su reinserción social (Figura 4). Con base en este esquema es evidente que las acciones principales del PPyCA, se dirigen a la prevención primaria y secundaria, y en menor escala al nivel terciario.

**Figura 4: Pirámide de Frouske: muestra los niveles de prevención en adicciones y las actividades que se efectúan en cada uno.**



Como ya se mencionó, los comportamientos individuales ante la salud tienen grandes efectos sobre el desarrollo o rezago de las comunidades. De ahí que la psicología de la salud, al ocuparse del estudio de tales comportamientos y de las actitudes de la población, está en posibilidades de modificarlos, creando hábitos más saludables y estilos de vida que coadyuvan a mejorar su calidad de vida (Vasilaqui, citado en CIJ, 2003).

La psicología de la salud vigila la salud de la población, los diversos comportamientos saludables y de riesgo y trata de prevenir el daño o enfermedad en personas sanas y promueve comportamientos saludables a largo plazo. Ha hecho énfasis en la promoción de la salud y en la prevención de la enfermedad, influyendo en los problemas emergentes como el consumo de sustancias adictivas. Ha realizado prevención primaria, la que según Gossop y Grant (1990), se refiere a las estrategias para impedir la aparición de los problemas o reducir su incidencia, lo que requiere un buen conocimiento de los mecanismos causales, así como procedimientos de pronta intervención ante ellos, lo que concuerda con los organismos internacionales, según los cuales el objetivo esencial de la prevención es evitar o reducir la incidencia y/o gravedad de los problemas relacionados con el uso de sustancias que provocan dependencia, y para lograrlo es necesario identificar y disminuir los factores y condiciones de riesgo, fomentar prácticas culturales que promuevan y conserven la salud, reforzando aquéllos factores protectores del individuo, la familia y la sociedad, al tiempo que propicia la concientización y participación de los distintos grupos poblacionales.

No obstante lo anterior, en años recientes han aparecido algunos conceptos que cuestionan la universalidad de los postulados en torno a los niveles de prevención en materia de adicciones. Así, Santacreu (op. cit.) afirma: "desde nuestro punto de vista no cabría más que un tipo de prevención (por el tipo de enfermedad y/o daño a evitar) pero quizás fuera conveniente distinguir dos tipos de intervención por las características intrínsecas de la misma: primaria, que consiste en informar, y secundaria, que implica actuar modificando el comportamiento".

Y más adelante agrega que es más conveniente hablar de *prevención primaria* en el caso de que el tipo de intervención sea *informar* a la población de lo que nos indican los sistemas epidemiológicos de alarma o la investigación sobre salud, a fin de que los informados tomen sus propias decisiones y actúen en el sentido correcto. En el caso de la *prevención secundaria*, el tipo de intervención es una

*actuación compleja*, generalmente organizada como un programa con objetivos y métodos definidos, que va mas allá de la mera información, en el que se invierten considerables recursos y de los que se esperan resultados claros.

Las actuaciones llamadas de prevención terciaria, él las considera *intervenciones de tratamiento* para controlar determinadas enfermedades con el objetivo de lograr la curación o de impedir la recaída. Por ejemplo un *"programa de biofeedback para el reconocimiento del nivel de insulina"* es una parte del paquete de tratamiento en el caso de un paciente diabético que tiene que inyectarse insulina diariamente. El objetivo es ayudarle a mantener estable el nivel de glucosa en sangre El tratamiento es fundamentalmente médico (administración de insulina en sus distintas formas) pero el aspecto aquí mencionado está directamente relacionado con la intervención psicológica: aprender a reconocer el nivel de glucosa y actuar en consecuencia. Esta intervención, podría ser considerada como preventiva respecto a otras enfermedades ya que el simple tratamiento por administración de insulina de forma pasiva o con un control inadecuado, puede llevar a empeoramientos de la enfermedad o a otros problemas (ceguera, por ejemplo) que se pueden paliar o prevenir con una intervención psicológica *ad hoc*, y de esta manera, una intervención de tratamiento de la diabetes, puede ser denominada preventiva respecto a la ceguera. (Polaino y Gil-Roales 1990).

Aunque parece interesante, esta visión donde la prevención terciaria es descrita como netamente de tratamiento no ha recibido mucha difusión, por lo que el trabajo aquí reportado se basa en los preceptos enunciados previamente. Un hecho que no se debe omitir es que la prevención de adicciones también ha evolucionado, y ahora se le entiende como un proceso de educación o reeducación que -como afirma Santacreu- comienza con la información pero debe avanzar hasta convertirse en una serie de acciones sistematizadas y congruentes destinadas a modificar las creencias, actitudes y finalmente los comportamientos respecto al consumo de drogas.

En este orden de ideas, un concepto innovador en los programas preventivos actuales lo constituye el término **resiliencia**, proveniente del latín *resilio* que significa "volver de un salto", "regresar", utilizado originalmente en las ciencias físicas, pero al adoptarlo en las ciencias sociales se le dio un nuevo significado y es usado para caracterizar a las personas que a pesar de nacer y vivir en situaciones de alto riesgo se desarrollan psicológicamente sanos y exitosos. (Rutter, 1993, cit. en Kotliarenco, 1997).

Otra definición menciona que consiste en una habilidad para surgir de la adversidad, adaptarse, recuperarse y acceder a una vida significativa y productiva. (Institute on Child Resilience and Family, ICCB, en op. cit.).

Algunos de los factores que promueven la resiliencia son: el desarrollo de intereses y vínculos afectivos con personas significativas fuera de la familia, el género (se considera al femenino como una variable protectora), la habilidad para la resolución de problemas, el apego parental con al menos un cuidador primario, la capacidad de establecer relaciones de "mejor calidad" con el grupo de pares, (CIJ, 1999) experiencias escolares positivas, facilidad para identificar y compartir sentimientos de temor, ansiedad, enojo o placer, límites claros, y la habilidad para obtener ayuda, mismas que pueden ser fomentadas en las personas desde la práctica de la psicología de la salud en las instituciones sanitarias del país. Por estas razones, en la carta descriptiva del curso-taller (ver capítulo 4) se incluyó un tema denominado "La teoría de la resiliencia", mediante el cual se analizó la conveniencia de que en las acciones de prevención que se desarrollan cotidianamente en los centros de salud, como son: pláticas con madres de familia, adolescentes, grupos de hipertensos y diabéticos, se aborden temas como el fomento de la autoestima, el desarrollo de habilidades de comunicación y expresión de sentimientos, el reconocimiento de las emociones y la toma de decisiones, para contribuir de este modo a la promoción de procesos de resiliencia entre esos grupos.

## CAPÍTULO 4

### El Programa de Prevención y Control de Adicciones de la Secretaría de Salud.

Ya se mencionó que el programa de Prevención y Control de Adicciones, surge en la Secretaría de Salud en 1997 como resultado de un contrasentido, es decir, la SSA a través del CONADIC coordina desde 1986 los esfuerzos en la lucha contra las adicciones de otras dependencias públicas, organizaciones no gubernamentales e instituciones privadas, y sin embargo no contaba con un programa propio en este tiempo. El programa quedó integrado por los siguientes apartados:

#### 4.1 OBJETIVOS

##### General.

Reducir los índices de uso y abuso de sustancias que causan adicción; detectar y brindar atención oportuna a los adictos, así como abatir los problemas de salud pública relacionados con el consumo.

A continuación se enlistarán los **objetivos específicos** y luego una breve descripción de las acciones realizadas para lograrlos.

- Proporcionar servicios de atención preventiva y curativa a la población con problemas de consumo de sustancias.

En este rubro se llevan a cabo pláticas sobre los factores de riesgo y protectores del consumo de sustancias entre los pacientes que acuden a los centros de salud; se apoya el trabajo que realizan los grupos de Alcohólicos Anónimos proporcionándoles espacios para que realicen sus juntas de información y sesionen con regularidad.

- Desarrollar estrategias de detección oportuna y derivación de casos.

Al respecto las acciones eran muy incipientes y con las capacitaciones fueron reforzadas en los centros de salud.

- Impulsar el desarrollo de estilos de vida saludables entre la población.

Esto se propicia mediante pláticas impartidas por los promotores de salud o las enfermeras, y se brindan tanto a los pacientes atendidos en consultorio como a las familias de colonias aledañas a ellos.

- Desarrollar modelos de tratamiento integral.

La Dirección de Capacitación e Información del CONADIC, en coordinación con la Facultad de Psicología de la UNAM, están desarrollando un modelo inicial para personas con problemas en su forma de beber,

llamado "Modelo de autocambio dirigido para bebedores problema", basado en los principios de la terapia cognitivo conductual.

- Ampliar la infraestructura de tratamiento, rehabilitación y reinserción social para los adictos, elevando la calidad y calidez en su atención.

En este rubro aún se promueva la creación de un número creciente de grupos de ayuda mutua como Alcohólicos Anónimos, en zonas rurales y de difícil acceso, con la participación de las jurisdicciones sanitarias. También se han impulsado acciones conjuntas con los Centros de Integración Juvenil, institución que atiende problemas de farmacodependencia desde hace más de 20 años, para que paulatinamente brinden tratamiento a personas con problemas de alcoholismo en todas sus unidades, que son más de 70 a nivel nacional.

- Fomentar en la población una cultura de la prevención y autocuidado de la salud

En todos los municipios de las entidades federativas se han conformado Comités Municipales de Salud, con integrantes de la comunidad y personal de los centros de salud. A través de ellos se organizan acciones como ferias de la salud, periódicos murales, jornadas informativas, torneos deportivos y pinta de bardas, para identificar factores de riesgo y fortalecer factores protectores que favorezcan estilos de vida saludable.

- Impulsar y difundir la investigación para el desarrollo y evaluación de nuevas medidas preventivas, de tratamiento y rehabilitación.

Aquí la principal responsabilidad recae en el Instituto Mexicano de Psiquiatría y en la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud, pues son quienes realizan el mayor número de estudios epidemiológicos y psicosociales en la materia. Un ejemplo lo constituyen las Encuestas Nacionales de Adicciones; algunos de sus datos se revisaron en el capítulo 2.

- Revisar y actualizar las leyes, reglamentos, ordenamientos y demás instrumentos que regulen la producción, distribución y consumo de sustancias que causan adicción.

La Dirección de Normatividad del CONADIC lleva a cabo la recopilación y análisis de los ordenamientos jurídicos que en materia de adicciones existe en las entidades federativas. Cuentan con una base de datos actualizada que sirve como referencia y material de consulta para actualizar diferentes reportes y documentos técnicos.

- Proponer las Normas y Disposiciones Generales que habrán de establecer los lineamientos y criterios mínimos para la certificación de los servicios de atención para los adictos.

Esa misma dirección ha comenzado la elaboración de la Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones, que estipulará los criterios de calidad que deberán cumplir tanto los establecimientos que otorgan servicios de tratamiento, como las intervenciones preventivas en la materia. Esto se realiza en coordinación con la Dirección de Normalización de la Secretaría de Economía.

- Actualizar periódicamente el diagnóstico de la situación de las adicciones en el país de los recursos existentes para el despliegue de acciones preventivas o terapéuticas.

Se integró un Directorio Nacional de Instituciones públicas, privadas y sociales que desarrollan programas de prevención, capacitación, tratamiento y reinserción social para usuarios de sustancias adictivas. Incluye datos de más de 200 organismos y profesionales que a su vez están vinculados con los Consejos Estatales contra las Adicciones o con los Servicios de Salud en las entidades federativas.

- Generar material de apoyo técnico para el desarrollo de las acciones del programa.

Fueron elaborados los siguientes materiales:

- Guía técnica para el responsable de la operación del Programa de Prevención y Control de Adicciones en los Servicios Estatales de Salud.
- Manuales para el facilitador del modelo preventivo "Construye tu vida sin adicciones", población: adultos, preadolescentes y adolescentes tempranos.
- Manual del uso responsable de bebidas alcohólicas para trabajadores.
- Manual de orientación para familiares de personas usuarias de drogas.

Y forman parte de los paquetes que se entregaron a quienes acudieron a las capacitaciones descritas en el presente reporte.

- Promover la participación comunitaria en tareas de prevención y detección oportuna de casos.

Se incide en este objetivo a través de las sesiones educativas que cotidianamente realizan los promotores y las enfermeras en los centros de salud. Consisten en charlas interactivas de entre 15 y 20 minutos de duración llevadas a cabo sobre tópicos amplios que favorecen el autocuidado de la salud como prevención de enfermedades diarreicas agudas, métodos de planificación familiar, monitoreo de los niveles de glucosa en sangre y de la presión arterial, esquemas de vacunación para niños, y prevención de adicciones, entre otros.

- Fortalecer la profesionalización del personal de salud responsable de brindar atención a los adictos.

Al concluir los cursos de capacitación, se establece el compromiso con los responsables estatales del Programa, para que de manera permanente y en coordinación con sus homólogos de las jurisdicciones

sanitarias, realicen acciones regulares de supervisión y asesoría para el personal de los centros de salud, a fin de retroalimentar su quehacer institucional. Esto contribuye a mantener un nivel adecuado de desempeño profesional.

#### **4.2 Estrategias y líneas de acción.**

El programa incluye la implantación de siete estrategias con sus respectivas líneas de acción que permiten avanzar hacia el logro de los objetivos. Éstas son: normatividad, prevención, sensibilización y comunicación educativa, tratamiento y rehabilitación, investigación e información, capacitación y desarrollo profesional y evaluación y seguimiento; a continuación se describe brevemente cada una de ellas.

##### ***Normatividad.***

Consiste en el conjunto de regulaciones, lineamientos teóricos, técnicos y recomendaciones para la acción, dirigidos a garantizar que las intervenciones sean adecuadas con miras al beneficio de la población y de acuerdo con el marco legal general del país. Estas medidas se dirigen al control de la producción, distribución, promoción venta y consumo de ciertas sustancias, así como a regular la atención y el tratamiento de los adictos. También se hace énfasis en los criterios mínimos para desarrollar programas de capacitación, prevención y comunicación educativa y social, así como el registro y vigilancia epidemiológica del problema.

*Línea de acción:* revisar y, en su caso, proponer la actualización de las normas y reglamentos tendentes a controlar la oferta y demanda de sustancias adictivas.

*Línea de acción:* elaborar la Norma Oficial Mexicana SSA-028-SSA2-1999, para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 15 de septiembre de 2000.

##### ***Prevención.***

Su propósito es comunicar mensajes y desarrollar acciones que no sólo provean de conocimientos adecuados acerca de las sustancias y los efectos de su consumo, sino que faciliten el desarrollo de actitudes y conductas que tiendan hacia la salud y que generen estilos de vida saludables, sin abuso de drogas, prioritariamente en las poblaciones de alto riesgo como los niños, niñas y jóvenes. La prevención debe ser coherente en los distintos ámbitos como el familiar y comunitario, el escolar y laboral, en un

ejercicio dinámico de participación constante. Las acciones se dirigen a desalentar el inicio en el uso de sustancias pero también están vinculadas a las de detección oportuna y a las que buscan disminuir los daños a la salud generados por el consumo.

*Línea de acción:* Proveer de instrumentos específicos para la prevención dirigidas a los distintos grupos de edad y para ser aplicados en los ámbitos de salud, escolar, laboral y comunitario.

*Línea de acción:* Diseñar modelos preventivos y material de apoyo con posibilidad de incidir en los factores de riesgo y protección a nivel individual, familiar y sociocultural.

### ***Sensibilización y comunicación educativa.***

Dentro de la prevención, es necesario también promover y facilitar la toma de conciencia de la población en general y de grupos especiales sobre el problema de las adicciones y favorecer su participación en acciones preventivas. Los medios masivos –televisión, radio y prensa- juegan un papel importante en la difusión de mensajes a la opinión pública e influyen en la percepción del tema de las drogas.

*Línea de acción:* difundir el conocimiento científico y actualizado sobre las adicciones entre los investigadores, maestros, estudiantes, medios de comunicación y público en general.

### ***Tratamiento y rehabilitación.***

Aquí se incluyen diversas modalidades terapéuticas adecuadas para las necesidades individuales y sociales de los diferentes tipos de usuarios de drogas. Los recursos de atención también toman en cuenta las características de las sustancias consumidas, el grado de severidad de los problemas y los padecimientos asociados, al tiempo de promover la participación de la familia en el proceso terapéutico y de reinserción social.

*Línea de acción:* facilitar la detección temprana y la derivación oportuna de los casos de consumo de drogas para su atención terapéutica.

*Línea de acción:* fortalecer los servicios existentes de tratamiento y rehabilitación de adictos y promover una cobertura más amplia.

### ***Investigación e información.***

Los estudios biomédicos, clínicos, psicosociales y epidemiológicos, permiten aumentar el conocimiento sobre los factores de riesgo y protectores, sobre los problemas de salud y sociales asociados al uso y abuso de sustancias; la magnitud, características, distribución y tendencias del consumo; sus contextos

socioculturales, de la efectividad de las normas, así como las medidas de prevención y tratamiento. La información permite mantener un conocimiento actualizado y permanente de la dinámica del problema, de las necesidades y recursos disponibles en la tarea preventiva o la acción terapéutica. La investigación e información son elementos imprescindibles para fundamentar la toma de decisiones.

*Línea de acción:* promover el desarrollo de investigaciones biomédicas, clínicas, epidemiológicas y sociales, sobre el consumo de sustancias adictivas y difundir sus hallazgos.

*Línea de acción:* contar con sistemas de información permanente sobre indicadores de salud y sociales relacionados con el consumo de sustancias.

*Línea de acción:* mantener actualizada la base de datos sobre organismos que trabajan en adicciones, que permite identificar y difundir los recursos disponibles en la tarea preventiva o en la acción terapéutica.

*Línea de acción:* promover la vinculación entre la demanda de atención y los servicios disponibles mediante acciones de orientación y derivación de casos.

### ***Capacitación y desarrollo profesional.***

Para la adecuada aplicación de las normas y el eficaz desarrollo de acciones de investigación, prevención y tratamiento, se requieren recursos humanos calificados y difundir conocimientos científicos que cubran diversos tipos de abordajes, de tal suerte que los servicios preventivos y terapéuticos den respuesta a las demandas de atención. También es necesaria la capacitación de grupos voluntarios de la comunidad interesados en estas acciones.

*Línea de acción:* promover la formación profesional y especializada de los recursos humanos que trabajan en adicciones.

### ***Evaluación y seguimiento.***

Es necesario desarrollar mecanismos que permitan demostrar si las acciones planteadas son desarrolladas adecuadamente y si están teniendo el impacto esperado. La coordinación establecida por la SSA a través del CONADIC con los diversos sectores y organismos permite desarrollar mecanismos para evaluar la ejecución de los trabajos emprendidos, su calidad e impacto, con el objeto de detectar necesidades y modificar -en su caso- las intervenciones.

*Línea de acción:* Recopilar y sistematizar la información acerca de las actividades de investigación, prevención y tratamiento llevadas a cabo por las instituciones e incluso por la propia Secretaría de Salud.

### 4.3 Carta descriptiva del curso para responsables jurisdiccionales del Programa de Prevención y Control de Adicciones.

Una vez diseñado el PPyCA, surge el reto de darlo a conocer a las Secretarías de Salud de las entidades federativas, de modo que se elabora una estrategia de capacitación para los responsables del mismo en las jurisdicciones sanitarias que a su vez tienen la responsabilidad de capacitar al personal de los centros de salud. Bajo este esquema de cascada, se llevaron a cabo 19 cursos-taller en sendos estados de la República durante el periodo comprendido de marzo del 2000 a junio del 2001, con la finalidad de brindar al personal los elementos teórico-metodológicos para su instrumentación. Enseguida se presenta la carta descriptiva que sirvió de base para impartir las capacitaciones; se enlistan los contenidos generales que se integraron tomando como base sugerencias del propio personal de salud. Se efectuaban en dos sesiones de trabajo de 5 horas cada una lo cual hace un total de 10 horas incluyendo la aplicación de las evaluaciones y algunas técnicas de presentación e integración que propiciaban un clima de confianza entre el instructor y los participantes.

Vale la pena precisar que en la Norma Oficial Mexicana 028-SSA-2-1999, Para la prevención, tratamiento, y control de las adicciones (SSA, 2000) existen tres instrumentos de detección para problemas relacionados con tabaco, alcohol y otras drogas; ellos son: el Cuestionario de Fargerström, la Prueba AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test), cuya traducción es *Prueba para Identificar Trastornos debidos al Consumo de Alcohol*, (Babor, 2001) y una Cédula para medir dependencia a drogas, respectivamente. (Anexos 1,2 y 3). Desafortunadamente ésta última ha mostrado inconsistencias en su estructuración y por ello su manejo no se incluyó en las capacitaciones, a diferencia de los otros dos que son instrumentos estandarizados y validados para la población mexicana por el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (Tapia Conyer, 2000) y el Instituto Nacional de Psiquiatría (Medina Mora, 1991).



Tema:	Subtema	Contenido temático	Técnicas didácticas	Tiempo	Apoyos Didácticos
Programa de Prevención y Control de Adicciones (PPyCA).	Panorama Epidemiológico	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Encuesta Nacional de Adicciones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Expositiva</li> <li>▪ Lluvia de ideas</li> </ul>	30 Mins.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Proyector de Acetatos</li> <li>▪ Pizarrón</li> <li>▪ Rotafolios</li> </ul>
	Objetivos y Estrategias	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Antecedentes</li> <li>▪ Objetivo del Programa</li> <li>▪ Coordinación institucional e interinstitucional</li> <li>▪ Estrategias y líneas de acción:</li> <li>1. Normatividad</li> <li>2. Prevención</li> <li>3. Sensibilización y comunicación educativa</li> <li>4. Tratamiento y rehabilitación</li> <li>5. Investigación e información</li> <li>6. Capacitación y desarrollo profesional</li> <li>7. Evaluación y seguimiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Expositiva</li> <li>▪ Lluvia de ideas</li> </ul>	60 Mins.	
	Marco Jurídico	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Artículo 4º Constitucional</li> <li>▪ Ley General de Salud</li> <li>▪ Programa de Reforma del Sector Salud 1995 – 2000</li> <li>▪ Ley Orgánica de la Administración Pública Federal</li> <li>▪ Ámbito Estatal</li> <li>▪ Ámbito municipal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Expositiva</li> <li>▪ Lluvia de ideas</li> </ul>	30 Mins.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Proyector de Acetatos</li> <li>▪ Pizarrón</li> <li>▪ Rotafolios</li> <li>▪ Materiales impresos</li> <li>▪ Marcadores de colores</li> <li>▪ Trajetas blancas media carta</li> </ul>
	Convenios de colaboración	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Con la Central Mexicana de servicios Generales de A.A.</li> <li>▪ Con los Clubes Rotarios de México</li> <li>▪ Con la Procuraduría General de la República</li> <li>▪ Con Centros de Integración Juvenil</li> <li>▪ SEDENA / MARINA</li> <li>▪ ETC.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Expositiva</li> </ul>	30 Mins.	
	Componentes del Programa	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Abuso de bebidas alcohólicas y alcoholismo</li> <li>▪ Tabaquismo</li> <li>▪ Farmacodependencia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Phillips 66</li> </ul>	20 Mins.	
	Funciones del CECA, del COMCA, y de los Responsables Estatales del Programa	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Coordinación Sectorial, Institucional, Interinstitucional y Organizaciones Sociales</li> <li>▪ Programas de trabajo</li> <li>▪ Capacitación</li> <li>▪ Evaluación y Seguimiento de actividades</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grupos de discusión</li> </ul>	30 Mins.	

Tema:	Subtema	Contenido temático	Técnicas didácticas	Tiempo	Apoyos Didácticos
Programa de Prevención y Control de Adicciones (PPyCA).	Funciones de los responsables del Programa en jurisdicciones.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Coordinación, Institucional, interinstitucional y Organizaciones Sociales</li> <li>▪ Programas de trabajo</li> <li>▪ Capacitación</li> <li>▪ Evaluación y Seguimiento de actividades</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Expositiva</li> </ul>	30 Mins.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Proyector de Acetatos</li> <li>▪ Pizarrón</li> <li>▪ Rotafolios</li> </ul>
	Funciones del personal de salud en el Primer Nivel.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Detección y canalización</li> <li>▪ Sistemas de reporte de actividades</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Expositiva</li> <li>▪ Phillips 66</li> <li>▪ Juego de roles</li> </ul>	20 Mins.	
	Conceptos Básicos sobre Adicciones.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Proceso Adictivo</li> <li>▪ Clasificación de Drogas</li> <li>▪ Clasificación de Usuarios</li> <li>▪ Efectos de las sustancias en el Organismo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Expositiva</li> <li>▪ Phillips 66</li> </ul>	20 Mins.	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Historia Natural de las Adicciones</li> <li>▪ Algoritmos de la Intervención Médica</li> <li>▪ Materiales de apoyo a la prevención</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Expositiva</li> <li>▪ Phillips 66</li> </ul>	30 Mins.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Proyector de Acetatos</li> <li>▪ Pizarrón</li> <li>▪ Rotafolios</li> <li>▪ Monografías</li> <li>▪ Marcadores de colores</li> <li>▪ Tarjetas blancas impresas</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prevención Primaria</li> <li>▪ Prevención Secundaria</li> <li>▪ Prevención Terciaria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Grupos de discusión</li> </ul>	30 Mins.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Proyector de Acetatos</li> <li>▪ Pizarrón</li> <li>▪ Rotafolios</li> </ul>
	Modelos de Abordaje	Modelos Preventivos: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sociológico</li> <li>▪ Legal</li> <li>▪ Económico</li> <li>▪ Psicosocial</li> <li>▪ Riesgo / Protección</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Expositiva</li> <li>▪ Phillips 66</li> </ul>	30 Mins.	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Modelos Terapéuticos:</li> <li>▪ Moral</li> <li>▪ Biológico</li> <li>▪ Ayuda mutua</li> <li>▪ Minnesota</li> <li>▪ Comunidad Terapéutica</li> <li>▪ Control de Consumo</li> <li>▪ Psicológico</li> <li>▪ Sociocultural</li> <li>▪ Psiquiátrico</li> <li>▪ Integrativo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Expositiva</li> <li>▪ Phillips 66</li> </ul>	30 Mins.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Proyector de Acetatos</li> <li>▪ Pizarrón</li> <li>▪ Rotafolios</li> </ul>

Tema:	Subtema	Contenido temático	Técnicas didácticas	Tiempo	Apoyos Didácticos
Programa de Prevención y Control de Adicciones (PPyCA).	Detección y canalización	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prueba AUDIT</li> <li>Cuestionario Fargerström</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Expositiva</li> <li>Phillips 66</li> <li>Juego de roles</li> </ul>	20 Mins.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Materiales impresos</li> <li>Bolígrafos</li> </ul>
	Jornadas intensivas <ul style="list-style-type: none"> <li>Semana Nacional Compartiendo Esfuerzos</li> <li>Día Mundial sin Fumar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Día Internacional de la Lucha contra el uso Indevido y el Tráfico Ilicito de Drogas</li> <li>Día Mundial de la Salud Mental</li> <li>Semanas o días Estatales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Expositiva</li> </ul>	15 Mins	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rotafolios</li> <li>Proyector de Acetatos</li> <li>Pizarrón</li> </ul>
	Teoría de la resiliencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estado del arte en resiliencia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Discusión dirigida</li> <li>Video-debate</li> </ul>	45 Mins.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proyector de acetatos</li> <li>Videocassetera</li> <li>Película "Como cuates"</li> </ul>
	Sistemas de reporte	<ul style="list-style-type: none"> <li>SISPA 2000</li> <li>Trimestral de actividades</li> <li>Cédula de Diagnóstico de Necesidades de Capacitación</li> <li>Cédula de Información sobre Organismos que Trabajan en Adicciones</li> <li>Directorio de Instituciones que trabajan en Adicciones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Expositiva</li> <li>Grupos de discusión</li> <li>Demostrativa</li> </ul>	30 Mins.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proyector de Acetatos</li> <li>Pizarrón</li> <li>Rotafolios</li> <li>Formatos impresos</li> </ul>
	Elaboración del Plan de Acción por Estrategia		<ul style="list-style-type: none"> <li>Taller</li> </ul>	30 Mins.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proyector de Acetatos</li> <li>Pizarrón</li> <li>Rotafolios</li> </ul>
	Estructura Orgánica del Consejo Nacional Contra las Adicciones	Dirección General de Información Evaluación y Financiamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>Subdirección de Documentación y Difusión</li> <li>Subdirección de Políticas en Capacitación</li> <li>Subdirección de Orientación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Expositiva</li> </ul>	
Dirección General de Normatividad y Políticas		<ul style="list-style-type: none"> <li>Subdirección de Desarrollo Técnico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Expositiva</li> </ul>	15 Mins.	
Dirección de Coordinación General de Vinculación Intersectorial		<ul style="list-style-type: none"> <li>Subdirección de Coordinación Estatal</li> <li>Subdirección de Coordinación con los Sectores Público y Social</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Expositiva</li> </ul>	15 Mins.	

## Capítulo 5

### Resultados

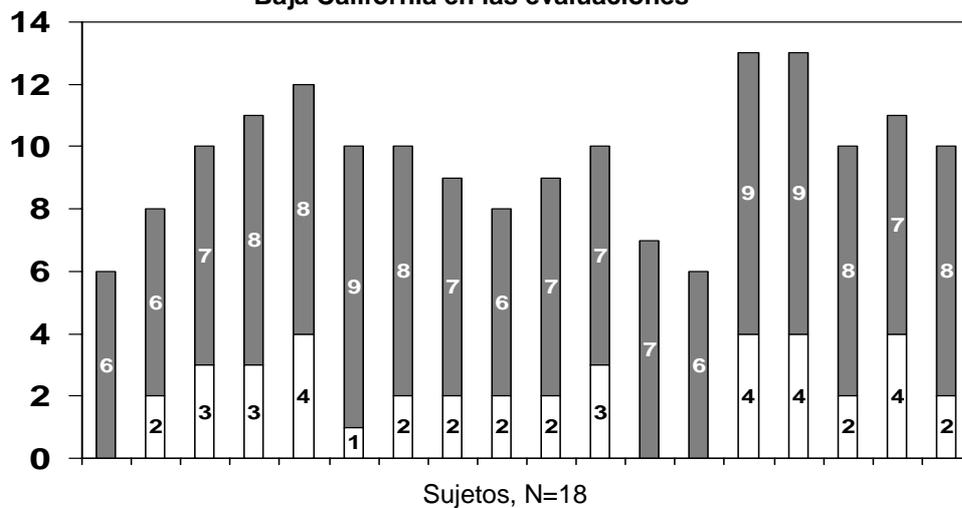
A continuación se presentan los resultados de las capacitaciones realizadas en cada una de las 19 Secretarías de Salud Estatales, impartidas a equipos multidisciplinarios integrados por médicos, enfermeras, psiquiatras, trabajadoras sociales, psicólogos y promotores de salud, adscritos a las jurisdicciones sanitarias, quienes no tenían experiencia alguna en el programa y mucho menos en el campo de las adicciones. Esto se hará en dos secciones: la primera dedicada a la aplicación de la Prueba T de Student, con base en los datos contenidos en las gráficas de barras, y en la segunda se hará un análisis descriptivo de las respuestas acertadas que se obtuvieron por pregunta y por perfil profesional únicamente en los postest. En el capítulo final se describirán algunas propuestas para mejorar el desempeño de los colegas interesados en incursionar en este ámbito así como algunas sugerencias para su posible inclusión en el plan de estudios de la carrera de Psicología en la FES Iztacala.

#### 5.1 Resultados de las pre y post evaluaciones

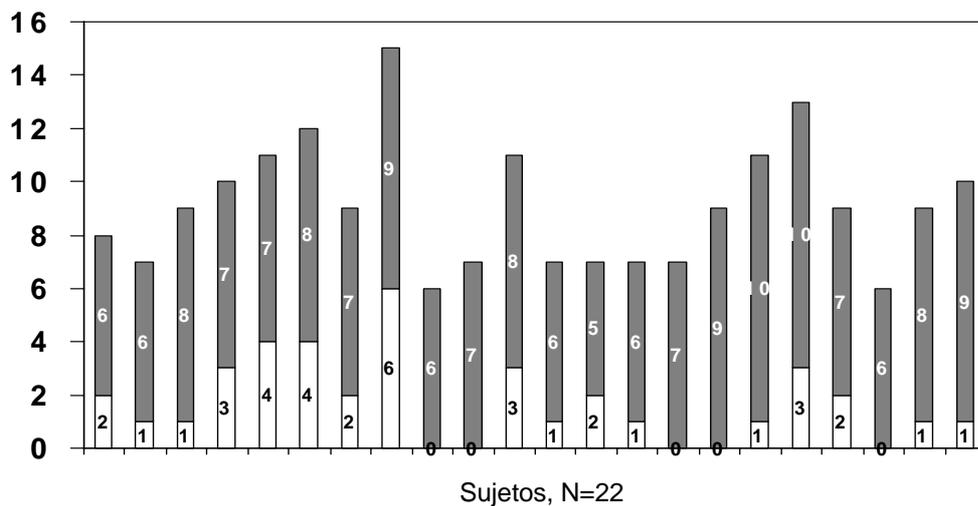
En primer lugar se muestran las gráficas con las calificaciones obtenidas en los cuestionarios aplicados antes y después de los cursos-taller por los profesionales capacitados, las cuales reflejan su nivel de conocimientos previos y al concluir las capacitaciones. Con excepción del Distrito Federal, Durango y Tamaulipas, en el resto de las entidades el número de participantes se mantuvo constante desde el inicio hasta el final de los cursos. El caso del Distrito Federal, donde el número se duplicó de 17 en el pretest a 35 en el postest, puede explicarse en virtud de que conforme transcurrieron las sesiones, los jefes de las 16 jurisdicciones sanitarias decidieron enviar a 2 representantes. Para el caso de Durango, cuya actividad inició con 31 integrantes y concluyó con 26, los argumentos que en su momento nos dieron fue que 5 de ellos habían sido comisionados de última hora a otra actividad; y en Tamaulipas, donde comenzamos con 21 y finalizamos con 26, se debió a que 5 personas se incorporaron durante la tarde del primer día de trabajo ya que venían desde Nuevo Laredo y Tampico, siendo que la capacitación se realizó en Ciudad Victoria.

Como puede observarse en las gráficas 13 a 31, en todos los casos hubo incrementos notables en los puntajes obtenidos en la pre y postevaluación, condición que se ilustra con los promedios de cada grupo. Adicionalmente y para asegurar que estos cambios en las calificaciones se debieron realmente a la capacitación y no a otros factores, fueron analizados con la Prueba T de Student para dos muestras relacionadas.

**Gráfica 13. Muestra los puntajes obtenidos por los capacitandos del Estado de Baja California en las evaluaciones**

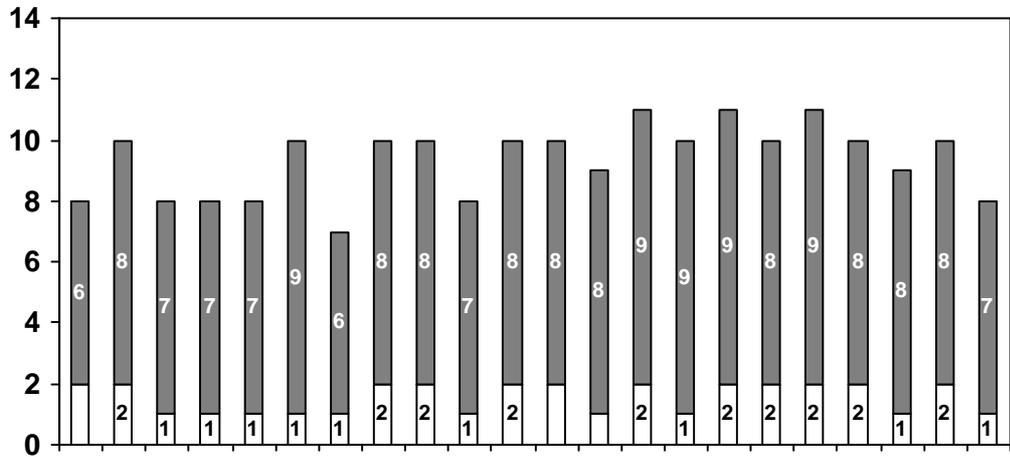


**Gráfica 14. Muestra los puntajes obtenidos por los capacitandos del Estado de Campeche en las evaluaciones**



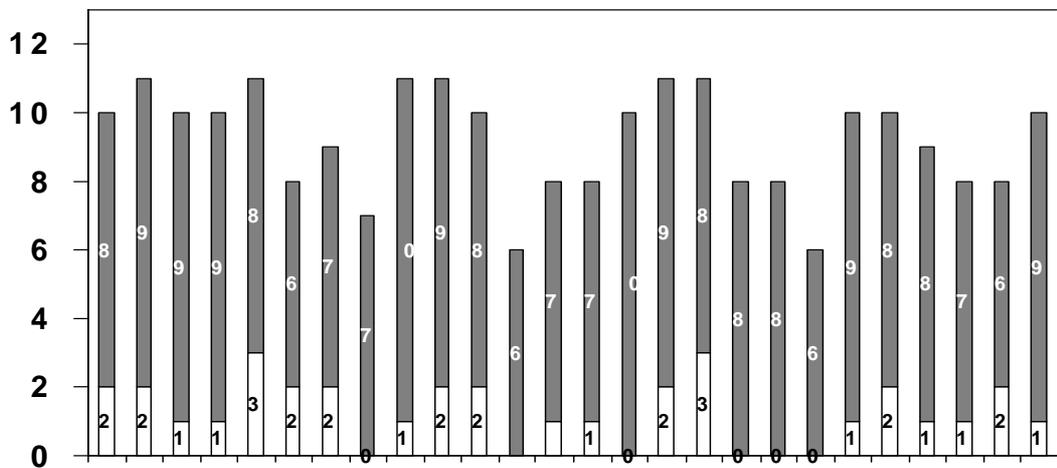
□ Puntajes obtenidos en el pretest  
 ■ Puntajes obtenidos en el posttest

**Gráfica 15. Muestra los puntajes obtenidos por los capacitandos del Estado de Chiapas en las evaluaciones**



Sujetos, N=22

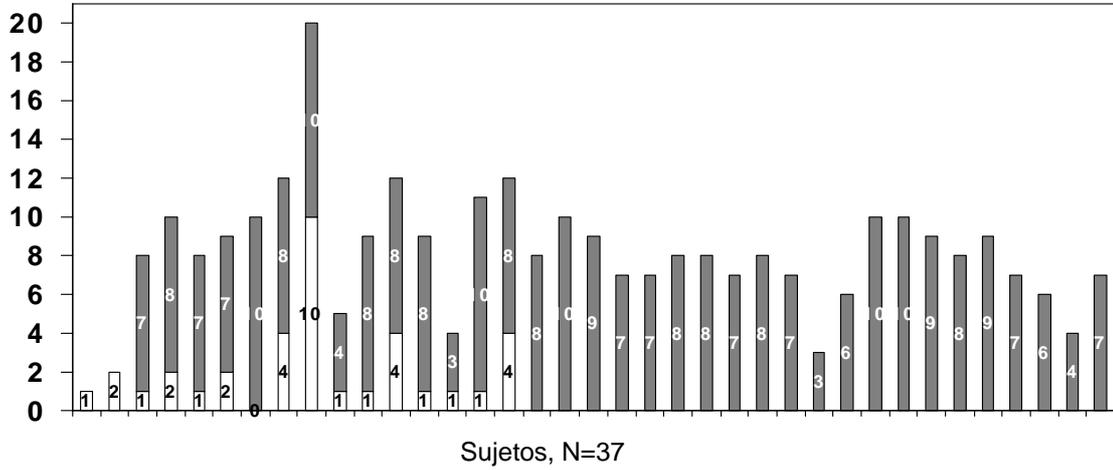
**Gráfica 16. Muestra los puntajes obtenidos por los capacitandos del Estado de Chihuahua en las evaluaciones**



Sujetos, N=26

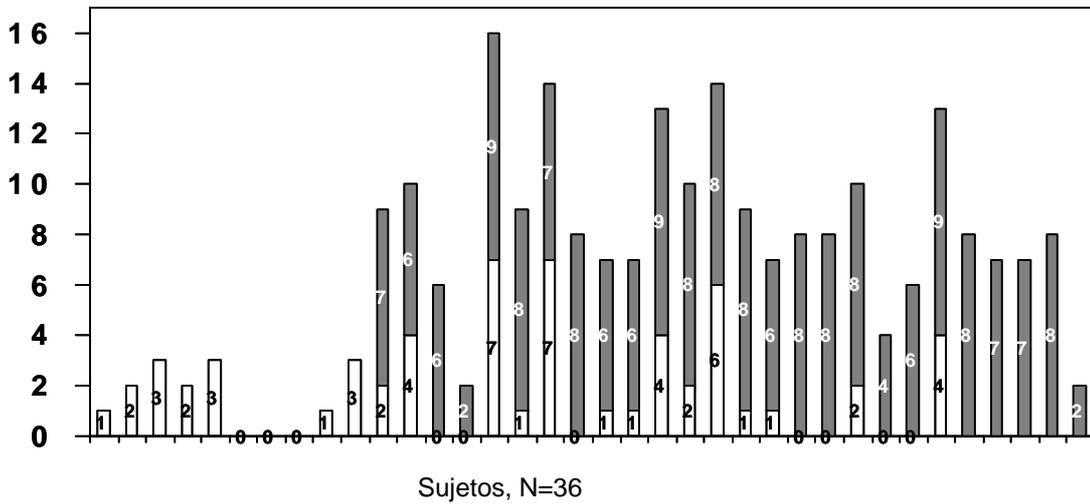
- Puntajes obtenidos en el pretest
- Puntajes obtenidos en el posttest

**Gráfica 17. Muestra los puntajes obtenidos por los capacitandos del Distrito Federal en las evaluaciones**



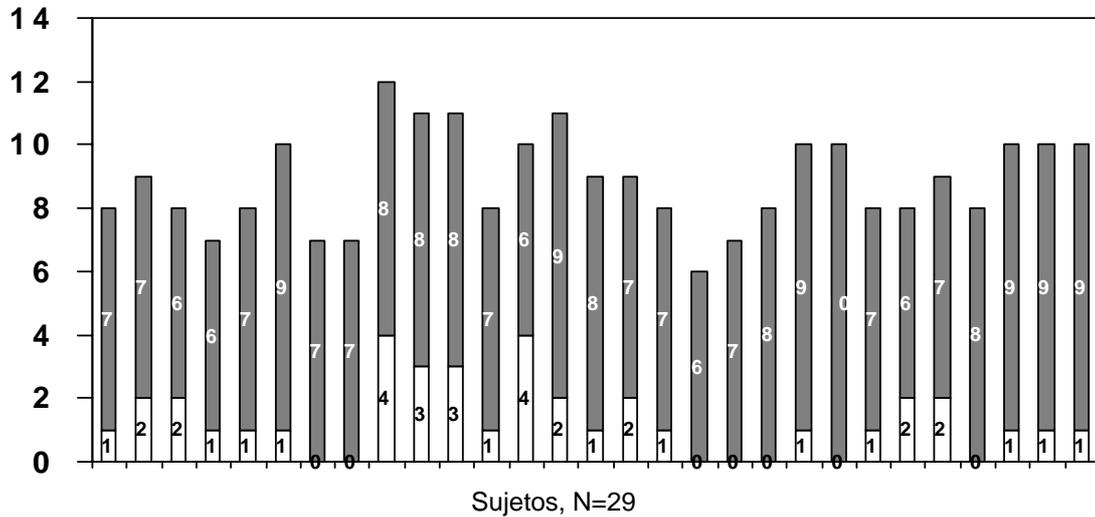
**Gráfica 18. Muestra los puntajes obtenidos por los capacitandos del Estado de Durango en las evaluaciones**

**Durango**

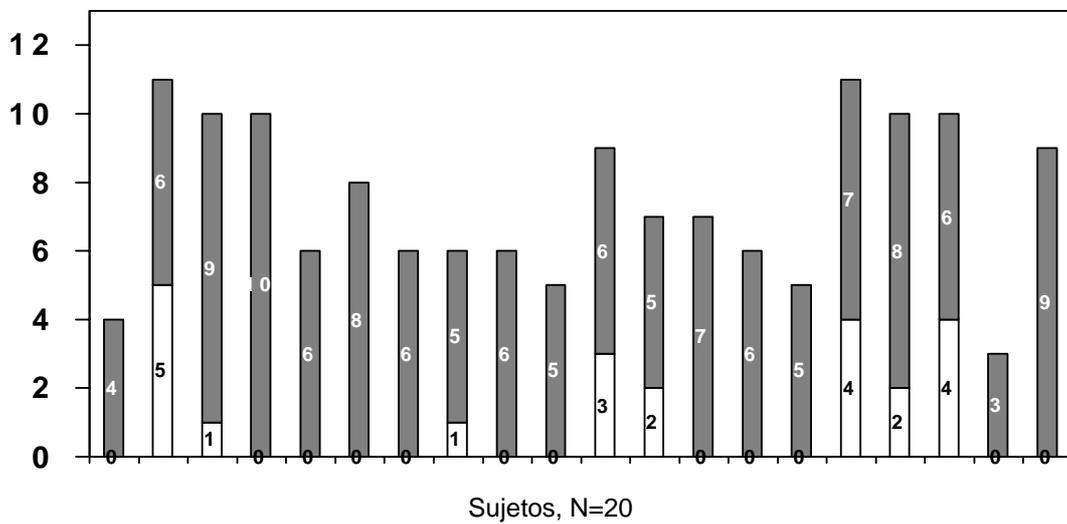


Puntajes obtenidos en el pretest  
 Puntajes obtenidos en el postest

**Gráfica 19. Muestra los puntajes obtenidos por los capacitandos del Estado de México en las evaluaciones**

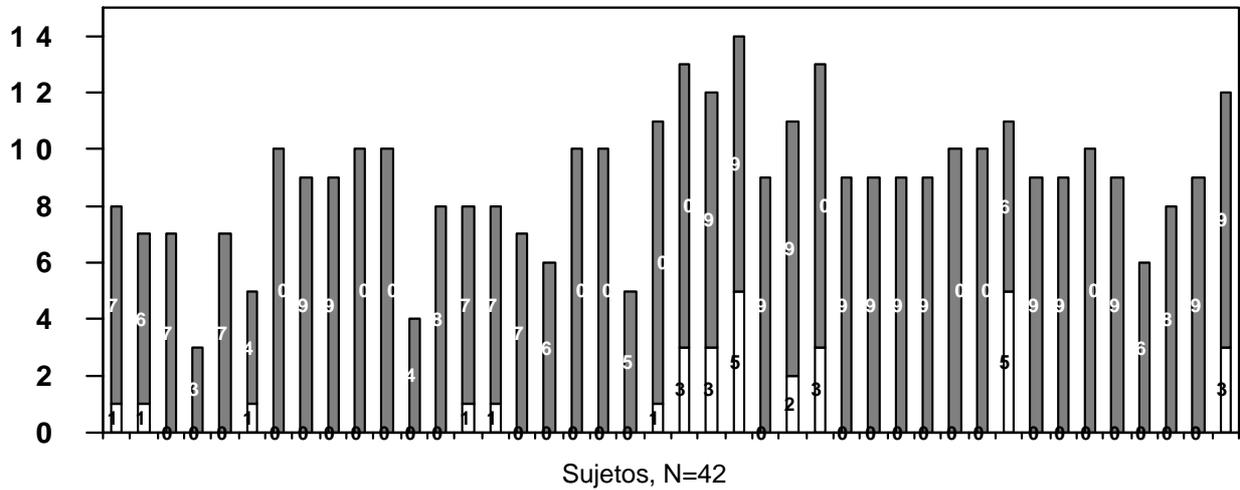


**Gráfica 20. Muestra los puntajes obtenidos por los capacitandos del Estado de Morelos en las evaluaciones**

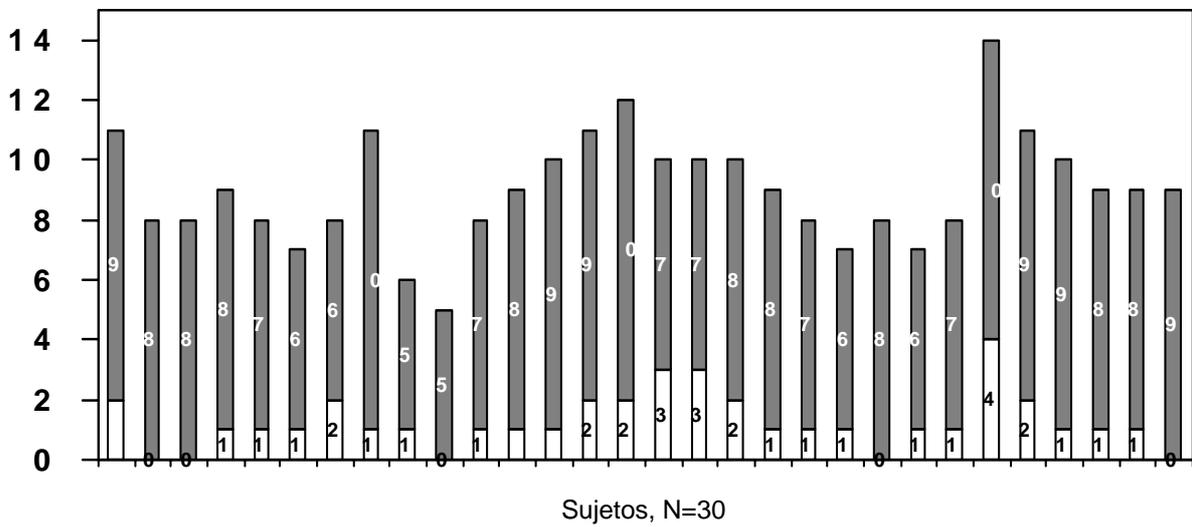


Puntajes obtenidos en el pretest  
 Puntajes obtenidos en el posttest

**Gráfica 21. Muestra los puntajes obtenidos por los capacitandos del Estado de Nayarit en las evaluaciones**

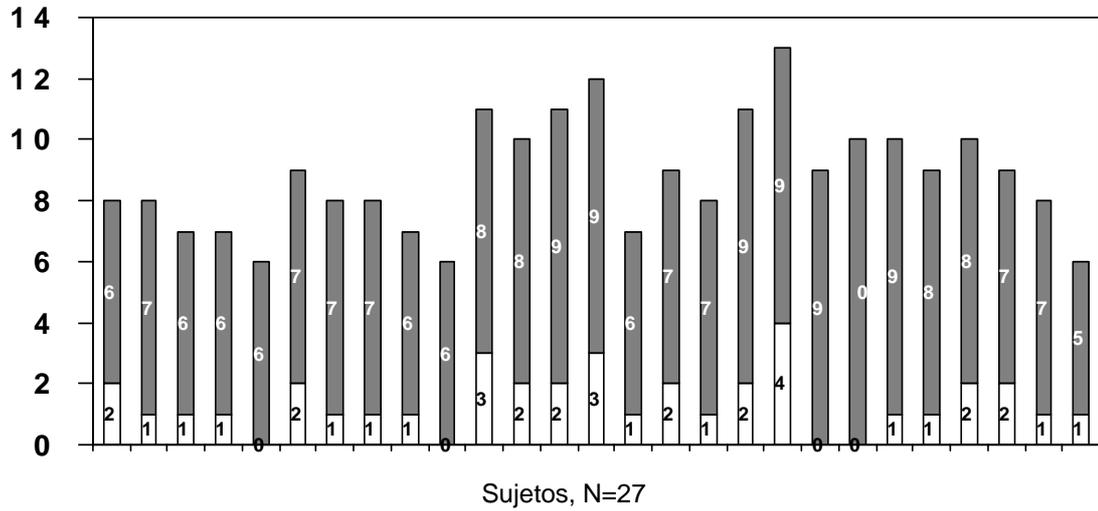


**Gráfica 22. Muestra los puntajes obtenidos por los capacitandos del Estado de Oaxaca en las evaluaciones**

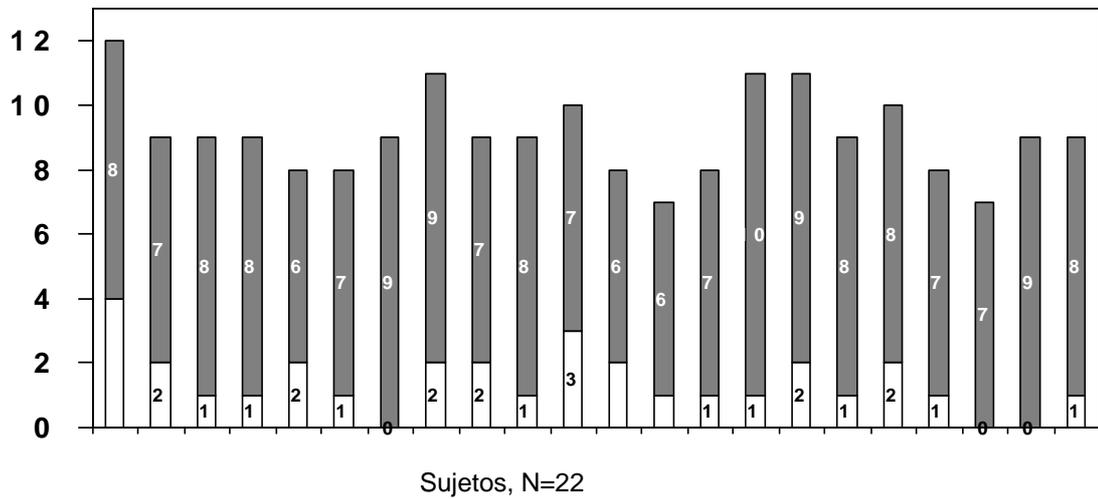


Puntajes obtenidos en el pretest  
 Puntajes obtenidos en el postest

**Gráfica 23. Muestra los puntajes obtenidos por los capacitandos del Estado de Puebla en las evaluaciones**

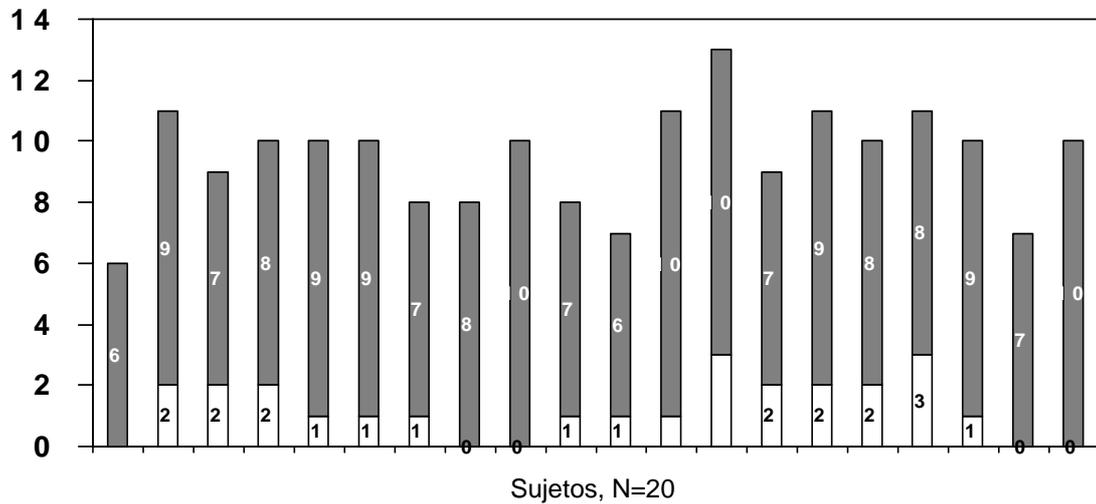


**Gráfica 24. Muestra los puntajes obtenidos por los capacitandos del Estado de Querétaro en las evaluaciones**

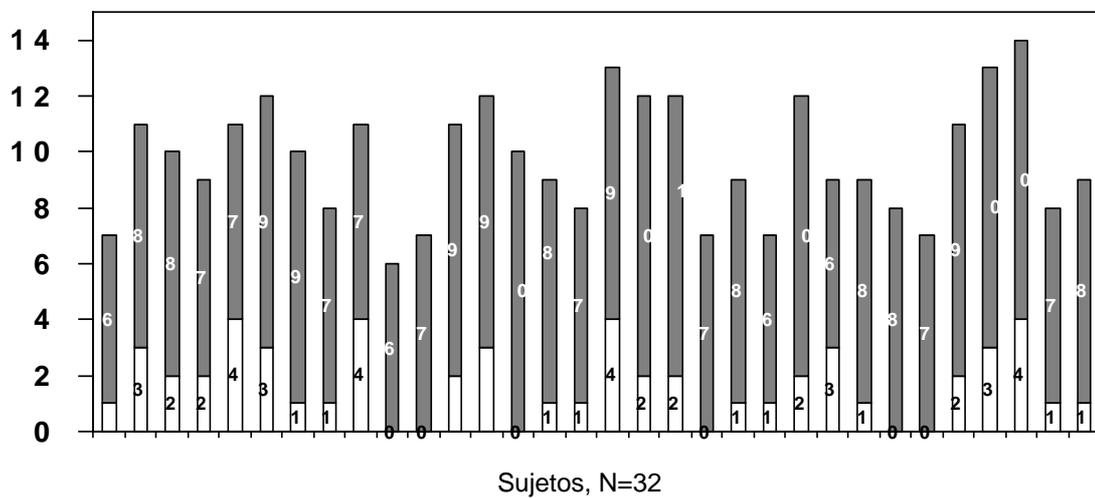


Puntajes obtenidos en el pretest  
 Puntajes obtenidos en el posttest

**Gráfica 25. Muestra los puntajes obtenidos por los capacitandos del Estado de San Luis Potosí en las evaluaciones**

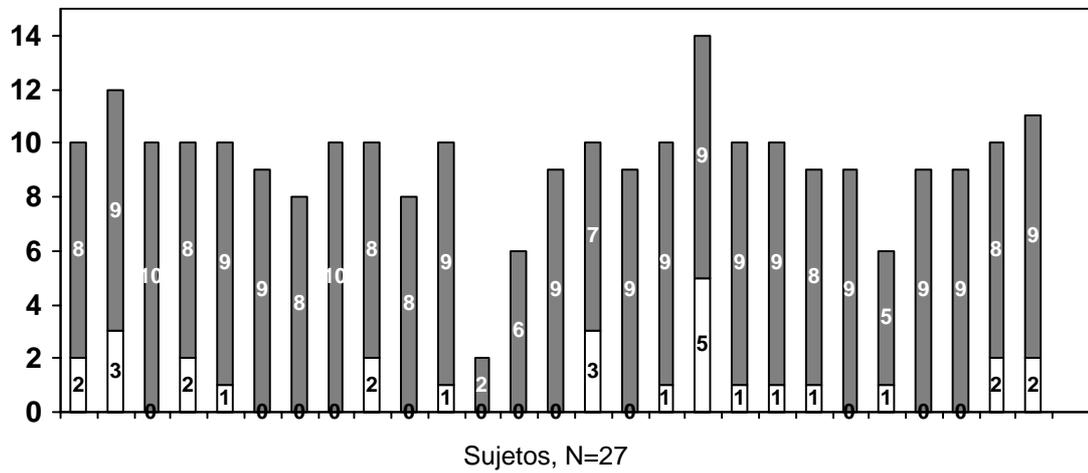


**Gráfica 26. Muestra los puntajes obtenidos por los capacitandos del Estado de Sinaloa en las evaluaciones**

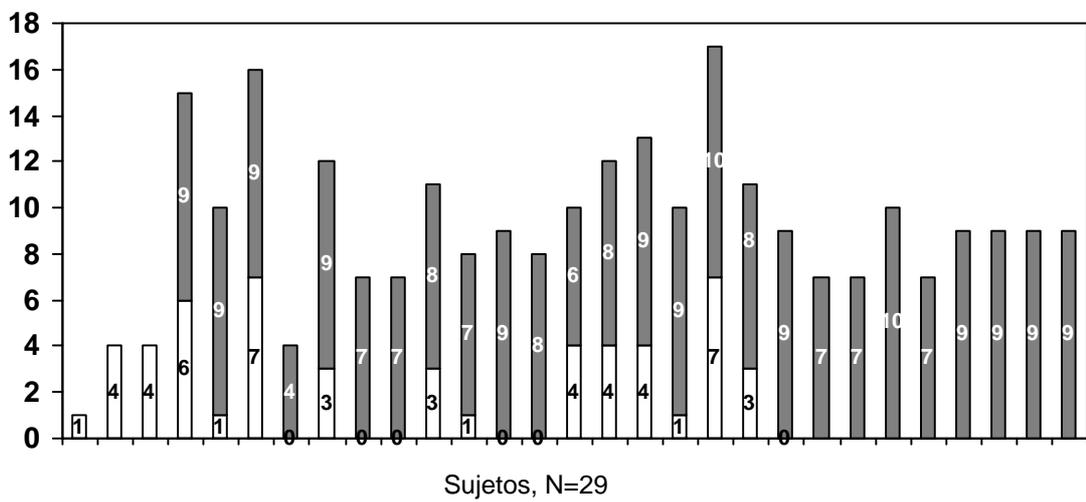


Puntajes obtenidos en el pretest  
 Puntajes obtenidos en el posttest

**Gráfica 27. Muestra los puntajes obtenidos por los capacitandos del Estado de Sonora en las evaluaciones**

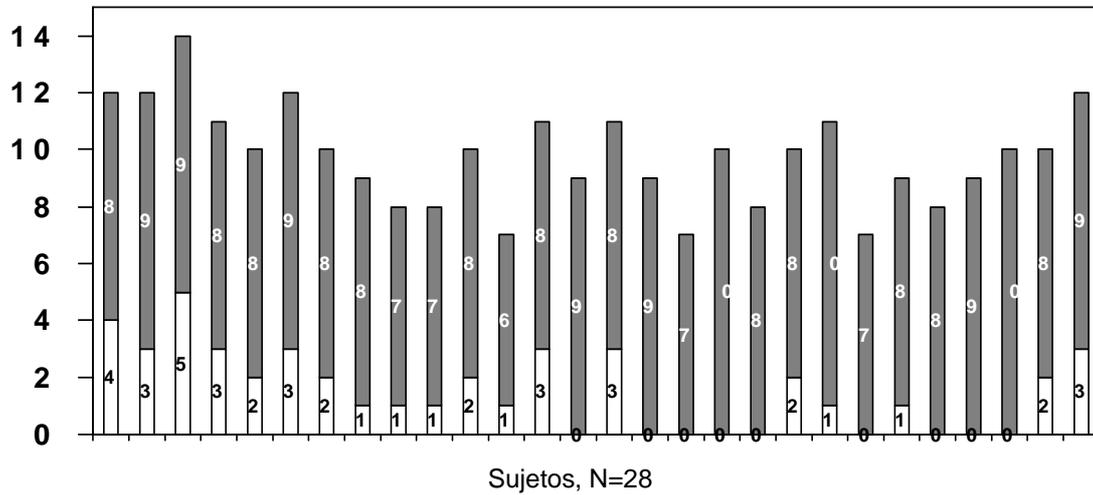


**Gráfica 28. Muestra los puntajes obtenidos por los capacitandos del Estado de Tamaulipas en las evaluaciones**

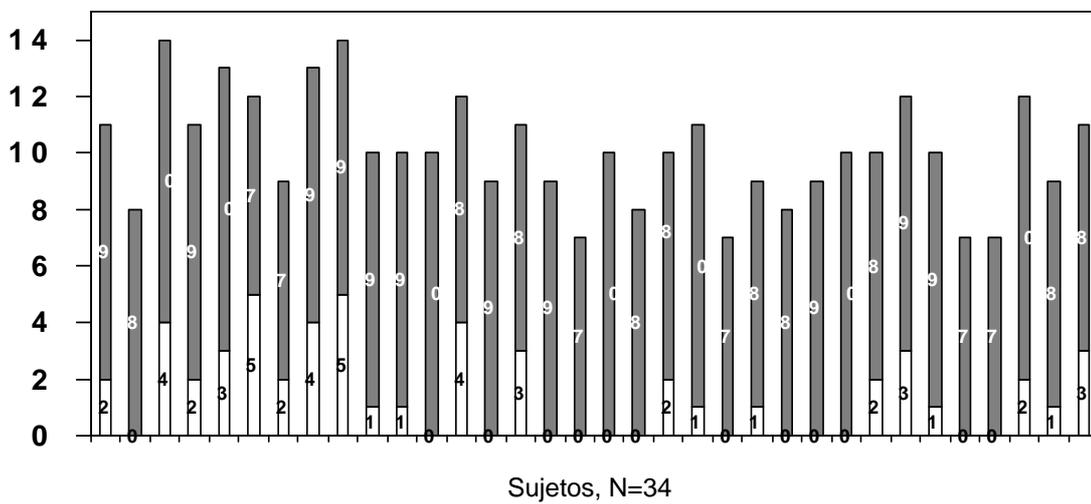


Puntajes obtenidos en el pretest  
 Puntajes obtenidos en el postest

**Gráfica 29. Muestra los puntajes obtenidos por los capacitandos del Estado de Tlaxcala en las evaluaciones**

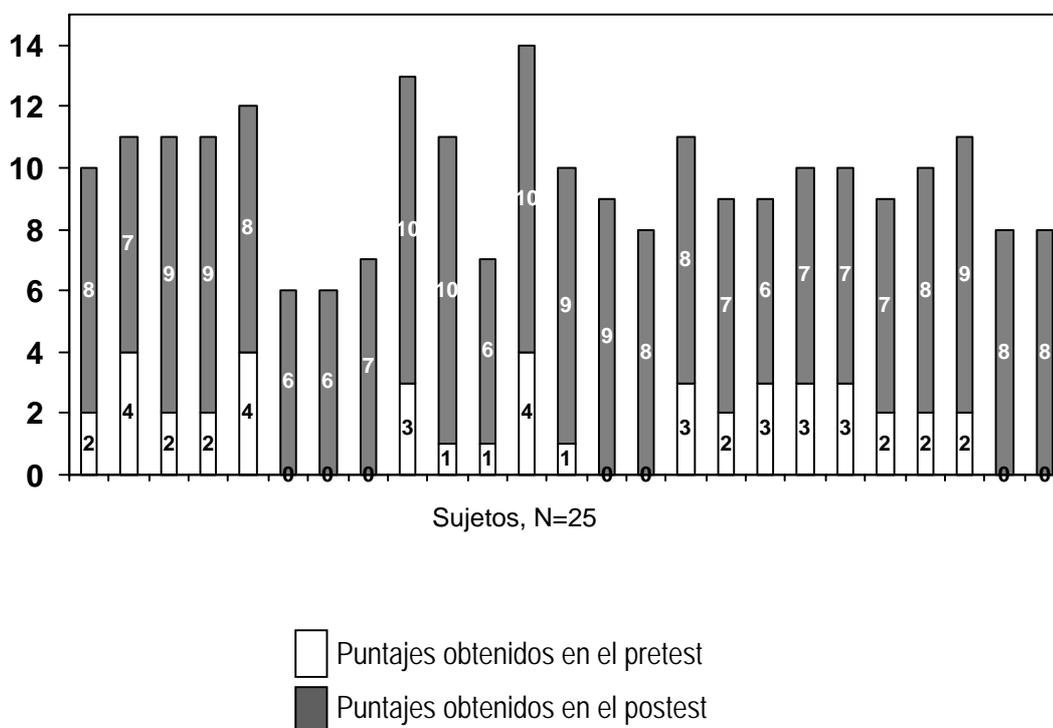


**Gráfica 30. Muestra los puntajes obtenidos por los capacitandos del Estado de Yucatán en las evaluaciones**



Puntajes obtenidos en el pretest  
 Puntajes obtenidos en el posttest

**Gráfica 31. Muestra los puntajes obtenidos por los capacitandos del Estado de Zacatecas en las evaluaciones**



## 5.2 Aplicación de la prueba T de Student.

Las capacitaciones fueron realizadas bajo un diseño pretest-postest de un solo grupo, (Campbell y Stanley, 1985) que consistió en:

- a) Preevaluación: en la que se aplicó un cuestionario de 10 preguntas abiertas, (que se presenta más adelante) en un tiempo de 15 minutos.
- b) Intervención, que consistió en la impartición del curso-taller cuya carta descriptiva se incluyó en el capítulo 4.
- c) Postevaluación, llevada a cabo en las mismas condiciones que la preevaluación.

La Prueba T de Student permitió comparar la diferencia significativa de las medias de las calificaciones entre la pre y la post evaluación "para conocer si el tratamiento surtió efecto en la conducta de los sujetos" (Silva, 1992, p. 408), lo cual se realizó mediante las siguientes fórmulas:

$$t = \frac{\bar{D}}{\delta_{dif.}}$$

Donde:  $\bar{D}$  es igual a la media de las diferencias, y  $\delta_{dif.}$  es igual al error estándar de la diferencia, y se calcula de la siguiente forma:

$$\delta_{dif.} = S_d / \sqrt{n-1}$$

donde  $S_d$  es la desviación estándar de la distribución de puntuación de la diferencia antes y después de la capacitación, obtenida por la fórmula:

$$S_d = \sqrt{\frac{D^2 - (\bar{D})^2}{n}}$$

y:  $\bar{D} = Y_a - Y_b$  (diferencia de las puntuaciones antes y después), y  
 $n$  = número total de capacitaciones.

**Hipótesis:**

$H_0$ : No hay diferencia significativa entre las calificaciones obtenidas por el personal capacitado antes y después del curso-taller.

$H_1$ : Sí hay diferencia significativa entre las calificaciones obtenidas por el personal capacitado antes y después del curso-taller.

A continuación se desarrolla el procedimiento de la Prueba T de Student para dos muestras relacionadas:

**Tabla A:** promedios de los puntajes obtenidos por el personal capacitado en cada entidad federativa.

Sujetos	Pre-test	Post-test	Diferencia	(Dif) <sup>2</sup> D <sup>2</sup>
Baja California	2.2	7.3	5.1	26.01
Campeche	1.7	7.3	5.6	31.36
Chiapas	1.3	7.7	6.4	40.96
Chihuahua	1.2	7.9	6.7	44.89
Distrito Federal	2.1	7.5	5.4	29.16
Durango	1.8	6.8	5	25
Estado de México	1.3	7.6	6.3	39.69
Morelos	1.1	6.3	5.2	27.04
Nayarit	0.6	8	7.4	54.76
Oaxaca	1.2	7.7	6.5	42.25
Puebla	1.2	7.4	6.2	38.44
Querétaro	1.4	7.6	6.2	38.44
San Luis Potosí	1.2	8.2	7	49
Sinaloa	1.7	8	6.3	39.69
Sonora	1	8.5	7.5	56.25
Tamaulipas	2.5	8.1	5.6	31.36
Tlaxcala	1.5	8.2	6.7	44.89
Yucatán	1.5	8.5	7	49
Zacatecas	1.7	7.8	6.1	37.21
<b>TOTALES</b>	<b>28.2</b>	<b>146.4</b>	<b>118.2</b>	<b>745.4</b>

1. Cálculo de la **media de las diferencias** antes y después del curso-taller:

$$\bar{D} = D/n = 118/19 = 6.22$$

2. Cálculo de la **desviación estándar para la diferencia** entre las observaciones antes y después del curso-taller:

$$S_d = \frac{(745.4 - (118.2)^2/19)^{1/2}}{19} = \frac{(745.4 - 13971.24/19)^{1/2}}{19} = \frac{(745.4 - 735.32)^{1/2}}{19} = \frac{(10.08)^{1/2}}{19}$$

$$= \sqrt{0.5305} = 0.7283 = S_d = 0.786$$

3. Cálculo del **error estándar de la diferencia** antes y después del curso-taller:

$$\sigma_{\text{dif}} = \frac{S_d}{\sqrt{n-1}} = \frac{0.786}{\sqrt{18}} = \frac{0.786}{4.242} = 0.1852$$

4. Sustitución de los datos calculados en el estadístico **t**, es decir, conversión de la diferencia entre medias muestrales a unidades de error estándar de la diferencia:

$$T_c = \frac{\bar{D}}{\sigma_{\text{dif}}} = 6.22 / 0.1852 = 33.5853$$

5. Grados de libertad (gl)

$$gl = n-1 \quad gl = 18$$

6. Decisión estadística:

$$\begin{array}{ll} tc > t1 & \text{se rechaza } H_0 & tc = 33.58 \\ tc < t1 & \text{se acepta } H_0 & t1 = 2.101 \end{array}$$

conforme a la tabla de valores críticos de la distribución *t de student*, con grados de libertad igual a 18 y un nivel de significación para prueba de dos colas de 0.05. Entonces tenemos que  $33.58 > 2.101$ , por lo tanto se rechaza la hipótesis nula, y podemos concluir con una probabilidad del 95.05%, que las diferencias observadas en los promedios de las puntuaciones del pretest y postest de las capacitaciones, se debieron a los cursos taller impartidos y no a otra causa. Una consecuencia inmediata consiste en que los procesos de enseñanza-aprendizaje conducidos bajo un esquema sistematizado de contenidos, permiten brindarle al personal de salud conocimientos y habilidades suficientes para el desarrollo de acciones de detección oportuna de consumo de sustancias adictivas en las unidades de primer nivel de atención.

### 5.3 Análisis descriptivo de los resultados.

Luego de este análisis cuantitativo se llevará a cabo una descripción cualitativa de las respuestas acertadas obtenidas sólo en los postest, por pregunta y por perfil profesional, con el propósito de hallar una posible explicación a dichos resultados, y esos datos son los que aparecen en las gráficas 32 a 41. No se incluyeron las respuestas de los pretest pues como pudo observarse en las gráficas anteriores (salvo algunas excepciones) en la gran mayoría de los casos se obtuvieron puntajes muy bajos. Es importante precisar que el total de profesionales que respondieron los postest fue de 526, de los cuales 173 eran Médicos, 126 fueron Psicólogos, 95 eran Promotores de Salud, 68 Enfermeras, 47 Trabajadoras Sociales, 16 Psiquiatras y sólo 1 Socióloga. Al finalizar este capítulo se verterán ciertas consideraciones relacionadas con cada profesión y con las condiciones que prevalecieron en torno a los cursos por entidad federativa. El cuestionario utilizado para ambas evaluaciones (antes y después de la capacitación) se muestra a continuación con la instrucción y las respuestas correctas. Cualquier respuesta diferente fue calificada como error.



## Evaluación

### Evaluación del curso-taller sobre los programas de adicciones, para personal de las jurisdicciones sanitarias

Nombre \_\_\_\_\_ Entidad Federativa \_\_\_\_\_

Jurisdicción Sanitaria o Institución \_\_\_\_\_

*Instrucción: anote la respuesta que considere correcta en cada una de las siguientes preguntas. Dispone de 15 minutos para ello.*

**1. ¿Mencione las dos grandes estrategias nacionales que enmarcan el trabajo para el control de las adicciones?**

- 1) *Control de la oferta de drogas.*                      B) *Reducción de la demanda de drogas.*

**2. En materia de adicciones, ¿Cuáles son los instrumentos jurídicos que norman el trabajo?**

*Constitución Política de México. Ley General de Salud. Norma Oficial Mexicana 028 sobre adicciones.*

**3. ¿Indique cuáles son los Programas de Acción de la SSA en el campo de las adicciones?**

*Programa contra el tabaquismo; Programa contra la farmacodependencia; Programa contra el alcoholismo; Programa de Prevención y Control de Adicciones.*

**4. ¿Con qué otros Programas Intersectoriales existen vínculos de coordinación en este ámbito?**

*Programa de salud del adolescente; Promoción de la salud; Salud reproductiva.*

**5. Describa por lo menos tres conceptos básicos que se manejan frecuentemente en materia de adicciones:**

**Tolerancia:** incremento de la dosis de una droga para experimentar los mismos efectos que provocaba al inicio del consumo. **Dependencia psicológica:** conducta compulsiva de consumir una sustancia psicoactiva a pesar de los daños que provoca a la salud del usuario. **Síndrome de abstinencia:** conjunto de signos y síntomas que aparece durante la suspensión brusca, total o parcial, del consumo de una sustancia psicoactiva, luego de una fase de utilización permanente o del consumo de altas dosis de la misma.

**6. ¿Qué funciones debe realizar el personal de salud en el primer nivel de atención para la atención de las adicciones?**

*Detecciones y derivación de casos, brindar orientación/consejería a usuarios de drogas, alcohol o tabaco.*

**7. ¿Qué es la resiliencia?**

*La capacidad de las personas o comunidades para desarrollarse en forma plena a pesar de estar rodeadas de un gran número de factores de riesgo.*

**8. ¿Qué instrumentos se utilizan para detectar consumo problemático de alcohol y tabaco?**

*La prueba AUDIT y el Cuestionario de Fargerström.*

**9. Mencione tres características que deben reunir los materiales de apoyo a las tareas preventivas:**

*Contener información objetiva basada en evidencia científica; no incluir imágenes de muerte ni mensajes que pretendan infundir miedo y estar diseñados de acuerdo a las características de la población objetivo.*

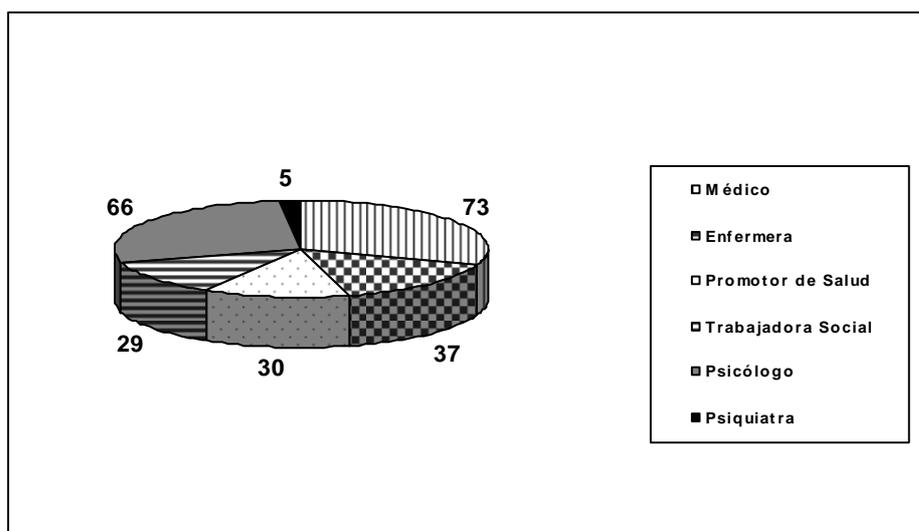
**10. Enliste por lo menos tres modelos conceptuales de prevención:**

*Médico-sanitario; ético-jurídico y el integral o abarcativo.*

¡Gracias!

En las siguientes gráficas se muestra el total de personas que respondieron acertadamente cada pregunta así como sus perfiles profesionales.

**Gráfica 32: muestra el total de respuestas correctas en los postest a la pregunta 1 por perfil profesional.**

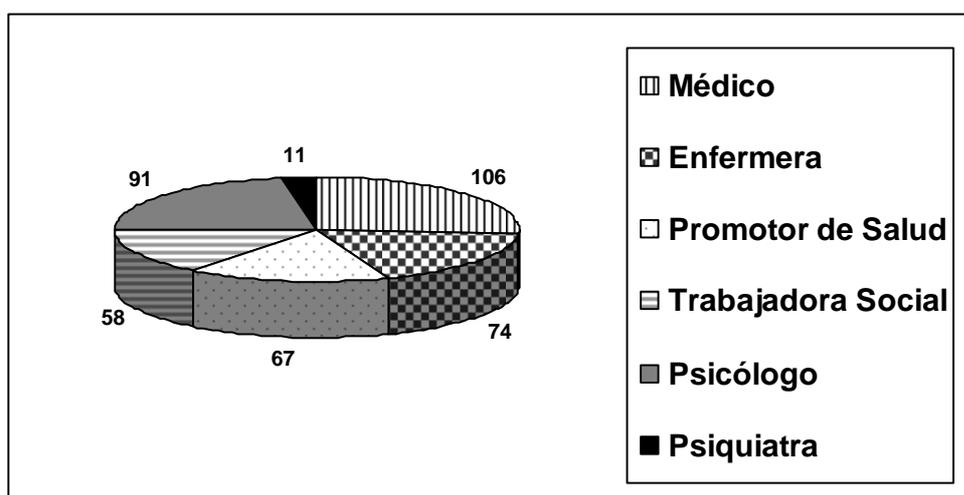


En la gráfica 32 es evidente que los médicos y los psicólogos fueron quienes tuvieron más aciertos a la pregunta uno sobre las estrategias nacionales que enmarcan el trabajo en adicciones, 73 y 66 respectivamente, seguidos por las enfermeras aunque con una diferencia importante (sólo 37 aciertos). Luego aparecen los Promotores de Salud, cuyos niveles de escolaridad variaban desde secundaria terminada hasta carreras profesionales truncas. Le siguieron las Trabajadoras Sociales y al final los Psiquiatras. Aquí es importante señalar que este perfil fue el menos representado en todas las entidades federativas, lo cual puede atribuirse a que a nivel nacional son relativamente pocos los que laboran en el ámbito institucional; muchos de ellos se desempeñan más bien dentro de la práctica privada. Respecto a los Médicos y Psicólogos, el número elevado de respuestas acertadas puede explicarse –entre otros factores– por el hecho de que la mayoría reportó haber recibido inducción al puesto al inicio de su trabajo en los centros de salud y les proporcionaban información básica sobre diversos programas sustantivos como Salud Reproductiva, Atención al Niño y Adicciones. Los contenidos de nuestro curso sirvieron como un “repaso” de aquellas sesiones lo que contribuyó a estos resultados. La inducción no se cumplía siempre con los promotores ni las

trabajadoras sociales. Sólo en los estados de Tlaxcala, Tamaulipas y Yucatán, nos informaron haber recibido alguna orientación.

Con relación a la pregunta número 2, (instrumentos jurídicos que norman el trabajo en adicciones) la gráfica 33 nos indica que se repite exactamente la misma circunstancia: Médicos 106 aciertos; Psicólogos 91 y las enfermeras 74; aunque en este caso son distintas las circunstancias: muchos médicos reportaron en charlas informales que durante su estancia en las universidades es frecuente recibir preparación alusiva al marco normativo que regula la prestación de servicios de salud. Como ejemplo mencionaban tener conocimiento del Artículo 4º Constitucional, de algunas disposiciones de la Ley General de Salud y de distintas Normas Oficiales Mexicanas, como la que describe el manejo adecuado del expediente clínico y la que se refiere a la administración, traslado y desecho de sangre y sus derivados. Para los psicólogos una circunstancia importante fue que en la mayoría de sus centros contaban con ejemplares de distintas normas y algunos manuales con datos amplios sobre el Sistema Nacional de Salud, a los que el resto de los perfiles no tiene la misma facilidad de acceso; participar en el curso les motivó a consultar esos materiales y en consecuencia se puede plantear que esto facilitó el aprendizaje.

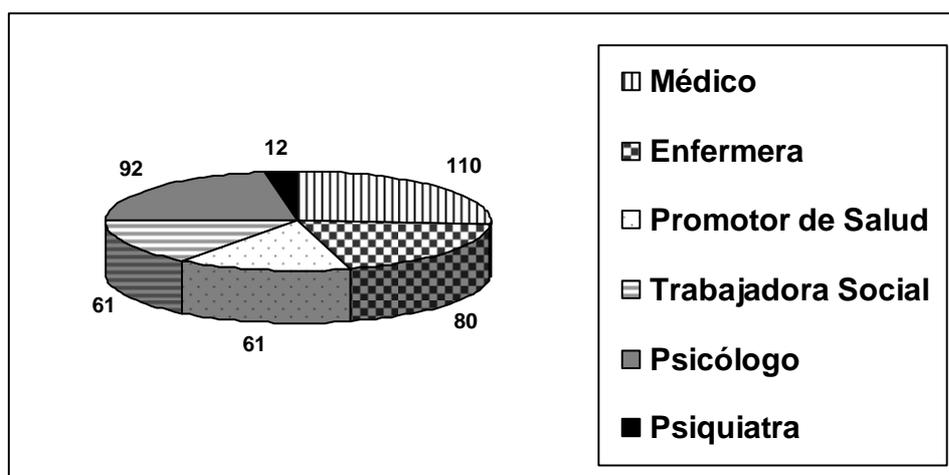
**Gráfica 33: muestra el total de respuestas correctas en los postest a la pregunta 2 por perfil profesional.**



Respecto a los conocimientos adquiridos en torno a los programas de acción sobre adicciones (pregunta 3) de nuevo tenemos resultados similares a los anteriores; es decir, los Médicos lograron

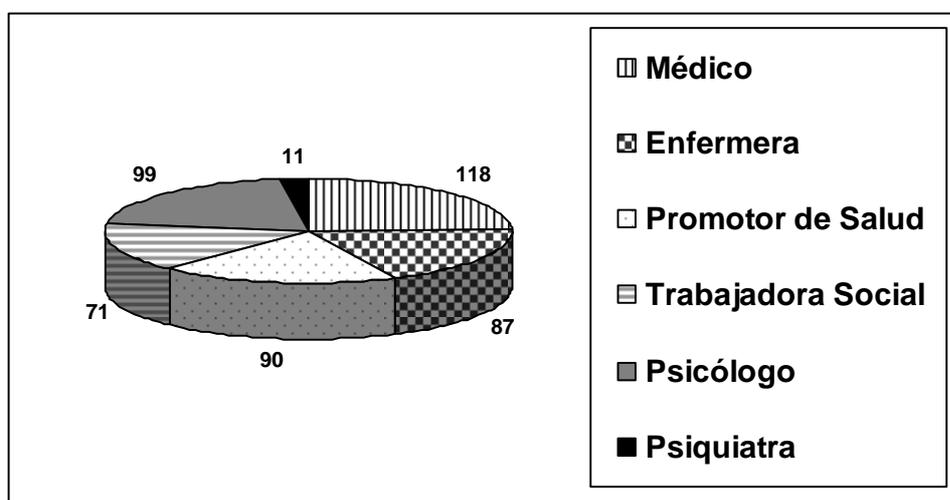
110 respuestas correctas, los Psicólogos 92 y las Enfermeras 80, seguidas por los Promotores de Salud y las Trabajadoras Sociales, ambos con 61. (Gráfica 34). En esta ocasión se puede deducir que la técnica utilizada para analizar el tema durante el curso favoreció su aprehensión, ya que a diferencia de los anteriores donde sólo se había manejado la exposición oral, aquí se utilizó el Phillips 66, permitiendo la discusión entre los integrantes de los grupos.

**Gráfica 34: muestra el total de respuestas correctas en los postest a la pregunta 3 por perfil profesional.**



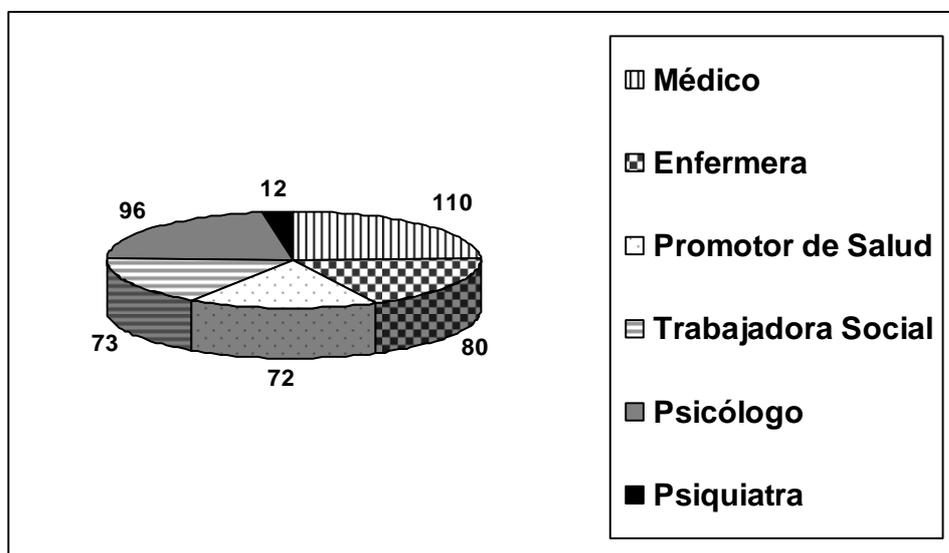
En torno a la pregunta 4, sobre la coordinación con otros programas intersectoriales, sobresalieron los Médicos con 118 aciertos, en segundo lugar las Psicólogas con 99 y en tercero los Promotores de Salud, con 90. En esta ocasión las enfermeras ocuparon el cuarto lugar con 87 respuestas acertadas. (Gráfica 35). Esto pudo tener su origen en que muchas dudas de los galenos se relacionaban con los servicios que en la materia ofrecen otras dependencias pues siempre argumentaron la conveniencia de ir actualizando sus directorios y conformar redes de apoyo para la adecuada derivación de casos. En los estados del centro del país como México, Morelos y Querétaro, se percibió un conocimiento sobresaliente sobre esta pregunta.

**Gráfica 35: muestra el total de respuestas correctas en los postest a la pregunta 4 por perfil profesional.**



Para el caso de la pregunta 5, acerca de los conceptos básicos en adicciones, los Médicos volvieron al primer lugar con 110 respuestas correctas, seguidos por los Psicólogos con 96 y las Enfermeras con 80. Hubo puntajes casi iguales entre Trabajadoras Sociales y Promotores de Salud: 73 y 72, respectivamente. (Gráfica 36). Esto puede atribuirse a que de nueva cuenta la técnica usada fue el Phillips 66 donde además se le proporcionó a los grupos una serie de materiales impresos con información preparada ex profeso. Adicionalmente, pudo percibirse una mayor motivación e involucramiento en temas como las etapas del proceso adictivo, la clasificación de las drogas y sus efectos en el organismo, el algoritmo de la intervención médica para ayudar a los pacientes a dejar de fumar y el de trastornos relacionados con alcohol, que sirven como guía al indicar paso a paso las actividades a desarrollar en la orientación/consejería, entendida como una intervención breve que puede ser aislada o sistemática cuyo objetivo es que el paciente o usuario de servicios de salud adopte un cambio voluntario en su conducta con un impacto positivo en la salud, en este caso, el abandono del consumo de tabaco o la modificación del consumo perjudicial de alcohol. Puede requerir de dos a tres minutos hasta diez o quince minutos adicionales en la consulta médica. Ello dependerá del uso de materiales y recursos auxiliares, y de la disponibilidad de tiempo del médico. El aspecto más importante de esta técnica es que destaca la importancia de la participación del paciente en el desarrollo de un plan de cambio efectivo (Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, 1997, citado en SSA/CONADIC, 2003). (Anexos 4 y 5).

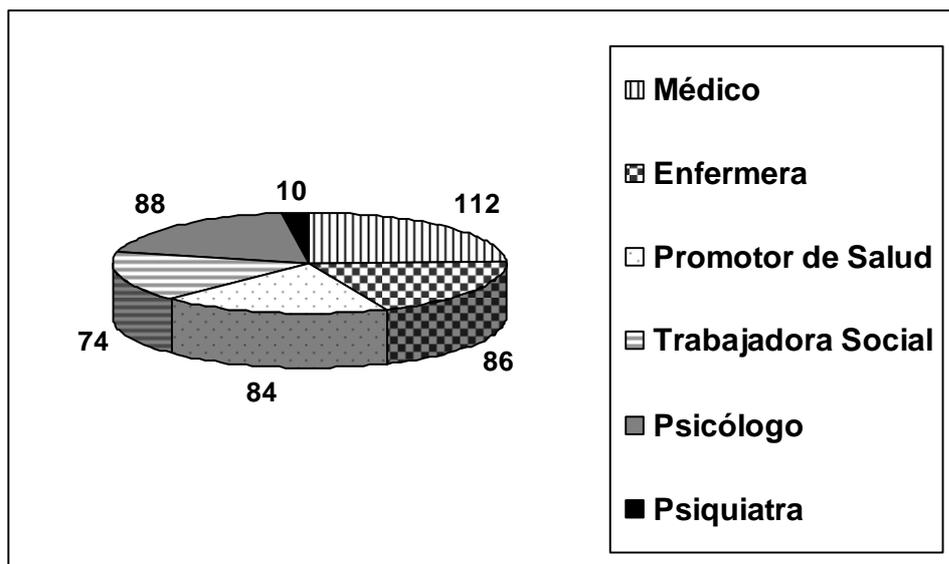
**Gráfica 36: muestra el total de respuestas correctas en los postest a la pregunta 5 por perfil profesional.**



Con relación a la pregunta 6, acciones del personal de salud para la atención de las adicciones, los Médicos destacaron con 112 aciertos, seguidos por los Psicólogos con 88, muy cerca de ellos las Enfermeras con 86 y los Promotores de Salud con 84. (Gráfica 37). Para transmitir los contenidos en este rubro se utilizaron las técnicas expositiva, Phillips 66 y el juego de roles, mediante las cuales se enfatizó la importancia de llevar a cabo acciones de orientación/consejería, detección y derivación de casos. Fue necesario que los participantes conocieran y aprendieran a manejar el Cuestionario de Fargerström y la Prueba AUDIT, usados precisamente para realizar detecciones oportunas de problemas relacionados con el consumo de tabaco y alcohol, respectivamente, así como la forma de calificarlos y la interpretación de sus resultados. (Anexos 1 y 2). El juego de roles consistió en que por parejas, uno de los miembros desempeñó el papel del médico ó psicólogo mientras que el otro representó a un paciente que acudía al centro de salud. Siguiendo las instrucciones, el primero aplicó uno de los instrumentos al segundo hasta su calificación e interpretación, para luego realizar la orientación respectiva con base en los puntajes obtenidos y en el algoritmo correspondiente. En un segundo momento los papeles se invirtieron y ahora se aplicó el otro instrumento. No es aventurado afirmar que con esta técnica demostrativa además de reforzarse el aprendizaje, se consolidó el desarrollo de habilidades y competencias basado en la transferencia de tecnología, lo que contribuye de manera eficaz en los procesos de formación y desarrollo de recursos humanos en

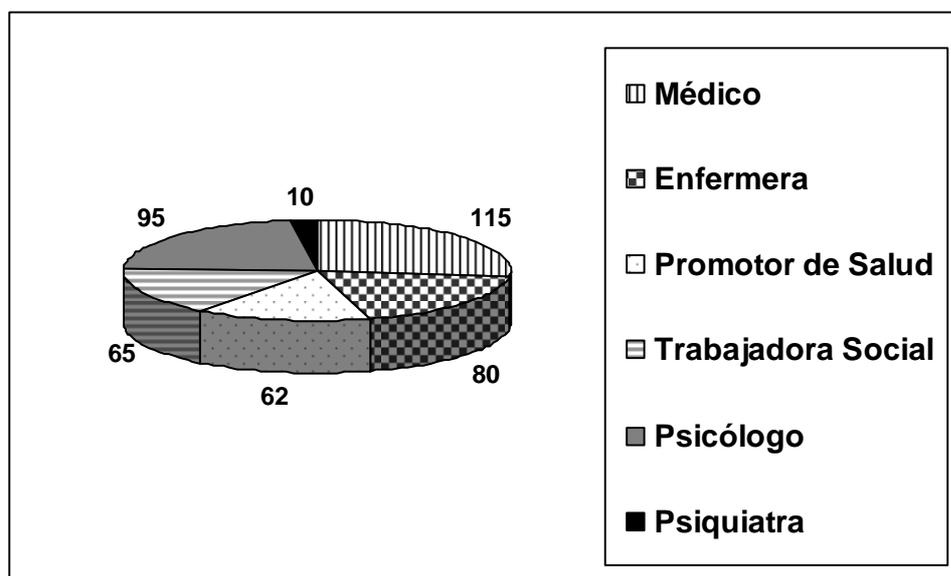
cualquier escenario de capacitación (aprendizaje significativo). En apoyo a lo anterior, la misma gráfica 37 muestra que también las Trabajadoras Sociales lograron un elevado número de respuestas correctas sumando 74 aciertos.

**Gráfica 37: muestra el total de respuestas correctas en los postest a la pregunta 6 por perfil profesional.**



Respecto a la pregunta 7, que evaluó los conocimientos sobre resiliencia, en primer lugar aparecieron los Médicos, quienes proporcionaron 115 respuestas correctas; enseguida los Psicólogos con 95 y las Enfermeras con 80. (Gráfica 38). Esto es un tanto sorprendente ya que por la formación de los colegas la expectativa era que ellos hubieran acertado más que cualquier otro perfil. Incluso las Trabajadoras Sociales quedaron atrás, con sólo 65 aciertos. En este caso es un poco difícil hallar una posible explicación porque además de la discusión dirigida propiciada para analizar el tema, se utilizó como recurso didáctico un video-debate con un final abierto que generó polémica entre los capacitandos sin distinción de perfil profesional. Como factor agregado, fue notoria la constante salida del recinto donde el curso se impartía de los Psicólogos en Chiapas, Chihuahua, Distrito Federal, Morelos y San Luis Potosí. No obstante, también fue evidente el interés y participación de los médicos en todas las entidades federativas debido a que para ellos el tema era de una gran novedad; en consecuencia, vale la pena resaltar su desempeño en este tópico particular; otro elemento importante es que en todos los casos siempre hubo más Médicos que cualquier otro perfil dentro de los grupos.

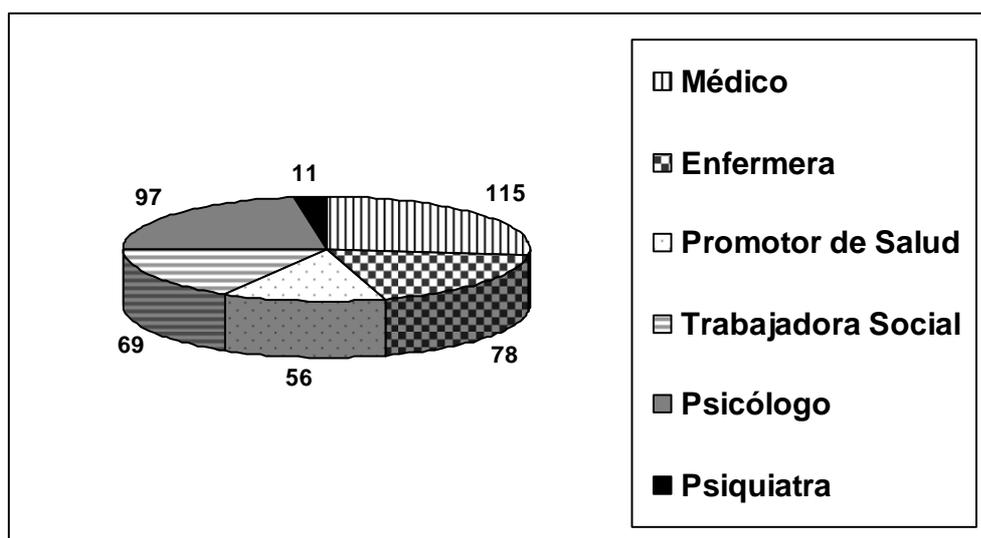
**Gráfica 38: muestra el total de respuestas correctas en los postest a la pregunta 7 por perfil profesional.**



La gráfica 39 ilustra los aciertos en torno a la pregunta 8, que versa sobre los instrumentos usados para la detección. Al igual que en las preguntas 1, 2 y 3, los Médicos fueron quienes más respuestas correctas dieron (115), luego los Psicólogos con 97 y las Enfermeras con 78. Llamó la atención que muchas respuestas tanto de las Trabajadoras Sociales, como de los Psiquiatras y de los propios colegas, se referían a los algoritmos y no a los instrumentos, a pesar de que para su manejo se utilizó una técnica demostrativa y de representación de comportamientos (juego de roles) como se mencionó anteriormente. Sin embargo, ha quedado constancia de que sí desarrollaron las habilidades necesarias para su aplicación en los centros de salud, como puede observarse en los registros del Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA) de la Secretaría de Salud, cuyos datos pueden ser considerados como una medida indirecta de esas habilidades, (anexo 6). En él no existían espacios para plasmar actividades sobre atención de las adicciones y fue hasta que concluimos los cursos que se solicitó a la Dirección General de Información en Salud, la incorporación de celdas para reportar detecciones tanto positivas como negativas en hombres y mujeres, así como pláticas realizadas en la unidad médica, y el número de clubes activos de adictos. Aquí es necesario precisar que éstos no los conforma el equipo de salud, sino que se registran sólo aquellos grupos de Alcohólicos Anónimos que regularmente llevan a cabo sesiones informativas en

centros de salud y hospitales, con duración de 20 minutos, a través de las cuales transmiten su mensaje de vida apoyados en el Programa de los 12 pasos.

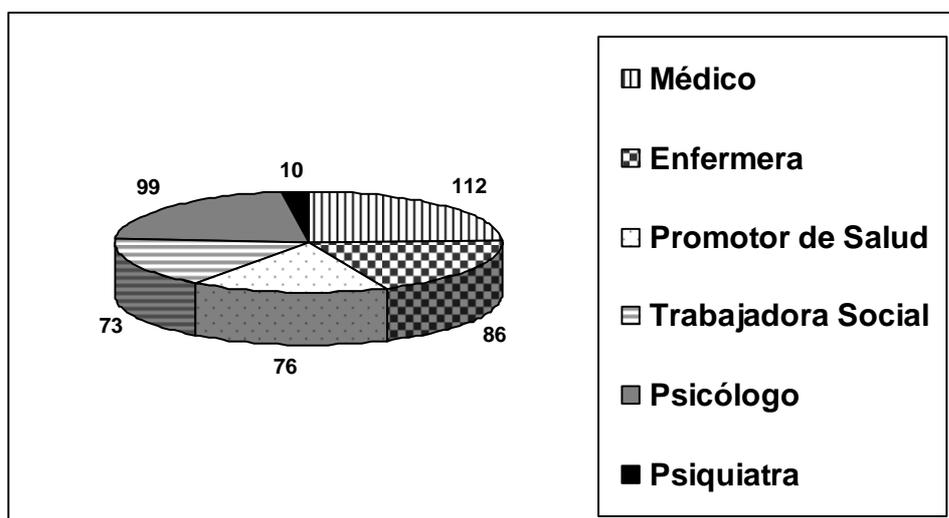
**Gráfica 39: muestra el total de respuestas correctas en los postest a la pregunta 8 por perfil profesional.**



En el caso de la pregunta 9 referida a las características de los materiales de apoyo para tareas preventivas, los galenos generaron el mayor número de respuestas acertadas con 112, secundados por los Psicólogos con 99 y las Enfermeras con 86. Entre los Promotores de Salud y las Trabajadoras Sociales hubo una diferencia mínima, logrando 76 y 73 aciertos, respectivamente. (Gráfica 40). Se pudo observar que con excepción del Distrito Federal, en el resto de las entidades federativas este tópico causó gran interés dado que los materiales que hasta el momento el personal había venido utilizando para sus acciones preventivas estaba elaborado sin tomar en cuenta principios como el no manejar imágenes de muerte o destrucción (Massûn, 2001); por el contrario, algunos rotafolios que nos mostraron tenían dibujos de calaveras y fotos de personas en estado muy avanzado de deterioro físico que ellos atribuían al consumo de sustancias adictivas. Otro lineamiento fundamental, avalado por la Organización Mundial de la Salud, (OMS) concierne a que los materiales adecuados deben fomentar mensajes protectores y de promoción y autocuidado de la salud, evitando el énfasis sobre los factores de riesgo. Al concluir los cursos fue patente que asimilaban estos preceptos pues al mostrarles algunos carteles y trípticos de diversa índole, pudieron

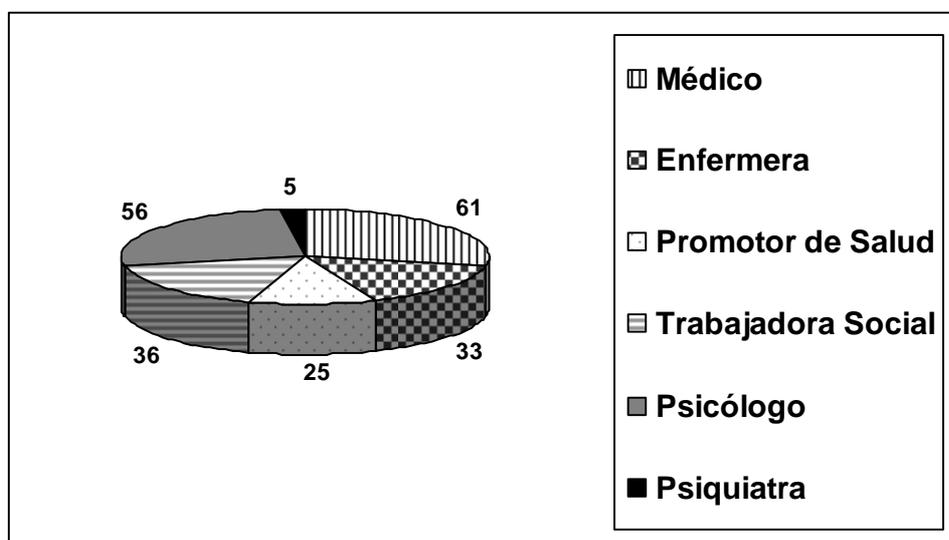
discriminar entre los que se habían elaborado de manera conveniente de los que no reunían estas cualidades.

**Gráfica 40: muestra el total de respuestas correctas en los posttest a la pregunta 9 por perfil profesional.**



Finalmente, en torno a la pregunta 10 sobre los modelos conceptuales de prevención, fue donde se obtuvieron los menores aciertos en todos los perfiles profesionales, aunque los médicos siguieron a la cabeza con 61 respuestas correctas. Luego aparecen los Psicólogos, las Trabajadoras Sociales y las Enfermeras con 56, 36 y 33 aciertos, respectivamente. (Gráfica 41). Aquí tal vez influyó la propia naturaleza del tema, el cual es muy abstracto y su contenido fue percibido como poco atractivo por la audiencia. Tal parece que los temas de utilidad práctica para ellos fueron los que fijaron más su atención en todos los estados donde se realizaron las capacitaciones.

**Gráfica 41: muestra el total de respuestas correctas en los posttest a la pregunta 10 por perfil profesional.**



#### 5.4 Consideración final.

Esta experiencia en capacitación surgió de la necesidad de dar a conocer el PPyCA a los Servicios Estatales de Salud para su instrumentación a nivel nacional; se requirió primero efectuar visitas de supervisión (capítulo 1) para detectar las áreas en que se debía brindar el entrenamiento al personal de salud. A partir de aquí se integró la carta descriptiva correspondiente. Los logros más destacados pueden resumirse en lo siguiente: los profesionales con quien se trabajó aprehendieron conocimientos específicos sobre los objetivos del Programa, sus estrategias y acciones principales; lograron desarrollar competencias y habilidades que les permiten ahora efectuar adecuadamente tareas preventivas apegados a los lineamientos dictados por organismos como la OMS, y realizar con precisión detecciones oportunas sobre tabaquismo y abuso en el consumo de alcohol. Por otra parte y aunque todavía no existen registros sistemáticos de ello, realizan de manera creciente acciones de orientación/consejería y derivación de casos que ameritan tratamiento especializado, lo que representa un avance importante en el sistema sanitario mexicano ya que anteriormente no se contaba con directrices bien delineadas para estas funciones.

Por otro lado, aún cuando el mayor número de participantes en los postest fueron Médicos, situación que pudo influir para que hayan obtenido el mayor número de respuestas correctas, seguidos de los Psicólogos, también es cierto que durante las sesiones muchos de sus comentarios resaltaban la actualización constante de que son objeto por parte de las áreas de enseñanza de los Servicios Estatales de Salud, situación que no compartían del todo ni los Psicólogos, ni las Enfermeras o las Trabajadoras Sociales; mucho menos los Promotores, cuyas acciones se enfocan más al trato cara a cara con la comunidad fuera de los centros de salud.

La aportación para la Secretaría de Salud es que se sientan las bases para ir modificando las opiniones, actitudes y conductas que existen entre los profesionales del ramo en torno a que los usuarios de sustancias adictivas son unos viciosos que se autoprovocan la enfermedad. Ahora hay más elementos para considerarlos como enfermos que demandan tratamiento, y los médicos –como quedó demostrado en este reporte- afortunadamente han variado su postura de “quien cree saberlo todo” y se muestran más dispuestos a colaborar más estrechamente en acciones propuestas desde la Psicología de la Salud.

## Capítulo 6

### Conclusiones y propuestas

En el capítulo anterior, lo primero que salta a la vista es el cambio tan significativo en el nivel de conocimientos adquiridos por el personal de salud al concluir las capacitaciones, lo cual representa un éxito importante al demostrar la efectividad de los cursos-taller como una herramienta de actualización. La capacitación profesional es un proceso y como tal requiere esfuerzo, constancia, cierta resistencia a la frustración, y una actitud de saberse lo suficientemente apto para servir de guía a otros profesionales en vías de actualización. Implica también la capacidad de poder ejercer una acción sobre el mundo, modificarlo a propio beneficio pues el contexto educativo se une a la relación significativa con un educando y a la motivación personal. Se trata de empoderar a las personas, transmitirles la sensación de que tienen un margen de acción sobre el mundo, aún dentro del pequeño espacio de los centros de salud. Pudo demostrarse que las capacitaciones produjeron efectos positivos en la adquisición de conocimientos y -pienso que no es aventurado decirlo-, también se propició la obtención de nuevas habilidades y destrezas como el hecho de haber aprendido a manejar, calificar e interpretar los instrumentos de detección Audit y Fargerström. Esto se pone de manifiesto porque en los registros del Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA), que es donde se plasman todas las acciones de la SSA, desde la aplicación de una vacuna hasta la cirugía más complicada, quedaron asentadas las detecciones realizadas en las 19 entidades federativas en las que se impartieron los cursos-taller (Anexo 5). Vale la pena señalar que antes del año 2001 no estaban incluidas estas acciones en los formatos del SISPA.

Ahora bien, no todo fue tan fácil como pudiera pensarse. Durante este trabajo se debieron enfrentar diferentes obstáculos como el hecho de que algunos participantes sólo acudían "porque se los habían ordenado" pero no tenían ni el interés ni el deseo de aprender. En algunos estados (Tlaxcala, Estado de México y San Luis Potosí), a muchos miembros del grupo no se les apoyó por parte de las jurisdicciones sanitarias para solventar sus gastos de traslado hacia los lugares donde se impartieron las capacitaciones y ellos debieron cubrir esos gastos con sus propios recursos. Aquí cabe destacar que sí había motivación para participar en la actividad lo que favoreció su conclusión.

Otra circunstancia que se afrontó consistió en la actitud de incredulidad y escepticismo por parte de los médicos, quienes al principio adoptaban la postura de quien “ya lo sabe todo”, y se mostraban apáticos durante las sesiones. En algunos casos esta situación cambió y terminaron por aceptar que los contenidos les parecieron interesantes pero sobre todo novedosos, ya que desconocían totalmente los instrumentos de detección y algunos postulados que se analizaron en torno a los estilos de vida saludables y los factores de riesgo/protección (fueron los casos de Nayarit, Sonora y Chiapas). Por su parte, las personas con perfiles de trabajo social y enfermería siempre se mostraron más receptivas e incluso sus intervenciones denotaban un interés genuino por aprehender y aplicar los conocimientos pues muchas de ellas se enfocaban a la realidad que enfrentaban en sus centros de trabajo.

A pesar de esas vicisitudes, lo anterior refuerza la opinión en torno a que el psicólogo se viene posicionando en los últimos años como un profesional de importancia fundamental en los escenarios de la salud que anteriormente eran ocupados casi en un 100% por médicos de diferentes especialidades, enfermeras, trabajadoras sociales y promotores de salud. Otra experiencia que este trabajo me ha dejado es la noción de que el psicólogo puede desempeñar varios roles. Uno de ellos sería el de “consultor técnico”, a quien las áreas de enseñanza le encomendarán la responsabilidad de capacitar no sólo a los propios colegas, sino también a otros profesionales con perfiles distintos a la psicología. Tal es el caso de los médicos internistas que realizan su residencia en centros de salud urbanos o rurales con características muy distintas entre sí, pero que en mayor o menor medida, reciben pacientes con problemas asociados al consumo de alcohol, tabaco u otras drogas.

Otra función sustantiva es la de otorgar orientación/consejería a pacientes con diversos trastornos. Como ejemplo puedo mencionar que desde hace varios años se han ido integrando grupos de ayuda mutua a los que se denominan “clubes de hipertensos y de diabéticos”, a través de los cuales se busca que los propios pacientes asuman la responsabilidad de su salud, y bajo la guía de un asesor (que puede ser también una enfermera), se les enseña nuevas habilidades para afrontar eficazmente los conflictos derivados de su enfermedad, a identificar factores de riesgo y a modificar conductas para elevar su calidad de vida. Nos sorprendió gratamente saber que varios asistentes aplicarían algunas de las habilidades que aprendieron en los cursos-taller, a su trabajo con estos grupos, lo cual representó un valor agregado que no se había considerado al inicio.

Desde mi perspectiva, la psicología de la salud tiene que ser vista con un enfoque multidisciplinario ya que deberá integrar la información tan diversa sobre un problema particular sin importar si se trata de consumo de sustancias adictivas o de otro padecimiento, incorporando los factores biológicos, psicológicos y sociales, sin perder de vista el contexto cultural y sanitario de cada localidad. Como se vió en el capítulo 3, esto concuerda con los postulados de Matarazzo, en el sentido de que esa disciplina incluye las aportaciones que las distintas corrientes psicológicas hacen a la promoción y mantenimiento de la salud, y que no sólo se aplica o toma en consideración los fenómenos o procesos anormales o patológicos, sino que estudia y se aplica igualmente con mayor dedicación, a los procesos y estados de salud y bienestar, tanto de los individuos como de los grupos humanos, tratando de asegurar los mismos o de reinstaurarlos en caso de que se hayan perdido, a partir de las tareas complementarias de prevención y educación para la salud desarrolladas en los últimos tiempos.

Adicionalmente, considero que algunas de las acciones que los psicólogos interesados en este campo deberán realizar tienen como objetivo trabajar con las comunidades mediante la promoción y el mantenimiento de la salud; desarrollar labores de prevención y tratamiento; analizar los factores que propician la aparición de problemas de salud y participar de manera prioritaria en el diseño de políticas de salud. Igualmente deberán ocuparse de realizar intervenciones directas o impulsar el desarrollo de modelos de intervención para que sean puestos en práctica por otros proveedores de servicios. Me parece también que uno de los retos no muy lejanos estriba en que la psicología incorpore conocimientos y prácticas originadas en otras disciplinas y retomar diversas estrategias de investigación (epidemiológica, psicosocial y experimental) para favorecer el mejoramiento de las condiciones de vida, haciéndose necesario trascender hacia modelos que contemplen todos los procesos psicológicos involucrados en el aprendizaje final de una conducta preventiva. Así, la intervención del psicólogo se transformará en la de un profesional reconocido en los ámbitos de salud al diseñar y colaborar en la ejecución de programas para modificar o adquirir conductas adecuadas (habilidades y competencias) como las que se requieren para efectuar detecciones, derivación de casos, orientación/consejería en el campo de las adicciones, o sumarse al equipo de las clínicas del dolor, la psico-oncología, las casas de medio camino (donde el adicto en

recuperación se refugia para evitar una recaída) o las clínicas de ayuda para dejar de fumar, entre otros escenarios que ofrecen un futuro promisorio.

Como afirma Morales, (1997) no sería erróneo considerar a la psicología de la salud como una disciplina emergente, cuya consolidación dependerá de los avances que se obtengan progresivamente en la psicología en general, en la teoría de la salud en particular, del grado de integración del conocimiento psicológico con los aportes de otras disciplinas, como la epidemiología, la sociología, la antropología -entre las más orientadas hacia lo social- y la medicina clínica, la genética y las neurociencias -entre las más vinculadas a lo biológico.

Es una realidad que el trabajo en centros de salud requiere recursos humanos capacitados para instrumentar los cambios y modificar las conductas de la población; entrar en contacto con individuos y grupos; atraer líderes de opinión que permitan concertar en relación con el cuidado de la salud, influyendo directamente en sus comunidades. En este contexto el psicólogo es un recurso humano importante en la medida en que puede promover la participación de la comunidad en el autocuidado de su salud y además puede erigirse como enlace entre aquella y el equipo de salud. Sin embargo, hasta el momento no se ha aprovechado óptimamente su capacidad porque sus funciones y tareas no han sido claramente definidas en esa área. Por ello, quisiera hacer una aportación adicional encaminada a orientar a los futuros colegas: el psicólogo que trabaja en el área deberá tener como supuestos básicos los siguientes:

- a) la conducta y su relación con algunos factores del ambiente incrementan el riesgo de enfermedades crónico/degenerativas;
- b) los cambios en los estilos de vida pueden disminuir de manera significativa los riesgos de enfermedades y accidentes;
- c) las técnicas cognitivo-conductuales permiten modificar, sistematizar y mantener los cambios;
- d) concebir a la promoción y prevención como elementos principales hacia donde deben encaminarse los programas. Sobre este último punto cabe señalar que la prevención no se vislumbra desde la óptica médica sino que se plantea su realización de manera conjunta entre

psicólogos y otros profesionales de la salud teniendo como niveles de intervención los siguientes: prevención de la aparición de problemas en sujetos aparentemente sanos mediante la educación y fomento de prácticas saludables, en la aparición de problemas en sujetos aparentemente sanos identificados como de riesgo a través de intervenciones específicas e intervención para modificar los estilos de vida.

Las funciones preventivas y de promoción se complementarán con la capacitación de los mediadores de las redes sociosanitarias de la comunidad (parteras, médicos tradicionales, regidores de salud, etc.) para que desempeñen tareas de fomento, autocuidado y preservación de la salud.

Analizarán la problemática de las personas con prácticas de riesgo elaborando estrategias encaminadas a aumentar el contacto con ellas y valorando la oferta real de tratamiento a dicha problemática.

Se esforzarán por incrementar el nivel de conocimientos de las personas en situación de riesgo sobre la enfermedad o enfermedades correspondientes, y sobre los factores protectores, así como a fomentar y promover los hábitos de salud en la población general, difundiendo la existencia de diversos recursos humanos y materiales para la prevención y promoción al tiempo que gestionan el acceso de las personas a los instrumentos preventivos.

Otros retos que deberán superarse en el mediano plazo son los siguientes:

1. La presencia de los psicólogos en los sistemas de atención deberá aumentar en los próximos años, especialmente en el primer nivel de atención (centros de salud).
2. Definir el papel de la psicología de la salud en las políticas públicas y la legislación respectiva.
3. Incluir en los programas de entrenamiento a nivel licenciatura y de posgrado, información sobre la estructura y organización de los servicios de salud, así como las políticas generales que los definen.
4. Trabajar por un incremento al financiamiento para realizar investigaciones que impacten la práctica profesional e incidan en la salud pública.

5. Aumentar el impacto de la investigación sobre la práctica de los profesionales de la salud de tal modo que los conocimientos y los productos tecnológicos de esta actividad influyan en la toma de decisiones dentro de las estructuras sanitarias.
6. Elaborar e instrumentar programas de entrenamiento y actualización para los psicólogos que actualmente laboran en el sistema de salud.

Otra limitante que deberá subsanarse en los próximos años es que las instituciones de salud y las de educación superior a pesar de coexistir en los mismos espacios, no mantienen una comunicación congruente respecto a los fines de la formación de recursos humanos para el campo en cuestión. Esto ha generado una desintegración docencia--servicio, que se manifiesta al no responder a las necesidades reales de la población. La educación del profesional de la salud debe planearse sobre la base de la enfermedad que soporta la población y la disponibilidad de intervenciones costo-efectivas. Dado que los factores que intervienen en el proceso salud-enfermedad implican aspectos biológicos, psicológicos, ambientales y sociales, así como las características en la organización de los servicios de salud, y toda vez que estas áreas son abordadas por distintos tipos de profesionales, es necesario establecer un lazo de unión que permita conceptualizar integralmente este proceso a fin de solucionarlo desde su raíz. No debe existir más el desfase entre universidades-servicios sanitarios, particularmente para los psicólogos, y por ende, es necesaria una revisión a fondo tanto de los programas de estudio como de los mecanismos de coordinación que permiten el acceso de nuestros profesionales a las unidades de primer contacto del sistema nacional de salud, incluidos el IMSS, el ISSSTE, y otras instituciones del sector. Ahora más que nunca se debe propugnar porque exista una verdadera retroalimentación del sector salud y de las escuelas formadoras de personal de salud en las necesidades de la población bajo un enfoque preventivo además del curativo, sin olvidar el desarrollo de metodologías educativas y de concertación social efectivas para que la comunidad participe en el cuidado de su salud.

Finalmente he de agregar que este breve análisis no agota las posibilidades para abordar las experiencias de aprendizaje en los contextos de salud. Es innegable que día con día aumenta el número de psicólogos que se incorporan a este campo, y como muestra debo mencionar que desde principios de 2006, gracias a los recursos captados por el seguro popular, que es la estrategia del

gobierno federal para otorgar servicios de atención médica a la población no derechohabiente, han sido contratados cerca de 300 colegas en diferentes estados del país para reforzar las acciones de un programa llamado *Línea de vida*, a través del cual se otorgan una serie de intervenciones sobre todo de índole preventiva y que incluyen entre otras, la orientación consejería en tabaquismo y alcoholismo para adolescentes, la asesoría en tópicos de salud reproductiva y la prevención de infecciones de transmisión sexual. Respecto a la salud mental, también ha ido en aumento el número de módulos creados con base en equipos conformados por un psiquiatra, un psicólogo, una enfermera y una trabajadora social. Tan sólo en Tlaxcala, Jalisco, Yucatán y Tamaulipas, suman un total de 26 módulos. Aunque ello representa una nueva conquista, no se debe pensar que la batalla está ganada. Históricamente este tipo de escenarios habían sido ocupados por profesionales de la psicología pero realizando actividades "de segunda", si me permiten la expresión, y ahora esa situación va cambiando. El reconocimiento a nuestra profesión es cada vez más grande y ha sido gracias al esfuerzo de muchas mujeres y hombres que han navegado contra la corriente, superándose cotidianamente y enriqueciendo el quehacer desde tres distintos ángulos: el clínico, el social y el institucional. Desde aquí hago un exhorto a quienes están por concluir su carrera y les invito a enfrentar los retos con la seguridad de que el tiempo y la experiencia serán sus mejores aliados para superar con éxito los retos del campo laboral.

## Referencias

- American Psychiatric Association (1998). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-R). Masson editores. España.
- Antonovsky, A. (1987) *Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Streets and Stay Well*. San Francisco Jossey-Bass.
- Gossop, M. y Grant, M. (1990). Prevención y control del abuso de drogas. Ginebra Suiza. Oficina de Publicaciones OMS.
- Babor, T. & Higgins-Biddle, J. (2001). AUDIT, "Pautas para su utilización en Atención Primaria". Organización Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza.
- Becoña, I.E. (2002) "*Adicciones y salud*", en: [www.psicologiacientifica.com](http://www.psicologiacientifica.com)
- Berruecos, L. & Castro, M.E. (1994). Curso Básico sobre Adicciones. Fundación Ama la Vida (Ed.), México.
- Caetano, R. (1998). "*Acculturation and Drinking Among People of Mexican Descent in México and the United States*". En: Journal of Studies on Alcohol, Num. 49, pp. 462-471.
- Carreño, S., Ortiz, A., et.al. (2000). *Programa Modelo para la Prevención del Consumo de Alcohol, Tabaco y Drogas en Trabajadores y sus Familias*. Manual General. Cómo Introducir el Programa a su Centro de Trabajo. Instituto Mexicano de Psiquiatría, México.
- Centros de Integración Juvenil. (1997). Farmacoterapia de los Síndromes de Intoxicación y Abstinencia por Psicotrópicos. Quinta parte, pp. 51-52. México.
- Centros de Integración Juvenil/SEP. (1999). Cómo proteger a tus hijos contra las drogas. Capítulos 3 y 6. México.
- De la Fuente, R., & Medina Mora, M. E. (1997). Salud Mental en México. Fondo de Cultura Económica/Instituto Mexicano de Psiquiatría. México.
- Gossop, M. y Grant, M. (1990). Prevención y control del abuso de drogas. Oficina de Publicaciones, OMS. Ginebra Suiza.
- INEGI/SPP. (1988). Mortalidad 1990-1992-1997. Estadísticas demográficas. México.
- J. Santacreu, M.O. y M.O. Márquez. (2001). La prevención en el marco de la psicología de la salud. Material en internet [www.psicologialatina.com](http://www.psicologialatina.com)
- Kotliarenco, M.A., & Cáceres, I. (1997). Estado de Arte en Resiliencia. OMS/OPS. (Ed.). Ginebra, Suiza.
- Latorre Postigo, J.M. (1994). Psicología de la Salud, Capítulos 1, 2 y 3. Ed. Lumen, Argentina.

- Macía, D. (2000). Las drogas: conocer y educar para prevenir. Ed. Pirámide. España.
- Martínez-Donate. (1999). El concepto de salud en la actualidad, enfoque psicosocial de la Salud. Material en internet [www.adi.uam.es/santa/proSalud.html](http://www.adi.uam.es/santa/proSalud.html). o bien [www.adi.uam.es/~victor/Salud/Bibliog/salud.doc](http://www.adi.uam.es/~victor/Salud/Bibliog/salud.doc)
- Massún, E. (2001). Prevención del Uso Indebido de Drogas. Ed. Trillas. México.
- Matarazzo, J.D. (1980). Behavioral Health and Behavioral Medicine: *Frontiers for a New Health Psychology*. American Psychology, No. 35, pp.807-817.
- Medina-Mora, M.E., et. al. (1991). Encuesta Nacional sobre el Uso de Drogas entre la Comunidad Escolar. Secretaría de Educación Pública/Instituto Mexicano de Psiquiatría. México.
- Medina-Mora, M.E., et. al. (1991). *Protocolo de investigación de la Encuesta Nacional sobre el Uso de Drogas entre la Comunidad Escolar*. Documento interno. Instituto Mexicano de Psiquiatría. México.
- Medina-Mora, M.E., et. al. (1997). Encuesta Nacional sobre el Uso de Drogas entre la Comunidad Escolar. Secretaría de Educación Pública/Instituto Mexicano de Psiquiatría. México.
- Medina-Mora, M.E.; Tapia, R.; et.al. (1991). *“Patterns of Alcohol Use in Mexican Urban Populations: Results from a National Survey”*. Reporte presentado en el 17º Simposium Anual de la Epidemiología del Alcohol. Sigüenza, Suecia.
- Musacchio, A. (1992). Drogadicción. Ed. Paidós. Argentina.
- Natera, G., et. al.: (1994). *Violencia familiar y su relación con la farmacodependencia*. La Psicología Social en México. Vol. V. Asociación Mexicana de Psicología Social (Ed.). México.
- Natera, G.; López, J.L. (1997). *“Agencias del Ministerio Público: Violencia y Consumo de Alcohol en Pachuca, Hgo.”* Instituto Mexicano de Psiquiatría, informe preliminar. México.
- Ribes, E.: (1990). Psicología y salud: un análisis conceptual. Universidad de Guadalajara (Ed.). México.
- Rosovsky, H., Medina, M.E. (1999). El consumo de drogas en México: diagnóstico, tendencias y acciones. Secretaría de Salud. México.
- Rosovsky, H., et. al. (1998). *“El papel del consumo de alcohol en las urgencias médicas y traumáticas”*. IV Reunión de Investigación. Instituto Mexicano de Psiquiatría. pp.226-267, México.
- Sarafino, E.P. (1990) *“Definición de Psicología de la Salud*, en: [www.sicolog.com](http://www.sicolog.com)
- SSA (1970). *Tabulación sobre Defunciones*. Dirección General de Estadística e Informática. México.
- SSA/CONADIC (1989). Encuesta Nacional de Adicciones 1988. México.

- SSA/CONADIC (1994). Encuesta Nacional de Adicciones 1993. México.
- SSA/CONADIC (1998). Programa de Prevención y Control de Adicciones. Secretaría de Salud. México.
- SSA/CONADIC (1999). Encuesta Nacional de Adicciones 1998. México.
- SSA (2000). Norma Oficial Mexicana 028-SSA2-1999, para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones. Diario Oficial de la Federación, septiembre 15. México.
- SSA (2000). Sistema de Información en Salud para Población Abierta. México.
- SSA (2001). Programa Nacional de Salud 2001-2006. México.
- Tapia Conyer, R. (1994). Las adicciones. Dimensión, impacto y perspectivas. Ed. El Manual Moderno. México.
- Tapia Conyer, R. (2000). El Consumo de Tabaco en México. 1ª edición. Secretaría de Salud, México.
- Vasilaqui, A. (2003). Estrategias de prevención comunitaria del uso de drogas. En: CIJ Informa, año 8 no. 28, abril-junio. México.
- Vallejo, N.E. (1997). *Aspectos toxicológicos de la drogadependencia*. Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha Contra el Narcotráfico. Argentina.
- Velasco, R. (1988). Alcoholismo. Capítulos 4 y 5. Ed. Trillas. México.
- Velasco, R (2003). Las adicciones: manual para maestros y padres. Capítulos 3 y 7. Ed. Trillas. México.
- Velasco, R (2004). La familia ante las drogas. Capítulo 6. Ed. Trillas. México.

**ANEXO 1**  
**Cuestionario de Fargerstrôm para  
detectar dependencia a la nicotina**

## CUESTIONARIO DE FARGERSTRÖM

### Calificación de la dependencia de nicotina

Al ayudar a sus pacientes a que dejen de fumar, puede ser útil registrar algunos aspectos importantes sobre su hábito en la escala de **Fargerström**. Una calificación alta refleja mayor grado de dependencia a la nicotina.

Anote la puntuación adecuada para cada pregunta.

I) ¿Cuántos cigarros fuma diariamente?

31 ó más cigarros	3
21 a 30 cigarros	2
11 a 20 cigarros	1
Menos de 10 cigarros	0

II) ¿Cuándo fuma usted más?

En las mañanas	1
En las tardes / al anochecer	0

III) ¿Cuánto tiempo tarda usted en prender su primer cigarro después de despertar?

Menos de 5 minutos	3
De 6 a 30 minutos	2

IV) ¿Cuál es el cigarro que menos le gustaría perderse?

El primero de la mañana	1
Otros	0

V) ¿Se le hace difícil dejar de fumar en lugares prohibidos?

Sí	1
No	0

VI) ¿Fuma incluso si tiene que quedarse en cama por enfermedad?

Sí	1
No	0

Resultados:

0 a 5 puntos: Dependencia leve  
6 a 7 puntos: Dependencia moderada  
8 a 10 puntos: Dependencia severa

Conversión:

1 Pipa= 3 cigarros  
1 Puro pequeño= 3 cigarros  
1 Puro grande= 5 cigarros

**Anexo 2**  
**Prueba AUDIT para detectar**  
**problemas de consumo de alcohol**

## PRUEBA AUDIT

(Prueba de identificación de trastornos derivados del alcohol)

Instrucciones: en cada reactivo encierre en un círculo el número que corresponda a su respuesta

1. ¿Qué tan frecuente toma bebidas alcohólicas?

Nunca	0
Una vez al mes o menos	1
Dos o cuatro veces al mes	2
Dos o tres veces por semana	3
Cuatro o más veces por semana	4

2. ¿Cuántas copas se toma en un día típico o común de los que bebe? (cubas o equivalentes como cerveza, vasos de pulque, cocteles o coolers o cualquier otra bebida que contenga alcohol)

1 ó 2	0
3 ó 4	1
5 ó 6	2
7 ó 9	3
10 ó más	4

3. ¿Qué tan frecuentemente toma 6 ó más copas en la misma ocasión? (un mismo día, evento o reunión)

Nunca	0
Menos de una vez al mes	1
Mensualmente	2
Semanalmente	3
Diario o casi diario	4

4. Durante el último año, ¿le ocurrió que no pudo parar de beber una vez que había empezado?

Nunca	0
Menos de una vez al mes	1
Mensualmente	2
Semanalmente	3
Diario o casi diario	4

5. ¿Durante el último año, que tan frecuentemente dejó de hacer algo que debería haber hecho por beber? (**como no ir a trabajar o a la escuela**)

Nunca	0
Menos de una vez al mes	1
Mensualmente	2
Semanalmente	3
Diario o casi diario	4

6. ¿Durante el último año, ¿qué tan frecuentemente bebió en la mañana siguiente después de haber bebido en exceso el día anterior?

Nunca	0
Menos de una vez al mes	1
Mensualmente	2
Semanalmente	3
Diario o casi diario	4

7. Durante el último año ¿qué tan frecuentemente se sintió culpable o tuvo remordimiento por haber bebido?

Nunca	0
Menos de una vez al mes	1
Mensualmente	2
Semanalmente	3
Diario o casi diario	4

8. Durante el último año, ¿qué tan frecuentemente olvidó algo de lo que había pasado cuando estuvo bebiendo?

Nunca	0
Menos de una vez al mes	1
Mensualmente	2
Semanalmente	3
Diario o casi diario	4

9. ¿Se ha lesionado o alguien ha resultado lesionado como consecuencia de su ingestión de alcohol?

No	0
Sí, pero no en el último año	2
Sí, en el último año	4

10. ¿Algún amigo, familiar o Doctor se ha preocupado por la forma en que bebe o le ha sugerido que le baje al consumo?

No	0
Sí, pero no en el último año	2
Sí, en el último año	4

Calificación: efectúe la suma de todos los números encerrados en círculo

### PUNTAJE

8 o más  
4 –7  
0 –3

### RECOMENDACIÓN

Necesita ayuda  
Cuente sus bebidas\*  
Manténgase así

**Anexo 3**  
**Cédula para medir dependencia a**  
**drogas**

**Anexo 4**  
**Algoritmo para la intervención  
médica en casos de tabaquismo**

**Anexo 5**  
**Algoritmo para la intervención  
médica en casos de consumo  
problemático de alcohol**

## **ANEXO 6**

### **Registros del Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA)**

**BAJA CALIFORNIA**  
 Actividades realizadas en el 1° y 2° Niveles de Atención por los Servicios de Salud,  
 en el periodo enero-diciembre de 2001

Detecciones de Adicciones					
Total		Estatal			
Nacional	Estatal	Negativo		Positivo	
		Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
221,724	3,636	1,402	1,543	439	252

Pláticas de adicciones en la unidad médica		Clubes activos de adictos	
Número	Asistentes	Número	Integrantes
2,755	45,971	3	123

Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA).

**CAMPECHE**  
 Actividades realizadas en el 1° y 2° Niveles de Atención por los Servicios de Salud,  
 en el periodo enero-diciembre de 2001

Detecciones de Adicciones					
Total		Estatal			
Nacional	Estatal	Negativo		Positivo	
		Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
221,724	2,716	1,367	1,092	217	40

Pláticas de adicciones en la unidad médica		Clubes activos de adictos	
Número	Asistentes	Número	Integrantes
1,198	17,162	1	6

Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA).

**CHIAPAS**  
 Actividades realizadas en el 1° y 2° Niveles de Atención por los Servicios de Salud,  
 en el periodo enero-diciembre de 2001

Detecciones de Adicciones					
Total		Estatal			
Nacional	Estatal	Negativo		Positivo	
		Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
221,724	3,636	1402	1543	439	252

Pláticas de adicciones en la unidad médica		Clubes activos de adictos	
Número	Asistentes	Número	Integrantes
2,755	45,971	3	123

Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA).

**CHIHUAHUA**  
 Actividades realizadas en el 1° y 2° Niveles de Atención por los Servicios de Salud,  
 en el periodo enero-diciembre de 2001

Detecciones de Adicciones					
Total		Estatal			
Nacional	Estatal	Negativo		Positivo	
		Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
221,724	2,112	653	880	448	131

Pláticas de adicciones en la unidad médica		Clubes activos de adictos	
Número	Asistentes	Número	Integrantes
4,049	48,543	2	537

Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA).

**DISTRITO FEDERAL**  
 Actividades realizadas en el 1° y 2° Niveles de Atención por los Servicios de Salud,  
 en el periodo enero-diciembre de 2001

Detecciones de Adicciones					
Total		Estatal			
Nacional	Estatal	Negativo		Positivo	
		Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
221,724	4,858	1,378	1,497	1,359	624

Pláticas de adicciones en la unidad médica		Clubes activos de adictos	
Número	Asistentes	Número	Integrantes
7,848	223,320	19	226

Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA).

**DURANGO**  
 Actividades realizadas en el 1° y 2° Niveles de Atención por los Servicios de Salud,  
 en el periodo enero-diciembre de 2001

Detecciones de Adicciones					
Total		Estatal			
Nacional	Estatal	Negativo		Positivo	
		Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
221,724	1,815	480	864	279	192

Pláticas de adicciones en la unidad médica		Clubes activos de adictos	
Número	Asistentes	Número	Integrantes
694	13,157	0	0

Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA).

**ESTADO DE MEXICO**  
**Actividades realizadas en el 1° y 2° Niveles de Atención por los Servicios de Salud,**  
**en el periodo enero-diciembre de 2001**

Detecciones de Adicciones					
Total		Estatad			
Nacional	Estatad	Negativo		Positivo	
		Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
221,724	15,192	5,753	7,532	1,351	556

Pláticas de adicciones en la unidad médica		Clubes activos de adictos	
Número	Asistentes	Número	Integrantes
14,466	329,133	22	979

Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA).

**MORELOS**  
**Actividades realizadas en el 1° y 2° Niveles de Atención por los Servicios de Salud,**  
**en el periodo enero-diciembre de 2001**

Detecciones de Adicciones					
Total		Estatad			
Nacional	Estatad	Negativo		Positivo	
		Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
221,724	1,578	505	977	76	20

Pláticas de adicciones en la unidad médica		Clubes activos de adictos	
Número	Asistentes	Número	Integrantes
4,680	88,362	1	66

Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA).

**NAYARIT**  
**Actividades realizadas en el 1° y 2° Niveles de Atención por los Servicios de Salud,**  
**en el periodo enero-diciembre de 2001**

Detecciones de Adicciones					
Total		Estatad			
Nacional	Estatad	Negativo		Positivo	
		Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
221,724	9,561	3,755	3,629	1,579	598

Pláticas de adicciones en la unidad médica		Clubes activos de adictos	
Número	Asistentes	Número	Integrantes
1,485	33,416	8	113

Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA).

**OAXACA**  
 Actividades realizadas en el 1° y 2° Niveles de Atención por los Servicios de Salud,  
 en el periodo enero-diciembre de 2001

Detecciones de Adicciones					
Total		Estatal			
Nacional	Estatal	Negativo		Positivo	
		Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
221,724	16,508	5,820	9,295	1,046	347

Pláticas de adicciones en la unidad médica		Clubes activos de adictos	
Número	Asistentes	Número	Integrantes
3,433	73,990	2	15

Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA).

**PUEBLA**  
 Actividades realizadas en el 1° y 2° Niveles de Atención por los Servicios de Salud,  
 en el periodo enero-diciembre de 2001

Detecciones de Adicciones					
Total		Estatal			
Nacional	Estatal	Negativo		Positivo	
		Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
221,724	4,120	915	3,033	109	63

Pláticas de adicciones en la unidad médica		Clubes activos de adictos	
Número	Asistentes	Número	Integrantes
9,295	191,561	2	15

Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA).

**QUERETARO**  
 Actividades realizadas en el 1° y 2° Niveles de Atención por los Servicios de Salud,  
 en el periodo enero-diciembre de 2001

Detecciones de Adicciones					
Total		Estatal			
Nacional	Estatal	Negativo		Positivo	
		Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
221,724	3,731	1,461	1,526	572	172

Pláticas de adicciones en la unidad médica		Clubes activos de adictos	
Número	Asistentes	Número	Integrantes
1,822	30,634	1	14

Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA).

**SAN LUIS POTOSI**  
 Actividades realizadas en el 1° y 2° Niveles de Atención por los Servicios de Salud,  
 en el periodo enero-diciembre de 2001

Detecciones de Adicciones					
Total		Estatal			
Nacional	Estatal	Negativo		Positivo	
		Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
221,724	32,488	11,981	18,395	1,692	420

Pláticas de adicciones en la unidad médica		Clubes activos de adictos	
Número	Asistentes	Número	Integrantes
2,931	59,132	2	30

Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA).

**SINALOA**  
 Actividades realizadas en el 1° y 2° Niveles de Atención por los Servicios de Salud,  
 en el periodo enero-diciembre de 2001

Detecciones de Adicciones					
Total		Estatal			
Nacional	Estatal	Negativo		Positivo	
		Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
221,724	4,027	1,517	1,637	771	102

Pláticas de adicciones en la unidad médica		Clubes activos de adictos	
Número	Asistentes	Número	Integrantes
2,802	62,208	2	18

Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA).

**SONORA**  
 Actividades realizadas en el 1° y 2° Niveles de Atención por los Servicios de Salud,  
 en el periodo enero-diciembre de 2001

Detecciones de Adicciones					
Total		Estatal			
Nacional	Estatal	Negativo		Positivo	
		Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
221,724	429	162	262	5	0

Pláticas de adicciones en la unidad médica		Clubes activos de adictos	
Número	Asistentes	Número	Integrantes
746	19,142	2	89

Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA).

**TAMAULIPAS**  
 Actividades realizadas en el 1° y 2° Niveles de Atención por los Servicios de Salud,  
 en el periodo enero-diciembre de 2001

Detecciones de Adicciones					
Total		Estatal			
Nacional	Estatal	Negativo		Positivo	
		Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
221,724	1,932	755	861	241	75

Pláticas de adicciones en la unidad médica		Clubes activos de adictos	
Número	Asistentes	Número	Integrantes
3,129	54,365	0	0

Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA).

**TLAXCALA**  
 Actividades realizadas en el 1° y 2° Niveles de Atención por los Servicios de Salud,  
 en el periodo enero-diciembre de 2001

Detecciones de Adicciones					
Total		Estatal			
Nacional	Estatal	Negativo		Positivo	
		Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
221,724	3,426	1,878	1,173	301	74

Pláticas de adicciones en la unidad médica		Clubes activos de adictos	
Número	Asistentes	Número	Integrantes
1,892	34,750	1	5

Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA).

**YUCATÁN**  
 Actividades realizadas en el 1° y 2° Niveles de Atención por los Servicios de Salud,  
 en el periodo enero-diciembre de 2001

Detecciones de Adicciones					
Total		Estatal			
Nacional	Estatal	Negativo		Positivo	
		Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
221,724	11,254	5,433	4,405	1,194	222

Pláticas de adicciones en la unidad médica		Clubes activos de adictos	
Número	Asistentes	Número	Integrantes
2,972	49,230	7	98

Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA).

**ZACATECAS**  
**Actividades realizadas en el 1° y 2° Niveles de Atención por los Servicios de Salud,**  
**en el periodo enero-diciembre de 2001**

Detecciones de Adicciones					
Total		Estatal			
Nacional	Estatal	Negativo		Positivo	
		Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
221,724	10,779	2,226	4,862	2,487	1,204

Pláticas de adicciones en la unidad médica		Clubes activos de adictos	
Número	Asistentes	Número	Integrantes
1,579	29,304	4	95

Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA).