www.salud.gob.mx

www.conadic.salud.gob.mx

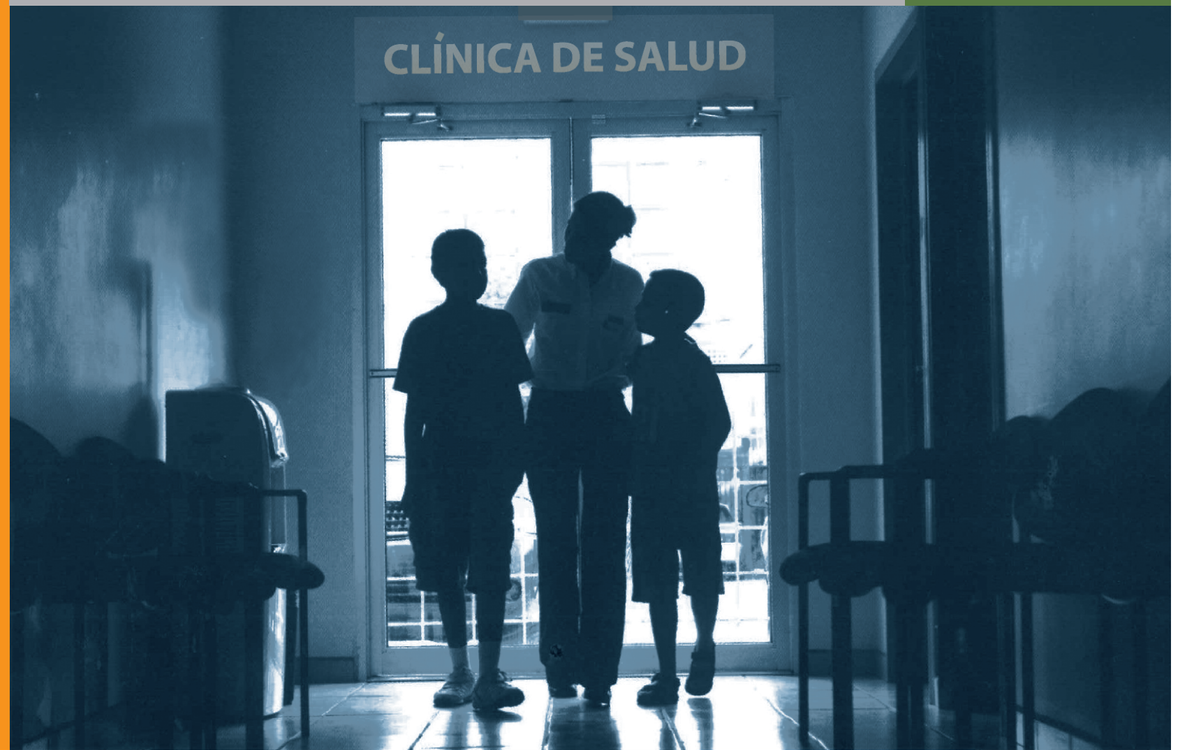
ISBN: 978-607-95887-2-4

Prevención y Tratamiento de las Adicciones en los Servicios de Salud

Actualidades en Adicciones 2012

Prevención y Tratamiento de las Adicciones en los Servicios de Salud

Libro 2



2

CONADIC
Comisión Nacional contra las Adicciones

SECRETARÍA DE SALUD

SALUD

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO
DE LAS ADICCIONES EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Actualidades en Adicciones

Prevención y Tratamiento de las Adicciones en los Servicios de Salud

Primera edición, 2012
ISBN: 978-607-95887-2-4
ISBN: 978-607-95887-1-7 (Obra Completa)

D.R. © Secretaría de Salud
Lieja 7, Col. Juárez
06696 México, D.F.

Coordinadores de la obra:
Lic. Luz María García Rivas
Dra. Brenda Barriguete Mázmela

Diseño de Portada:
D.G. José Alberto Mendoza Chávez

Con el aval de la Academia Mexicana de Cirugía

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

Esta obra se terminó de
imprimir en noviembre de 2012
en Ediciones Berit FGV, S.A. de C.V.
Tepetates 29Bis.
Col. Santa Isabel Tola,
C.P. 07010.
México, D.F.

Se tiraron 100 ejemplares.

Directorio

Mtro. Salomón Chertorivsky Woldenberg
Secretario de Salud

Dr. Germán Fajardo Dolci
Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud

Dr. Pablo Kuri Morales
Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud

Lic. Igor Rosette Valencia
Subsecretario de Administración y Finanzas

Dr. Carlos Tena Tamayo
Comisionado Nacional contra las Adicciones

Dr. Romeo Rodríguez Suárez
Titular de la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad

Lic. Guillermo Govela Martínez
Coordinador General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos

Lic. Claudia Solís Beltrán
Directora General de Comunicación Social

Consejo Nacional contra las Adicciones

Mtro. Salomón Chertorivsky Woldenberg
Presidente del Consejo

Dr. Carlos Tena Tamayo
Comisionado Nacional contra las Adicciones

Vocales

Dr. Alejandro Alfonso Poiré Romero
Secretario de Gobernación

Canciller Patricia Espinosa Cantellano
Secretaria de Relaciones Exteriores

Ing. Genaro García Luna
Secretario de Seguridad Pública

Lic. Heriberto Félix Guerra
Secretario de Desarrollo Social

Lic. Bruno Ferrari García de Alba
Secretario de Economía

Lic. Francisco Javier Mayorga Castañeda
Secretario de Agricultura, Ganadería Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación

Mtro. Dionisio Pérez-Jacome Friscione
Secretario de Comunicaciones y Transportes

Dr. José Ángel Córdova Villalobos
Secretario de Educación Pública

Lic. Rosalinda Vélez Juárez
Secretario del Trabajo y Previsión Social

Mtra. Marisela Morales Ibáñez
Procuradora General de la República

Secretario del Consejo de Salubridad General

Lic. Daniel Karam Toumeh
Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social

Mtro. Sergio Hidalgo Monroy Portillo
Director General del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales
para los Trabajadores del Estado

Lic. Ma. Cecili Landerreche Gómez Morín
Titular del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de Familia

Mtro. David García Junco Machado
Comisionado Nacional de Protección Social en Salud

Lic. Mikel Andoni Arriola Peñalosa
Comisionado Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Lic. Miguel Ángel Carreón Sánchez
Director General del Instituto Mexicano de la Juventud

Lic. Bernardo de la Garza Herrera
Director General de la Comisión Nacional de Cultura Física y Deporte

Mtra. Celina Alvear Sevilla
Directora General del Centro Nacional para la
Prevención y Control de las Adicciones

Invitados permanentes

Dr. Roberto Tapia Conyer
Presidente del Patronato Nacional de Centros de Integración Juvenil

Dra. María Elena Medina Mora Icaza
Directora General del Instituto Nacional de Psiquiatría
"Ramón de la Fuente Muñiz"

Dr. Rogelio Pérez Padilla
Director General del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias
"Ismael Cosio Villegas"

Dr. Mauricio Hernández Ávila
Director General del Instituto Nacional de Salud Pública

Lic. José Guadalupe Osuna Millán
Gobernador Constitucional del Estado de Baja California

Lic. Marcelo Ebrad Casaubón
Jefe de Gobierno del Distrito Federal

Lic. Rodrigo Medina de la Cruz
Gobernador Constitucional del Estado de Nuevo León

Lic. Gabino Cué Monteagudo
Gobernador Constitucional del Estado de Oaxaca

Dr. Ricardo Iván Nanni Alvarado
Presidente de la Junta de Servicios Generales de la Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, A.C.

Lic. Joaquín Gamboa Pascoe
Presidente del Congreso del Trabajo y Secretario General de la Confederación de Trabajadores de México

Lic. Jesús Cevallos Coppel
Presidente de la Fundación Cambio Oceánica, A.C.

Introducción
Dr. Carlos Tena Tamayo 11

I. Consideraciones sobre la atención de las adicciones en México desde el primer nivel de atención
Mtra. Lizbeth Roberta García Quevedo,
Dra. María Teresa Oviedo Gómez, Mtro. José Manuel Castrejón Vacio 17

II. El modelo de atención de los Centros "Nueva Vida" y su relación con los servicios de salud del primer nivel de atención
Mtra. Celina Alvear Sevilla, Mtro. Raúl Martín del Campo 51

III. El problema de las adicciones en el contexto del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)
Dr. Rafael Castillo Arriaga,
Dra. Margarita Blanco Cornejo, Dra. Blanca de la Rosa Montaño 69

IV. PrevenIMSS en la prevención universal de las adicciones
Dr. Santiago Félix Ignacio Echevarría Zuno 107

V. La relación de Centros de Integración Juvenil con los servicios de salud del primer nivel de atención
Dr. Ángel Prado García 149

VI. El papel de los grupos de ayuda mutua en la atención del alcoholismo en los servicios de salud del primer nivel de atención
Dr. Ricardo Iván Nanni Alvarado 167

VII. Coaliciones comunitarias anti-drogas para la prevención de las adicciones
Lic. Dora Olivia Yanar Basurto, Dr. Eduardo Hernández-Alarcón 195

VIII. Campaña Nacional de Información para una "Nueva Vida"
Mtra. Monserrat Lovaco Sánchez 203

IX. La atención de las adicciones basada en modelos para el Estado de México: Los casos del estudio de los factores de riesgo y la prevención con el "Chimalli"
Mtro. Raúl Martin del Campo Sánchez, Martín Mosqueda Ventura,
Ma. Elena Castro Sariñana, Jorge Llanes, Jorge A. Villatoro Velázquez,
Filiberto Itzcoatl Gaytán Flores, Natania Oliva Robles 251

X. La prevención del consumo de drogas en el contexto escolar
Dr. Rafael Velasco Fernández 281

XI. Redes Sociales y focalización de la prevención de adicciones: un enfoque comunitario
Dra. Alma Eunice Rendón Cárdenas, Alejandro Maza Ayala 305

MENSAJE DEL SECRETARIO DE SALUD

El consumo de alcohol, tabaco y otras drogas es un problema de salud pública a nivel mundial. Sus consecuencias abarcan no sólo al individuo, sino a sus familias y a las comunidades enteras. Además del daño a la salud que representa, el consumo de las mismas se asocia con un mayor número de accidentes, un pobre rendimiento escolar y laboral, así como a problemas en la interacción entre los individuos como la violencia y otros relacionados con actos ilícitos.

El avance de diversas investigaciones científicas en el ámbito de las neurociencias y de las ciencias sociales, nos muestran que la adicción es una enfermedad compleja que involucra múltiples factores como los biológicos, psicológicos y sociales, por lo que su abordaje implica la integración de diferentes disciplinas y enfoques.

Con base en lo anterior, es importante fomentar la divulgación de la evidencia científica que pueda ser aplicable en nuestro país, misma que facilite la capacitación continua de los profesionales y demás personal involucrado en la materia, y que favorezca la mejora continua de los programas de prevención, diagnóstico y tratamiento de las adicciones.

Actualidades en Adicciones es el resultado del esfuerzo conjunto de investigadores, clínicos, personalidades de organizaciones de la sociedad civil y expertos reconocidos a nivel nacional e internacional, los cuales presentan visiones diversas que al converger, permiten dar una perspectiva integral del fenómeno. Esta diversidad enriquece el conocimiento y promueve la actualización de información en temas sobre el uso nocivo de alcohol, el consumo de tabaco y drogas ilegales, la relación de la justicia y las personas con adicciones, el impacto que tiene esta enfermedad en los grupos más vulnerables, los métodos terapéuticos efectivos, así como la oferta en el tratamiento.

Los cinco tomos que integran esta publicación ofrecen elementos novedosos, que podrán contribuir en la elaboración de políticas públicas eficaces, dirigidas a la atención integral del problema de las adicciones. Estoy convencido de que esta obra, que implicó un importante esfuerzo de colaboración interinstitucional y multidisciplinaria, redundará en beneficio de la salud de nuestra sociedad.

Salomón Chertorivski Woldenberg
Secretario de Salud

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Introducción

Introducción

En el escenario mundial actual, el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas representa un importante problema de Salud Pública con graves repercusiones sociales y económicas en las personas, familias, comunidades y países. Los problemas de salud asociados al consumo de sustancias psicoactivas constituyen una carga para los Sistemas de Salud, que amerita cubrir grandes costos tanto a corto como a largo plazo.

Aunque en la actualidad las adicciones se conceptualizan como enfermedades, hasta hace poco tiempo el tema se trataba de explicar con argumentos reduccionistas como la debilidad moral y la falta de fuerza de voluntad, pero la investigación científica nos ha permitido entender a las adicciones como un fenómeno complejo y multifactorial, que puede prevenirse y tratarse.

En este libro, el lector tiene a su disposición la experiencia que varias instituciones del país han desarrollado en relación con la prevención y atención del uso, abuso y dependencia de sustancias psicoactivas. La información vertida por los autores presenta de

manera objetiva los avances más destacados de las estrategias de reducción de la demanda que se han aplicado en México.

Se describen las características clave que se consideraron al interior de la Secretaría de Salud durante la presente administración para el desarrollo de un modelo para el abordaje de las adicciones en los servicios de salud del primer nivel de atención. Sobresale el papel de los Centros "Nueva Vida", cuyo modelo teórico-metodológico se reseña con detalle. En complemento a este tema, se explica la utilidad que han tenido las diferentes líneas de acción de la Campaña Nacional de Información para una "Nueva Vida", adoptada en el país y en la que participan diferentes sectores.

Otras instituciones del Sector Salud también han desarrollado programas preventivos con alcance nacional. El modelo PrevenISSSTE contempla la prevención de las adicciones en la población derechohabiente del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y se apoya en la detección oportuna del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. En cuanto a PrevenIMSS, se describen las estrategias de prevención universal que se aplican en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y los resultados que se han obtenido.

Otro importante aliado en la prevención y el tratamiento de las adicciones es Centros de Integración Juvenil (CIJ), con más de 40 años de experiencia. En este libro se presenta

la relación, los mecanismos y las experiencias exitosas de las unidades de salud del primer nivel de atención con las unidades de CIJ.

La atención a través del modelo de ayuda mutua representa una poderosa herramienta, que de manera ideal debe formar parte del tratamiento integral de las personas con adicción, por lo que los servicios de salud deben estar bien coordinados con quienes brindan atención bajo este modelo. En esta obra se analiza la importancia del trabajo que desde hace más de 70 años realiza la Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos.

Como parte del trabajo desarrollado desde el seno de la comunidad, se presenta el modelo de Coaliciones Comunitarias como una estrategia preventiva que recientemente ha tenido éxito en nuestro país.

Algunas de las intervenciones preventivas han tenido seguimiento a largo plazo y hoy se cuenta con evidencia de su efectividad; éste es el caso del modelo preventivo "Chimalli" aplicado en algunas comunidades del Estado de México.

Para atender el problema de las adicciones de manera integral, debemos considerar las otras dimensiones que conforman el fenómeno. Además del ámbito de la salud, en México existen experiencias exitosas de la prevención de adicciones tanto en el sector

educativo, como en el laboral como el programa "Escuela Segura" y los "Lineamientos para la Prevención y Atención de las Adicciones en el Ámbito Laboral", respectivamente; estrategias que son descritas en esta recopilación.

Con la convicción de que esta obra contribuirá a ampliar el panorama sobre el abordaje actual del fenómeno de las adicciones y la identificación de los retos que enfrentamos para lograr mejores niveles de salud y bienestar en la población, agradezco a todos los autores el que hayan brindado su valioso tiempo y conocimientos para hacerla realidad.

Dr. Carlos Tena Tamayo
Comisionado Nacional contra las Adicciones
"En la prevención y atención a las adicciones todos somos uno"

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES EN LOS SERVICIOS DE SALUD

I.
Consideraciones sobre la Atención de las Adicciones en México desde el Primer Nivel de Atención

Mtra. Lizbeth Roberta García Quevedo,* Dra. María Teresa Oviedo Gómez,** Mtro. José Manuel Castrejón Vacio***

* Subdirectora de Coordinación con Entidades Federativas, Región 2. Comisión Nacional contra las Adicciones, Secretaría de Salud.
** Subdirectora de Integración y Seguimiento de los Programas Nacionales. Comisión Nacional contra las Adicciones, Secretaría de Salud.
*** Director General de Programas en Adicciones. Comisión Nacional contra las Adicciones, Secretaría de Salud.

INTRODUCCIÓN

En nuestro país, el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas constituyen uno de los problemas de salud pública que se ha incrementado en las últimas décadas. Comencemos por comentar qué sucede con el alcohol.

Los datos de la Quinta Encuesta Nacional de Adicciones realizada en 20081 muestran que la forma típica de consumo de alcohol en la población mexicana es de grandes cantidades por ocasión de consumo.* Casi 27 millones de mexicanos con edades entre 12 y 65 años beben de este modo, con una frecuencia que va desde una vez al mes hasta diario, lo que sugiere que aunque el consumo es poco frecuente, cuando las personas beben lo hacen ingiriendo grandes cantidades, lo que significa que este patrón de consumo es más peligroso porque produce riesgos inmediatos tanto para su salud, como para su seguridad y la de los demás.

Del mismo modo, alrededor de cuatro millones de mexicanos (la mayoría hombres), beben de manera consuetudinaria, es decir, grandes cantidades de alcohol una vez a la semana o con mayor regularidad, y de acuerdo con la ENA 2008, este tipo de consumo está aumentando, especialmente entre las mujeres adolescentes que copian los patrones de consumo de la población adulta.

También la encuesta menciona que existen más de cuatro millones de mexicanos que presentan abuso o dependencia al alcohol, es decir, son alcohólicos. Cabe mencionar que hay más mujeres adolescentes que adultas que cumplen con este criterio, lo que claramente señala la necesidad de incrementar las intervenciones preventivas en la población infantil y juvenil en el país.

De acuerdo con los datos descritos, las necesidades de atención para el uso nocivo de alcohol varían según la complejidad del problema, como se observa en la *figura 1*,

* El consumo de grandes cantidades de alcohol se refiere a beber cinco copas o más para el caso de los hombres y cuatro copas o más para mujeres.

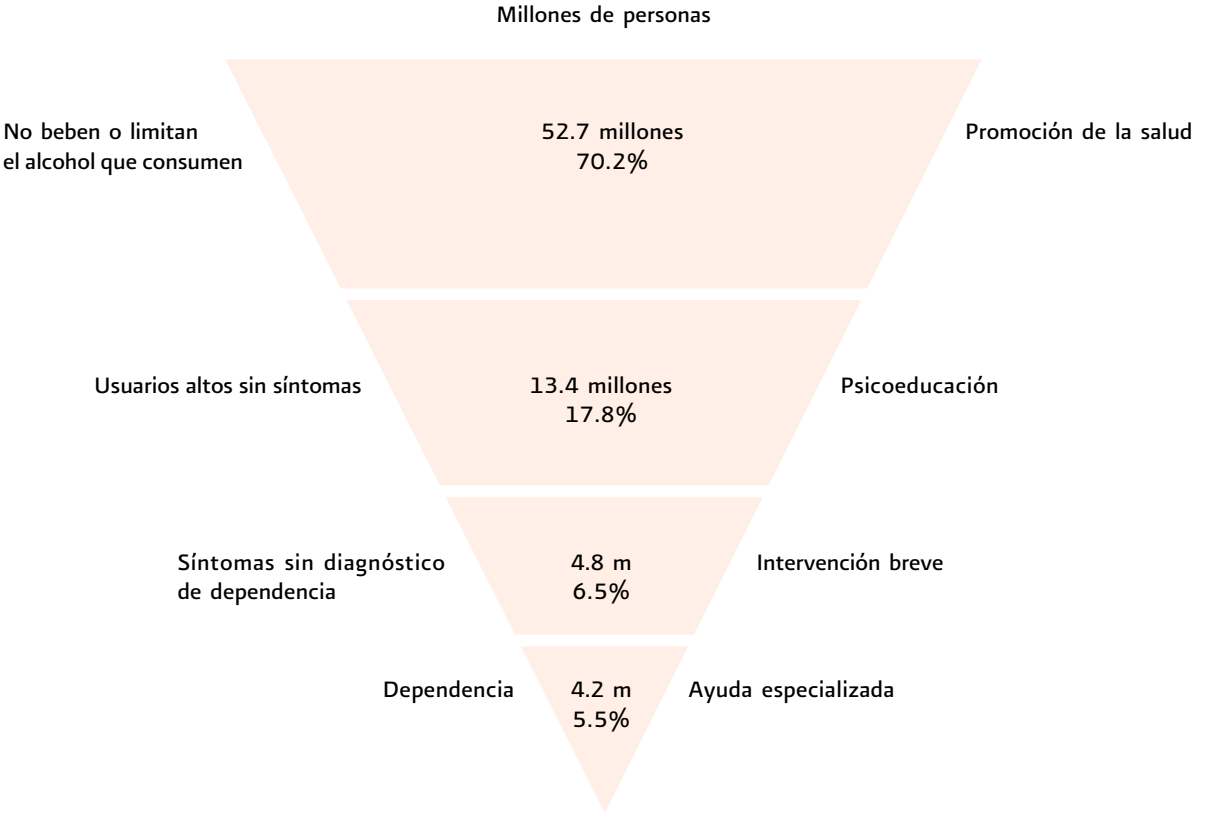


Figura 1. Necesidades de atención para el consumo de alcohol. Fuente: Quinta Encuesta Nacional de Adicciones, SS, CONADIC, INPRFM, INSP.

en la cual se observa que 70.2% de la población no bebe o limita su consumo, mientras que 17.8% de los mexicanos son bebedores de altas cantidades de alcohol, aun sin que presenten síntomas de dependencia. Por ello, tanto la población general, como la de bebedores de altas cantidades, requieren de prevención con acciones informativas y de sensibilización sobre las consecuencias negativas asociadas al uso nocivo del alcohol, así como del entrenamiento en estrategias y habilidades para mantener un consumo de bajo riesgo o responsable.

Pero ¿qué sucede con el 6.5% de la población que abusa del alcohol sin diagnóstico de dependencia? De acuerdo con los expertos, estas personas requieren de intervenciones breves que les permitan reducir su consumo y los riesgos asociados. Finalmente, 5.5% de los mexicanos necesita ayuda especializada para su atención por presentar alcoholismo.

Ahora bien, en cuanto al consumo de tabaco, la ENA 2008 nos dice que 18.5% de la población entre 12 y 65 años son fumadores activos, lo cual representa cerca de 14 millones de mexicanos fumadores; además, hay poco más de 4 millones que son dependientes, es decir, ya presentan problemas físicos y psicosociales relacionados con el consumo de tabaco.

En cuanto al consumo de otras drogas, ilícitas y médicas, la ENA 2008 nos dice que comparando con los datos de la ENA 2002, el consumo general tanto en población rural como urbana con edades entre 12 y 65 años de edad, aumentó de 5 a 5.7%. Las drogas ilícitas como la mariguana, cocaína y sus derivados, heroína, metanfetaminas, alucinógenos, inhalables y otras drogas aumentaron de 4.6 a 5.2% en el mismo periodo; mientras que el consumo de las drogas médicas con potencial adictivo, que se consumen fuera de prescripción, se mantuvo con respecto a los niveles observados en 2002.

La ENA 2008 dejó ver, además, que si bien el consumo de drogas ilícitas fue mayor en los hombres, el índice de crecimiento ha sido

notablemente mayor en las mujeres, entre las cuales el consumo de drogas ilícitas casi se duplicó, al pasar de 1% en 2002 a 1.9% en 2008, mientras que entre los hombres el incremento en el consumo fue del 8 al 8.8%.

La mariguana y la cocaína son las drogas ilícitas con mayor preferencia entre quienes consumen drogas. De 2002 a 2008, el consumo de mariguana aumentó de 3.5 a 4.2%; mientras que el consumo de cocaína pasó de 1.2 a 2.4%, lo que significa que el doble de personas ahora consume esta droga.

En cuanto al consumo de fármacos fuera de prescripción, los hombres presentan un mayor consumo que las mujeres, prefiriendo ambos grupos los tranquilizantes, seguidos de las anfetaminas.[1]

Si consideramos las necesidades de intervención de acuerdo con esta valiosa información sobre el consumo de drogas, podemos señalar que se requieren servicios de atención especializada para 428 mil 819 personas; intervenciones breves para atender a tres millones 869 mil 093, mientras que se requieren intervenciones selectivas o indicadas para diez millones 184 mil 064 personas. Del mismo modo, son necesarias acciones preventivas para atender al 80.7 por ciento de la población, es decir, para 60 millones 643 mil 061 personas *(Figura 2)*.

Es importante mencionar que, debido a las graves consecuencias asociadas con el consumo del alcohol, el tabaco y otras drogas, las cuales trascienden el ámbito de la salud individual y repercuten en la familia, en la escuela, en el trabajo y en la sociedad; así como por los incrementos en el consumo de drogas, mostrado por la ENA del 2008, es indispensable tener claras las necesidades para la atención de las personas en los diferentes niveles, desde los de servicios de atención primaria para la población general, hasta la derivación o referencia a servicios especializados para quienes presentan abuso y dependencia a las drogas. Esto con el fin de estar en condiciones de prevenir y detectar la problemática de manera temprana, atenderla oportunamente y detener la progresión del consumo experimental u oca-

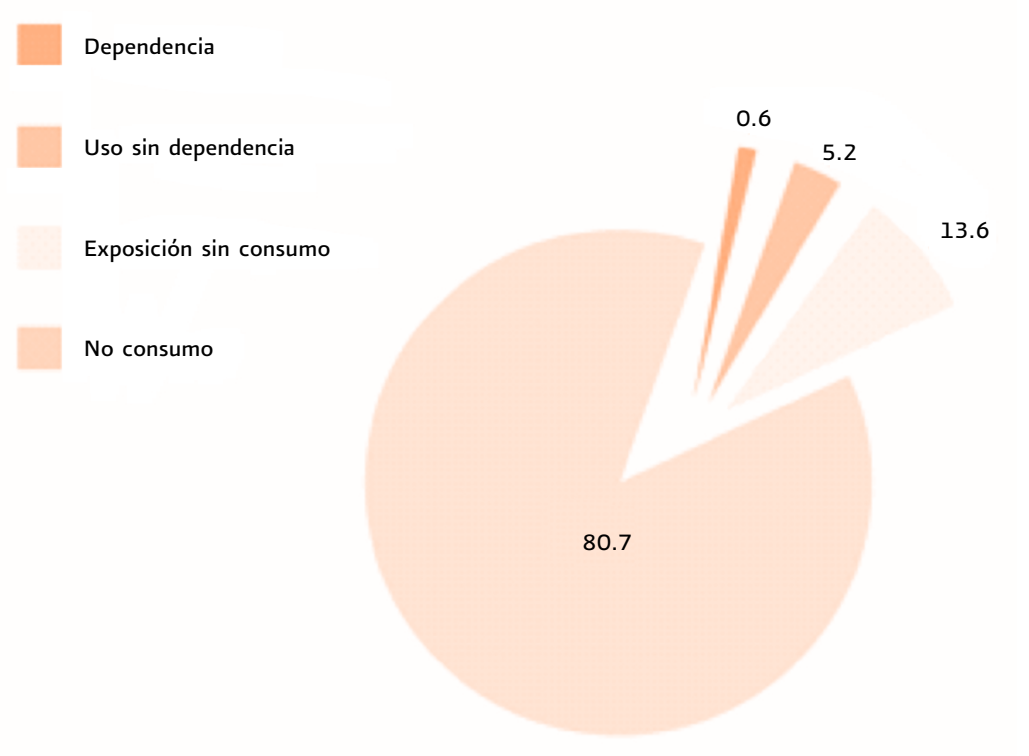


Figura 2. Quinta Encuesta Nacional de Adicciones. Necesidades de intervención para la prevención y tratamiento del uso y dependencia de drogas.

sional hasta llegar al abuso o a la dependencia de las drogas, así como también para reducir los problemas asociados.

Ante este panorama, desde que inició la presente administración se le ha dado suma importancia al problema de las adicciones, tanto en la vertiente del combate a la oferta de drogas, como en la reducción de la demanda, con la instrumentación de políticas públicas para la promoción de la salud, la prevención y el tratamiento. En este contexto, la detección temprana y el consejo breve para personas que presentan abuso o dependencia a drogas y que asisten a los servicios de atención primaria de salud, constituyen una valiosa oportunidad para disminuir la progresión del problema.

Es por ello que los profesionales del primer nivel de atención a la salud, entre quienes están: médicos generales, enfermeras, psicólogos y trabajadores sociales, entre otros, requieren de herramientas útiles para la aplicación inmediata de estrategias eficaces para la prevención de las adicciones, tanto en sus unidades de trabajo, ya sean clínicas de medicina familiar, centros de salud, unidades rurales o consultorios de primer nivel de atención, como en la comunidad.

Considerando que se ha demostrado que, mediante acciones de detección temprana y consejo breve a los consumidores de riesgo, los profesionales de atención primaria pueden tener un impacto positivo sobre las actitudes y creencias que mantienen el consumo de drogas en tan sólo unos minutos,[2] en este apartado describiremos cómo es que se han trabajado estas primeras aproximaciones hacia la construcción de herramientas útiles para la prevención y la atención de las adicciones en nuestro país, gracias al desarrollo de las primeras guías de práctica clínica de aplicación en el primer nivel de atención a la salud.

¿QUÉ PAPEL TIENE LA COMISIÓN NACIONAL CONTRA LAS ADICCIONES EN LA ELABORACIÓN DE POLÍTICAS PARA EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN?

La Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC) es una estructura de recien-

te creación,[3] depende de la Secretaría de Salud y tiene bajo su responsabilidad la rectoría y la coordinación de las políticas, programas y estrategias transversales que se deben adoptar en materia de adicciones a nivel nacional, con el propósito fundamental de disminuir el impacto de los problemas de salud asociados con el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en la población mexicana.

En este contexto, la CONADIC coordina las acciones que realizan las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, así como las que realizan las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud en materia de adicciones; además de impulsar los mecanismos para promover la participación de instituciones de los sectores público, social y privado, incluyendo organizaciones de la sociedad civil y la propia comunidad.

Algunas de las atribuciones de la CONADIC consisten proponer los Programas Nacionales en materia de adicciones, así como emitir lineamientos, criterios y procedimientos de carácter técnico que deben regir en los centros de prevención y en los de tratamiento de adicciones, y supervisar su cumplimiento.[3]

LOS PROGRAMAS NACIONALES EN MATERIA DE ADICCIONES

Los Programas Nacionales contra las Adicciones en México, actualmente son cuatro, y se encuentran diferenciados tanto por tipo de sustancia como por sus implicaciones a nivel institucional. En todos ellos, predomina un enfoque preventivo, ya sea del consumo de alcohol, de tabaco o de otras drogas, y ellos son los que marcan las directrices nacionales a adoptar para la implementación de acciones en materia de prevención y atención de las adicciones.

Los programas vigentes se actualizaron en el mes de enero del 2011 para el periodo 2011-2012, a través de talleres de actualización convocados por la CONADIC y en los cuales participaron representantes de 60 instancias sociales, públicas y privadas, así como líderes en el tema. Estos programas son:

- Programa de Acción Específico. Prevención y Tratamiento de las Adicciones (PAE).
- Programa contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas.
- Programa contra el Tabaquismo.
- Programa contra la Farmacodependencia.

Estos Programas incluyen en total 45 compromisos, que derivan en más de 100 actividades que instituciones de los diversos sectores se comprometieron a desarrollar en el periodo 2011-2012 en las vertientes de prevención, tratamiento y rehabilitación, investigación y normatividad.

Al reconocer que la detección temprana del consumo de drogas y sus problemas asociados, así como una intervención breve oportuna, en la mayoría de los casos tiene un mayor impacto que una intervención tardía, al cambiar la trayectoria de la dependencia, estos Programas Nacionales proponen el abordaje de las adicciones desde el primer nivel de atención en todas las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud.

En este sentido, promueven el establecimiento de procedimientos preventivos para la detección temprana, la consejería y la derivación o referencia de casos en las unidades de primer nivel de atención del Sector Salud, con base en el uso de las Guías de Práctica Clínica, las cuales constituyen una de las estrategias metodológicas que han brindado mayor eficacia en la práctica médica en general.

¿POR QUÉ ATENDER LAS ADICCIONES DESDE EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN?

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad.[9,10] Asimismo, los servicios de atención primaria son la fuente principal de recursos sanitarios en la mayor parte del mundo, teniendo en

cuenta que la mayoría de la población consulta a un médico o a otro especialista sanitario al menos una vez al año.[2]

En el contexto de las adicciones, es evidente que el consumo de drogas está implicado en una gran variedad de problemas relacionados con la salud, por ejemplo, el uso nocivo de alcohol es causante de enfermedades como cirrosis hepática, daños en el corazón, hígado, estómago y sistema nervioso,[11] por no mencionar los accidentes de tránsito, la violencia, las muertes por lesiones, etc. El tabaquismo, por su parte, está relacionado con las cuatro enfermedades que representan las mayores causas de muerte en México: enfermedad isquémica del corazón, enfisema pulmonar, enfermedad cerebro-vascular y cáncer pulmonar.[12,13] Asimismo, es frecuente la asistencia a servicios de urgencias, debido a diversos accidentes y lesiones entre consumidores de otras drogas.[14]

La mayoría de las personas con problemas de abuso y dependencia al tabaco, alcohol y otras drogas, usualmente asisten a los servicios de salud primarios debido a algún problema relacionado con su consumo, pero rara vez lo hace en busca de su tratamiento. Es por ello que este escenario es ideal para identificar de manera oportuna a las personas que necesitan una atención preventiva o especializada en materia de adicciones.

En el contexto de la atención primaria, las intervenciones breves para el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas han mostrado ser efectivas entre los pacientes que aún no presentan dependencia, los cuales pueden ser identificados mediante una detección temprana.[15] El término intervenciones breves se refiere, pues, a una serie de estrategias de consejería motivacional de tiempo limitado, que ayudan a los pacientes a reducir o eliminar el consumo de drogas.[16,17] En numerosos ensayos clínicos se ha demostrado que las intervenciones breves realmente contribuyen a reducir los niveles globales del consumo de drogas, cambian patrones de consumo, previenen futuros problemas relacionados, mejoran la salud y reducen los costos sanitarios.[2]

Incluso, organizaciones internacionales especializadas en el tema, como el Instituto Nacional del Abuso de Drogas (NIDA, por sus siglas en inglés), reconocen que las intervenciones tempranas sobre los factores de riesgo y la promoción de estilos de vida saludable tienen un mayor impacto que las intervenciones que se ofrecen cuando la dependencia ya se ha instalado en las personas (NIDA, 2003).

En este sentido, los profesionales de la atención primaria están en una posición privilegiada para identificar tempranamente e intervenir eficazmente con aquellos pacientes cuyo consumo de drogas es un riesgo para su salud. También pueden jugar un papel esencial para lograr que pacientes que ya presentan problemas de abuso o dependencia a drogas inicien un tratamiento profesional.

¿CÓMO ES QUE LA ATENCIÓN DE LAS ADICCIONES ES MÁS EFECTIVA DESDE EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN?

Babor y Higgins[2] señalan que debido a la confianza que suelen tener los pacientes en las recomendaciones que les da el médico, hay más probabilidades de que el consejo o la sugerencia de realizar cambios en el consumo de tabaco, alcohol o drogas se tome más en serio, especialmente cuando se da en el contexto de una consulta médica. En este sentido la información que ofrecen los profesionales sanitarios a sus pacientes puede ser crucial para el abordaje de la enfermedad o para su prevención. De hecho, la mayoría de los pacientes se sienten mucho mejor cuando el profesional sanitario les muestra un interés genuino sobre su consumo de drogas, sus consecuencias en su salud y le sugiere cuál es la atención que requiere.

Cabe recordar que la adicción a una sustancia psicoactiva es un problema no se manifiesta de manera inmediata, sino que implica un proceso que comprende una serie de fases que van, desde un uso experimental de la droga, pasando por un abuso, hasta llegar a la dependencia (Martín del Moral y Lorenzo, 2003). Se puede decir que existe un uso de drogas cuando existe un consumo ocasional que no necesariamente conlleva consecuencias negativas inmedia-

tas para quien las consume. Sin embargo, este concepto no puede aplicarse del mismo modo para todas las drogas, quizá sólo a las bebidas con alcohol, ya que si se trata de un consumo responsable puede no ocasionar mayores problemas. Para el resto de las drogas, incluido el tabaco, desde los primeros consumos ya se puede considerar como un abuso (particularmente cuando se trata de menores de edad).

El abuso de drogas implica un consumo inadecuado de la droga, ya sea por su cantidad, frecuencia y finalidad, que daña o amenaza con dañar la salud física, mental y social de la persona y de quienes le rodean. Puede dar inicio a la instalación de una dependencia, se relaciona con el incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o la familia, con exposición a situaciones riesgosas, como conducir después de haber bebido alcohol, y se vincula con la aparición de problemas legales, sociales o familiares debidos al consumo (Martín del Moral y Lorenzo, 2003).

Finalmente, la dependencia a drogas es el estado psicofísico causado por la interacción de un organismo vivo con un fármaco, alcohol, tabaco y otra droga, caracterizado por modificación del comportamiento y otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible por tomar dicha sustancia en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido pos la privación (SS, 2009, NIDA, 2008). Este concepto se refiere a un síndrome en el que existe una gran necesidad de consumir la droga, que daña gravemente la salud y ocasiona el abandono de otras áreas de vida, como el aspecto laboral, escolar, familiar y social de la persona.

Ahora bien, como lo muestra la ENA 2008,[1] la dependencia a drogas afecta a una (todavía) pequeña parte de la población de nuestro país, mientras que el uso nocivo de alcohol y el abuso de drogas afecta a una proporción más alta. En este sentido el objetivo de las intervenciones en el primer nivel de atención es doble, ya que por un lado habrá que identificar y derivar a las personas con dependencia a un tratamiento especializado, mientras que, por otro lado, se requiere identificar y orientar a los consu-

midores que se encuentran en riesgo, para que cambien su consumo y disminuyan los riesgos asociados. En este sentido las intervenciones breves pueden ser útiles para ambas poblaciones.

¿EN QUÉ CONSISTE LA ATENCIÓN DE LAS ADICCIONES EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN?

La atención de las adicciones en el primer nivel de atención consiste básicamente en los siguientes tres procesos:[16,17]

a) La aplicación de instrumentos de autoevaluación o entrevistas para realizar una detección temprana e identificar el nivel de problemática asociada con el consumo de drogas.
b) La aplicación de un consejo breve que retroalimente sobre los resultados de la evaluación al consumidor, motive y oriente un cambio en el consumo de drogas.
c) La referencia o canalización de pacientes con problemas de abuso o dependencia a un centro especializado en la prevención y el tratamiento de las adicciones.

a) Detección Temprana

Es frecuente observar los trastornos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas en los centros de atención primaria; sin embargo, las personas que presentan estos trastornos suelen negar o minimizar su consumo y las secuelas resultantes. Por ello es necesario hacer una evaluación respetuosa y cuidadosa de estos pacientes con el fin de ofrecerles una intervención.

La detección temprana de los riesgos vinculados al consumo de sustancias, del consumo experimental y de los patrones de consumo, así como de los daños ocasionados; tiene por objetivo intervenir antes de que se presente el abuso de las drogas, y si éste ya existe, se orienta a evitar la progresión hacia la dependencia, o se extiendan sus consecuencias negativas a otras áreas de la vida de la persona dificultando su funcionamiento integral.[18]

El tamizaje es una herramienta que permite hacer una evaluación pre-diagnóstica y es la base de la detección temprana. Tiene como objetivo la identificación precoz de la

vulnerabilidad hacia el inicio del consumo, los riesgos asociados al uso de drogas y posibles casos de abuso y dependencia. Proporciona elementos para determinar la gravedad de la situación, además de señalar las necesidades y alternativas de intervención.[19] Puede hacerse mediante instrumentos de autoevaluación desarrollados específicamente para el consumo de alcohol, tabaco u otras drogas y, de preferencia, es necesario adecuarlos y validarlos para su aplicación en nuestra población objetivo.

Por su parte, la Noma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 para la prevención, tratamiento y control de las adicciones, define a la detección temprana como una estrategia preventiva, que combina la identificación de riesgos o daños ocasionados por el consumo de sustancias psicoactivas para su derivación a tratamiento o intervención específica oportuna.[20]

Aunque muchas veces la gran carga de trabajo hace que los profesionales del primer nivel de atención argumenten que más que atender las adicciones, su primer deber es atender las necesidades inmediatas del paciente (las que habitualmente requieren de una rápida atención), es importante tener presente que el consumo de drogas es uno de los principales factores que pueden dar lugar a muchos de los problemas de salud. De hecho, con sólo algunas preguntas, se puede explorar el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, sin requerir significativamente más tiempo. También pueden brindarse instrumentos de autoevaluación a los pacientes, mientras se encuentran en la sala de espera.[2]

b) Consejería breve

El consejo breve en adicciones es considerado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una intervención formal, que recomienda ampliamente para ser usada en la atención primaria de las adicciones.[21]

Las estrategias de consejo breve incluyen los principios del Modelo Transteórico de Cambio propuesto por Prochaska y DiCle-

mente[22] y elementos de la entrevista motivacional de Miller y Rollnick.[23] Se centran en provocar un cambio de comportamiento al ayudar a los pacientes a explorar y resolver la ambivalencia con relación a su consumo. Se trata de una estrategia empática que evita la confrontación.[24]

Cabe aclarar que el consejo breve debe tomar en cuenta los factores culturales, de género y familiares, así como los grupos de mayor riesgo como son las mujeres embarazadas y los adolescentes, de modo que una intervención con adolescentes debe dirigirse a explorar, reflexionar y debatir las creencias y significados que éstos le atribuyen a las drogas respecto a los riesgos y daños que se asocian a su consumo, por ejemplo, la idea de que para divertirse es necesario consumir drogas. Por otra parte, es fundamental generar y fortalecer competencias sociales que les ayuden a afrontar exitosamente situaciones de riesgo al consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.[25]

c) Referencia de casos

La referencia de casos consiste en la derivación del paciente entre un establecimiento de menor capacidad resolutiva hacia otro de mayor o igual complejidad en la asistencia, complementación diagnóstica o terapéutica, debido a que los recursos propios y disponibles de primera atención no permiten dar respuesta a las necesidades del paciente; en especial, cuando éstas requieren la intervención de personal especializado y de tecnología avanzada.

La Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, para la prevención, tratamiento y control de las adicciones señala que en caso de no contar con la capacidad resolutiva suficiente, es necesario referir el caso a otro establecimiento, para el tratamiento de su adicción o de las complicaciones asociadas. En esos casos, el profesional de salud debe elaborar la hoja de referencia correspondiente, la cual debe contener: datos generales del establecimiento que refiere y del establecimiento receptor, un resumen del caso que incluya motivo de la referencia, tratamiento empleado si lo hubiera, nombre completo y firma del responsable que realiza la referencia. De la misma manera, es importante desarrollar mecanismos para la contra-referencia de casos, de tal forma que la instancia que hace la referencia pue-

da obtener información sobre la atención brindada al paciente y para darle el seguimiento apropiado.

La problemática asociada es el principal indicador para decidir qué tipo de intervención es la más adecuada, de modo que cuando la problemática no existe todavía, o es muy bajo el riesgo para que aparezca, entonces se requieren servicios de prevención universal; mientras que cuando la problemática o riesgo es mediano o alto, entonces se procede a realizar una atención selectiva. Pero en caso de existir dependencia, necesariamente se requiere de una referencia hacia un servicio de tratamiento especializado y, en ocasiones, de tratamiento residencial. En el caso de pacientes referidos o canalizados, el especialista en adicciones deberá realizar un diagnóstico completo y a profundidad sobre los signos y síntomas de dependencia a drogas y, en consecuencia, elaborar el plan terapéutico conveniente.[25]

FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE ADICCIONES EN MÉXICO

Desde el inicio de la presente administración, el Gobierno Federal ha puesto en marcha diversas acciones para reforzar la atención primaria de las adicciones, entre ellas, el establecimiento de una red de centros especializados para la atención primaria de las adicciones y el desarrollo de Guías de Práctica Clínica dirigidas a orientar a los profesionales sanitarios sobre la atención de las adicciones en el primer nivel de atención.

UNIDADES DE ESPECIALIDAD MÉDICA-CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LAS ADICCIONES

En coordinación con los Servicios Estatales de Salud, el Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones (CENADIC), y la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC) se ha logrado esta-

blecer la Red Nacional de Centros Nueva Vida, conformada por más de 335 Unidades de Especialidad Médica, Centros de Atención Primaria de las Adicciones "Nueva Vida" (UNEME-CAPAS), las cuales están ubicadas estratégicamente en 256 municipios prioritarios y cubren las 32 entidades federativas. Estas Unidades, en conjunto con los Centros de Integración Juvenil y otros centros privados de tratamiento residencial, constituyen la red de servicios para la prevención y la atención de las adicciones más grande de América Latina.

El Modelo de Atención de los Centros de Atención Primaria "Nueva Vida" se fundamenta en intervenciones breves de corte cognitivo conductual. Su principal objetivo* es ofrecer a la comunidad en general (escuelas, promotores, padres de familia, grupos organizados, etc.) un modelo de intervención temprana contra las adicciones, que contempla los siguientes objetivos:

- Atender los determinantes asociados al consumo de sustancias en la comunidad.
- Disminuir la prevalencia del abuso y dependencia de sustancias a través de actividades preventivas.
- Identificar en forma temprana a jóvenes susceptibles o vulnerables para el desarrollo del trastorno.
- Intervenir tempranamente para su atención, a fin de que no desarrollen la enfermedad.
- Diagnosticar en áreas biopsicosociales a quienes padezcan la enfermedad.
- Detener el desarrollo de la enfermedad en fases tempranas.

En el periodo que va de 2009 a 2011,26 entre los principales alcances de los Centros Nueva Vida se destaca el impacto a más de 9 millones 600 mil personas a través de la realización de acciones de prevención y tratamiento, entre las que se encuentran pláticas de sensibilización, talleres a padres de familia y maestros, e intervenciones breves para experimentadores y abusadores de drogas.*

DESARROLLO DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

De acuerdo con la definición del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, las Guías de Práctica Clínica (GPC) "son un elemento de rectoría en la atención mé-

* SSA, CONADIC. (2011). Informe de Actividades 2011: Avances en la Prevención y Atención de las Adicciones. Comisión Nacional contra las Adicciones. Secretaría de Salud.

dica, cuyo objetivo es establecer un referente nacional para favorecer la toma de decisiones clínicas y gerenciales, basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible, a fin de contribuir a la calidad y la efectividad de la atención médica."**

La elaboración de GPC en nuestro país constituye otro esfuerzo sin precedente en la historia del Sistema Nacional de Salud, encabezado desde 2008 por el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC). Estas Guías ponen a disposición del personal de salud las mejores recomendaciones prácticas, con base en la mejor evidencia científica, con la intención de estandarizar las acciones que favorezcan la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades, lo cual constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

En México, las GPC han sido elaboradas por Grupos Desarrolladores, integrados por especialistas provenientes de las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud: Secretaría de Salud, Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, Secretaría de la Defensa Nacional, Secretaría de Marina, Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, Petróleos Mexicanos, entre otras, con base en una metodología particular consensuada por todas estas instituciones bajo la coordinación general del CENETEC.

Como lo muestra el *cuadro I*, en 2008 no contábamos aún con ninguna GPC. Sin embargo, se programó un elevado número de ellas (178), de las cuales se autorizaron por el Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica las primeras 168. En 2009 se autorizaron 86 nuevas guías, y para 2012 se permitió el desarrollo de otras 123. Considerando que las GPC tienen una vigencia de tres años, en 2011 se incluyó, entre las 108 nuevas guías, la actualización de aquellas desarrolladas en 2008.

Cabe destacar que, desde la primera edición de GPC, el tema de adicciones se destacó por haber iniciado y completado la elabo-

** Ver: http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html

Cuadro I. Avance en el desarrollo de Guías de Práctica Clínica de 2008 1 2012.

SALUD Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud

AVANCE GPC 2008-2012

ESTATUS	2008	2009	2010	2011	2012	TOTAL
PROGRAMADAS	178	124	160	154	132	748
EN DESARROLLO	0*	15*	34*	46	125	220
AUTORIZADAS	161	86	123	108	7	** 485

* En el año 2008 fueron sustituidas 17 GPC, en 2009 fueron sustituidas 23 GPC, en el año 2010 fueron sustituidas 3 GPC.
** Se incluyen 27 GPC programadas para su autorización en la Décima Séptima Sesión Ordinaria del Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica que se celebrará el 20/junio/2012.

ración de tres guías, mismas que se actualizaron en 2011 (*Figura 3*). De las siete que se autorizaron para 2012, otra de ellas fue también para nutrir las intervenciones en el área de las adicciones.

También cabe señalar que, en el contexto internacional, nuestro país ha llamado fuertemente la atención, no solamente por el gran número de GPC que se elaboran cada año, sino también, por la elevada calidad metodológica y técnica que han mostrado los Grupos Desarrolladores en su elaboración.

Es importante mencionar también, que se ha diseñado un registro para conocer el impacto de estas GPC en la comunidad internacional, el cual indica que en el periodo del segundo semestre de 2009 al primer semestre de 2012, se habían realizado más de medio millón de consultas a nuestro acervo de GPC en línea (*Figura 4*). Al diferenciar los países de donde se han generado estas consultas, se encontró que nuestro país es obviamente el que más consultas ha generado. Sin embargo, es interesante saber que también se han generado consultas a nuestro Catálogo desde países altamente desarrollados, como son el Reino Unido, Alemania y Canadá (*Figura 5*).

Asimismo, es importante mencionar que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha incluido en la sección de novedades de su sitio web, http://new.paho.org/mex/ un link o vínculo directo que conduce al visitante a la página web donde se alojan nuestras GPC (*Figura 6*).

¿POR QUÉ DESARROLLAR GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN ADICCIONES?

Porque aunque existe una amplia y sólida evidencia científica sobre la eficacia de la aplicación de estrategias de atención primaria para la disminución del consumo de sustancias psicoactivas y problemas de salud asociados, en general aún existen muy pocos instrumentos estandarizados para orientar la práctica clínica, particularmente en el primer nivel de atención, enfocada a la disminución de factores de riesgo asociados al consumo de sustancias psicoactivas y a la reducción de la demanda de drogas.

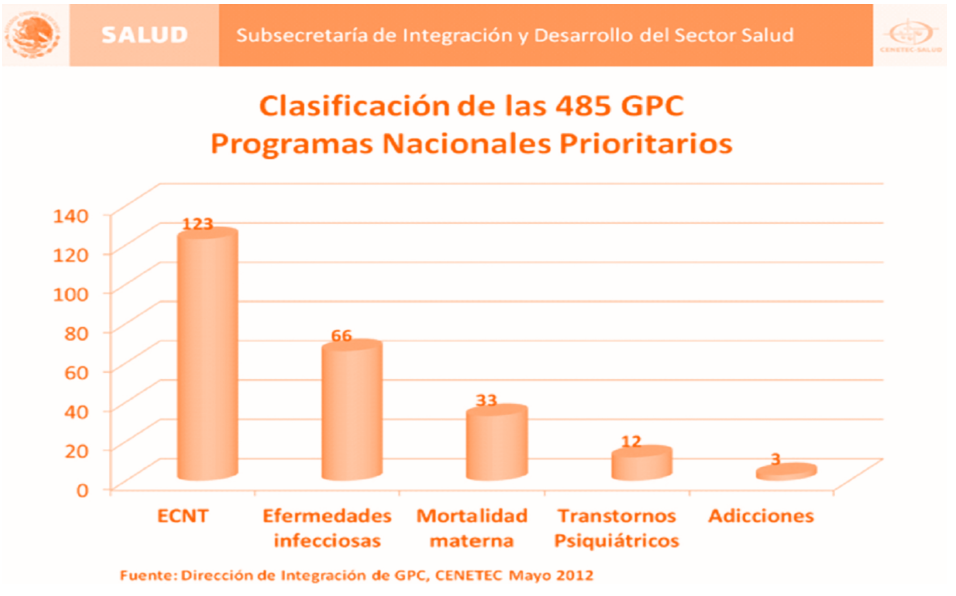


Figura 3. Clasificación de GPC de acuerdo con el Programa Nacional Prioritario que cubren. Fuente: Dirección de Integración de GPC, CENETEC Mayo 2012.

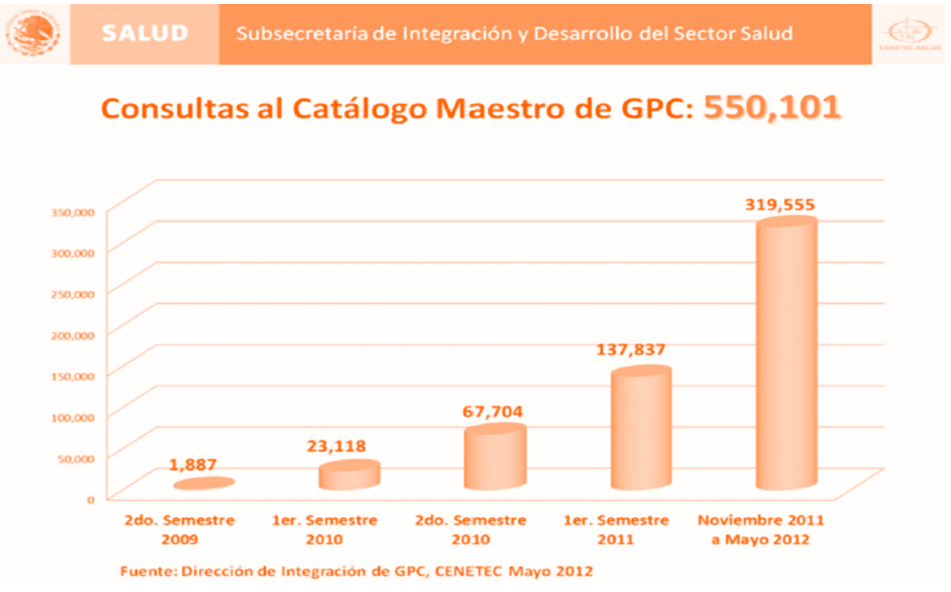
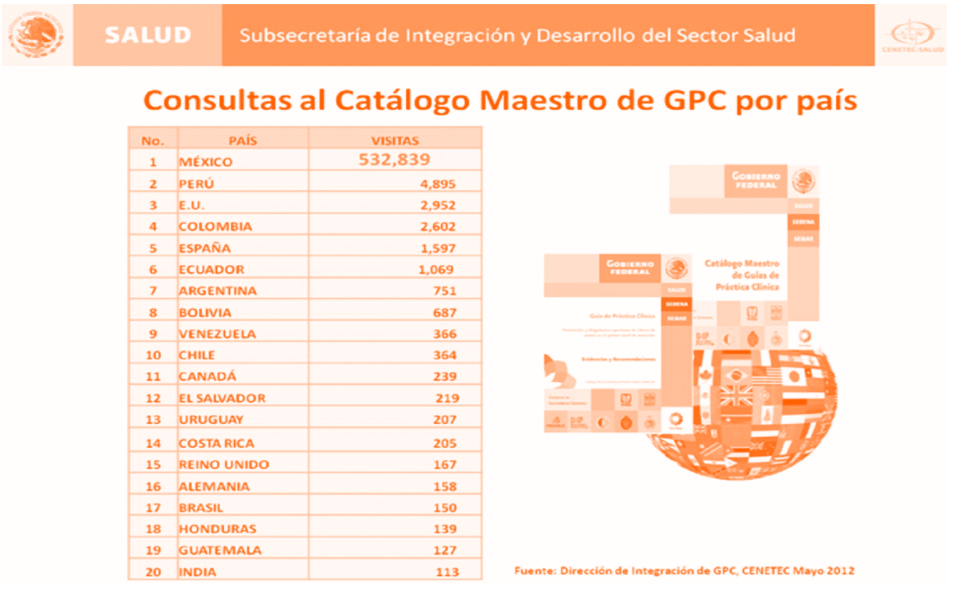


Figura 4. Registro de consultas en línea al Catálogo Maestro de GPC entre 2009 y 20012. Fuente: Dirección de Integración de GPC, CENETEC Mayo 2012.



No.	PAÍS	VISITAS
1	MÉXICO	532,839
2	PERÚ	4,895
3	E.U.	2,952
4	COLOMBIA	2,602
5	ESPAÑA	1,597
6	ECUADOR	1,069
7	ARGENTINA	751
8	BOLIVIA	687
9	VENEZUELA	366
10	CHILE	364
11	CANADÁ	239
12	EL SALVADOR	219
13	URUGUAY	207
14	COSTA RICA	205
15	REINO UNIDO	167
16	ALEMANIA	158
17	BRASIL	150
18	HONDURAS	139
19	GUATEMALA	127
20	INDIA	113

Figura 5. Número de consultas al acervo de GPC en línea, según país consultante.

Nuestro país no es la excepción, por lo que la elaboración de Guías de Práctica Clínica para llevar a cabo acciones preventivas y para la atención de los problemas de salud causados por el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en los servicios del primer nivel de atención representó una oportunidad invaluable, que ha sido retomada por la Comisión Nacional contra las Adicciones en calidad de Centro Desarrollador.

El proceso de desarrollo establecido por el CENETEC para elaborar estas Guías de Práctica Clínica (GPC), es de alta complejidad y se establece sectorialmente a partir de un modelo de priorización de temas de necesidades en salud, mediante acuerdos de asignación y gestión de la producción *(Figura 7)*.

En 2008 se desarrollaron tres GPC, mismas que se actualizaron en el 2011 y que se encuentran integradas en el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica de la Secretaría de Salud (ver página electrónica: www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html).

Estas GPC fueron validadas y autorizadas por el Consejo de Salubridad General, por lo que su aplicación es obligatoria para todas las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud:

- Guía de Práctica Clínica SSA-023-08. Prevención, detección e intervención de las adicciones en atención primaria de salud. México.26
- Guía de Práctica Clínica SSA-097-08. Manejo de la abstinencia alcohólica en el adulto, en el primer nivel de atención. México.27
- Guía de Práctica Clínica SSA-108-08. Prevención, diagnóstico y tratamiento del consumo del tabaco y humo ajeno en el primer nivel de atención. México.28

Las GPC en adicciones que se desarrollaron por grupos de trabajo ex profeso, formados por especialistas de instituciones como son el IMSS, el ISSSTE, el Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente", el Insti-

Figura 6. Vínculo del Catálogo Maestro de GPC incluido en el sitio web de la OPS.

Figura 7. Fases del proceso para desarrollar GPC.

tuto Nacional de Enfermedades Respiratorias, los Centros de Integración Juvenil, A.C., el Hospital General de México y Petróleos Mexicanos, bajo la coordinación del CONADIC.

Se requirió de un largo y minucioso proceso para su elaboración, que duró varios meses de trabajo, en los que se realizaron numerosas reuniones de capacitación para los coordinadores y los profesionistas expertos que participaron. Se trabajó bajo la observancia teórica de la Medicina Basada en Evidencia mediante un procedimiento específico de revisión sistemática de la literatura, basado en el modelo de adopción de guías existentes en la literatura nacional o internacional o en la elaboración de nuevas guías *(Figura 8)*.

Las evidencias y recomendaciones señaladas en las GPC en adicciones son producto del análisis de las fuentes de información obtenidas mediante el modelo de revisión sistemática de la literatura. Se utilizó el sistema de gradación utilizado por el National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) y los protocolos de búsqueda tanto para el desarrollo, como para la actualización de las GPC, se realizaron utilizando bancos de datos especializados, como PubMed.

Para cada GPC, se elaboró un protocolo específico de búsqueda de la literatura que fue validado por un bibliotecólogo experto en esta tarea y se realizaron múltiples reuniones de revisión de por lo menos cuatro borradores de cada documento, antes de ser enviados para su validación interna por instituciones pares.

El paso siguiente en este proceso fue remitir cada GPC a la Academia Nacional de Medicina para su Validación Externa y posterior envío al Consejo de Salubridad General, para su autorización y difusión e integración al Catálogo Maestro de Guías del Sistema Nacional de Salud. Ésta fue la primera vez que en nuestro país se publicaron documentos de esta naturaleza en el ámbito de las adicciones en la atención primaria de salud.

Las GPC con que ahora contamos, constituyen un valioso recurso para poner al al-

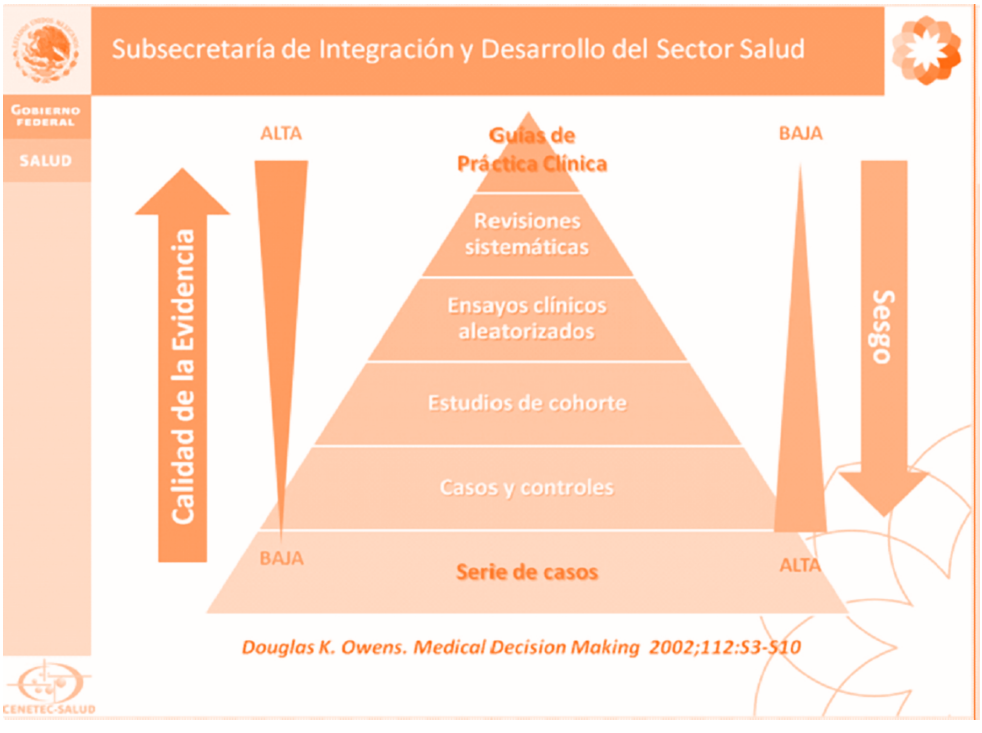


Figura 8. Nivel de calidad de la evidencia científica que caracteriza a las GPC.

cance de los profesionales que brindan servicios en el primer nivel de atención, instrumentos y técnicas accesibles para llevar a cabo acciones eficaces para detectar, intervenir y derivar con oportunidad aquellos casos que requieran tratamiento especializado en materia de adicciones *(Cuadro II)*.

RETOS Y CONCLUSIONES

El incremento en el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas mostrado por la Quinta Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2008)1 hizo necesaria la implementación y el fortalecimiento de acciones encaminadas a la reducción de la demanda de droga; especialmente aquellas enfocadas a la detección temprana y a la intervención oportuna que detenga el progreso del abuso a la dependencia y disminuya los riesgos asociados.

Los Centros de Atención Primaria de Adicciones "Nueva Vida", así como las clínicas de medicina familiar, y las unidades del primer nivel de atención de todo el Sistema Nacional de Salud en México, constituyen un recurso invaluable para hacer efectiva la atención oportuna de las adicciones, pues a través del trabajo especializado de los profesionales de la salud, y del uso cada vez más frecuente de las GPC en adicciones, la población en general podrá tener un acceso eficiente acceso a servicios profesionales de prevención e intervención breve.

Las Guías de Práctica Clínica en su conjunto constituyen también una valiosa herramienta que permitirá homogeneizar y profesionalizar la atención de las adicciones en este contexto. Para ello es importante trabajar ahora en una estrategia para su diseminación entre el personal de salud, así como para su aplicación en el sistema de salud desde el primer nivel de atención. Esta estrategia debe contener una etapa de capacitación de los profesionales en el adecuado uso de esas herramientas.

Otro reto importante constituye el desarrollo de nuevas GPC para dar respuesta a otras problemáticas, por ejemplo para la atención de poblaciones vulnerables como la prevención de alcoholismo entre indígenas o la

Cuadro II. Características generales y alcances de las Guías de Práctica Clínica.

Se definen como un conjunto de recomendaciones desarrolladas de manera sistemática, para ayudar a los profesionales de la salud y a los pacientes en la toma de decisiones sobre la atención médica más apropiada.
• Están fundamentadas en la mejor evidencia disponible (MBE).
• Modelos de atención consensuados y evaluados.
• Ofrecen máximo beneficio con el mínimo riesgo a los usuarios.
• Promueven mejoras sustanciales en el proceso de atención.
• Impactan en la evolución de un padecimiento ó en la calidad de vida del paciente.
También pueden ser empleadas con otros propósitos:
• La planeación de los servicios de salud.
• La definición de estándares de la atención.
• Componente para actualización del personal medico.
• Son referentes para evaluar la práctica médica.
• La utilización óptima de recursos.

atención de adolescentes que consumen inhalables. Para ello será importante seguir asumiendo en futuras administraciones, la privilegiada tarea de conformar nuevos equipos interinstitucionales de trabajo, con la participación de especialistas dedicados, altamente capacitados, y con una amplia experiencia académica y operativa, para que apoyen esta ardua y fructífera labor que habrá de redundar poderosamente en el mejoramiento de la calidad de vida de nuestra población.

REFERENCIAS

1. Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México. Quinta Encuesta Nacional de Adicciones; 2008.
2. Babor T, Higgins-Biddle J. Brief Intervention for hazardous and harmful drinking. A manual for use in primary care. World Health Organization 2001.
3. Diario Oficial de la Federación. Decreto que reforma, adiciona y deroga diversas disposiciones del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud; 2011.
4. Comisión Nacional contra las Adicciones. Programa contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas. Secretaría de Salud; 2011.
5. Comisión Nacional contra las Adicciones. Programa contra la Farmacodependencia. Secretaría de Salud; 2011.
6. Comisión Nacional contra las Adicciones. Programa contra la Farmacodependencia. Secretaría de Salud; 2011.
7. Comisión Nacional contra las Adicciones. Programa de Acción Específico. Prevención y Tratamiento de las Adicciones. Actualización 2011-2012. Secretaría de Salud; 2011.
8. Comisión Nacional contra las Adicciones. Avances y Logros en la Reducción de la Demanda de Drogas en México. 2012.
9. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2011). Temas de Salud. Atención Primaria de Salud. En: http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/
10. Organización Panamericana de la Salud. (OPS). (s/f). Funciones Esenciales de Salud Pública. En: http://www.paho.org/Spanish/DPM/SHD/HP/FESP.htm
11. World Health Organization (WHO). Global Status Report on Alcohol and Health. Switzerland: WHO. 2011.

12. Kuri P, González JF, Hoy M. Cortés M. Epidemiología del Tabaquismo en México. Salud Pública 2006; 48(Supl. I): S91-S98.
13. Reynales-Shigematsu LM. El control del tabaco, estrategia esencial para reducir las enfermedades crónicas no transmisibles. Salud Pública de México 2012; 54: 323-31. En: http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/2012/vol%2054%20No%203/15reducir.pdf
14. Secretaría de Salud. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA), Informe. 2009.
15. Saitz R. Alcohol screening and brief intervention in primary care: Absence of evidence for efficacy in people with dependence or very heavy drinking. Drug Alcohol Rev 2010; 29(6): 631-40.
16. Carson G, et al. Use and Pregnancy Consensus Clinical Guidelines. J Obstet Gynecol 2010. The official voice of reproductive health care in Canada.
17. Carson G, Cox LV, Crane J, Croteau P, Graves L, Kluka S, Koren G, et al. Alcohol use and pregnancy consensus clinical guidelines. J Obstet Gynaecol Can 2010; 32(8 Supl. 3): S1-32.
18. Díaz NB, García AR. Factores psicosociales de riesgo de consumo de drogas ilícitas en una muestra de estudiantes mexicanos de educación média. Panamerican Journal of Public Health 2008.
19. Centros de Integración Juvenil, A.C. (CIJ). Manual de detección temprana y canalización oportuna en prevención de adicciones. México: 2010.
20. Diario Oficial de la Federación. Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. México: Secretaría de Salud; 2009.
21. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Healthcare Research and Quality; 2000.
22. Prochaska JO, DiClemente CC. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. Psycotherapy: Theory Research and Practice 1982; 19: 276-88.
23. Miller WI, Rollnick S. La entrevista motivacional. Barcelona, España: Paidós Ibérica; 1999.
24. Becoña-Iglesias E, Cortés-Tomás M. Guía clínica de intervención psicológica en adicciones.

Ministerio de Sanidad y Consumo. Barcelona: (2008). En: www.socidrogalcohol.org

25. Secretaría de Salud, CENETEC. Guía de Práctica Clínica SSA-023-08. Prevención, detección e intervención de las adicciones en atención primaria de salud. México: 2011a.
26. SSA, CONADIC. Informe de Actividades 2011: Avances en la Prevención y Atención de las Adicciones. Comisión Nacional contra las Adicciones. Secretaría de Salud; 2011.
27. Secretaría de Salud, CENETEC. Guía de Práctica Clínica SSA-097-08. Manejo de la abstinencia alcohólica en el adulto, en el primer nivel de atención. México: 2011b.
28. Secretaría de Salud, CENETEC. Guía de Práctica Clínica SSA-108-08. Prevención, diagnóstico y tratamiento del consumo del tabaco y humo ajeno en el primer nivel de atención. México: 2011c.
29. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2010). Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol. En: http://www.who.int/substance_abuse/activities/msbalcstrategyes.pdf

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES EN LOS SERVICIOS DE SALUD

II.
El modelo de atención de los centros "Nueva Vida" y su relación con los servicios del primer nivel de atención

Mtra. Celina Alvear Sevilla,* Mtro. Raúl Martín del Campo**

* Directora General Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones.
** Director de Coordinación de los Programas Nacionales en Adicciones. Comisión Nacional contra las Adicciones.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años el índice de atención a los trastornos por consumo de sustancias se ha incrementado, constituyendo un problema importante de salud pública. Por ello, en el amplio espectro que los servicios de salud deben ofertar, se encuentra la atención a las conductas de riesgo adictivo. El impacto social, económico, la gravedad, la vulnerabilidad y la extensión de estas conductas adictivas convierten su cuidado en una actividad prioritaria para su inclusión en la gama de atención de los servicios médicos que se ofrecen en los centros de salud.

La repercusión de las adicciones en la salud, en la calidad de vida de los que las sufren y en sus familias, así como el costo económico y social que generan, hace necesaria una actuación que aborde el problema desde la promoción de la salud, la detección precoz, la prevención, el tratamiento, la reinserción y el apoyo social a los pacientes y sus familias.

Es por ello que un abordaje del problema de las adicciones desde la perspectiva de la Atención Primaria a la Salud se vuelve ideal, ya que la APS plantea un modelo de servicios que hace énfasis en la promoción de la salud y las acciones preventivas en todos los ámbitos y estratos económicos (PAHO, 2012), y en concordancia con ello, la atención efectiva del problema de las adicciones exige un enfoque eminentemente preventivo, sobre todo en poblaciones de riesgo.

Asimismo, es muy importante destacar que en el contexto internacional, la prevención y promoción de la salud se ubican como parte sustancial de una estrategia global encaminada a la reducción en la demanda de drogas, que busca alcanzar un equilibrio en la realización de las acciones orientadas a la reducción de la demanda y los esfuerzos que actualmente se destinan para controlar la disponibilidad de sustancias adictivas.[1]

Por lo tanto, un gran avance alcanzado en la materia, promovido por el Gobierno Federal, a través de la Secretaría de Salud, es la consolidación de una Estrategia Nacional para la Prevención y el Tratamiento de las Adicciones, con la cual se impulsan po-

líticas claras para brindar una atención oportuna y de alta calidad para todos los sectores de la población, a fin de privilegiar la prevención y promover estilos de vida saludable.[1]

En este arduo esfuerzo de la actual Administración Federal se ha contemplado como visión para el año 2030 que México cuente con un sistema para la atención de las adicciones integrado y universal que garantice el acceso a servicios esenciales de salud a toda la población; predominantemente público, pero con participación privada; regido por la Secretaría de Salud; financieramente sustentable; centrado en la persona, la familia y la comunidad; efectivo, seguro, eficiente y sensible; enfocado en la promoción de la salud y la prevención del consumo de tabaco, alcohol y drogas ilícitas y médicas fuera de prescripción, así como las enfermedades y problemas asociados; atento a las necesidades de los grupos vulnerables, y que propicie los espacios para la formación de los recursos humanos tanto para la salud como para la investigación (PAE, 2007-2012).

El Gobierno Mexicano ha dado especial prioridad a la atención del problema de las adicciones; en la administración del Presidente Felipe Calderón se realizó un gran avance en el fortalecimiento tanto de la infraestructura como de los programas de atención a las adicciones, con el propósito principal de lograr una reducción de la demanda, a través de acciones informativas de promoción de la salud, de prevención y tratamiento oportuno. Se ha hecho especial énfasis en el aspecto de prevención dirigido al grupo de edad más vulnerable que es el de 12 a 17 años. En un esfuerzo sin precedentes, se han destinado más de 6 mil millones de pesos para facilitar la operación de las acciones preventivas y para el tratamiento de las adicciones, así como para el desarrollo de diversos proyectos lo que representa más del doble de recursos que los que se destinaron para este fin, en el mismo período de la administración anterior.

En el marco de esta estrategia se puso en operación una red de 335 Centros Nueva Vida, como elemento fundamental del Sistema Integral de Atención a las Adicciones,

que junto con los Centros de Integración Juvenil (CIJ), forman la red más extensa de atención primaria a las adicciones en Latinoamérica.

El propósito de los Centros Nueva Vida es proporcionar servicios de prevención y atención primaria de las adicciones, a través de acciones de orientación y educativas en las escuelas, los grupos organizados y la comunidad en general, así como la atención de personas en riesgo y consumidores iniciales y/o en su caso la derivación a otras instancias más especializadas para atención. Los Centros Nueva Vida son operados por la Secretarías de Salud Estatales, con la rectoría de la Secretaría de Salud Federal y forman parte de las jurisdicciones sanitarias en las entidades federativas.

ATENCIÓN DE LAS ADICCIONES EN EL PRIMER NIVEL DE SALUD

Dentro del marco de promoción para la salud, se ha convenido que las acciones contenidas en los planes y programas para el control de las drogas a nivel nacional e internacional, consideren dos vertientes:

1. El combate a la oferta, mediante la lucha contra la producción, la distribución y el tráfico de drogas.
2. La reducción de la demanda, por medio de: la atención preventiva, el tratamiento, la reinserción social y la investigación.

La Atención Primaria de Salud debe jugar un papel relevante al abordar las conductas de consumo de sustancias. La prevención y el diagnóstico precoz son retos necesarios en los que el primer nivel de atención puede tener un papel clave. Las evidencias muestran una gran necesidad de desarrollar redes de servicios capaces de cubrir la diversidad de necesidades existentes entre diferentes grupos de edad, sexo y niveles de riesgo.

La corresponsabilización de los profesionales de atención primaria y de los profesionales especializados en la atención de las adicciones en el seguimiento de estos pacientes permite un tratamiento en red

más integrado incluyendo a la familia y la comunidad.

El concepto no es nuevo, es más bien un concepto revolucionario del siglo XX, que ha sido aceptado universalmente para el desarrollo y mejora de los sistemas de salud, después de los primeros años de la década de los setenta y, sobre todo, con la conferencia de la Organización Mundial de la Salud, de "Alma-Ata" en 1978, en la cual se determinó que la salud es un derecho fundamental de cualquier persona y que, para su consecución, se necesita de la colaboración y coordinación de distintos sectores sociales. El compromiso de Alma-Ata en 1978: "Salud para todos en el año 2000", se sustentó en el impulso que se daría en los siguientes años a la atención primaria. En efecto, la necesidad de reformar las políticas de atención a la salud mental y adicciones en esta dirección llevó a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) a convocar a los países de la región a una conferencia especial para la restructuración de los servicios psiquiátricos en Caracas, Venezuela, en 1990. De esta reunión surgió un documento, la "Declaración de Caracas", adoptado por los países representados, México entre ellos, y que propone vincular estrechamente la atención psiquiátrica a la atención primaria, enmarcándola dentro de los sistemas locales de salud.

Durante la conferencia de Alma-Ata se definió la Atención Primaria de Salud (APS) como: "La asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria es parte integrante tanto del Sistema Nacional de Salud, del que constituye la función central y núcleo principal como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud, llevando lo más

cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de atención en salud" (PAHO, 2012).

La accesibilidad, la continuidad de la atención y las múltiples posibilidades de contacto que se dan en la APS hacen de este nivel de atención el lugar idóneo para la detección de factores de riesgo que pueden llevar al consumo de sustancias psicoactivas. Nos referimos aquí a elementos como: situaciones sociales, económicas, eventos vitales estresantes y conflictos potencialmente generadores de problemas de salud mental.

Intervención temprana

Una buena parte de los problemas crónicos relacionados con el consumo de sustancias legales e ilegales puede prevenirse en un grado u otro si se abordan de manera temprana. De lo contrario, los trastornos por dependencia a sustancias se convierten en una patología mental grave con problemas psicosociales complejos que llegan al médico ya muy evolucionados y requieren una intervención más intrusiva. Sin embargo, la atención primaria en salud es un buen lugar y "momento de contacto" para abordar tales trastornos: primero, porque probablemente, junto con la escuela, sea el ámbito con el que contactan mayor número de ciudadanos a lo largo del año y de la vida de cada uno de ellos. En segundo lugar, porque diversas investigaciones realizadas en nuestro medio parecen apuntar que los pacientes con problemas de consumo suelen consultar de forma repetida en los diversos servicios de primer nivel. Ésta es una excelente ocasión para realizar las llamadas intervenciones oportunas: el paciente viene por un malestar físico, pero podemos aprovechar que está en el consultorio para detectar cualquier otra gama de padecimientos, en nuestro caso, factores de riesgo o trastornos mentales que pueden llevar a desarrollar adicciones.

El papel de la detección temprana de casos es fundamental también, en presencia

de dos fenómenos que cada vez son más comunes en nuestra sociedad:

1. *La falta de accesibilidad al tratamiento y baja adherencia al tratamiento:* Muchas personas con un trastorno adictivo no reciben tratamiento a pesar de existir medidas eficaces para dichos padecimientos. Además es común no seguir las indicaciones del médico, psiquiatra o psicólogo. Aunado a esto, el abandono del tratamiento en pacientes con trastorno por consumo de sustancias se asocia a la gravedad de sus síntomas, con las consecuencias que lleva consigo la recaída consecuente.

2. *La medicalización de la vida cotidiana:* Cada vez más personas no son capaces de afrontar de manera eficaz las situaciones estresantes de la vida cotidiana (estrés, fracasos, rupturas, crisis y pérdidas emocionales) y recurren a tratamientos farmacológicos no justificados, con la consiguiente dependencia del medicamento en vez del desarrollo de habilidades de afrontamiento.

Papel del médico familiar y demás profesionales del primer nivel de atención

El perfil de las personas que acuden a buscar atención en la red sanitaria precisa de una atención rápida y eficaz. El modelo ideal para realizar esta atención son las intervenciones breves, que pueden ser hechas por médicos, enfermeras, trabajadores sociales y otros profesionales de la salud. Consisten en una amplia gama de actividades cuya duración se encuentra limitada en el tiempo y es inferior a la de un tratamiento, son generalmente proactivas en busca de un cambio en los estilos de vida hacia uno más saludable. La intervención breve de una sola sesión o "consejo breve" contempla los principios de la entrevista motivacional, los cuales consisten en escuchar a los sujetos de manera atenta, crear una discrepancia entre lo que el sujeto hace y lo que quiere lograr en un futuro, evitar la discusión, darle un giro a la resistencia y fomentar la auto-eficacia. Dichas intervenciones han demostrado ser eficaces en el tratamiento de las Adicciones, tanto en el consumo de adolescentes,[2] como

adultos. Son consideradas, en su conjunto, el tipo de intervención con mayor número de estudios y evidencia de apoyo sobre su efectividad en el tratamiento de consumo de sustancias, demostrando que un consejo a tiempo puede evitar un trastorno posterior con consecuencias adversas.

Por otra parte, muchos pacientes con trastornos por abuso de sustancias, *en una visión superficial de su comunicación,* parece que sólo consultan con el médico sus dolencias físicas. Una consecuencia es que, si sus quejas se abordan tan solo desde la perspectiva del síntoma, tienden a hacerse crónicas sin resolverse en la mayoría de los casos. En este sentido, la capacitación del profesional de la salud en habilidades de consejería se vuelve muy importante, para propiciar el cambio de conducta de un consumidor en riesgo o referirlo a atención más especializada si se requiere. Y es aquí en donde los Centros Nueva Vida cobran gran importancia como elemento auxiliar y de apoyo a los profesionales de salud del primer nivel de atención para la atención y seguimiento de pacientes que requieran más allá de una consejería. Y en muchos casos también para apoyar la capacitación de los profesionales de salud.

Prevención de adicciones como parte de la promoción de la salud mental

Es muy importante considerar en el modelo de atención que la prevención de adicciones forma parte de la promoción de la salud mental (PSM) y comprende la atención de necesidades a nivel individual, familiar y comunitario. Pone un énfasis especial en los aspectos socio-culturales de la salud y prevé la operación de servicios públicos, voluntarios y privados para atender la gran demanda que se presenta a partir de un trastorno de orden mental. La Organización Mundial de la Salud prevé que para el año 2023, 75 por ciento de los pacientes de salud mental presentarán algún tipo de problemas de abuso de sustancias. En México se ha demostrado que la comorbilidad entre los trastornos por uso de sustancias y otros padecimientos psiquiátricos tiene una alta prevalencia en la población general, con consecuencias clí-

nicas importantes,[3] lo que implica un trabajo multidisciplinario desde los distintos ámbitos públicos y privados para alcanzar la óptima recuperación del paciente.

El trabajo en redes entre estos sectores públicos y privados es fundamental para la promoción de la salud mental. Propuestas como el empoderamiento comunitario para la prevención de adicciones evidencian la importancia del apoyo comunitario a los esfuerzos clínicos, de aquí la imperiosa necesidad de constituir redes inter-institucionales e inter-sectoriales a nivel comunitario local y sistemas eficientes de referencia y contra-referencia para la atención de los casos de trastornos adictivos detectados.

Modelos de promoción de la salud para la prevención de las adicciones

Se ha comprobado que la prevención es una de las políticas más costo-efectivas ante el problema de adicciones, ésta se entiende como "un proceso activo de implementación de iniciativas tendientes a modificar y mejorar la formación integral y la calidad de vida de los individuos, fomentando el autocontrol individual y la resistencia colectiva ante la oferta de drogas".[4]

El *cuadro I* resume los diferentes modelos de promoción para la salud adaptados para la prevención en adicciones.

Existen una serie de estudios que dan cuenta de evidencias respecto a la efectividad de diferentes intervenciones en materia de prevención de adicciones. No obstante en nuestro país hace falta mucho camino por recorrer para que las intervenciones de consejería, educación para la salud y desarrollo de habilidades se ofrezcan de manera consistente en lo servicios de primer nivel de atención. Es por ello que surge el Modelo Nueva Vida, como un ente catalizador y especializado en la prevención y atención de las adicciones, que se constituye en centro de primer contacto para el ciudadano, y de referencia para los profesionales de la salud y como un pilar fundamental para integrar la red de servicios en nuestro país.

Cuadro I. Modelos de atención en promoción de la Salud.

Modelo	Meta	Estrategia	Relación Promotor de salud-población meta
Médico	• Identificar individuos en riesgo de consumir alcohol u otras drogas.	• Consulta en centros de salud del primer nivel. • Detección de casos.	• Promotor experto con población pasiva y conformista.
Conductual	• Motivar a los individuos para responsabilizarse del cuidado de su salud y elegir estilos de vida saludables (sin consumo).	• Persuasión a través del consejo cara a cara. • Información. • Talleres para el desarrollo de habilidades de afrontamiento.	• Promotor experto en técnicas con población experta en sus propios casos.
Educación para la salud	• Incrementar el conocimiento sobre estilos de vida saludables (incompatibles con el consumo).	• Información. • Exploración de actitudes en pequeños grupos. • Capacitación en habilidades. • Grupos de autoayuda.	• Promotor experto con población pasiva pero con experiencia.
Empoderamiento	• Explorar junto con los individuos o comunidades cuáles son sus necesidades y reconocer los recursos con los que cuentan para poder solventarlas.	• Abogacía y gestión. • Negociación. • Trabajo en red. • Facilitación . • Acompañamiento a partir de las necesidades detectadas.	• Promotor facilitador con población activa con necesidad de empoderarse.
Cambio social y movilización comunitaria	• Disminuir las inequidades en el acceso a la salud relacionadas con pobreza, género, accesibilidad, etc. • Movilización de minorías activas y líderes interesados en reorganizar los recursos de la comunidad para acercarla a la salud	• Desarrollo de políticas en organizaciones, sistemas de salud. • Abogacía. • Propuestas legislativas. • Exploración de necesidades de reorganización de recursos comunitarios. • Movilización. • Terapia de red. • *Coaching* a líderes.	• Promotor igual que la población. Ambos facilitan y cooperan en las gestiones.

Promoción de la salud y prevención de las adicciones con el modelo "Nueva Vida"

La prevención y el tratamiento de las adicciones constituyen un gran desafío que requiere de la participación de todas las instituciones y organismos públicos y privados, así como de los profesionales y miembros de la comunidad involucrados. Lo que se pretende es hacer frente al fenómeno en su conjunto, a través de la planeación de estrategias amplias, integradoras y efectivas que correspondan a las políticas nacionales que se refieren a consumo de drogas e impacten favorablemente a las sociedades. Por ello la estructura gubernamental se reforzó con la creación de la Comisión Nacional contra las Adicciones, como organismo que conduce la política nacional en la materia y realiza la coordinación transversal entre los diferentes sectores del gobierno; y el Centro Nacional para la Prevención y Control de las Adicciones, como brazo operativo de la Secretaría de Salud Federal encargado de promover la calidad de los servicios de prevención y atención de las adicciones en nuestro país.

En materia de prevención, el objetivo fundamental es interactuar con la comunidad: escuelas, jóvenes, padres de familia y Organizaciones de la Sociedad Civil, para capacitarlos en modelos preventivos, detectar redes sociales y coordinar su operación.

En esta tarea la Secretaría de Salud de las entidades federativas ha jugado un papel muy importante a través del trabajo que realizan los Consejos Estatales contra las Adicciones, para impulsar la política nacional.

Con el fin de dar una respuesta integral a las demandas de la población, el Gobierno Federal creó la más extensa red en el país de servicios preventivos, para brindar información, orientación, consejería y tratamiento breve en lugares estratégicos del país. Esta gran red está integrada por 335 Centros Nueva Vida, ubicados estratégicamente en 261 municipios prioritarios que

cubren las 32 entidades federativas y a ella se suman las 113 unidades de Centros de Integración Juvenil, numerosos grupos de ayuda mutua como Alcohólicos Anónimos, Drogadictos Anónimos, y otras organizaciones sociales, públicas y privadas que ofrecen servicios preventivos que se enlazan a instituciones de tratamiento especializado.

Cada uno de los Centros Nueva Vida cuenta con consultorios, sala de espera, salón de usos múltiples y áreas para el personal de apoyo administrativo, para que los psicólogos y trabajadores sociales brinden los servicios. Ahora, la Red Nacional de Centros Nueva Vida constituye el punto de partida para coordinar los servicios para la atención integral de las adicciones en todo el país.

El objetivo principal de los Centros Nueva Vida es ofrecer a la comunidad en general (escuelas, grupos organizados, etc.) un modelo de intervención temprana contra las adicciones que contempla un abanico de estrategias como:

1. Prevención: sensibilización y orientación.
2. Tamizaje para la detección temprana.
3. Tratamiento breve.
4. Derivación oportuna y de calidad.
5. Prevención de recaídas y cuidados posteriores.

Se realizan actividades tanto intramuros (dentro de los CNV) como extramuros (en la comunidad).

I. Actividades Intramuros: Se brinda orientación e información clara y veraz a padres de familia para la identificación de factores de riesgo y detección oportuna del consumo. Así como talleres destinados a disminuir conductas antisociales en sus hijos, mejorar su interacción con ellos y fortalecer a las familias ante la oferta y consumo de alcohol y otras drogas (Morales, 1996). A los jóvenes se les ofertan diversas pláticas y talleres que fortalecen sus habilidades de rechazo ante la oferta de alcohol y otras drogas, se les brinda atención oportuna a aquellos adolescentes que presentan algunos indicadores de riesgo; todo esto bajo un esquema que

contempla características de la población como: edad, factores de riesgo, sustancia de abuso, entre otros.

II. Actividades Extramuros: Estas actividades se llevan a cabo permanentemente en las comunidades buscando favorecer conductas saludables, a través de:

- La identificación de líderes comunitarios.
- La conformación de grupos de acción comunitaria.
- El diagnóstico de la percepción del posicionamiento comunitario de los Centros Nueva Vida.
- La capacitación de grupos de acción comunitaria en estrategias preventivas con la Campaña Nacional de Información para una Nueva Vida, tales como: habilidades para la vida, mitos y realidades a cerca de las drogas, consejo breve en adicciones, entre otros.
- El desarrollo de planes de intervención de los grupos de acción comunitaria.
- La detección temprana e intervención oportuna del consumo de alcohol, así como la evaluación de estas intervenciones.

Los Centros Nueva Vida llevan a cabo sus acciones de tratamiento con base en programas basados en la terapia cognitivo-conductual, desarrollados por investigadores de la Universidad Nacional Autónoma de México de la Facultad de Psicología, que han demostrado ser costo-efectivos. Asimismo, se ha incluido el programa de familia, el cual ofrece apoyo a familias que enfrentan problemas por el consumo de alcohol y drogas.[5]

Las modalidades de terapia pueden ser tanto individuales como grupales, dependiendo de las necesidades y características de la población. Estos programas se caracterizan por ser de corta duración (breves), 10 sesiones en promedio. A la fecha se ofrecen en los Centros Nueva Vida los siguientes programas:

- Programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas (PIBA).

- Programa de intervención breve para bebedores problema (PIBB).
- Tratamiento breve para usuarios de cocaína (TBUC).
- Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC).
- Intervención Breve Motivacional Para Fumadores.
- Programa de prevención de recaídas (PPR).

Por otra parte, los Centros Nueva Vida tienen una relación estrecha con los grupos de ayuda mutua por lo que dentro de sus instalaciones diversos grupos sesionan y mantienen contacto con los centros residenciales de tratamiento reconocidos por el CENADIC para poder brindar una referencia en casos necesarios. Asimismo en algunas entidades federativas los Centros de Tratamiento Residenciales están derivando a sus pacientes después de un tratamiento, para su seguimiento a través del Programa de Prevención de Recaídas. Es así que los Centros Nueva Vida se están constituyendo como centros de primer contacto para la atención de las adicciones.

Para el año 2011, tras tres años de operación, se han aplicado 1,861,528 pruebas de tamizaje entre estudiantes para detectar a jóvenes con riesgos psicosociales y en conjunto con otras estrategias preventivas han sido más de 8 millones de adolescentes los que se han beneficiado con acciones de prevención de adicciones.[3] El impacto del trabajo de los Centros Nueva Vida ha ido creciendo y en un estudio realizado durante el 2011[6] acerca de la percepción sobre el posicionamiento, la existencia y los servicios de los Centros Nueva Vida, de 91,856 personas encuestadas 45% ya sabía de la existencia de un CNV en su comunidad y de 85,197 personas 92% consideró importante que su comunidad contara con un centro de prevención y atención de las adicciones.

En el 2011 el Centro Nacional para la prevención y control de las adicciones desarrolló y capacitó a los Centros Nueva Vida sobre un modelo de acción comunitaria cuyo objetivo principal es vincularse y articular las acciones con las redes de acción que existen en la comunidad en la que es-

tán enclavados, para consolidar nodos preventivos asociados a la familia, la educación, el deporte y la recreación, así como fortalecer vínculos para la reinserción social de los pacientes recuperados de una adicción.

Estos logros no sólo han impactado a la población adolescente, pues la población adulta también se ve beneficiada. De manera global los CNV han realizado a tres años de operación 14,821,171 acciones de prevención y tratamiento.[3]

Los Centros Nueva Vida y su modelo de atención pretenden constituirse como instancias fundamentales para ampliar la cobertura de servicios de prevención y atención de las adicciones, centros de primer contacto con el ciudadano para labores preventivas de orientación, información y desarrollo de habilidades, oferta de tratamiento breve y referencia a instancias de atención más especializadas, así como para mantener en la agenda de los sistemas de salud y en la conciencia social el impacto que tiene el problema de las adicciones.

REFERENCIAS

1. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. (2008). Programa de Acción Específico 2007-2012. Prevención y tratamiento de las Adicciones. Recuperado el lunes 2 de Abril de 2011, de: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/programas /PAE2007.2012_Adicciones.pdf.
2. Martínez MKI, Pedroza CFJ, Vacío MM, Jiménez PAL, Salazar GML. Consejo breve para adolescentes escolares que abusan del alcohol. Revista Mexicana de Análisis de la Conducta 2008; 34(2): 245-62.
3. Centros de Integración Juvenil (CIJ). La comorbilidad psiquiátrica en adicciones. Recuperado el lunes 8 de Junio de 2012, de: http://www.cij.gob.mx/Nuestros Servicios/Comorbilidad.html.
4. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC) (2008). Prevención, detección e intervención de las adicciones en atención primaria de salud. Recuperado el lunes 23 de Abril de 2011, de: http://www.cvsp.cucs.udg.mx/guias /TODAS/SSA_023_08_PREVENCION_ADICCIONES/SSA_023_08_EyR.pdf.

5. Natera G, Tiburcio M, Medina-Mora ME, Orford J. Apoyando a las familias que enfrentan el consumo de alcohol y drogas. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México: Editorial Pax; 2009.
6. CENADIC. Manual de Prevención Comunitaria de los Centros Nueva Vida. 2a. Ed. México: Editorial Graffos, S.A de C.V. 2011.
7. American Psychiatric Association. Practice guidelines for the treatment of psychiatric disorders. USA: Panther; 2004.
8. Asociación Psiquiátrica Americana. DSM-IV-TR-AP Atención Primaria. Barcelona: Masson; 2004.
9. Barragán TL, Flores MM, Morales ChS, González VJ, Martínez, RMJ. Programa de Satisfactores Cotidianos para usuarios con dependencia a sustancias adictivas. Manual del terapeuta. 2a. Ed. México: CONADIC; 2009.
10. Benassini O. Psiquiatría para el médico de atención primaria. México: Intersistemas; 2006.
11. Collings S, Mckenzie S, Dowell AC, Currey N, Gandar P, Rees, D. Toolkit for Primary Mental Health Care Development: Report. Wellington: University of Otago and Synergi; 2010.
12. Comité de Control y Desempeño Institucional "COCODI". Primera Reunión. México: Centro Nacional para la Prevención y Control de las Adicciones (CENADIC) (inédito); 2012.
13. Echeverría SL, Ruiz TGM, Salazar GML, Tiburcio SMA, Ayala VH. Manual de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema. 2a. Ed. México: CONADIC; 2008.
14. Keleher H, Armstrong R. Evidence-based mental health promotion resource. Report for the Department of Human Services and VicHealth. Melbourne: 2005.
15. Martínez MKI, Ayala VH, Salazar GM, Ruiz TGM, Barrientos CV. Programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas. Manual del terapeuta. 3a. Ed. México: CONADIC; 2009.
16. Medina MME, Hernández M, Cravioto P, Cruz Martín del Campo S, Martín del Campo R, Real T.. La Investigación en adicciones en México 2000-2006. Comisión de investigación, capacitación y evaluación operativa. México: CONADIC; 2007.
17. Monje RM, Pedrero PEJ, Fernández GM, Gallardo AF, Sanz CT. Detección precoz de conductas adictivas en atención primaria: utiliza-

ción del MULTICAGE CAD-4. Atención Primaria 2009;. 4(1): 25-32.
18. Mrazek PJ, Haggerty RJ. Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research. Washington, D.C: National Academy Press; 1994.
19. National Institute on Drug Abuse. Lecciones Aprendidas de las Investigaciones sobre la Prevención. USA: Department of Health and Human Services; 2004.
20. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre salud en el Mundo. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Francia: OMS; 2001.
21. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Salud mental en la comunidad. Washington: OPS; 2009.
22. Oropeza TR, Loyola BLP, Vazquez PF. Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína: Un Modelo Cognitivo Conductual, Principios de Aplicación. 2a. Ed. México: CONADIC; 2009.
23. Solís L. Prevención del consumo de drogas: retos y estrategias en la sociedad contemporánea. México: Centros de Integración Juvenil; 2007.
24. Thompson T, Mathias P. Lyttle's mental health and disorder. United Kingdom: Bailliére Tindall; 2000.
25. Tizón J, Ciurana R, Fernández M. Promoción de la salud mental desde la atención primaria. Libro de casos. Barcelona: Herder; 2011.
26. Vallejo J. Psiquiatría en atención primaria. Barcelona: ARS XXI; 2005.

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES EN LOS SERVICIOS DE SALUD

III.
El problema de las adicciones en el contexto del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)

Dr. Rafael Castillo Arriaga,* Dra. Margarita Blanco Cornejo,** Dra. Blanca de la Rosa Montaño***

* Director Médico del ISSSTE.
** Subdirectora de Prevención y Protección a la Salud.
*** Jefa de Servicios de Programas de Prevención y Atención Médica a Enfermedades Crónico degenerativas.

El consumo de drogas legales (tabaco y alcohol) e ilegales (marihuana, cocaína, heroína, alucinógenos, inhalables y drogas de síntesis) se ha convertido en uno de los mayores problemas de salud y seguridad pública en el mundo, y México no es la excepción.[1]

El país hoy en día se ha visto sometido a situaciones sin precedente, derivadas de un complejo proceso de transiciones de orden demográfico y epidemiológico que se interrelacionan entre sí, involucrando aspectos económicos, políticos y socioculturales que impactan al estado de salud de la población.[2]

El perfil sanitario, caracterizado por el arribo a nivel de epidemia, de los padecimientos crónicos no trasmisibles, los altos costos para tratarlos, la dificultad para la accesibilidad y disponibilidad de los servicios de salud, conforman una complejidad difícil de atender.

Es en este escenario donde se desarrolla el Sistema Nacional de Salud y donde se insertan sus programas de acción que abarcan la lucha sin descanso contra las adicciones, su prevención y atención.

Particularmente y como entidad participante en el Sector Salud, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), configura planes y programas estratégicos para la prevención de las adicciones, acordes con la política nacional, sobre todo en el ámbito laboral y familiar.

Desde su creación en 1960, el ISSSTE se propuso proteger y apoyar a los empleados públicos y a sus familias, atendiendo sus necesidades mediante el otorgamiento de diversos seguros, servicios y prestaciones, que hoy en día se han ampliado con programas de atención a las enfermedades crónicas y como eje prioritario, con el Programa de Prevención y Tratamiento de Adicciones.[3]

En la actualidad, los servicios de salud del Instituto, que incluyen la promoción de la salud, prevención, detección y tratamien-

to oportuno de enfermedades, así como la limitación del daño y la rehabilitación, se enfrentan a desafíos relevantes como son:

1. Una población derechohabiente cada vez más envejecida, cuyas personas mayores de 60 años suman 13.7%, en contraste con la media nacional de 9%. La pirámide poblacional del Instituto describe esta situación[4,5] *(Figura 1)*.

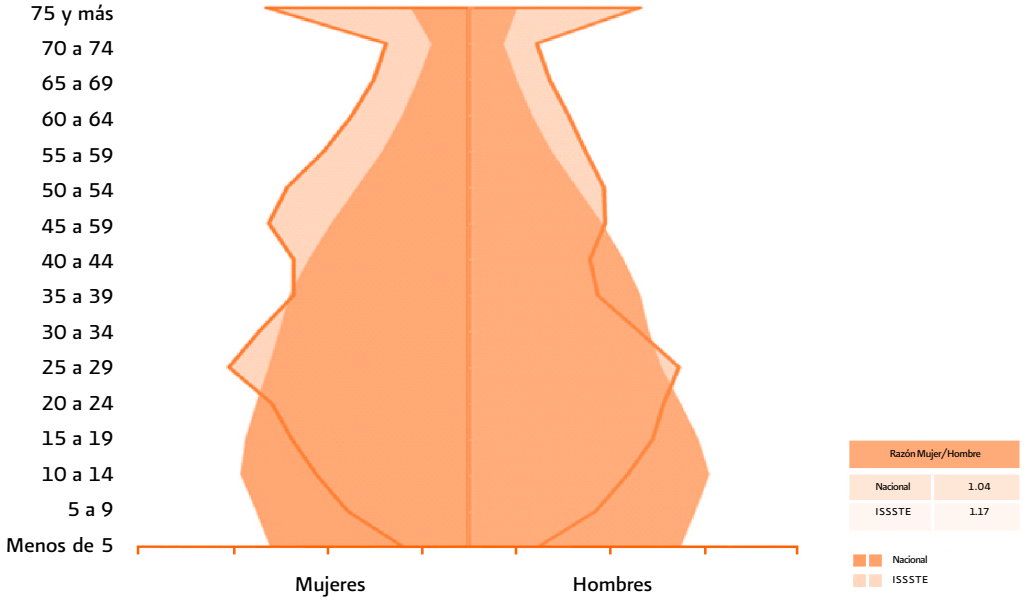
2. Incremento de la patología crónica no transmisible hasta ser considerada como epidemia, situación altamente sensible en la derechohabiencia que registra prevalencias superiores a las observadas a nivel nacional *(Cuadro I)*, para el caso de la hipertensión arterial sistémica, sobrepeso, obesidad, hipercolesterolemia y tabaquismo.[6]

3. Los cambios sociales derivados de variaciones en la dinámica y composición de la estructura demográfica, aunado a la acelerada apertura social y cultural de modernización y globalización que influyen en la vida de las personas, así como en su dinámica familiar.[7]

4. El incremento y modificación de los factores de riesgo derivados de las transiciones sociales y el acceso a drogas como el tabaco, alcohol y otras, han pasado a ser un producto más enmarcado por las leyes de la oferta y la demanda.[8]

Para contender con estos cuatro desafíos, el ISSSTE ha fortalecido sus programas estratégicos alineados a la política marcada por el Sector Salud y ha privilegiado la interdisciplina y el trabajo en equipo. Sobre todo, ha remarcado la importancia del empoderamiento de las personas, para hacerse corresponsables en el cuidado, atención, mantenimiento y mejora de sus niveles de salud. En este ámbito, la lucha contra las adicciones es un eje fundamental por lo problemático de su erradicación.

Es conveniente señalar desde este momento que, cuando se habla de *'droga,'* se atenderá a lo explicitado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como "*toda sustancia que introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más funciones físicas y psíquicas. En el campo de las adicciones, el término droga se refiere al con-*



Población Nacional, Proyecciones de población 2005-2050 CONAPO. Población a mitad del año.
Población ISSSTE. Población SIPE a febrero 2010. Población usuaria, de acuerdo a la ENSADER 2007.

Figura 1. Población Nacional y del ISSSTE por grupos de edad y sexo 2010.

Cuadro I. Prevalencia de enfermedades en el ISSSTE y su comparativo a nivel nacional.

Problemas de salud	Encuesta Derechohabientes del ISSSTE 2007	Encuesta Nacional de Salud 2006
Diabetes mellitus	13.4	14.42
Hipertensión arterial sistémico	43.2	30.8
Sobrepeso	43.3	39
Obesidad	31.1	30
Hepercolesterolemia	64.4	43.6
Tabaquismo	23.5	18.5

cepto de sustancia psicoactiva, es decir, aquella que altera algunas funciones mentales y físicas y que su consumo reiterado puede originar una adicción o dependencia".[9]

Para ahondar en el tema, el DSM IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Text Revision creado por la American Psychiatric Association) señala que, en el proceso adictivo, el *uso de drogas* se refiere al consumo ocasional; el *abuso de droga* es aquel con un uso habitual que presenta problemas legales, sociales o familiares en el trabajo, escuela, hogar, etc., y la persona no cumple con sus obligaciones en estos ámbitos; y la *adicción o dependencia* tiene componentes físicos y psicológicos, suele presentarse en usuarios frecuentes de una droga aunque el tiempo de consumo puede variar de un sujeto a otro en cuanto a la frecuencia, cantidad y tipo de droga para desarrollarla. Se caracteriza por modificaciones del comportamiento, una necesidad por consumir la sustancia psicoactiva en forma continua o frecuente a fin de lograr los efectos psíquicos y evitar los efectos por su privación, así como el consumo de la sustancia en cantidad mayor para logar los efectos esperados.[10]

En términos generales, el uso, abuso y la dependencia a las drogas, responde a un contexto complejo de causas interrelacionadas que afectan de manera importante la salud, la calidad de vida y el rendimiento en diferentes ámbitos de las personas, como la escuela, el trabajo, hogar, familia, etc., afectando principalmente a los jóvenes, quienes casi siempre por curiosidad, comienzan probando alguna droga que por desgracia es ofrecida por algún compañero de escuela o de trabajo, arriesgándose a caer en un abismo de adicción y dependencia que en muchas ocasiones acaba con su vida y no sólo con su integridad.

Aunado al daño a la salud, los costos sociales de este consumo y el impacto negativo en lo laboral, son aspectos importantes a considerar en los programas de prevención y atención de las adicciones.[11,12]

Tanto en el contexto nacional como en el internacional, la opción de intervención con mejor costo-beneficio y la que hoy por hoy es más efectiva, es el desarrollo y aplicación de programas de prevención.[8,13,14]

En este sentido, para dimensionar la magnitud del problema y contar con un diagnóstico preciso que oriente adecuadamente las acciones y los recursos, el ISSSTE cuenta con diversos estudios que enmarcan la realidad tanto a nivel nacional como al interior de la institución.

Por una parte están los resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones de 2008 (ENA), que muestra el comportamiento de las adicciones en todo el país. Al interior del Instituto están la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del Derechohabiente (ENSADER) 2007, diseñada con el propósito de contar con información confiable y precisa sobre los principales problemas de salud, y la Encuesta de Riesgos de Salud (ERES), que está alojada en una plataforma electrónica dentro del programa "*PrevenISSSTE cerca de ti*" y en la cual los derechohabientes contestan preguntas de opción múltiple a través de Internet, con el propósito de evaluar el nivel de riesgo que tiene una persona de padecer diabetes, hipertensión, cáncer (cérvico uterino, mamario y de próstata), obesidad, o de caer en alguna adicción.

Con estas tres fuentes de información, el ISSSTE desarrolló el *Programa de Prevención y Tratamiento de las Adicciones*, enmarcado en el Modelo de Atención Preventiva 'PrevenISSSTE', y en el cual se abordan los problemas de los derechohabientes con el tabaco, el alcohol y algunas otras drogas.

Respecto de la adicción al tabaco, la ENA refiere que 20.6% de los adultos entrevistados son fumadores y la prevalencia que reporta es 28%. En el ámbito institucional, la ENSADER reporta que el consumo de tabaco entre los derechohabientes fue 23.5%, mayor que la reportada a nivel nacional.[6,15] Y que la prevalencia del consumo de tabaco entre los trabajadores del Instituto, también es más alta que la re-

portada a nivel nacional, alcanzando 27%. En cuanto a la edad, el grupo con mayor consumo de tabaco es el de 18 a 29 años (34.3%) y el de menor consumo el de 60 a 69 años (16%). Los derechohabientes pensionados presentan una prevalencia menor a la de los trabajadores activos (9.4%), y dentro del grupo de pensionados, los que más fuman (23.6%) tienen de 40 a 49 años de edad, sin embargo, conforme aumenta la edad, el consumo de tabaco entre los pensionados fue menor: 10.4% entre los de 50 a 59 años y 0.2% los de 60 a 69 años de edad.[6,15] También evidenció la ENSADER, que el número de hombres que fuman es casi dos veces al de mujeres, como se puede apreciar en el *cuadro II*, y que independientemente de la edad que tengan, los hombres pensionados fuman tres veces más que las mujeres pensionadas.[6]

En cuanto a los reportes por ERES, se encontró que 17% de personas consumen actualmente tabaco. La mayor frecuencia de fumadores se encontró entre los de 35 a 49 (43%) seguido por los de 18 a 30 años (30%) y los de 50 a 64 (25%). Asimismo, a los fumadores se les preguntó sobre la percepción de su estado de salud y 71% la refieren como excelente o buena y el resto (29%) como regular.[6]

En lo referente al consumo de alcohol, la ENA reporta que los consumidores de alcohol entre la población económicamente activa, muestra que 34% de las mujeres y 56% de los hombres refieren el consumo de esta sustancia. En cuanto al abuso/dependencia, ésta es de 10.5% para los de 18 a 29 años, seguido por los de 30 a 39 con 7.5%; de 7.1% en los de 40 a 49 años de edad y de 5.8% para los de 50 a 65 años.[15]

En el ámbito institucional, la ENSADER registró que 28.7% de los derechohabientes reconocen haber consumido bebidas alcohólicas en el pasado, negando su consumo al momento de la encuesta. En tanto 23.8% refiere su consumo sin haber llegado a la intoxicación durante el último mes. Asimismo, 20.2% de los derechohabientes refirió beber alcohol, llegan-

do a consumir al menos cinco copas en una ocasión durante el último mes. Entre los hombres resulta casi tres veces mayor el consumo de cinco copas por ocasión en el último mes comparado con las mujeres[4] situación más alta que la reportada por la ENA. Se observó también que los trabajadores activos jóvenes reportan haberse intoxicado con alcohol con mayor frecuencia en el mes previo a la encuesta, y que la cuarta parte de los trabajadores activos de 18 a 29 años y de los 30 a 39 años documentan esta conducta de riesgo. El porcentaje de personas que consume alcohol disminuye conforme el grupo de edad es mayor. [6] El *cuadro III* muestra las prevalencias por edad y tipo de derechohabiente:

En lo que respecta al panorama que ofrece la ERES, hasta mayo de 2012 se tienen un total de 238,390 cuestionarios respondidos y se identificó que 70% (166,122) señala no consumir alcohol y el resto son consumidores actuales (72,268); de estos últimos 59.8% son hombres y 40.2%, mujeres.

Dentro del grupo de hombres destaca que en aquéllos que refieren abuso de alcohol (537) 14.9% son menores de 18 años y 55% se agrupan entre los 35 a 59 años de edad, mientras que en las mujeres de las que reportan abuso de bebidas embriagantes (233) cerca de la mitas de ellas (48.5%) son menores de 18 años y 39% se encuentran entre los 18 y 54 años de edad, lo que muestra las diferencias entre estos grupos.

Asimismo, se pudo identificar que existen 55 mujeres que al responder el cuestionarios de ERES se ubicaron con dependencia a bebidas alcohólicas mientras que en hombres fueron 323 y de nueva cuenta los grupos de edad con mayor frecuencia de este patrón de consumo se encuentran entre los de 35 a 59 años para los varones y de 18 a 54 años de edad en la población femenina.

En lo referente al consumo de otras drogas, el panorama epidemiológico sólo se tiene documentado a nivel nacional por los datos ofrecidos por la Encuesta Nacional de Adicciones, en ella, la población mexicana

Cuadro II. Prevalencias de fumadores actuales según tipo de derechohabientes del ISSSTE y sexo.

Categoría	Activo	Pensionado	Total
Hombres	35.3	13.3	31.0
Mujeres	18.9	5.8	13.2

Fuente: ENSADER 2007. México.

Cuadro III. Prevalencias de consumo de alcohol según edad y tipo de derechohabiente ENSADER 2007.

	Trabajador activo		Pensionado		Total	
Grupo de edad (años)	Toma y no se intoxica	Toma y se intoxica*	Toma y no se intoxica	Toma y se intoxica*	Toma y no se intoxica	Toma y se intoxica*
18-29	29.9	27.6	-	-	29.9	27.6
30-39	23.9	27.0	33.1	-	24.0	26.9
40-49	24.4	20.2	16.6	19.1	24.2	20.2
50-59	26.3	19.5	18.6	9.8	24.5	17.2
60-69	19.4	26.8	20.2	8.2	19.9	14.2
70 y más	7.8	6.8	17.8	4.8	17.4	4.8
Total	25.0	23.2	19.1	7.9	23.8	20.2

de 12 a 65 años de edad, es donde se aprecia una prevalencia de alguna vez en la vida con un 5.7%. Las drogas ilegales de mayor consumo son la marihuana (4.2%), la cocaína y el crack con prevalencias en ambas de 2.4%.[15]

Al analizar por población económicamente activa, 2.8% reportaron consumo de drogas en el último mes y 4.3% en el último año.

Asimismo, al preguntárseles si contaban con algún tipo de seguridad social, los que refirieron tener ISSSTE, 0.9% refirió consumo de cualquier tipo de droga en el último mes y 1.5%, en el último año.[15]

Es éste el panorama al que se enfrenta la institución y se expondrá la respuesta programática que se ha dado a este fenómeno multicausal y multifactorial, que mucho ocupa al Instituto y que afecta a los padres de familia, ante lo irrefutable que resulta la evidencia de los devastadores efectos que provocan las adicciones en las personas, y, sobre todo, en los jóvenes mexicanos.

UNA RESPUESTA INTEGRAL, CONDICIÓN NECESARIA PARA ENFRENTAR A LAS ADICCIONES: LA PREVENCIÓN EN EL ISSSTE

El ISSSTE, como parte del Sector Salud y con plena conciencia de la gravedad del problema de las adicciones, desarrolla acciones preventivas de alto impacto y de beneficio para la población derechohabiente, a través del *Programa de Prevención y Tratamiento de Adicciones*, que forma parte del Modelo de Atención Preventiva del Instituto.

Este modelo está constituido como un sistema dinámico de estrategias y acciones con un enfoque esencialmente anticipatorio al daño, orientado al otorgamiento de servicios preventivos y de promoción de la salud, particularmente en el primer nivel de atención. Plantea el logro de resultados tanto cuantitativos como cualitativos, sustentados los primeros en acciones de detección oportuna y control de enfermedades, y los segundos, en mejora de la calidad de vida, ganancias en la capacidad funcional y disminución de riesgos en la población derechohabiente.

La evidencia médica y los sistemas de información y comunicación conforman la inteligencia médica del modelo que propulsa hacia una adecuación permanente de la organización y la gestión, a través de la realineación de esfuerzos y acciones, fortaleciendo al capital humano de tal manera que se asegure un servicio de atención primaria de calidad. En la *figura 2* se muestra gráficamente en un esquema este modelo desde su perspectiva conceptual.

La operación del modelo se fundamenta en el aprovechamiento de las potencialidades del trabajo del equipo multidisciplinario, y en la búsqueda de mayor coherencia entre procesos y actores participantes. Asimismo, en la coordinación intra e interinstitucional e intersectorial, y en la mejora de los perfiles profesionales de las personas responsables de las principales funciones asistenciales.

Un aspecto sustantivo de este modelo, como se puede ver en el esquema, es el de la Educación para la Salud, enfocada a promocionar y mantener la salud de la población derechohabiente, promoviendo el autocuidado y el empoderamiento, con el propósito de que las personas tomen el control de su salud y sean corresponsables con la institución.

En este sentido, en cuanto a la prevención de las adicciones, el modelo tiene como propósito fundamental, estimular los factores de protección que fortalecen la salud, incluyendo el no consumo o disminución del uso, abuso y dependencia de drogas y la reducción del impacto de los factores de riesgo. El modelo desarrolla un programa de prevención, detección y tratamiento de las adicciones, que incluye la planeación e implementación de estrategias orientadas a informar y concientizar al derechohabiente sobre los efectos destructivos de las drogas, y a destacar los factores que protegen o reducen su uso, abuso y dependencia, a través del proceso de empoderamiento de las personas.[8,11,12]

Cuando se está ante una situación de adicción a alguna sustancia, el modelo incluye el tratamiento y la canalización en su caso,

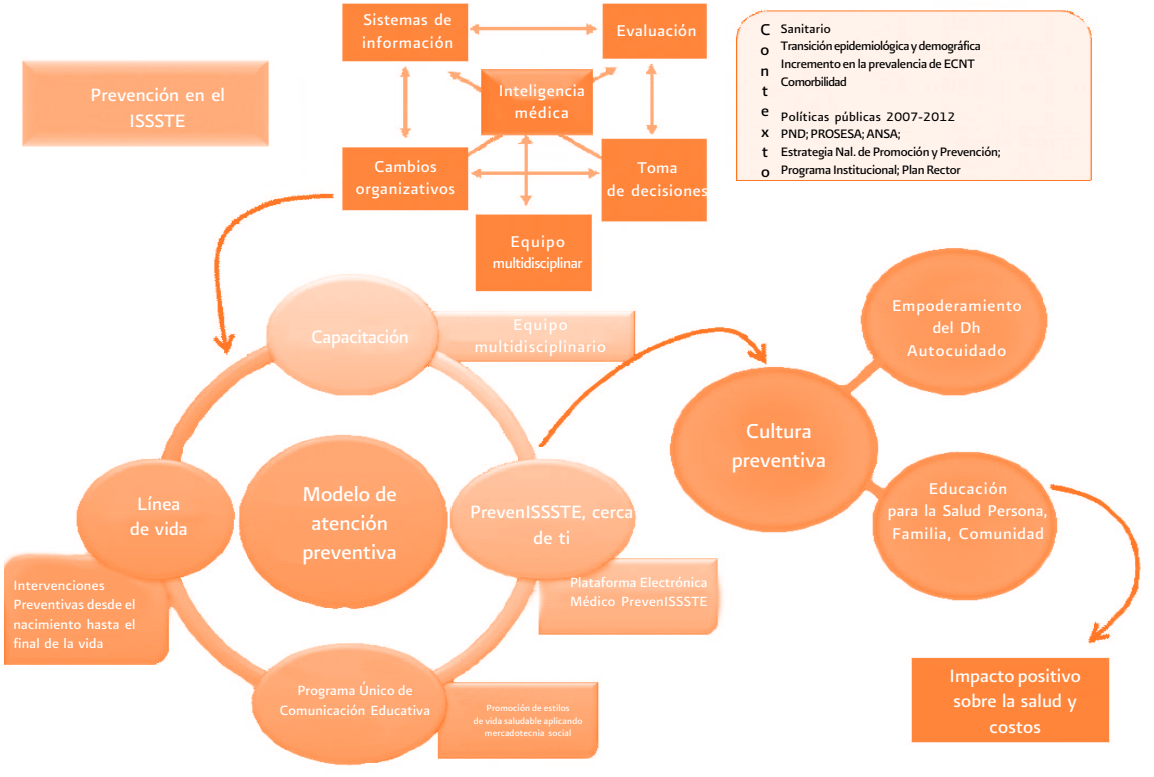

Prevención en el ISSSTE
Sistemas de información
Evaluación
Inteligencia médica
Cambios organizativos
Toma de decisiones
Equipo multidisciplinar
Contexto
Sanitario
Transición epidemiológica y demográfica
Incremento en la prevalencia de ECNT
Comorbilidad
Políticas públicas 2007-2012
PND; PROSESA; ANSA;
Estrategia Nal. de Promoción y Prevención;
Programa Institucional; Plan Rector
Capacitación
Equipo multidisciplinario
Línea de vida
Modelo de atención preventiva
PrevenISSSTE, cerca de ti
Intervenciones Preventivas desde el nacimiento hasta el final de la vida
Plataforma Electrónica Médico PrevenISSSTE
Programa Único de Comunicación Educativa
Promoción de estilos de vida saludable aplicando mercadotecnia social
Empoderamiento del Dh Autocuidado
Cultura preventiva
Educación para la Salud Persona, Familia, Comunidad
Impacto positivo sobre la salud y costos

Figura 2.

a centros e instituciones de salud especializados, tanto del propio Instituto como de otras instituciones.

OBJETIVOS EN LA PREVENCIÓN DE ADICCIONES EN EL ISSSTE

El *Programa de Prevención y Control de Adicciones* se enmarca en el principio de la reducción de la demanda o del consumo, a través de las medidas preventivas dirigidas a todos los derechohabientes: niños, jóvenes, población laboral y la familia.

En la prevención de las adicciones se tienen los siguientes objetivos, mismos que están alineados a lo dispuesto por la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC) y en concordancia a lo establecido por el Centro Nacional para la Prevención y Control de las Adicciones:

1. Promover una conciencia social sobre la importancia de los problemas y daños a la salud relacionados con las drogas, sobre la forma de evitarlos y la importancia de que los derechohabientes en su conjunto, sean parte activa de la solución.

2. Aumentar las capacidades y habilidades personales de resistencia a la oferta de sustancias psicoactivas, con el impulso a la clarificación del proyecto de vida.

3. Evitar el uso y, en lo posible, la transición hacia el abuso y la dependencia.

4. Reducir el daño en aquellos derechohabientes que han iniciado un proceso de adicción, contando para ello con la colaboración de los Centros Nueva Vida, los Centros de Integración Juvenil, los grupos de Alcohólicos Anónimos, y otras instituciones como el Instituto Mexicano de Psiquiatría.

5. Participar activamente en las campañas y acuerdos sectoriales de prevención de adicciones a que convoque la CONADIC.

De acuerdo con estos objetivos y con base en los *"Lineamientos para la Prevención y Atención de las Adicciones en el Ámbito*

Laboral Mexicano" que el CONADIC ha publicado, el modelo retoma las tres modalidades de prevención:

- *Prevención universal* se dirige a la población en general, busca fomentar habilidades para la vida, para impedir o retrasar la edad de inicio en el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.[16,17]
- *Prevención selectiva* se dirige a un subgrupo con mayor riesgo, es decir, a aquellas personas que pueden haber reportado consumo y que pueden continuar con esta práctica y en consecuencia adquirir dependencia. Busca evitar el consumo problemático.
- *Prevención indicada* se dirige a grupos de personas que ya han mostrado indicios de consumo de sustancias psicoactivas y problemas de conducta asociados al mismo.[16,17]

Esto da pie a enmarcar las acciones y programas estratégicos en el Instituto, a través de cuatro ejes de acción.

EJES DE ACCIÓN

1. Plataforma PrevenISSSTE cerca de ti.

   a) Módulo de abuso de sustancias adictivas, alcohol y tabaco.

   b) Centro de Atención Telefónica y Médicos PrevenISSSTE.

2. Campaña Nacional de Información para una Nueva Vida.

3. Programa de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo.

   a) Modelo Institucional de consejería para dejar de fumar.

   b) Clínicas de Tabaquismo.

   c) Edificios Libres de Humo de Tabaco.

4. Programa de Prevención y Tratamiento del Alcoholismo.

Enmarcados en este contexto de acción, con estos lineamientos y estrategias, el ISS-

STE desarrolla en todas las unidades médicas y ámbitos laborales, las actividades preventivas y de promoción de la salud.

Plataforma PrevenISSSTE cerca de ti

En el año 2010, el ISSSTE implementó una estrategia electrónica que permite acercar los servicios de salud a los derechohabientes, fomentando el auto cuidado de la salud para prevenir y retrasar los daños ocasionados por las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), utilizando una página en Internet a la que se ha llamado "PrevenISSSTE cerca de ti" (http://ww.prevenissste.gob.mx).

En ella se ofrece a los derechohabientes el acceso a materiales educativos; herramientas tecnológicas para la promoción de estilos de vida saludables; la encuesta que ya se ha señalado previamente, llamada ERES (Encuesta de Riesgos en Salud), que de manera muy sencilla y personalizada, permite evaluar el estado de salud y asignar un nivel de riesgo para desarrollar alguna enfermedad o adicción.

- Módulo de abuso de sustancias adictivas alcohol y tabaco

En la plataforma se ofrece también un módulo educativo sobre el abuso de sustancias llamado *"Nueva Vida"* en el cual se recomiendan acciones sencillas para evitar o disminuir problemas asociados con el consumo de drogas, alcohol y tabaco, promoviendo la reflexión al cambio y la reducción del consumo. Integra información sencilla y clara sobre: *aprender sobre las drogas*, se expone a través de preguntas y respuestas sobre lo más relevante en cuanto al uso y abuso de sustancias; *información para jóvenes, mitos y realidades de las drogas; información para padres; peligro del consumo de drogas; y cómo proteger a la familia*.

Además, otra sección denominada *habilidades para la vida* donde se exponen las preguntas *¿cómo mejorar mi relación con los demás?, ¿cómo puedo controlar mejor mis emociones?* y *¿cómo solucionar mejor mis problemas?* La *figura 3* muestra la pantalla de este módulo.

Todos estos temas forman parte de la *Campaña Nacional de Información para una Nueva Vida*, rectora de los esfuerzos sectoriales comandados por el CONADIC.

- Centro de atención telefónica y médicos PrevenISSSTE

Como un apoyo a esta plataforma electrónica, se han implementado también dos estrategias adicionales: Un Centro de Atención Telefónica (CAT) para la asesoría personalizada, con un equipo de profesionales de la salud que brindan orientación y recomendaciones para adoptar hábitos de vida saludable, y otra también eminentemente preventiva llamada *"Médicos PrevenISSSTE"*.

Estos médicos, en el primer nivel de atención, tienen acceso a la información que el derechohabiente reportó en ERES, por lo que conocen sus niveles de riesgo y proceden en consecuencia con cada uno de los trabajadores aparentemente sanos. El objetivo de estos médicos es el de integrar

Figura 3.

diagnósticos oportunos y dar continuidad a las acciones de orientación al paciente para su empoderamiento, ya que además ofrecen consejería y en caso de detectar algún problema de uso, abuso o dependencia, derivan al paciente a los Centros Nueva Vida, a los Centros de Integración Juvenil o a algún grupo de Alcohólicos Anónimos, o en casos de tabaquismo positivo, el usuario es derivado a alguna Clínica de Tabaquismo que el propio Instituto tiene.

Campaña Nacional de Información para una Nueva Vida

Desde su lanzamiento en 2008 por el Gobierno Federal a través del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y el Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC), el ISSSTE se ha sumado a esta estrategia con el mismo objetivo de capacitar, orientar e informar a la población sobre los riesgos de las adicciones, formando parte de la Red de Promotores Nueva Vida.[18]

La intervenciones que se hacen en estas Campañas, han demostrado que los individuos que reciben ayuda de intervenciones breves a través de médicos, enfermeras, psicólogos y en general del equipo de salud, muestran una mayor reducción en el consumo de drogas, que trae como consecuencia un beneficio directo para los pacientes y para su entorno social.[19]

Por ello, la institución ha capacitado al personal médico, de trabajo social y psicología del primer nivel de atención, como *promotores contra las adicciones*, para ofrecer a los derechohabientes la orientación, detección y consejería necesaria para contender con las consecuencias del consumo de drogas, y sensibilizar ya sea a nivel individual o en talleres y prácticas grupales, a toda la población sobre los factores de riesgo y de protección que se tienen, para evitar caer en alguna adicción.

Estas actividades se llevan a cabo en diferentes ámbitos del Instituto, como son los *Módulos PrevenISSSTE*, los consultorios de las unidades médicas, y con el *Médico PrevenISSSTE*, aplicando una estrategia de *los*

cinco pasos llamada IDEAS (Indaga, Dialoga, Establece metas, Acompaña en el proceso de cambio, y Seguimiento).

Para llevar a cabo las acciones de esta Red, se utilizan los ejemplares del material de la *"caja de herramientas"* (*Figura 4*).

La Campaña tiene un componente muy relevante de habilidades para la vida en niños y jóvenes, y el Instituto ha tenido participación a través de personal de las Estancias para el Bienestar y Desarrollo Infantil (EBDI), donde se tiene un notorio reconocimiento de la importancia de la etapa formativa en la primera infancia y se incorpora una perspectiva educativa a la atención brindada a los niños. La misión de estos espacios es otorgar servicios de atención para el Bienestar y Desarrollo Infantil, que ase-

Figura 4.

gure la integridad de los niños, garantice su seguridad, propicie su aprendizaje y su formación, evitando el acercamiento con sustancias psicoactivas.

Es de fundamental importancia promover entre las personas desde temprana edad, el riesgo de caer en adicciones. La esencia de estas acciones fomenta el empoderamiento, el fortalecimiento de la resiliencia (capacidad de hacer frente a las adversidades, superarlas y salir de ellas fortalecido) y la realización individual.[17]

Si bien es cierto que durante muchos años el trabajo de prevención de adicciones iniciaba a partir de los 14 años, las evidencias científicas han demostrado que no solo es importante informar de los daños a la salud y las implicaciones sociales y personales que lleva el uso, abuso y dependencias de sustancias psicoactivas, sino que una mejor protección contra la dependencia de las drogas, recae en una formación de la personalidad, fuerte y estable, en la confianza en uno mismo y en sus habilidades, y en un entorno de respeto, afecto y comprensión. Es en la niñez temprana, donde se puede intervenir efectivamente, cuando se están desarrollando estas habilidades y esta estructura de la personalidad.[17,18]

De este modo, en el Instituto, el trabajo preventivo actualmente inicia a edad temprana y se dirige también a padres y trabajadores de las EBDI's.

Programa de prevención y tratamiento del tabaquismo

• Modelo Institucional de Consejería para dejar de fumar

El Modelo Institucional de Consejería para dejar de fumar, se desarrolló en concordancia con los lineamientos emitidos por el CONADIC, para que el personal médico, de enfermería, psicología, nutriología, odontología y trabajo social proporcione ayuda a las personas que quieren dejar de fumar, basándose en las experiencias más exitosas a nivel mundial y en el conocimiento científico que actualmente está disponible.[20]

El modelo contempla, además, los principales objetivos señalados en el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) que la OMS desarrolló como una iniciativa internacional y multilateral, que tiene como propósito hacer retroceder la epidemia mundial de tabaquismo y evitar que más personas mueran por esta causa. México firmó desde el año 2004 este Convenio y adquirió diferentes compromisos entre los que destacan:

- Advertir sobre los riesgos que produce el consumo de tabaco.
- Proteger la salud de la población de los efectos nocivos que produce.
- Privilegiar la prevención del inicio del consumo de tabaco y
- Ayudar a quienes fuman a dejar de hacerlo.

Para dar respuesta a estos retos, las acciones del Sector Salud deben estar prioritariamente dirigidas al Primer Nivel de Atención, por la cantidad de personas que demandan este servicio y la oportunidad que representa, en coordinación con los otros niveles de atención en un trabajo multidisciplinario e interinstitucional.[21]

La estrategia contra el consumo del tabaco desarrollada en el ISSSTE tiene como propósitos:

- Evitar su consumo.
- Aumentar el número de personas que se interesen en dejar de fumar.
- Disminuir su consumo entre quienes fuman y no contemplan aún la posibilidad de abandonarlo.

Se tiene a disposición del derechohabiente, todo tipo de apoyos, consejería, tratamiento médico y psicológico, para salir del problema y para que cada vez sean menos los que de forma involuntaria corran el riesgo de convertirse en fumadores pasivos.

Está demostrado que el abuso en el consumo de tabaco se asocia con muerte y discapacidad secundarias a diversos tipos de cáncer, afecciones cardiovasculares, padecimientos respiratorios y bajo peso al nacer, entre otros problemas, por lo que constituye uno de los factores de riesgo de enfermedad y muerte más importantes en el país y en el Instituto.[21,22]

Las investigaciones sobre las adicciones han permitido conocer los procesos por los que las personas pasan desde el inicio de la adicción. Actualmente es bien conocido que una persona que fuma, se encuentra dentro en un proceso que tiene bien enmarcadas seis etapas de la adicción:

1ª. Pre-contemplación.

2ª. Contemplación.

3ª. Preparación.

4ª. Acción.

5ª. Mantenimiento.

6ª. Recaída.

Las intervenciones en cada de una de estas fases permite alcanzar el objetivo de que la persona comience o abandone el consumo de tabaco, haciendo del modelo una estrategia inteligente, toda vez que dependiendo de la fase o etapa en la que se encuentre un paciente, es la acción dirigida que se le proporciona.

Una importante consideración a resaltar, es que el manejo del tabaquismo no es solamente un asunto de especialistas, se trata de trabajo en equipo donde participa todo el personal de salud en colaboración con la familia o las personas cercanas.[20]

La participación del equipo de salud en las unidades médicas es primordial para el éxito de este modelo y sus funciones incluyen, entre otras:

- Detección oportuna de la persona que fuma.
- Tamizaje de las personas que fuman.
- Consejería a las personas que lo solicitan.
- Prescripción de tratamiento farmacológico para dejar de fumar.
- Referencia a tratamiento o manejo especializado a la unidad médica o a la institución más accesible para el paciente.
- Invitación y registro a terapia grupal, grupos de ayuda mutua y clubes de ex fumadores.

- Seguimiento y control para mantenimiento.

De esta forma, el Modelo Institucional de Consejería para dejar de Fumar, es una metodología que consiste en cinco pasos mediante los cuales el profesional de la salud guía a la persona para dejar de fumar. Se interviene en cualquier momento en el que el paciente acude a la unidad médica. Esta estrategia ha sido probada en diversos estudios obteniendo importantes resultados.[18,20]

Los pasos de la consejería para dejar de fumar son:

Averigüe; Aconseje; Acuerde; Apoye, Anticipe.[23]

- *Averigüe:* El primer paso consiste en saber si la persona fuma. Si no es fumador, se hace realimentación positiva y se le felicita. Si es fumador comienza la consejería con acuerdo con el paciente y se pregunta por las características del consumo de tabaco. Se busca conocer el grado de adicción del paciente y para ello se aplica la cédula de detección y tamizaje de tabaquismo, incluido el test de Fagerström para calificar la severidad de la dependencia de la nicotina.[20]

En esta parte del inicio del proceso de consejería es fundamental reconocer la fase en la que está el paciente y en su caso, las razones que puede tener y que le pueden ayudar para dejar de fumar.

El equipo de salud utiliza un esquema que guía para la toma de decisiones en cada paciente, el cual se muestra a continuación *(Figura 5)*:[20]

Los pacientes que son identificados con dependencia severa, requerirán intervenciones especializadas en la unidad de salud o en los Centros Nueva Vida, los Centros de Integración Juvenil (CIJ), el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y el Instituto Nacional de Cancerología, entre otros.

- *Aconseje:* Aquí, el equipo de salud proporciona información con evidencia cien-

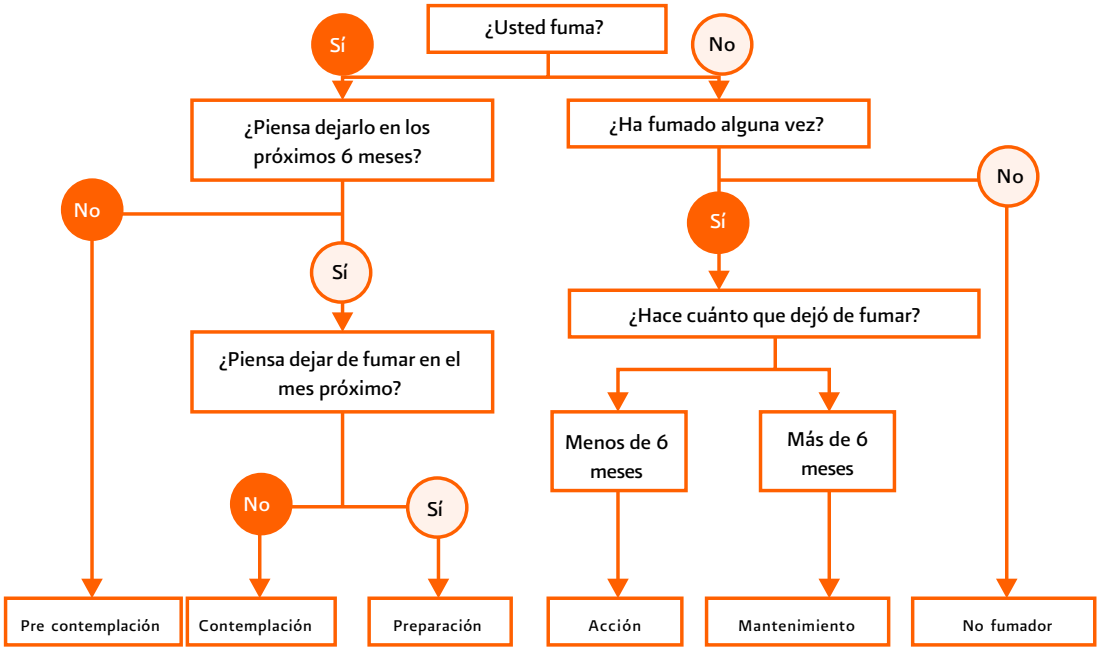


Figura 5. Proceso para establecer etapa de proceso de cambio del paciente.

tífica sobre los riesgos a la salud que implica el fumar o estar expuesto al humo del tabaco. Se utilizan herramientas como tarjetas con frases que apoyan para proporcionar una mejor información y dar refuerzos positivos.

- *Acuerde:* En este paso se prepara al paciente para que en el momento más adecuado, pueda dejar de fumar, y se le explica que no va dejar de fumar en la primera visita y, mucho menos, que esto sea una imposición del equipo de salud.

  En este paso se diseña el plan individual para dejar de fumar, y se valora si el paciente es candidato a alguna terapia farmacológica, y si se requiere valoración por algún especialista o por personal del siguiente nivel de atención o por los centros de tratamiento de tabaquismo de instituciones ya señaladas.[20]

- *Apoye:* El paso cuatro corresponde al apoyo que requieren los pacientes cuando inician el proceso para dejar de fumar. Aquí el papel del psicólogo es de fundamental importancia para el mantenimiento de la decisión y para obtener técnicas y estrategias que le permitan sostenerse en su elección de una nueva vida. Es también fundamental en este nivel, la participación en grupos de ayuda y de terapia. Adicionalmente, y como ya se había señalado al inicio de este capítulo, en el Instituto se cuenta con el servicio vía telefónica los 365 días del año, del Centro de Atención Telefónica de *PrevenISSSTE cerca de ti* 01800 012 23 50 donde psicólogos especialistas en adicciones podrán ayudar al paciente a mantenerse sin fumar en momentos cruciales del proceso.

  En este punto es también muy importante el apoyo de una red social de familiares, amigos, compañeros de trabajo y las personas que están en contacto con el paciente, las estrategias de apoyo social aumentan la eficacia de la consejería hasta en 50%.[24]

El apoyo farmacológico también es fundamental en estas etapas, sin embargo, por su

especificidad, se verá en un apartado que más adelante se ha descrito como la "Clínica de Tabaquismo".

- *Anticipe:* La última fase del modelo consiste en comentar con el paciente que puede ser posible que presente algunos síntomas por suspender el consumo de tabaco, el "síndrome de abstinencia".[25]

  La presencia de un síndrome de abstinencia a la nicotina muy intenso, es la principal causa por la que las personas vuelven a fumar. Los apoyos social y farmacológico son importantes en esta fase para superar las molestias del síndrome de abstinencia a la nicotina.[20]

  El seguimiento aquí es crucial para valorar el éxito del tratamiento recibido y, sobre todo, para evitar en lo posible las recaídas.

  Las recaídas son entendidas como parte del proceso de cambio y no como un fracaso del tratamiento. La experiencia recopilada en esta fase permite al equipo multidisciplinario hacer un mejor acompañamiento con el paciente. Se instruye al personal a realizar llamadas telefónicas o por correo electrónico para mantener comunicación con el paciente, sobre todo en los primeros meses de iniciado el proceso.

  Una vez concluido el tratamiento, se cita al paciente cada tres meses para poder seguirlos y prevenir las recaídas.[18] El equipo de salud tiene como lema el siguiente, en una surte de reforzador y motivador para el propio integrante del equipo: *"La persona que fuma recordará para siempre a quién le ayudó a dejar de fumar"*.

Son estas acciones las que conforman y consolidan el programa institucional de consejería para dejar de fumar. Sin embargo, por lo complejo del problema, se requiere de la participación de otra serie de recursos y estrategias, para dar una batalla integral a este problema multicausal y multifactorial.

- Clínicas de Tabaquismo

Este segundo apartado del Programa de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo,

si bien es parte del *Modelo Institucional de Consejería* para dejar de fumar, merece una mención especial por el tipo de actividad y por los esfuerzos realizados en el Instituto para ampliar la protección a los derechohabientes que lo necesitan.

Hoy en día se tienen 72 clínicas de tabaquismo, las cuales cuentan con personal calificado para poder brindar este servicio en todo el país.

Con lineamientos claros, se brinda apoyo farmacológico y psicológico en cada una de las clínicas. El médico es el responsable de que el paciente reciba el fármaco adecuado a su fase de dependencia y a las complicaciones que pudiera presentar. Por su parte, el psicólogo brinda apoyo a los derechohabientes por medio de sesiones grupales e individuales. En estas últimas se contemplan por lo menos 10 sesiones durante la fase de apoyo farmacológico.

Los tratamientos farmacológicos disponibles en el Instituto son reemplazo con nicotina y medicaciones no nicotina.

- Remplazo con nicotina: En la terapia de reemplazo, el fármaco se administra en la cantidad suficiente para disminuir los síntomas del síndrome de abstinencia, pero insuficiente para causar dependencia. Son de dos tipos:

  A) La goma de nicotina: Ha demostrado casi el doble de porcentaje de éxitos del tratamiento, con escasos eventos adversos.[26,27]

  B) El inhalador de nicotina: Combina las estrategias de sustitución farmacológica y conductual. Es absorbido en la boca y en parte en los pulmones. Es útil para sustituir la conducta de inhalar por los cigarrillos, aumentando al doble el éxito del tratamiento con respecto al placebo inhalado. Los efectos colaterales incluyen irritación de la boca y garganta, y tos. [26,27]

- Medicaciones no-nicotina: Sobre todo se utiliza el Tartrato de Vareniclina, ya que este medicamento ha demostra-

do ser más eficaz que el Bupropión e incluso en algunos pacientes, que la terapia de reemplazo con nicotina.[27] Se recomienda usar el tratamiento durante 12 semanas como mínimo y se valoran los resultados. En algunos pacientes se puede repetir el tratamiento.

La Vareniclina también es efectiva para disminuir significativamente los síntomas del síndrome de abstinencia, ya que también tienen poder ansiolítico.[24]

Adicionalmente, se mantiene estrecha coordinación con la *Clínica de Tabaco del Hospital General de México* de la SSA, para llevar a cabo programas de capacitación a profesionales del Instituto, así como con el *Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias* (INER) con quien se efectúa el curso de *"Monitores en Prevención de Tabaquismo"* que se lleva a cabo desde 2008.

Asimismo, se realizan actividades relacionadas con el *"Día Mundial sin Tabaco"* y con el *"Día Mundial de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica"* (EPOC), una de las más frecuentes complicaciones de este problema de adicción.

• Edificios libres de humo de tabaco

El tercer aspecto del Programa de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo son los *"Edificios Libres de Humo de Tabaco"*.

El ISSSTE está comprometido con los derechohabientes, para ofrecer a trabajadores y pensionados, espacios, dependencias e inmuebles con aire limpio del humo de tabaco. Por ello, se han realizado pláticas de sensibilización sobre ambientes libres de humo de tabaco en hospitales y oficinas administrativas del ISSSTE y se han implementado en algunas de ellas, módulos denominados "Entornos Saludables en Centros de Trabajo".

Una de las funciones de estos centros es la capacitación a '*Equipos Promotores de Salud*', compuestos por personal de mandos medios y de base, que se encargan de sensibilizar al personal en temas de salud, principalmente sobre alimentación saludable, actividad física y adicciones. Asimismo, en un

trabajo conjunto con el equipo de salud de las Delegaciones, se busca la acreditación de *'Edificios Libres de Humo de Tabaco'.*

En relación con la promoción, se utilizan folletos y se implementan campañas masivas de prevención como *"El cigarro apaga tu vida ¡Apágalo!"* con programas de radio, carteles, separadores y calcomanías que se distribuyen en las unidades médicas, en los edificios delegacionales y en las oficinas del Gobierno Federal y local.

Estos materiales fueron sancionados por el CONADIC, en la *figura 6* se ejemplifican algunos de ellos.

Programa de Prevención y Tratamiento del Alcoholismo

El cuarto Eje de Acción está conformado por la prevención y el tratamiento del alcoholismo en la institución.

Con el conocimiento de que el abuso del alcohol y el alcoholismo están asociados a enfermedades crónicas, violencia familiar, ausentismo laboral y accidentes de trabajo y de tránsito, así como al uso de sustancias adictivas ilegales, el ISSSTE estableció esta estrategia de salud, orientada a desalentar el consumo del alcohol y a abatir las afectaciones subsecuentes.

Como se mencionó al inicio de este capítulo, en México, diversos estudios han documentado el inicio cada vez más temprano de la ingesta excesiva de alcohol, lo que ha derivado en que los adolescentes muestren un incremento notable en síntomas de abuso y dependencia. Aunado a esto, las mujeres se han incorporado al mercado de consumo y han adoptado modelos de varones en la forma de beber, por lo que también muestran con mayor frecuencia estos síntomas.[11,28]

El abuso y dependencia del alcohol es el causante de diversas enfermedades entre las que destacan: cirrosis hepática, cáncer, desórdenes neuropsiquiátricos, diabetes, daños al corazón, alteraciones fetales si lo consume la mujer embarazada, así como estar vinculado a situaciones indeseables como el suicidio.

EL CIGARRO APAGA TU VIDA
¡Apágalo!
Gobierno Federal
¡Vas a vivir mejor!
Si DEJAS de FUMAR
Podrás respirar mejor y te cansarás menos.
Mejorará tu circulación sanguínea.
Disminuirá tu posibilidad de sufrir infarto, enfisema y cáncer pulmonar.
Deja el cigarro, es una ADICCIÓN.
Solicita ayuda las 24 horas
CONADIC 01800-911-2000
Centros de Integración Juvenil 01(55) 52-12-12-12
Programa de Prevención de Adicciones, PREVENISSSTE
Un nuevo
ISSSTE
Para servirte mejor
Vivir Mejor
EL CIGARRO APAGA TU VIDA
¡Apágalo!
Un nuevo
ISSSTE
Para servirte mejor

Figura 6.

Se ha estimado que por sí mismo, el abuso de alcohol ocasiona hasta 9% de la carga total de enfermedad a nivel nacional, tanto en su contribución a la mortalidad prematura, o como consecuencias de lesiones no intencionales.

En el ISSSTE, los médicos y el personal de salud calificado del primer nivel de atención, tienen la posibilidad de identificar de manera temprana a derechohabientes con algún problema en su consumo de alcohol y pueden con ello, incrementar las probabilidades de detección oportuna y de tratamiento temprano y adecuado. Para ello, se cuenta con cuestionarios estandarizados que constituyen valiosas herramientas para la detección de riesgo de padecer alcoholismo.

Este tipo de instrumentos permiten realizar un tamizaje, es decir, una detección precoz, para un diagnóstico temprano.

Son instrumentos sencillos de aplicar y tienen valor desde el punto de vista clínico y epidemiológico. Se utilizan: El AUDIT por sus siglas en inglés (Alcohol Use Disorders Identification Test), desarrollado por la OMS, validado para México, es de autoaplicación y existen dos versiones, de 10 ítems y uno breve de tres.[29]

También se utiliza el cuestionario CAGE acrónimo en inglés de Cutting-downm Annoyande, Guilty & Eye-opener, que consta de solo cuatro ítems y explora aspectos subjetivos de la persona en relación con su consumo de alcohol y abstinencia alcohólica.[29]

Estas actividades se complementan con la colaboración de la Central Mexicana de Servicios Generales de *Alcohólicos Anónimos*, y con *Alcohólicos Anónimos* "*Sección México*" quienes realizan actividades en las unidades médicas, a nivel nacional, a través de orientación a derechohabientes, durante la Semana Nacional de Información "*Compartiendo Esfuerzos*" que se realiza anualmente desde 2009. El objetivo de estas jornadas es concientizar y sensibilizar a la población mexicana en general y a los de-

rechohabientes en particular, sobre los problemas que el alcoholismo causa, así como facilitar la transmisión persona a persona del mensaje de vida de Alcohólicos Anónimos en todos los ámbitos y sectores de la sociedad.

Las acciones que se llevan a cabo incluyen sesiones de información, pláticas, instalación de módulos informativos en las Delegaciones y en las unidades médicas del ISSSTE, y mensajes en áreas de hospitalización y centros de trabajo, con la distribución de folletos, trípticos y material de promoción a la salud, específicamente sobre el alcoholismo.[30]

De igual manera, se realiza coordinación con el *Comité de Instituciones Hospitalarias de AA* para la realización de "*Semanas de la Salud*" que se llevan a cabo dos veces por año desde 2009, y donde también se imparten pláticas y se difunde material educativo para prevenir el consumo de alcohol.

La filosofía de AA, de acompañamiento y recuperación personal y sobriedad continua, hacia una vida plena, engarza de manera armónica con los objetivos y los programas del Instituto.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

El Programa de Prevención y Control de Adicciones en el Instituto está enmarcado dentro del Modelo de Prevención del ISSSTE, y se centra en la prevención de riesgos por el uso, abuso y la adicción a sustancias psicoactivas.

Su ámbito de acción está presente a lo largo de la vida de la persona, desde antes de nacer, durante el desarrollo del niño, en el adolescente y en la etapa del adulto, tanto en hombres como en mujeres, hasta la situación particular que se presentan en los Adultos Mayores.

Esta secuencia de acciones se desarrolla bajo la tutela de la instancia rectora del

Gobierno de la República, la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC), y de acuerdo a la estrategia de participación interinstitucional, como la Campaña Nacional de Información para una Nueva Vida.

Utiliza los desarrollos científicos y tecnológicos más nuevos para acercarse al paciente como es el caso de la plataforma electrónica *'PrevenISSSTE cerca de ti'*, que desde cualquier equipo de cómputo conectado a internet, el derechohabiente puede acceder a información específica y calificada para informarse sobre temas de salud y prevención de enfermedades y adicciones, y para conocer los niveles de riesgo de contraer alguna enfermedad, contestando la Encuesta de Riesgos de Salud (ERES).

El trabajo del ISSSTE en esta materia está encaminado a generar una nueva cultura de la prevención, particularmente en lo que se refiere al consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, fortaleciendo la formación de los profesionales de la salud y aplicando los programas, técnicas, estrategias y procedimientos que han sido probados para disminuir los riesgos y las complicaciones derivadas del consumo de sustancias psicoactivas.

De manera particular, los ejes de acción del Instituto, están encaminados a lograr el empoderamiento del paciente, para evitar caer en adicciones y para que tome el control de su vida y de su salud, con acompañamiento del equipo de salud, haciendo sinergia en la responsabilidad compartida para el logro de una vida saludable, productiva y plena.

REFERENCIAS

1. World Health Organization. Neuroscience of Psychoactive Substance Use and Dependence. Geneva, Switzerland: 2004.
2. Gorbaneff Y, Uribe EM, Torres S, Contreras N. La incertidumbre del entorno en que trabaja la cadena de prestación de servicios de salud. Revista Gerencia y Políticas de Salud 2006; 10: 116-31.
3. Plan Rector para el Desarrollo y Mejoramiento de la Infraestructura y los Servicios de Salud del ISSSTE. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. México: 2009.
4. Anuario Estadístico 2010 del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajado-

res del Estado. http://www.issste.gob.mx/issste/anuarios
5. El envejecimiento de la población en México. Consejo Nacional de Población y Vivienda. http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/enveje2005/enveje02.pdf
6. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del Derechohabiente del ISSSTE. México: 2007.
7. García B, Ordorica M. Los Grandes Problemas de México I Población. Vol. I. El Colegio de México; 2010.
8. Becoña E. Determinantes psicosociales en: Bobes J, Casas M, Gutiérrez M (eds.). Manual de trastornos adictivos. 2a. Ed. Madrid, España: Enfoque Edit; 2011, p. 37-48.
9. Lorenzo P, Ladero JM, Leza JC, Lizasoain I. Drogodependencias: Farmacología, Patología, Psicología y Legislación. Madrid, España: Edit. Médica Panamericana; 1998.
10. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. APA, 4a. Ed. Washington; 1994.
11. Medina-Mora ME, Natera G, Borges G, Cravioto P, Fleiz C, Tapia-Conyer R. Del siglo XX al tercer milenio. Las adicciones y la Salud Pública: drogas alcohol y sociedad. Salud Mental 2001; 24(4): 3-19.
12. Alexander BK. The global of Adiction: A study in poverty of the spirit. Oxford: Oxford University Press; 2008.
13. Calafat A. Prevención de los trastornos adictivos en: Bobes J, Casas M, Gutiérrez M. Manual de trastornos adictivos. 2a. Ed. Enfoque Edit.; 2011, p. 311-18.
14. Rementería I. Prevenir en drogas: paradigmas, conceptos y criterios de prevención. CEPAL-ECLAC-ONU.
15. Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones; 2008.
16. Orientaciones Generales para la Detección Precoz del Consumo de Drogas. Chile: Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE). Ministerio del Interior; 2003.
17. Becoña E. Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid, España: Edita Ministerio del Interior; 2002.
18. Programa de Acción Específico Prevención y Tratamiento de las Adicciones Actualización 2011-2012. Consejo Nacional Contra las Adicciones. Secretaría de Salud.
19. Best Practices-Early Intervention, Outreach and Community Linkages for Youth with

Substance Use Problems in http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/pubs/adp-apd/bp-mp-intervention/literature-23-documentation-eng.php#23
20. Modelo Institucional de Consejería para Dejar de Fumar. Dirección Médica/Subdirección de Prevención y Protección a la Salud. ISSSTE; 2010.
21. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la epidemia mundial de tabaquismo. 2009.
22. Ladero JM. Tabaco y cáncer. En: Lorenzo P, Ladero JM, Leza JC, Lizasoain I (dirs.). Drogodependencias. Madrid: Edit. Med. Panamericana; 1998, p. 353-60.
23. Vélez A, Rubio H, Prado A, Belló M, Macchetto T (coord.). Consejo Médico para Dejar de Fumar. México: CONADIC; 2003.
24. Veiga S, Martín F, Corral LP. Abordaje del tabaquismo: intervención mínima y herramientas psicológicas. Trast Adict 2003; 6(0): 95-102.
25. Sansores R, Pérez-Bautista O, Ramírez-Venegas A. Guías de atención médica para dejar de fumar. Una propuesta para Latinoamérica. Salud Pub Mex 2010; 52(2): s355-s365.
26. National Institute of Drug Abuse (NIDA). Las Drogas, el cerebro y el comportamiento: La ciencia de la adicción. 2008.
27. Pinet MC. Nicotina, Tratamiento Farmacológico de las Drogodependencias. En: Pérez de los Cobos JC, Valderrama JC, Cervera G, Rubio G (dirs.). Tratado SET de Trastornos Adictivos. Madrid: Edit. Med. Panamericana; 2006, p. 427-9.
28. Medina-Mora ME, García-Téllez I, Cortina D, Orozco R, Robles R, Vázquez-Pérez L, et al. Estudio de costo efectividad de intervenciones para prevenir el abuso del alcohol en México. Salud Mental 2010; 33(5): 373-8.
29. Saiz PA, G-Portilla M, Paredes M, Bascaran M, Bobes J. Instrumentos de evaluación en alcoholismo. Adicciones 2002; 14(1)s: 387-403.
30. Heather N, Kaner E. Intervenciones breves: una oportunidad para reducir el consumo excesivo de alcohol entre los jóvenes. Adicciones 2001; 13(4): 463-74.

ANEXO

Logros obtenidos en la institución.
Para dimensionar el alcance de las acciones en materia de prevención, en este apartado sólo se destaca lo más relevante del año 2011 en cuanto a las actividades y acciones emprendidas.

En cuanto a facilitadores y promotores en la estrategia Nueva Vida, el Instituto cuenta con un líder en cada Delegación y 1,362 promotores en todo el país, así como 102 personas en las Estancias de Bienestar y Desarrollo Infantil. Todos los promotores capacitan a sus pares en todas las Delegaciones por lo que en este periodo se han orientado a 681,000 derechohabientes.

Referente a la prevención y tratamiento del Tabaquismo, el Instituto cuenta con 72 Clínicas de Tabaquismo distribuidas en todas las Delegaciones del país en donde se llevan a cabo diversas actividades que se pueden agrupar en tres áreas: de detección, tratamiento y seguimiento. Durante 2011, un total de 3,736 personas solicitaron información relacionada con las clínicas de tabaquismo y el equipo multidisciplinario realizó las acciones de orientación, diagnóstico y recomendaciones pertinentes. De éstas, 3,118 personas ingresaron a las clínicas para dejar de fumar, con mayor proporción de hombres (56%). 1,616 (52%) fueron canalizados para tratamiento farmacológico, el resto (44%) recibió terapia de apoyo. De los pacientes bajo tratamiento en las clínicas de tabaquismo seis de cada diez (942) concluyeron el tratamiento con éxito. Las recaídas se presentaron al mes, seis y trece meses de seguimiento.

Derechohabientes atendidos en 2011 en clínicas de tabaquismo

Variable	Hombres	%	Mujeres	%	Total
Personas en tratamiento	1,753	56.0	1,365	44.0	3,118
Personas en tratamiento farmacológico	936	57.0	680	42.0	1,616

Específicamente, dentro de las actividades alusivas a la celebración de *'días mundiales'*, en el "Día Mundial sin Tabaco 2011" se dieron 115 pláticas, conferencias y sesiones de educación para la salud a 4,125 personas en todas las Delegaciones. Se impartieron cuatro cursos a 105 personas y se distribuyeron 11,328 materiales impresos de prevención y promoción de la salud.

Respecto al "Día Mundial de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica 2011" se realizaron 258 sesiones clínicas y de educación para la salud a 5,784 personas. Se realizaron 12 cursos-talleres a los que asistieron 597 profesionales de la salud y se distribuyeron 9,722 materiales impresos a 10,726 derechohabientes.

Esto entre otras acciones relacionadas con la prevención del tabaquismo. En cuanto a las actividades relacionadas con la prevención de alcoholismo, durante la Semana Nacional de Información sobre el Alcoholismo "Compartiendo Esfuerzos" llevada a cabo con la participación de Alcohólicos Anónimos, durante 2011 en las unidades de salud del Instituto se llevaron a cabo pláticas, instalación de módulos y actividades de promoción de la salud a 70,604 derechohabientes, se canalizaron para orientación específica sobre consumo problemático de alcohol a 6,907 personas, y se distribuyeron 41,725 ejemplares de material educativo.

Las actividades que se lograron con Sección México AA durante 2011, fueron las siguientes: se realizaron 1,659 juntas de información en todas las Delegaciones del Instituto, con una asistencia de 50,054 personas informadas y 53,977 folletos entregados.

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES EN LOS SERVICIOS DE SALUD

IV.
PrevenIMSS
en la prevención universal de las adicciones

Dr. Santiago Echevarría Zuno*

* Director de Prestaciones Médicas del IMSS.

Capítulo especial sobre las experiencias educativas y de Promoción de la Salud en el Instituto Mexicano del Seguro Social para fortalecer la Prevención Universal de Adicciones en la población derechohabiente.

INTRODUCCIÓN

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) implantó desde 2002 los Programas Integrados de Salud PrevenIMSS, estrategia de prestación de servicios que tiene como propósito la provisión sistemática de acciones de promoción de la salud, nutrición, prevención y detección de enfermedades, así como de salud sexual y reproductiva, ordenándolas en cinco grupos de edad que cubren todas las etapas del ciclo de vida: niños menores de 10 años, adolescentes de 10 a 19 años, mujeres de 20 a 59 años, hombres de 20 a 59 años y adultos mayores de 60 años y más.[1,2]

Desde su inicio hasta el momento actual, cada derechohabiente incorporado a PrevenIMSS recibe una Cartilla de Salud y una Guía para el Cuidado de la Salud, en esta última se desarrollan en forma breve y sencilla los temas básicos relacionados con los principales problemas de salud de la población derechohabiente, con información y recomendaciones específicas para su prevención y control.[3]

Adicionalmente y también como parte de las acciones de Promoción de la Salud, se han diseñado estrategias educativas diversas, grupales e individuales, orientadas a reforzar los mensajes positivos sobre estilos de vida saludables[4]. En este contexto la prevención universal de adicciones está incluida en todos los grupos de edad PrevenIMSS.

Sin embargo, es el grupo de adolescentes donde adquiere particular importancia, debido a las presiones que se generan en su entorno para iniciar el consumo de sustancias psicoactivas desde edades tempranas.

Como se sabe, los adolescentes imitan conductas de riesgo para sentir que pertenecen a un grupo social, el modelo de prevención universal de adicciones considera un enfoque dirigido a población que aún no se inicia en el consumo de drogas con el propósito de que mantenga esa condición durante toda su vida.

En los últimos años se han registrado importantes avances a nivel mundial, los

modelos preventivos que han demostrado mayor eficacia, son los que se derivan de enfoques integrales y se orientan al fortalecimiento de factores protectores que previenen la iniciación temprana de alguna adicción. Las nuevas tendencias en esta materia han evolucionado de un paradigma reactivo a un modelo proactivo, fortalecido fundamentalmente a través de esquemas de educación participativa con énfasis en los grupos de escolares y adolescentes.[11,12]

PrevenIMSS cuenta con una estrategia educativa integral y proactiva, que aborda todos los temas del paquete básico de salud y que constituye la plataforma esencial para profundizar en cualquiera de ellos, con mayores posibilidades de éxito. Incluye el desarrollo de habilidades para la vida, el refuerzo de la resiliencia, así como la utilización de los diferentes tipos de inteligencia; todo esto a través de dinámicas participativas donde el aspecto lúdico es primordial.[6]

Se trata de educación entre pares, que tiene la ventaja de que la información fluye más fácilmente dentro de su propio contexto sociocultural, además de permitir a los participantes agregar o desarrollar otros contenidos que son de su interés particular, la prevención de adicciones es un tema que además de estar incluido en el paquete básico de salud, es de gran interés para los jóvenes.[7]

Actualmente esta estrategia se ha desarrollado para el grupo de adolescentes y se conoce con el nombre de JuvenIMSS; en donde, además de la interacción del proceso educativo y de red social entre pares, se favorece una mejor relación familiar y con el personal de salud.

Debido al éxito de este modelo educativo, en el 2010 el IMSS hizo las adecuaciones pertinentes para ampliar la cobertura al grupo de menores de 10 años, con la estrategia denominada ChiquitIMSS, basada en juegos, bailes, cantos y otras actividades lúdicas para reforzar el aprendizaje en los niños sobre su participación activa y responsable en el cuidado de su salud y en cómo lograrlo mediante el apoyo de su familia y del personal de salud.[8]

Con fundamento de estas experiencias exitosas la Dirección de Prestaciones Médicas ha establecido como una de sus prioridades, la de avanzar en forma gradual en los cinco grupos de edad hacia este tipo de estrategias educativas con la finalidad de que todos los derechohabientes sean copartícipes en el cuidado de su salud.

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE LAS ADICCIONES EN EL IMSS

La forma más recomendable para medir la frecuencia y magnitud de las adicciones en la población, es mediante la realización de encuestas. En México se han realizado diversas encuestas que exploran el comportamiento del consumo de sustancias adictivas, la última de ellas en 2008. El Instituto Mexicano del Seguro Social con el propósito de evaluar los cambios en los patrones de consumo de tabaco, alcohol, así como drogas ilegales y médicas, incorporó un capítulo de adicciones en sus dos últimas encuestas EncoPrevenIMSS 2006 y 2010. Los resultados más relevantes se presentan a continuación.

Tabaco

La Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) 2008 muestra que la prevalencia de vida, es decir, la proporción de encuestados entre 12 y 65 años que afirmaron haber fumado alguna vez en la vida, era 35.6% en población general. De acuerdo con los resultados de la EncoPrevenIMSS 2010, en la población derechohabiente del mismo grupo de edad, dicha prevalencia, dos años después, fue de 23.84%, situación favorable, ya que se observa un decremento de 11.76 puntos porcentuales en comparación con los resultados de la ENA 2008 *(Cuadro I)*.

En la población derechohabiente del IMSS de 2006 a 2010 se identifica un decremento en la prevalencia de fumadores actuales, especialmente en los hombres de 20 a 59 años de edad, con una disminución en el periodo de 8.2 puntos porcentuales. En el grupo de mujeres de 20 a 59 años también se presenta decremento en todas las prevalencias excepto en la de tabaquismo severo en la que el incremento es

Cuadro I. Prevalencia de vida en consumo de tabaco.

¿Ha fumado?	*Encuesta Nacional de Adicciones 2008	**ENCOPREVENIMSS 2010
Sí	35.6	23.84
No	64.4	76.16

* Porcentaje de población de 12 a 65 años que han fumado alguna vez en la vida. ** Porcentaje de derechohabientes de 12 a 65 años que han fumado alguna vez en la vida.
Fuentes: ENA 2008 y EncoPrevenIMSS 2010.

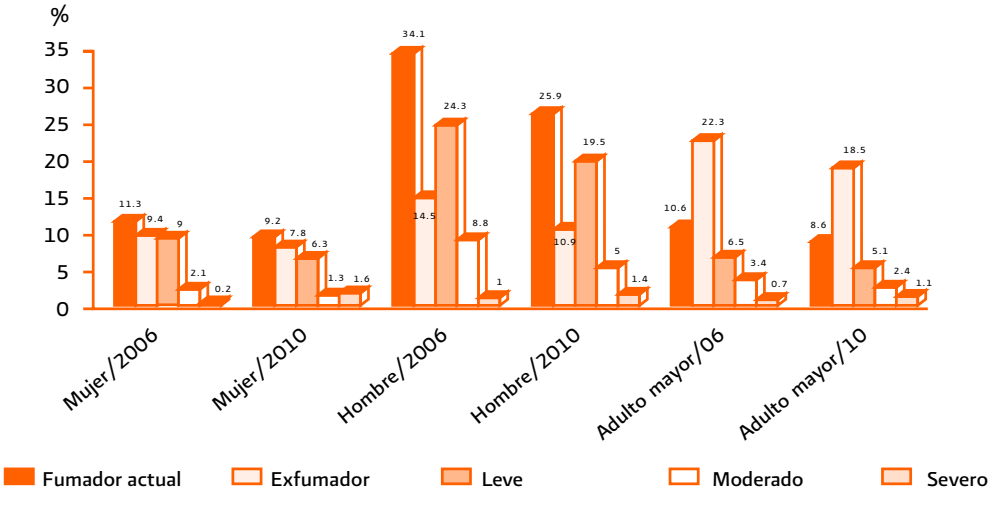


Figura 1. Prevalencia de consumo de tabaco. IMSS, 2006 y 2010.

de 1.4 puntos porcentuales. En los adultos mayores destacan los porcentajes de ex fumadores y también un incremento de 0.4 puntos porcentuales en el tabaquismo severo[9] *(Figura 1).*

Por área geográfica, para todos los grupos de edad, las prevalencias de consumo de tabaco son mayores en el Distrito Federal y menores en las delegaciones de la región sur y sureste del país, cabe señalar una importante disminución en todas las regiones entre 2006 y 2010, excepto en los adultos mayores, en los que se mantienen prevalencias entre 9 y 12% en las regiones centro, norte y occidente del país[9] *(Figura 2).*

En cuanto a la edad de inicio, en la EncoPrevenIMSS 2010 se reporta a los 15 años para los adolescentes y 19 para los adultos, en la ENA 2008 fue de 13.7 y 17.4 para los grupos mencionados, esto sugiere la importancia de seguir fortaleciendo la prevención universal de adicciones para evitar el consumo de tabaco y otras drogas a edades tempranas.

Alcohol

De acuerdo con los resultados de la ENA 2008, 26.8 millones de mexicanos entre 12 y 65 años beben grandes cantidades de alcohol por ocasión de consumo, pero sólo cerca de 4 millones son bebedores consuetudinarios. En la población derechohabiente del IMSS, con fundamento en los resultados de las EncoPrevenIMSS 2006 y 2010, la prevalencia de bebedores actuales en 2010 fue de 26.6%, inferior a lo reportado en 2006, (34.7%), esta tendencia descendente se observó en todos los grupos de edad estudiados, como se observa en la *figura 3.*

La edad promedio de inicio en los adolescentes derechohabientes, para 2010, es de 15.4 años, dentro del rango identificado en la ENA 2008, entre 12 y 17 años. Al comparar este dato con la edad de inicio de consumo en mujeres y adultos entre 20 y 59 años que fue de 18.5 y 16.4 años respectivamente, puede observarse una edad de inicio cada vez más temprana.

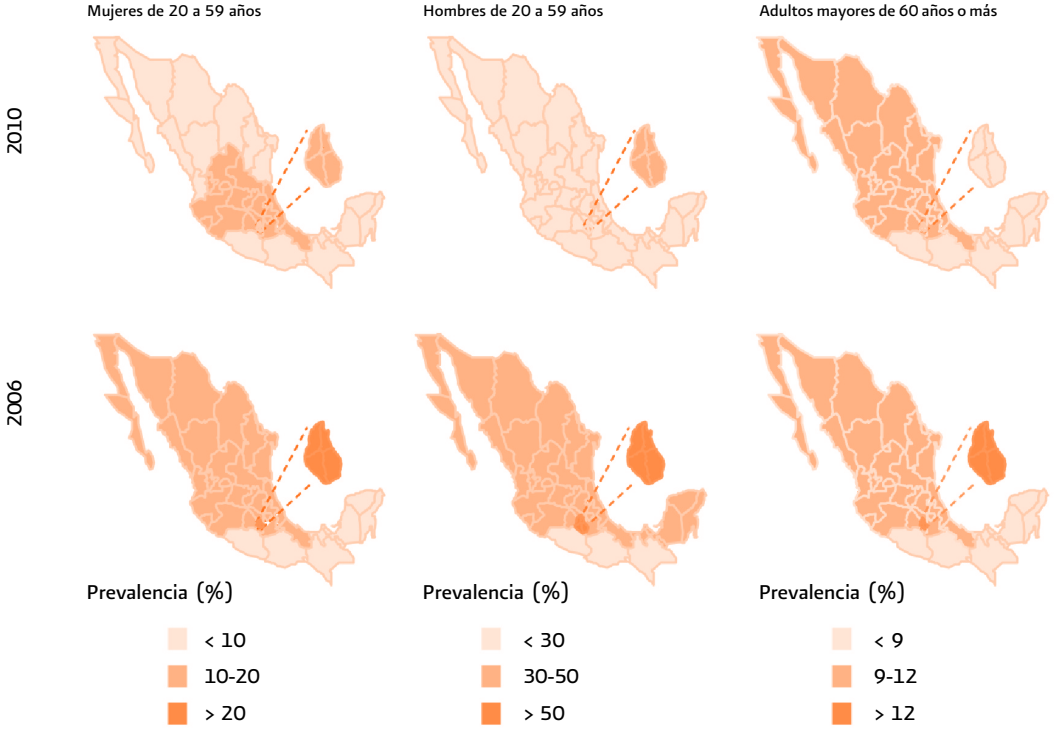


Figura 2. Prevalencia de consumo de tabaco por grupo de edad y región. EncoPrevenIMSS 2006 y 2010.

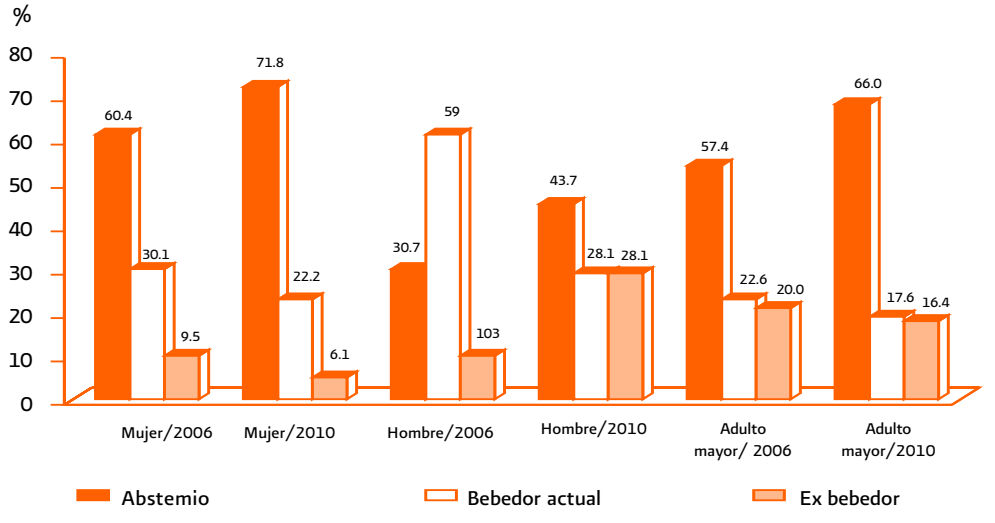


Figura 3. Consumo de bebidas alcohólicas por grupo de edad, IMSS 2006 - 2010.

En lo que respecta a la distribución geográfica, las más altas prevalencias para todos los grupos de edad se identifican en la ciudad de México, la región Sureste tiene la mayor prevalencia de abstemios en adolescentes y hombres, mientras que en la Norte se identifica la mayor proporción de mujeres y adultos mayores que no beben.[9]

Para todos los grupos y regiones se observa una disminución de consumo de 2006 a 2010 *(Figura 4)*.

Otras sustancias psicoactivas

En el consumo de otras drogas predominan las de tipo ilegal, sobre todo en el grupo de hombres, con respecto a las clasificadas como médicas, con una prevalencia de 16.9/1,000 y 3.6/1,000, respectivamente. Una pequeña parte consume de ambos tipos 2.1/1,000, datos menores a lo reportado por la ENA 2008.

La droga ilegal más utilizada fue la mariguana, con una edad promedio de inicio entre los 15 y 18 años. La Región Sureste, seguida de la Norte resultaron ser las más afectadas. Los datos analizados previamente fortalecen la idea de iniciar la prevención universal desde las etapas más tempranas de la vida.[9]

BASES LEGALES, CONVENIOS Y VÍNCULOS ESTRATÉGICOS

Base legal

El consumo de sustancias adictivas está estrechamente ligado a la estructura social, económica y política de cada población, nuestro país cuenta con leyes, normas oficiales, programas y otros fundamentos legales, que sientan las bases del trabajo a desarrollar por las instituciones públicas y privadas, en materia de adicciones.[13-18] En congruencia con lo anterior el IMSS impulsó nuevos acuerdos y normas en beneficio de los derechohabientes y sus trabajadores:

- Contrato Colectivo de Trabajo IMSS-SNTSS. Para la atención de los trabaja-

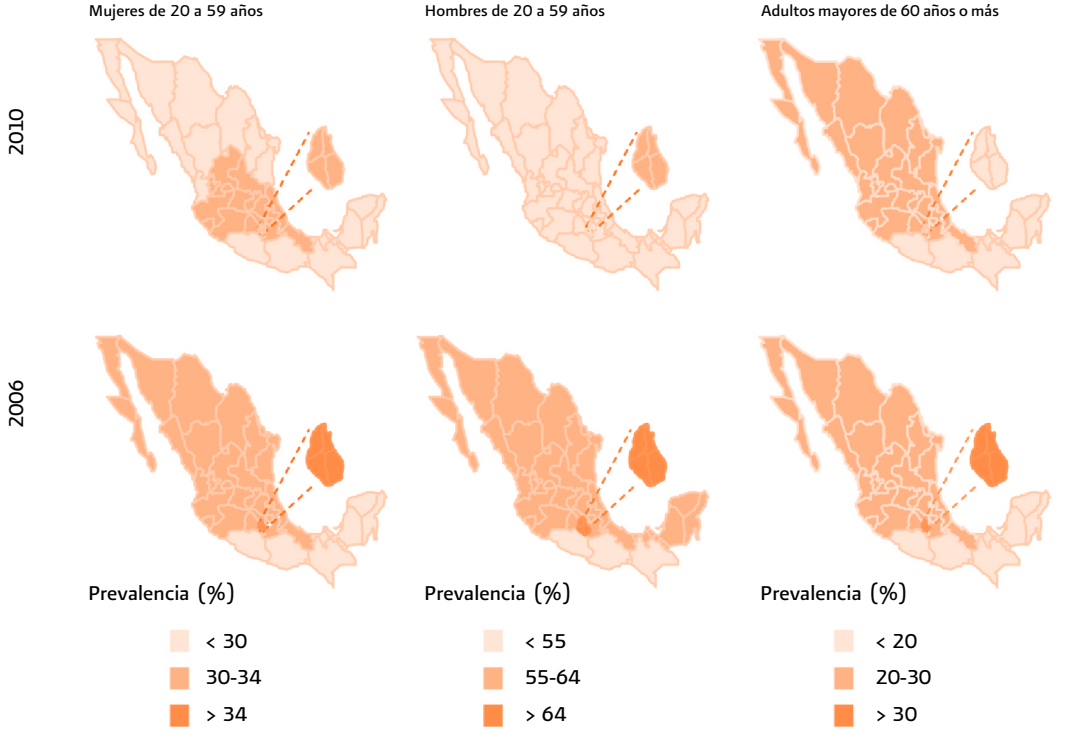


Figura 4. Prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas por grupo edad y región. EncoPrevenIMSS 2006 y 2010.

dores del IMSS con problemas de adicciones, el CCT en su cláusula 40 párrafo tres señala: "El Instituto y el Sindicato se comprometen a establecer conjuntamente programas tendientes a prevenir la farmacodependencia y el alcoholismo en los trabajadores."[10]

- Acuerdo 367/2006 HCT del 30 de agosto, establece:

  - Declarar a todas las instalaciones médicas y no médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social "Libres de Humo de Tabaco".
  - Instruye a los Titulares de los Órganos Superiores, Órganos Normativos, Órganos Colegiados, Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada y Órganos Operativos Institucionales para que se establezca la prohibición de fumar en las instalaciones del IMSS y se vigile el cumplimiento de las disposiciones establecidas en la política del "IMSS LIBRE DE HUMO DE TABACO".
  - Instruye a la Dirección de Prestaciones Médicas, a la Dirección de Administración y Calidad, y a la Coordinación General de Comunicación Social, a elaborar un programa conjunto para la implementación de la política y el desarrollo de un programa de ayuda a trabajadores IMSS para dejar de fumar.

- Establecimiento del Comité Interinstitucional de la política, "IMSS LIBRE DE HUMO DE TABACO".
- Lineamiento para la Aplicación de la Política para Declarar todas las Instalaciones Médicas y no Médicas del IMSS "IMSS LIBRE DE HUMO DE TABACO", suscrito por la Dirección General y la Secretaría General del SNTSS.
- Acuerdos de colaboración con Centros de Integración Juvenil, A.C.
- Campañas informativas de ayuda para dejar de fumar en trabajadores IMSS a través de: carteles, micrositio, correo electrónico, colaboración de las Comisiones Mixtas de Seguridad e Higiene en la vigilancia de la política.
- Apoyo a trabajadores por los Servicios de Prevención y Promoción de la Salud para Trabajadores IMSS (SPPTEIMSS).

CONVENIOS

El IMSS ha establecido, como una de sus prioridades, la atención de los derechohabientes que presentan el problema del consumo de sustancias adictivas; así como la protección a la salud de los derechohabientes; en razón de lo anterior ha suscrito diversos Convenios de Colaboración con instituciones públicas y privadas, entre los que destacan:

- Convenio Específico de Intercambio Académico entre la UNAM y el IMSS. Celebrado el 26 de mayo de 1997, para el desarrollo de la investigación "Programa para bebedores problema" adaptado a nuestro medio.

- Convenio de Colaboración Interinstitucional con la Oficina de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, A.C. Celebrado el 28 de mayo de 1996 y actualizado el 19 de enero de 2009, que establece las bases de colaboración, para el tratamiento y rehabilitación de derechohabientes con problemas de alcoholismo.

- Convenio de Colaboración Interinstitucional con Centros de Integración Juvenil, A.C. Celebrado el 28 de mayo de 1996 y actualizado el 31 de octubre del 2000, el cual tiene el propósito de sentar las bases de coordinación interinstitucional para promover la salud y beneficiar a los derechohabientes con problemas de adicción.

- Convenio de Colaboración y Apoyo Interinstitucional CENADIC-DIF-IMSS. Celebrado el 9 de febrero de 2012, que establece las bases de corresponsabilidad interinstitucional, para favorecer la atención de los derechohabientes y oportunohabientes en la promoción de una vida activa y saludable, prevención, detección, atención y rehabilitación del uso de sustancias psicoactivas; así como contribuir al desarrollo de proyectos y programas en materia de capacitación, intercambio académico, científico y tecnológico en el marco de la Campaña Nacional para una Nueva Vida.

CONCEPTOS BÁSICOS: PREVENCIÓN UNIVERSAL DE ADICCIONES Y HABILIDADES PARA LA VIDA

Prevención universal de adicciones

De acuerdo con la Comisión Nacional contra las Adicciones, la intervención universal, establece que "...toda la comunidad comparte un riesgo general del mismo grado, aunque éste pueda variar de una persona a otra. Una de las particularidades de la prevención universal es que se emplea en grandes grupos, sin el uso de pruebas de tamizaje en poblaciones aparentemente sanas, para identificar a las personas que tienen un riesgo mayor de presentar una alteración en su salud". www.conadic.gob

Los Centros de Integración Juvenil, A.C. también consideran a la prevención universal como: "El conjunto de actividades que se diseñan para abarcar a todos los individuos de la población en general, sin contemplar si algunos presentan mayor número de riesgos individuales que los conlleven al inicio y abuso de drogas. En esta intervención preventiva, se considera que los miembros de la población pueden compartir los mismos factores de riesgo relacionados con las adicciones, pero que el riesgo puede ser variable para cada individuo." Su objetivo es: Posponer o prevenir el abuso de drogas en los individuos, a partir de la presentación de información específica y actualizada; además, promover el desarrollo de habilidades necesarias que contrarresten el problema de las adicciones.www.cij.gob.mx/Especialistas/PrevenciónUniversal.html

La aplicación de los programas de prevención universal se dirige al mejoramiento ambiental, al establecimiento de habilidades de resistencia personales y al fortalecimiento de otros aspectos positivos en la población.

Habilidades para la vida

La Organización Mundial de la Salud, reconoce 10 habilidades para la vida, organizadas en pares *(Cuadro II)*:

Cuadro II.

Capacidad de tomar decisiones.	→	Capacidad de resolver problemas.
Capacidad de pensar en forma creativa.	→	Capacidad de pensar en forma crítica.
Capacidad de comunicarse con eficacia.	→	Capacidad de establecer y mantener relaciones interpersonales.
El autoconocimiento.	→	Capacidad de experimentar empatía.
Capacidad de controlar las emociones	→	Capacidad de manejar la tensión y el estrés

El desarrollo de estas habilidades en el modelo ChiquitIMSS y JuvenIMSS son fundamentales, ya que a través de las dinámicas participativas los niños y adolescentes incrementan su nivel de conocimiento a través de:

- La capacidad de tomar decisiones que ayuda a evaluar sus posibilidades y a considerar cuidadosamente las diferentes consecuencias de sus elecciones.

- La capacidad de resolver problemas que busca soluciones constructivas a sus problemas. Esta habilidad puede reducir mucho la ansiedad.

- La capacidad de pensar en forma creativa es indispensable para tomar decisiones y resolver problemas. Permite explorar todas las alternativas posibles y sus consecuencias.

- La capacidad de pensar en forma crítica que permite analizar objetivamente la información disponible junto con sus propias experiencias, reconoce factores que influyen en su comportamiento, como los

valores sociales, la influencia de los compañeros y la influencia de los medios de comunicación masiva.

- La capacidad de comunicarse con eficacia con los demás ya sea de manera verbal o de otra forma, sentimientos, necesidades e ideas.

- La capacidad de establecer y mantener relaciones interpersonales ayuda a interactuar de modo positivo con otras personas, especialmente con los familiares.

- El autoconocimiento que permite saber quiénes son, qué quieren o no quieren y qué les complace o disgusta.

- La capacidad de experimentar empatía para imaginar cómo es la vida de otra persona en una situación muy diferente de la suya. Ayuda a entender y aceptar la diversidad y mejora las relaciones interpersonales.

- La capacidad de controlar las emociones que permite reconocer emociones y la forma en que influyen en su comportamiento. Es de particular importancia aprender a manejar las emociones difíciles como la violencia y la ira, que pueden tener consecuencias desfavorables para la salud.

- La capacidad de manejar la tensión y el estrés para reconocer las circunstancias de la vida que les causa estrés. www.ops-paho.org

COINCIDENCIA CON LA POLÍTICA NACIONAL DE CENTROS "NUEVA VIDA" EN MATERIA DE PREVENCIÓN UNIVERSAL DE ADICCIONES Y HABILIDADES PARA LA VIDA

La prevención universal de adicciones dentro de los Programas Integrados de Salud PrevenIMSS, constituye un modelo de abordaje integral para el derechohabiente, al incorporar los temas básicos de salud, incluidos en la Cartilla Nacional de Salud; los cuales abordan aspectos más relevantes relacionados con la salud de cada grupo de edad, que en el caso de los adolescentes incorpora también temas de índole psicoso-

cial y de desarrollo humano; con la finalidad de fortalecer factores de protección que potencian las acciones de prevención universal de las adicciones.

En PrevenIMSS, el enfoque de habilidades para la vida, inmerso en las estrategias ChiquitIMSS y JuvenIMSS, busca reforzar y desarrollar en los niños y adolescentes, factores de protección en lo individual, familiar, social y de su entorno: habilidades cognitivas, socio-cognitivas, aptitud social, habilidades de resolución de conflictos, locus de control interno, sentido de propósito en la vida, humor y lazos seguros con los padres y la familia, expectativas de superación por parte de los padres, lazos sociales favorables con los pares y adultos, incremento de la comunicación de emociones positivas, protección ante influencias negativas, manejo de sentimientos de enojo, resolución de conflictos, control de emociones negativas, participación, compromiso, responsabilidad y participación social;[6-8] con todo ello se refuerzan las capacidades para enfrentar la frustración, el desamor, la soledad y la tristeza con el fin de evitar el inicio en el consumo de sustancias psicoactiva; analizar y enfrentar la presión de un grupo de pares negativo;[11] conocerse, aceptarse valorarse y enfrentar situaciones de crisis.

ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DE ADICCIONES

Por la naturaleza múltiple de las causas que originan las adicciones, su prevención representa un verdadero desafío y en respuesta la Dirección de Prestaciones Médicas decidió fortalecer las acciones preventivas ya existentes y crear nuevas formas de atención a esta problemática, a través de PrevenIMSS.

A partir de esta visión, PrevenIMSS refuerza y desarrolla dos formas para prevenir las adicciones, la primera con orientación individual, en la que personal de salud proporciona la orientación validada que contienen sus Guías Técnicas, así como en la contenida en las Guías para el Cuidado de la Salud que se elaboran y otorgan para los derechohabientes.[6,7] La segunda se realiza a través de la estrategia de Educación Pre-

ventiva Integrada, enfocada a niños y adolescentes sanos, para evitar o retrasar el inicio del consumo de sustancias adictivas.

EDUCACIÓN PREVENTIVA INTEGRADA

Es una estrategia instrumentada por PrevenIMSS en el proceso de promoción de la salud, que permite proporcionar los temas básicos de educación para la salud, en forma integral con sesiones temáticas que incluyen tópicos afines congruentes con cada grupo de edad, como, por ejemplo, prevención de adicciones y violencia familiar, aplicados bajo el esquema de un modelo de probada eficacia, que se caracteriza por ser proactivo, lúdico, participativo y vivencial, que facilita el aprendizaje significativo de los participantes.

Se aplica por medio de cursos intensivos organizados por el personal de trabajo social, en unidades de medicina familiar, guarderías y escuelas de responsabilidad institucional, con el apoyo de material didáctico elaborado para este fin, en el que parte de los temas esenciales en el grupo de niños y adolescentes, es la prevención de adicciones. La finalidad última es que las personas adopten un estilo de vida activo, saludable y libre de adicciones.

Con la Educación Preventiva Integrada los derechohabientes reciben orientación para prevenir el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas con la finalidad de evitar riesgos y daños a la salud. Se les invita a consultar su Guía para el Cuidado de la Salud para profundizar en este y otros temas de su interés en cada etapa de la vida; con este modelo operativo se establece la debida sincronía entre las acciones de promoción de la salud, con las de detección, prevención y control de enfermedades, y de salud reproductiva, de tal manera que se encuentren homologadas en los mismos estándares de calidad e importancia y que al sumarse necesariamente impactarán positivamente en los indicadores de salud de los asegurados y sus familias.

De esta forma se constituye una plataforma de conocimientos y habilidades que les permiten abordar tópicos y actividades

complementarias, apoyadas por personas e instituciones expertas en la materia, con un público sensibilizado y dispuesto a participar activamente en los procesos de educación para la salud y participación social.

AVANCES

ChiquitIMSS 2010-2011

México es uno de los países promotores de iniciativas mundiales a favor de la niñez y ha alcanzado resultados positivos en la morbilidad y mortalidad de las enfermedades prevenibles por vacunación, enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias agudas y deshidratación, sin embargo, existen pendientes en el tema de padecimientos crónico-degenerativos que se generan por conductas nocivas adquiridas en la infancia o adolescencia.

La exitosa estrategia JuvenIMSS permitió en el año 2010, el diseño e instrumentación del proyecto ChiquitIMSS, con la finalidad de proporcionar a los niños de tres a seis años de edad y a sus padres o tutores, el paquete de temas básicos de educación para salud PrevenIMSS, de vital importancia durante esta etapa de la vida. El objetivo es promover un estilo de vida activo, saludable y libre de adicciones desde la infancia, basado en propuestas de organismos nacionales e internacionales,[12] así como en las experiencias del propio Instituto, mencionadas con anterioridad.

Los niños aprenden a cuidar su salud a través de juegos, cantos y cuentos, guiados por dos personajes ChiquitIMSS, representados con guiñoles, que personifican a un niño y una niña con un estilo de vida sano. Tienen, además, una imagen propia y homogénea en todo el país, para mayor identificación entre los niños. Los padres o tutores, reciben el mismo paquete educativo, con temas complementarios relacionados con el cuidado de la salud de los niños, pero se incluyen también temas de Adolescentes y Adultos[8] (Mujeres, Hombres y Adultos Mayores) *(Cuadro III)*.

Las sesiones se desarrollan con juegos breves y variados, que permiten atraer la aten-

Cuadro III. Sesiones Educativas ChiquitIMSS.

Niños de 3 a 6 años	Padres o tutores
• Visita al mercado.	• Integración y comunicación.
• Mi salud es primero.	• Mi familia es saludable.
• Cuido mi persona.	• Vamos por una cultura de la salud.
• La limpieza es buena.	• Mi reto es prevenir.
• Todos somos PrevenIMSS.	• Aprender juntos.

ción del niño y al mismo tiempo abordar de tres a seis temas ordenados por bloques, cuyos contenidos están relacionados entre sí; ejemplo de ello es la sesión "Cuido mi persona", que comprende la prevención de adicciones, violencia y accidentes.

La estrategia está dirigida a los niños derechohabientes de tres a seis años de edad y a sus padres o tutores, que son usuarios de las Unidades de Medicina Familiar y de todas las Guarderías de responsabilidad institucional:

- 50,000 usuarios de Guarderías cada año.
- 37,000 adscritos a unidades médicas.

Para desarrollar las actividades, se diseñó un Kit educativo que contiene una Guía Técnica y de Dinámicas Participativas, con material didáctico de apoyo, como la lotería y el memorama Chiquit-IMSS; así mismo se elaboraron materiales para la difusión de la estrategia y el reforzamiento de los conocimientos en trípticos, rotafolios y carteles *(Figura 5)*.

Además de estos apoyos, se utiliza y aprovecha el material didáctico de los niños como: juguetes, audiovisuales, teatro guiñol y los títeres, esto último con la finalidad de familiarizarse con los personajes ChiquitIMSS y entender el significado e impacto que tienen con ellos *(Cuadro IV)*.

El trabajo con los padres se realiza a través de dinámicas participativas específicas para el cuidado de la salud de sus hijos, su persona y su familia, con juegos tradicionales PrevenIMSS como el avión y la pirinola, entre otros *(Figura 6)*.

Las actividades se desarrollan en espacios físicos conocidos como Centros ChiquitIMSS, ambientados adecuadamente para el desarrollo de los temas, con música y canciones infantiles, que permite mayor acercamiento entre los niños y el personal de salud mientras aprenden jugando *(Figura 7)*.

A partir de estas experiencias, se elaboró un video de capacitación a capacitadores, que explica el procedimiento para el desarrollo de cada sesión y que facilitó el proceso de implantación homogénea en todo el ámbito Institucional y reproducir las dinámicas en su forma original.

Una vez diseñada la estrategia, se realizó una prueba piloto en Unidades de Medicina Familiar de la Delegación México Oriente del Estado de México con resultados muy favorables en las unidades seleccionadas *(Cuadro V)*.

Para la aplicación en Guarderías se realizó también una prueba piloto en las delegaciones del Distrito Federal Sur, Jalisco y Yucatán, en donde se comprobó que esta infraestructura institucional, reúne las mejores condiciones y recursos para el desarrollo del modelo ChiquitIMSS *(Cuadro VI)*.

En términos generales el tema de las adicciones es poco tratado en los grupos de niños, sin embargo, las condiciones y sucesos que prevalecen en la actualidad justifican realizar la Prevención Universal de las Adicciones desde la infancia, a través del fortalecimiento de los factores de protec-

- Guía Técnica y de dinámicas participativas.
- Lotería.
- Memorama.

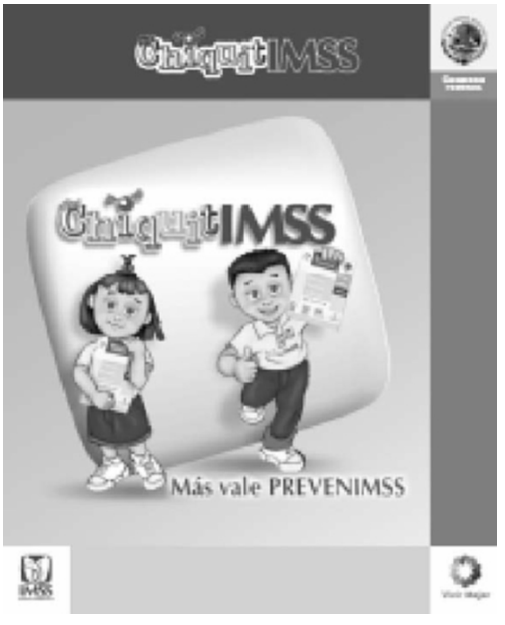


Figura 5. Materiales: Kit educativo ChiquitIMSS.

Cuadro IV.

Material distribuido a Unidades Médicas y Guarderías:
• 7,000 Kit educativos.
• 2,000,000 Trípticos.
• 250 Rotafolios y Carteles.

Figura 6.

Cuadro V.

Unidades Médicas Piloto:
• 10 Unidades de Medicina Familiar.
• 2,098 niños graduados.
• 2,004 padres o tutores graduados y
• 54 padres graduados.

Figura 7.

Cuadro VI.

Guarderías Piloto:
• 3 Delegaciones.
• 169 niños graduados.
• 54 padres o tutores graduados.

ción y habilidades para la vida, así como la comunicación familiar.

JuvenIMSS 2007-2011

Constituye la más acertada aportación Institucional, en materia de prevención universal de adicciones, con amplia difusión y apoyo en los últimos años. Opera en todas las Delegaciones del Instituto y está dirigida a los adolescentes de 10 a 19 años de edad y a sus padres o tutores. Se desarrolla en las Unidades de Medicina Familiar con cinco y más consultorios, que concentran la mayor población adscrita del IMSS y en escuelas de responsabilidad Institucional, en particular las de nivel medio superior, como se explica en el capítulo siguiente. Consiste en formar Promotores Adolescentes, educadores de sus pares, mediante un modelo eficaz, que reúne las mejores experiencias nacionales e internacionales, como son:

- Estar focalizado en el desarrollo humano:
  - Factores de protección y resiliencia.
  - Intervenciones individuales, familiares y comunitarias.
  - Participación activa de los jóvenes.
  - Coordinación con instituciones especializadas.
- Prevenir conductas de riesgo que afectan la calidad de vida y generan muertes prematuras, al fortalecer:
  - Autoestima y bienestar emocional, mental, cultural y ambiental.
  - Comunicación de pares, amigable e informada.
  - Preparación personal, reflexión, conductas favorables.
  - Sentido de autonomía y mejores relaciones interpersonales.
  - Efecto protector en promotores educadores de pares.

- Desarrollo de habilidades a través de experiencias activas.

- Menor tiempo para comportamientos de riesgo al participar en estos cursos.

Con la aplicación de los Programas Integrados de Salud PrevenIMSS, la cobertura de la atención preventiva se incrementó en todos los grupos de edad, sin embargo, el Programa de Salud del Adolescente no presentó los mismos avances debido a una menor asistencia a los servicios de salud institucionales de los derechohabientes de 10 a 19 años. Ante esta circunstancia y con el propósito de acercar los servicios de educación y salud, a este grupo de edad, en 2006 se toma la iniciativa de formar Promotores Adolescentes PrevenIMSS en una unidad médica de cada Delegación. A partir de esta experiencia y con aportaciones de las unidades operativas y de organizaciones afines, se instrumenta JuvenIMSS como una estrategia educativa para adolescentes con carácter nacional.

- Objetivos:

  - Abrir espacios de educación y salud en unidades de medicina familiar, vinculadas a los servicios institucionales de Prestaciones Sociales y a las escuelas de responsabilidad institucional.

  - Formar Promotores Adolescentes PrevenIMSS, educadores de sus pares.

  - Incrementar la cobertura de su programa de Salud.

  - Inducir un estilo de vida activo y saludable.

  - Disminuir enfermedades asociadas a conductas de riesgo:

    - Tabaquismo, consumo nocivo de alcohol, alcoholismo, uso indebido de medicamentos de receta, otras adicciones.

- Accidentes, violencia de género.
- Sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus e hipertensión arterial.

La estrategia está dirigida a los adolescentes derechohabientes de 10 a 19 años de edad y a sus padres o tutores, usuarios de las Unidades de Medicina Familiar y para estudiantes en escuelas de responsabilidad institucional *(Figura 8)*.

Materiales: Kit educativo

Para realizar estas actividades se diseñó un Kit educativo que contiene una Guía Técnica, una de Dinámicas Participativas y materiales didácticos complementarios como la lotería PrevenIMSS y el tendedero de la comunicación, que se amplía y actualiza año con año. Se han distribuido ejemplares en todos los Centros *(Figura 9)*.

PREVENIMSS EN ESCUELAS Y UNIVERSIDADES

Con la implantación de PrevenIMSS en el año 2002, y al cabo de dos años de actividades, la Coordinación de Programas Integrados de Salud diseñó la estrategia de PrevenIMSS en Escuelas Superiores, cuyo objetivo consiste en incorporar a los estudiantes de educación media superior y superior a su Programa de Salud Preventivo; las acciones prioritarias de la Educación Preventiva Integrada en escuelas consisten en la aplicación del modelo integral JuvenIMSS, con énfasis en aquellas instituciones educativas que han celebrado Convenios de Colaboración con el Instituto Mexicano del Seguro Social *(Figura 10)*.

Logros en Escuelas de Educación Media Superior

1´492,281 estudiantes incorporados a PrevenIMSS, 72,526 estudiantes graduados como promotores, capacitados en habilidades para la vida y 677 planteles escolares participantes en la estrategia, en ocho años de actividades.

La estrategia PrevenIMSS en escuelas ha sido de fundamental importancia debido a que las generaciones de estudiantes beneficiadas con PrevenIMSS a partir del año 2004, han sido informadas en prevención

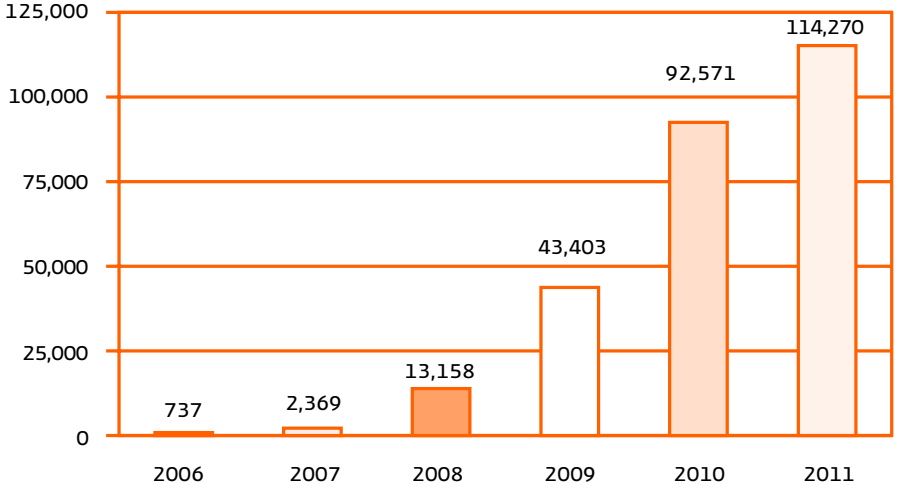


Figura 8. Promotores Adolescente Graduados 2006-2012. Fuente. Informes Delegaciones 2006-2011.

- Guía técnica.
- Guía de dinámicas participativas.
- Lotería PREVENIMSS.
- Tendedero de valores.

Figura 9.

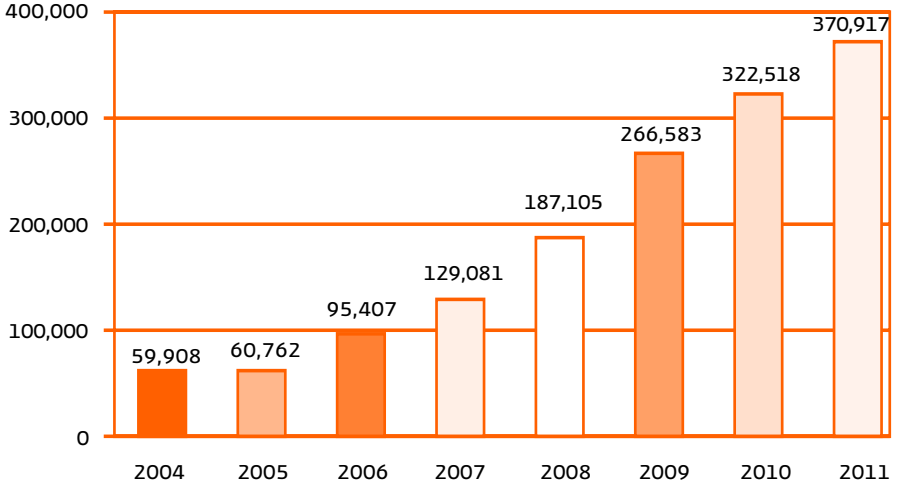


Figura 10. Estudiantes Incorporados a PrevenIMSS. Periodo 2004-2011. Fuente: Informes Delegacionales 2004-2011.

de adicciones, hecho fortalecido por JuvenIMSS, en donde más de la mitad de los promotores graduados son estudiantes que recibieron el curso en planteles escolares; además de haber ampliado su ámbito de aplicación a 1,500 escuelas de todo el país, a través del Convenio de Colaboración PrevenIMSS-SEP, suscrito en octubre del año 2010.

III Congreso Nacional de Universidades Promotoras de la Salud y I Congreso de Universidades Saludables PrevenIMSS

La Universidad de Colima organizó en el año 2010 el III° Congreso Nacional de Universidades Promotoras de la Salud, iniciativa de la Organización Panamericana de la Salud, para la Región de las Américas; con la participación sustantiva del Instituto Mexicano del Seguro Social, a través de la Dirección de Prestaciones Médica; que permitió la celebración del I^{er} Congreso de Universidades Saludables PrevenIMSS durante el mismo evento, como un reconocimiento al trabajo desarrollado por el IMSS en escuelas *(Figura 11)*.

El evento contó con la participación de 12 instituciones educativas de educación media superior y superior, y tuvo el propósito de analizar, proponer y establecer las mejores estrategias para la generación de entornos saludables libres de adicciones, además de los componentes de alimentación saludable, actividad física y acceso a servicios de salud *(Figura 12)*.

PREVENIMSS EN EMPRESAS

Su objetivo fundamental es acercar los servicios de salud a las empresas de convenio, a fin de mantener, mejorar o recuperar la salud de los trabajadores, al incorporarlos a su programa anual de salud PrevenIMSS. El diseño y contribución de esta estrategia en materia de adicciones consiste en efectuar acciones de prevención universal y detección en población trabajadora, mediante la aplicación de la encuesta epidemiológica de Vigilancia y Control de Riesgos a la Salud y Accidentes en el Trabajo VICORSAT para identificar patrones de consumo de tabaco, alcohol y otras drogas no lícitas.

UNIVERSIDAD DE COLIMA
III CONGRESO NACIONAL DE UNIVERSIDADES
PROMOTORAS DE LA SALUD Y I CONGRESO
NACIONAL DE UNIVERSIDADES SALUDABLES
PREVENIMSS

Figura 11.

Figura 12.

En fortalecimiento a las acciones de prevención y atención en trabajadores, con fecha 30 de enero de 2009, el IMSS suscribió un Convenio de Colaboración con la Confederación Revolucionaria Obrera y Campesina CROC, que establece la corresponsabilidad que tiene el Instituto para que conjuntamente con la Confederación, proteger la salud de los trabajadores a través del fortalecimiento de estilos de vida y ambientes saludables, y la aplicación de un esquema de atención integral de personas que ya padecen algún tipo de adicción, con apoyo de Centro de Integración Juvenil (CIJ) y la Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos (AA). Con estas acciones se beneficia a 4.5 millones de trabajadores.

CENTROS DE ATENCIÓN RURAL AL ADOLESCENTE CARA

En el medio rural de México, los CARA del Programa IMSS Oportunidades, a lo largo de 13 años, han demostrado ser una estrategia exitosa para fomentar el cambio de actitud de los adolescentes, a través del desarrollo de habilidades para la vida, destacando la asertividad, valores e integración familiar; lo que sin duda les permite tomar mejores decisiones, adquirir destrezas ante situaciones de riesgo, cambiar hábitos o actitudes nocivas y, sobre todo, poder establecer un plan de vida *(Figuras 13 y 14)*.

Esto ha permitido que los adolescentes se conviertan en verdaderos agentes de cambio en sus comunidades, tanto en la promoción de la salud, como en la prevención de enfermedades, y así contribuir a prevenir las adicciones y factores asociados a las mismas, con la participación de más de 400 mil adolescentes en zonas rurales *(Figura 15)*.

MOVILIZACIÓN COMUNITARIA EN LA PREVENCIÓN UNIVERSAL DE ADICCIONES

Encuentros JuvenIMSS

El éxito de JuvenIMSS ha transcendido los límites de las unidades médicas y escuelas, lo que ha propiciado la generación de encuentros JuvenIMSS que se organizan con

Figura 13.

Figura 14.

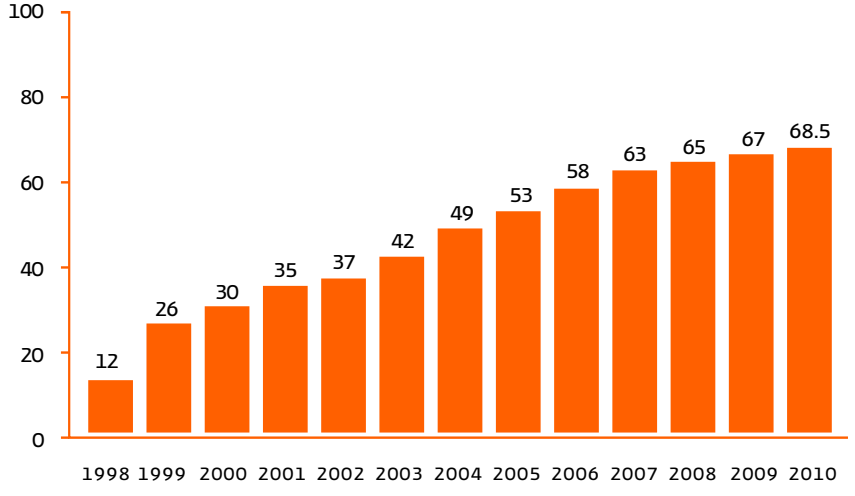


Figura 15. Cobertura de Capacitación en Adolescentes. IMSS-Oportunidades 1998-2010. Fuente: SISPA.

Promotores Adolescentes graduados, los cuales realizan actividades deportivas, culturales y recreativas o de intercambio de experiencias. Los encuentros se llevan a cabo en Delegacionales que con motivo de la Prevención Universal de Adicciones, logran reunir a un importante número de jóvenes en cada evento programado *(Figura 16)*.

Las Delegaciones programan y realizan encuentros locales y estatales, que por su magnitud y trascendencia, han adquirido gran relevancia con motivo de la promoción de un estilo de vida activo y saludable *(Figuras 17 y 18)*.

Encuentros Regionales JuvenIMSS

Con las experiencias locales y delegacionales, actualmente se realizan encuentros regionales, con la participación de entre cinco y 10 Delegaciones cercanas a la sede, a los cuales asisten promotores adolescentes graduados de diferentes Estados de la República *(Figura 19)*.

En estos encuentros regionales se llegan a reunir hasta 1,000 jóvenes participantes, lo que sin duda representa un éxito en su organización, a la cual contribuyen en forma destacada los propios promotores adolescentes *(Figura 20)*.

Particular mención merece la Delegación Chihuahua, que organiza encuentros JuvenIMSS de manera periódica con énfasis en la prevención de adicciones y de violencia, en especial en Ciudad Juárez, en donde esta estrategia ha sido bien aceptada y reconocida como un instrumento de reconstrucción del tejido social *(Figura 21)*.

ALIANZAS ESTRATÉGICAS

La suma de esfuerzos interinstitucionales ha permitido establecer diversos acuerdos que vienen a fortalecer las acciones y cobertura de JuvenIMSS. Como resultado de estos acuerdos y gracias al apoyo del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia DIF, en 2010 se llevó a cabo en la Ciudad de Aguascalientes el 1er Campamento con Promotores Adolescentes en instalaciones del DIF, que fue la pauta para establecer alianzas en siete estados de la República que cuen-

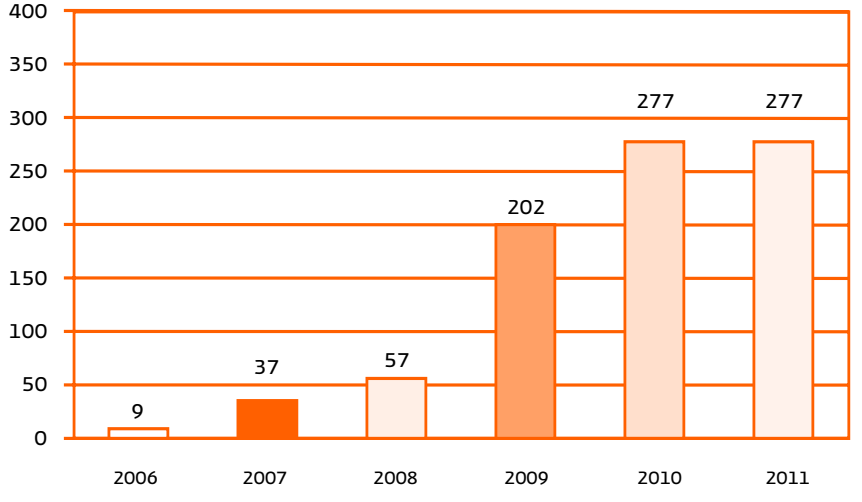


Figura 16. Encuentros JuvenIMSS, 2006-2012. Fuente. Informes Delegaciones 2006-2011.

Figura 17.

Figura 18.

Figura 19.

Figura 20.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
Delegación Estatal Chihuahua

IMSS

IMSS en corto...

Año 3, Núm. 40 *Chihuahua, Chih. Julio de 2011*

SE GRADUAN 72 JÓVENES EN CIUDAD JUÁREZ Y DELICIAS, DENTRO DEL PROGRAMA JUVENIMSS

Por Dr. Leonardo Lemus Ramírez y Oscar Gómez

En días pasados, 72 jóvenes de entre 10 y 19 años recibieron la constancias que los acredita como Promotores Adolescentes Prevenimss en la Delegación Chihuahua.

En Ciudad Delicias, el Dr. Leonardo Lemus Ramírez, Director de la Unidad de Medicina Familiar No. 57, presidió la ceremonia de graduación de 12 niños que participaron el Grupo JUVENIMSS. Mientras que en Ciudad Juárez, el Dr. Jesús Carlos Cárdenas Martínez, Director de la Unidad de Medicina Familiar No. 47, fue el encargado de entregar dichas constancias a 60 jóvenes, conformando la 4a. Generación que se recibe en dicha clínica.

Durante su capacitación, los jóvenes desarrollaron diversos temas, entre los que se destacan: "Valores", "*Prevención de Violencia Familiar*", "*Salud Sexual*", "*Salud Mental*", "*Prevención de Adicciones*" y "*Salud Reproductiva*", entre otros. Con estas sesiones educativas, los jóvenes obtuvieron las herramientas y conocimientos necesarios para desempeñarse como promotores. Así como para su aplicación en el desarrollo de su etapa adolescente, lo que tendrá favorable repercusión a futuro.

Durante la clausura de los eventos, se les ofreció un pequeño ambigú a los graduandos y familiares. Situación que se aprovechó para que los padres de los jóvenes conocieran más de cerca la importancia del Programa JUVENIMSS.

Figura 21.

tan con este tipo de campamentos: Aguascalientes, Guanajuato, Guerrero, Nayarit, Quintana Roo, Sinaloa y Veracruz; esto permitirá continuar realizando al menos un encuentro al año, en cada uno de ellos y extender el beneficio a un mayor número de adolescentes. En todos ellos la prevención universal de adicciones, forma parte de las acciones sustantivas del modelo JuvenIMSS.

CONCLUSIONES Y EXPECTATIVAS

La visión de futuro que tiene el IMSS para enfrentar el complejo problema de las adicciones, es formar nuevas generaciones con un estilo de vida activo, saludable y libre de este daño, fortaleciendo la Prevención Universal en todos sus derechohabientes, al mismo tiempo que se incrementa la atención y referencia de pacientes con alguna adición, apoyados siempre por los Centros de Integración Juvenil, conforme lo establece el Convenio de Colaboración vigente, para construir un mejor proyecto de vida para los trabajadores, sus familias y su comunidad en general. El IMSS refrenda su compromiso de continuar desarrollando acciones para la prevención y atención a las adicciones. Nuestra Institución seguirá redoblando esfuerzos y aplicando las mejores prácticas, en beneficio de la población derechohabiente, que contribuyan a mejorar los indicadores de este grave problema de salud pública que aqueja a nuestro país, en el marco del Consejo Nacional contra las Adicciones.

REFERENCIAS

1. IMSS. Programas Integrados de Salud. Síntesis Ejecutiva. Proyecto Estratégico; 2001-2003.
2. IMSS. Norma que establece las disposiciones para la aplicación de los Programas Integrados de Salud PREVENIMSS 2000-001-019. Instituto Mexicano del Seguro Social. Noviembre de 2011.
3. IMSS. Programas Integrados de Salud. Guía Práctica; 2003.
4. IMSS. Programas Integrados de Salud. Guía Técnica. Adolescentes de 10 a 19 años; 2010.
5. IMSS. Programas Integrados de Salud. Guía del Cuidado de la Salud del Adolescente; 2011.
6. IMSS. Programas Integrados de Salud. Guía Técnica JuvenIMSS; 2009.

7. IMSS. Programas Integrados de Salud. Guía de Dinámicas Participativas, JuvenIMSS; 2009.
8. IMSS. Programas Integrados de Salud. Guía Técnica y de Dinámicas Participativas. ChiquitIMSS; 2010.
9. IMSS. Encuesta Nacional de Coberturas, ENCOPREVENIMSS, 2003,2004, 2006 y 2010.
10. IMSS-SNTSS. Contrato Colectivo de Trabajo; 2011-2013.
11. Andrade PA, Pérez BC; Alfaro MLB, Sanchez OE, Lopez MOA. Resistencia a la presión de pares y pareja y consumo de tabaco alcohol en adolescentes. Vol. 21. No. 3. UNAM: Adicciones; 2009.
12. Mangrulkar, Whitman, Posner. OMS. 1993; OPS, 2001.
13. SSA. Ley General de Salud.
14. SSA. Programa Nacional de Salud; 1983-1988.
15. SSA. CONADIC. Programa de acción específico. Prevención y Tratamiento de las Adicciones. Actualización 2011-2012.
16. SSA. CONADIC. Programa contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas: Actualización 2011-2012
17. SSA. CONADIC. Programa contra la Farmacodependencia: Actualización 2011-2012
18. SSA. CONADIC. Programa contra el Tabaquismo: Actualización 2011-2012.l
19. SSA. Encuesta Nacional de Adicciones; 2008.
20. SSA. CONADIC. Modelo de Atención UNEME-CAPA. Centros de Atención Primaria en Adicciones "Nueva Vida". 2009.
21. Cyrulnik B. Bajo el Signo del Vínculo. Barcelona: Gedisa; 2005.
22. González JJ, Romero J, De Tavira F. Teoría y Técnica de la Terapia Psicoanalítica de Adolescentes. México: TrillasM; 2000.

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES EN LOS SERVICIOS DE SALUD

V.
La relación de Centros de Integración Juvenil con los Servicios de Salud del Primer Nivel de Atención

Dr. José Ángel Prado García*

* Director General Adjunto de Centro de Investigación Juvenil.

Se inicia el presente capítulo con una famosa cita de Hackett en el campo de la salud pública y la cual aparece en el texto oficial del curso de epidemiología del Instituto Nacional de Epidemiología "Juan Il Jara", de la República Argentina: "Si las personas se están cayendo continuamente en un precipicio, es más humano y más barato colocar una vaya en el borde, que construir un hospital en el fondo".

Con esta cita se resalta la importancia de la prevención en la atención de cualquier fenómeno de salud, de lo cual nadie presenta objeción alguna, sin embargo, surgen una serie de interrogantes, que se deben responder al diseñar una intervención en salud, antes de pensar en "colocar una valla" como solución.

A manera de ejemplo, imaginemos que las personas acuden a este lugar, donde desafortunadamente caen por el barranco, debido a que no existe trabajo en su hábitat y tienen que ir a un bosque a recolectar alimento. El lugar es lúgubre y se encuentra mojado y resbaloso, la gente se empuja para poder acceder a las pocas bellotas existentes, el problema crece cada día porque existe una importante migración de otros lugares.

Pues bien, con este planteamiento nos damos cuenta que antes de abordar un problema de salud cualquiera en una comunidad, debe establecerse una base; un diagnóstico de la localidad, completo e integral para dar respuesta a cualquier fenómeno, lo cual permitirá que el abordaje sea más eficaz. En el caso del ejemplo, quizá la valla sea el primer paso ante la urgencia, pero se debe mejorar las condiciones laborales, abatir la migración, capacitar a los recolectores, iluminar el lugar y proponer un sinfín de medidas que solucionen de fondo el problema.

Por ello, la importancia del estudio de la Salud Pública, la cual fue definida por Winslow en 1920 como: "La ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio am-

biente, controlar las infecciones de la comunidad y educar al individuo en cuanto a los principios de la higiene personal; organizar servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico precoz y el tratamiento preventivo de las enfermedades, así como desarrollar la maquinaría social que le asegure a cada individuo de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud".

En 1990 Milton Terris propone una adaptación contemporánea a esta definición, quedando en los siguientes términos: "La ciencia y el arte de prevenir las dolencias y las discapacidades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficacia física y mental, mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las enfermedades infecciosas y no infecciosas, así como las lesiones; educar al individuo en los principios de la higiene personal, organizar los servicios para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y para la rehabilitación, así como para desarrollar la maquinaria social que le asegura a cada miembro de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud".

Hernández, en el 2003, habla de la Salud Pública basada en la Evidencia y la define como: "La ejecución y la evaluación de la efectividad de intervenciones, planea programas, proyectos y políticas en salud pública a través de la aplicación de los principios de razonamiento científicas, incluyendo el uso sistemática de datos y sistemas de información".

Como se describe en estas definiciones, la organización de los servicios de salud son piedra fundamental de la salud pública y éstos tienen que responder a la situación y el contexto en el que las comunidades se desarrollan.

Con frecuencia se escucha sobre la clasificación de los servicios de salud y se habla sobre servicios primarios, secundarios y terciarios, pero también con frecuencia se confunden y se piensa que estos servicios de atención se refieren exclusivamente al terreno de la atención médica, espe-

cíficamente en el área del tratamiento y se excluye la prevención como servicios de atención primaria.

Durante la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, llevada al cabo en Alma Ata, URSS, del 6 al 12 de septiembre de 1978, se presentó un declaración dirigida a todos los gobiernos, al personal de salud y de desarrollo comunitario de todo el orbe y se subraya en el punto V que "La atención primaria de salud es la clave para alcanzar la meta del milenio como parte del desarrollo conforme al espíritu de la justicia social".

En esa misma declaración se define en el punto VI la atención primaria de la salud como "la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación".

"Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria". En el punto VII "Se orienta hacia los principales problemas de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver estos problemas; comprende, cuando menos las siguientes actividades: educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes". Incorpora entonces la atención primaria de la salud aspectos de promoción y prevención, estrategias prioritarias de los Centros de Integración Juvenil desde hace más de cuarenta años.

LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

La Organización Panamericana de la Salud editó en 1998 un texto que es base para todos los que laboran en la atención primaria de la salud "Manos a la Salud, Mercadotecnia, Comunicación y Publicidad: Herramientas para la Promoción de la Salud". Y subraya que un principio fundamental en la promoción de la salud es el reconocimiento de que los determinantes de la salud más importantes, están fuera del contexto de la atención médica y del Sector Salud, propiamente dicho.

1986 marca un parte aguas en la historia de la salud pública mundial cuando se realiza la Primera Conferencia Internacional de Promoción de la salud en Alma Ata, URSS, y se establecen las cinco grandes estrategias de la promoción:

1. La elaboración de políticas saludables.
2. El fortalecimiento de la organización y participación comunitaria.
3. El desarrollo de habilidades personales.
4. La creación de ambientes saludables.
5. La reorientación de los servicios de salud.

En lo que respecta del punto 5, la OPS establece que la reorientación de los servicios de salud constituye un reto para la reorganización de los servicios médicos, los cuales deben jugar un papel más activo y directo en la promoción de la salud.

LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

En el ámbito de la salud mental, la Organización Mundial de la Salud establece un modelo primaridal óptimo para la organización de servicios, donde propone la integración de los servicios de salud mental a los servicios de atención general de salud, y subraya la importancia de los servicios de atención primaria dentro del marco del modelo.

Lo anterior deriva del tradicional estigma que se asigna a los pacientes con trastor-

nos mentales y a sus familiares, donde particularmente las mujeres sufren abusos y rechazos. El tema de los trastornos del consumo de sustancias psicoactivas no debe encontrarse ajeno a estas políticas de salud mental; tanto la Organización Mundial de la Salud, como la Asociación Psiquiátrica Americana, los incluye dentro de los trastornos mentales.

En la *figura 1* se muestra el triángulo óptimo presentado por la Organización Mundial de la Salud, para la organización de los servicios de salud mental, donde la atención del consumo de sustancias psicoactivas debe, sin lugar a dudas, encontrarse incluido.

Resulta importante señalar que estos servicios deben ser dirigidos a la atención del consumo de sustancias psicoactivas y no específicamente de las adicciones. Ya que en nuestro país como en la mayoría de los países del orbe, los problemas más importantes se derivan del abuso de las drogas y no de los trastornos por dependencia (adicción).

Centros de Integración Juvenil considera cualquier forma de consumo por parte de menores de edad como una forma de abuso, incluyendo las sustancias consideradas como "legales" o fuera de prescripción. Asimismo, considera la importancia de dirigir sus esfuerzos más importantes a evitar el inicio en el consumo de drogas ilegales o tabaco y retardar lo más posible el inicio en la ingesta de sustancias como el alcohol.

Como se observa en la *figura 1*, el modelo recomienda que los países transformen sus sistemas de atención a la salud mental y dirijan sus esfuerzos y presupuestos a:

1. Promover el autocuidado de la salud.
2. El desarrollo de servicios de cuidado informal dentro de la comunidad.
3. La integración de los servicios de salud mental a los de atención general.
4. El desarrollo de servicios de psiquiatría dentro de hospitales generales.
5. Limitar la estancia en hospitales psiquiátricos.

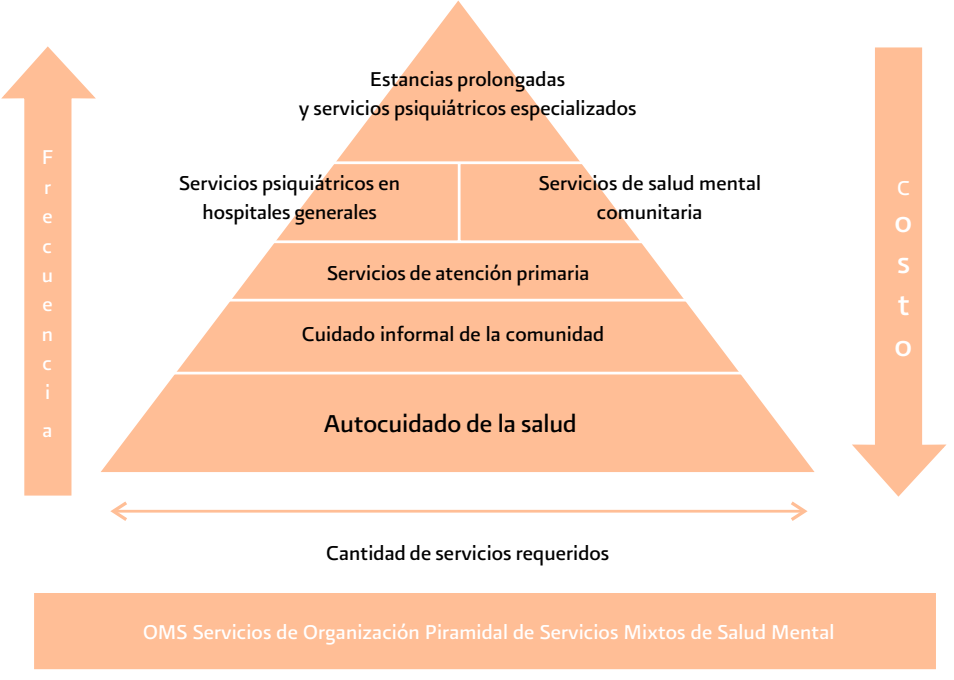

Estancias prolongadas
y servicios psiquiátricos especializados
Servicios psiquiátricos en
hospitales generales
Servicios de salud mental
comunitaria
Servicios de atención primaria
Cuidado informal de la comunidad
Autocuidado de la salud
Frecuencia
Costo
Cantidad de servicios requeridos
OMS Servicios de Organización Piramidal de Servicios Mixtos de Salud Mental

Figura 1.

EL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD 2007-2012

La Secretaría de Salud identifica a tres grupos de prestadores de servicios de atención primaria:

a) Las instituciones que prestan servicios a la población sin seguridad social.
b) Las instituciones de seguridad social.
c) Los prestadores privados.

En el tema de salud mental y particularmente adicciones destaca en el primer grupo la Secretaría de Salud, los Servicios Estatales de Salud (SESA) y el Programa IMSS-O, en lo que respecta a las instituciones de seguridad social destacan: El IMSS, el ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR. El tercer componente es el Sector Privado que está formado por un grupo importante de prestadores de servicios, donde se destaca Centros de Integración Juvenil, A.C., tanto por su esfuerzo en el mantenimiento de la calidad en la prestación de los servicios como por sus importantes coberturas.

Lo anterior responde a las directrices de la Secretaría de Salud: "La función principal de los sistemas de salud es prestar servicios de salud. Estos servicios, ya sean personales o comunitarios, deben ser efectivos y proveerse atendiendo a las expectativas de los usuarios. La calidad de los servicios de salud en México se ha incrementado en los últimos años, pero es necesario mejorarla aún más. Además de desarrollar esfuerzos específicos en este sentido, es importante fortalecer las actividades de regulación de la atención médica y las actividades de protección contra riesgos sanitarios".

CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL, A.C.

Centros de Integración Juvenil surge hace más de 40 años como una asociación civil de participación estatal mayoritaria, cuando el problema de los trastornos relacionados con sustancias psicoactivas ilegales era apenas incipiente. Actualmente cuenta con una importante red de servicios de prevención, tratamiento y rehabilitación conformada por 113 unidades de preven-

ción y consulta ambulatoria y 12 unidades de hospitalización.

Estas unidades se establecen con base en un estudio multimetodológico conocido como Estudio Básico de Comunidad Objetivo (EBCO) que permite evaluar el riesgo de la población en relación con el consumo de sustancias.

Desarrolla sus acciones dirigiendo sus esfuerzos principalmente a los servicios de atención primaria; desde la prevención y promoción de la salud hasta servicios de tratamiento en unidades de consulta externa.

El modelo de CIJ resulta *sui generis*, ya que contempla diversos modelos tales como el "Modelo de Creencias en Salud" (Rosentock, 1979), trabajando tanto la información en salud como la motivación para la protección de la salud de individuos y comunidades; el "Modelo Ecológico" dirigiendo acciones para que las comunidades reduzcan en forma importante los determinantes más importantes del problema, el "Modelo de Educación para la Salud" (Greene y Simons, 1988), entre otros.

En lo que respecta a las acciones dirigidas al autocuidado de la salud mental, CIJ cuenta con una variedad de proyectos fundamentados en la información, la orientación y la capacitación. Se destacan los siguientes:

PREVENCIÓN UNIVERSAL: PROGRAMA DE FORMACIÓN DE HABILIDADES PARA LA VIDA

Es un programa dirigido a estudiantes de secundaria y bachillerato que se desarrolla en el salón de clases a partir del trabajo con los factores de riesgo y protección. Básicamente, pretende informar y preparar a los adolescentes para que aprendan a resistir el ofrecimiento del consumo de drogas; fortalecer la autonomía en la toma de decisiones, así como proporcionar una formación social general.

La información y preparación a aprender a resistir el ofrecimiento del consumo de drogas tiene como finalidad reducir la influen-

cia de los factores sociales que fomenten el consumo, de forma que se incremente la concientización y sensibilización social sobre el problema del abuso de drogas, se corrija la percepción errónea de que todas las personas consumen y se promuevan actitudes contrarias a su uso.

La toma de decisiones pretende incrementar la autonomía y el autocontrol, lo que implica capacitar a los alumnos en la solución de problemas y toma de decisiones personales. A la vez, los ejercita en el desarrollo de actitudes críticas hacia la influencia de compañeros y medios de comunicación, fortalece el autocontrol y la autoestima y, favorece la disminución del estrés y la ansiedad.

La formación social general se enfoca al mejoramiento de la competencia social del estudiante, facilitando diversas habilidades de socialización como:

- Mejorar la comunicación.
- Superar la timidez.
- Aprender a establecer nuevas relaciones.
- Desarrollar nuevas amistades que no impliquen riesgo de consumo.

Para ello, emplea recursos como la instrucción, demostración, retroalimentación, refuerzo, ensayo de conducta, tareas en casa, etcétera.

PREVENCIÓN SELECTIVA

Es el conjunto de acciones de trabajo que se dirigen a ciertos subgrupos de la población que han sido identificados como sujetos en alto riesgo y vulnerabilidad para el abuso de sustancias psicoactivas capaces de producir dependencia; ya que poseen riesgos específicos que requieren su participación directa en actividades preventivas adecuadas a su situación.

En la prevención selectiva, la vulnerabilidad individual o riesgo personal de los integrantes del subgrupo de interés por lo general no es valorado, más bien, es el subgrupo como un "todo" el que se ubica en mayor riesgo para el abuso de sustancias.

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

Cabe señalar que el conocimiento de los factores de riesgo específicos para cada subgrupo favorece el diseño de programas preventivos que enfocan sus objetivos a la reducción de riesgos particulares vinculados con las drogas.

Generalmente, opera por periodos de tiempo más largo, requiere de mayor tiempo y esfuerzo por parte de los participantes en comparación con las acciones de la prevención universal.

Incluye actividades psicoeducativas, de entrenamiento en habilidades, programas de tutoría y liderazgo, así como actividades culturales para jóvenes.

PREVENCIÓN INDICADA

Las actividades se dirigen hacia aquellos individuos que han experimentado con drogas y muestran conductas problemáticas asociadas con el abuso de sustancias. La atención a estos individuos requiere de la elaboración de programas de prevención especiales.

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

Los programas de prevención indicada se emplean para las personas que usan y/o abusan de las drogas, sobre todo porque presentan algunos factores de riesgo que aumentan las probabilidades de que desarrollen problemas asociados al consumo de sustancias, por ejemplo: fracaso escolar,

problemas sociales interpersonales, delincuencia, otras conductas antisociales, depresión, ideación suicida, etcétera.

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

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

Aunque la población que requiere este tipo de intervenciones es mucho menor *(Figura 2)*, la operación de estos programas preventivos implica mayor costo, periodos de tiempo más largos (meses), una frecuencia de contacto mayor entre el especialista y la persona de interés (horas, días), así como un gran esfuerzo por parte del participante, en comparación con las estrategias de trabajo universales y selectivas.

De acuerdo con lo anterior, es posible inferir las siguientes cifras, de acuerdo con la necesidad de atención en el país:

1. Prevención Universal: 60,643,061.
2. Prevención Selectiva: 10,184,064 personas.
3. Tratamiento especializado de personas sin dependencia pero con abuso: 3,869,093.
4. Tratamiento especializado de segundo nivel para personas dependientes: 428,819.

Para el caso de personas consumidoras de alcohol, 27 millones consumen grandes cantidades por ocasión y poco más de cuatro millones cumple con criterios de trastornos relacionados con el alcohol (Abuso-Dependencia), por lo que:

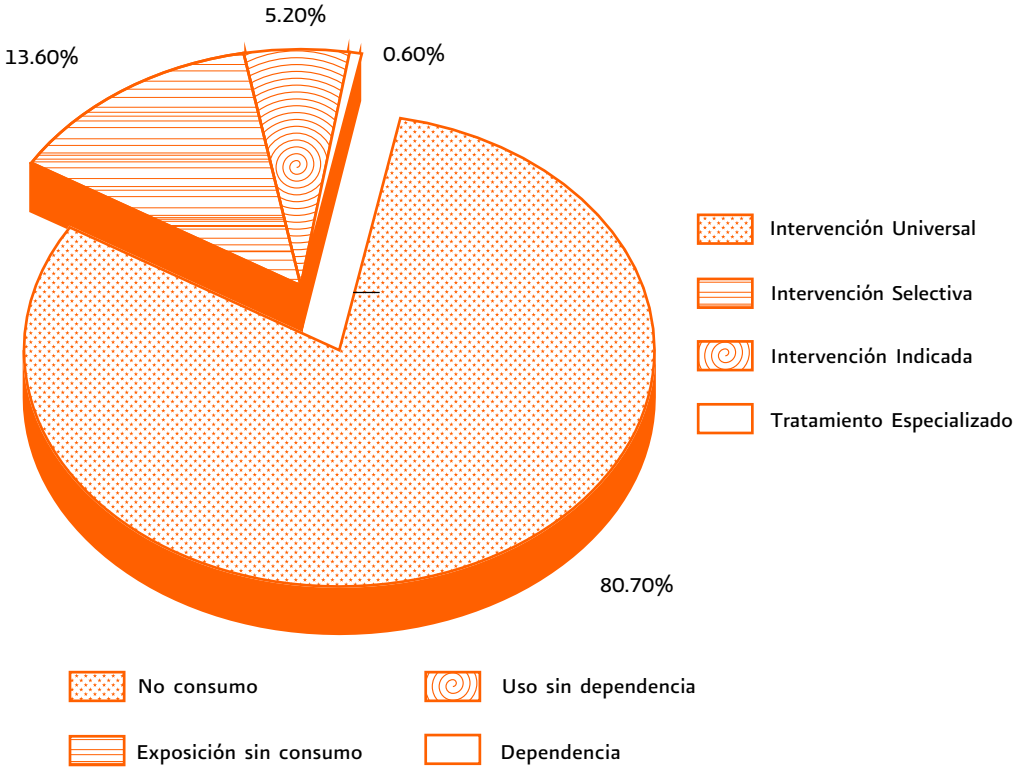


Figura 2. Necesidades de atención de la población por consumo de drogas (ENA, 2008).

1. 27 millones requieren intervenciones de prevención selectiva o indicada.
2. 4 millones intervenciones con personal especializado de segundo nivel.

TRATAMIENTO

En materia de tratamiento asociado a servicios de atención primaria, los Centros de Integración Juvenil desarrollan acciones en dos vertientes: Capacitación a médicos y otros perfiles de salud de primer contacto y la prestación de servicios. Éstos, fundamentalmente los que se conocen como de intervención oportuna, dirigidos a jóvenes que empiezan a consumir alcohol, tabaco u otras drogas. La intención es evitar que desarrollen una adicción y ayudar a que adquieran hábitos de vida saludables. La intervención es breve e incluye terapias de tipo psicosocial. A las consultas acuden los jóvenes y sus padres.

Sin embargo, CIJ amplia sus servicios de atención y ofrece intervenciones a otros niveles tales como:

- CONSULTA EXTERNA BÁSICA: Para personas que tienen problemas de abuso o dependencia al alcohol, tabaco u otras drogas. La finalidad es que las personas cesen el consumo de estas sustancias. Las consultas son una o dos veces por semana, aproximadamente de una hora de duración. También se ofrecen servicios de apoyo para los familiares.

- CONSULTA EXTERNA INTENSIVA: Para quienes tienen un problema de dependencia a las drogas. Las personas acuden al CIJ al menos tres días a la semana durante cuatro horas o más por día. Participan en terapias y talleres de rehabilitación de tipo médico y psicosocial. El tratamiento apoya a las personas para que dejen de consumir y puede durar de uno a tres meses, de acuerdo con la recuperación que vaya logrando la persona.

- HOSPITALIZACIÓN: Para pacientes que requieren internamiento debido al nivel de severidad de su trastorno por consu-

mo de sustancias, así como por su disposición a llevar a cabo su tratamiento en una modalidad residencial, el apoyo de familiares y el nivel de severidad de trastornos duales.

El tratamiento se lleva al cabo con base en un modelo de comunidad terapéutica modificado, prácticamente profesional, participativo con roles perfectamente definidos y jerarquización firme; y se enfoca en que los pacientes consigan la abstinencia total y sostenida, así como la modificación de conductas de riesgos y el fortalecimiento yoico (control de impulsos, tolerancia a la demora y tolerancia a la frustración), dentro de un ambiente hospitalario. Los pacientes participan en un programa personalizado con actividades terapéuticas, educativas, culturales, deportivas y recreativas para favorecer su bienestar integral.

REFERENCIAS

1. Instituto Nacional de Epidemiología. Curso de Epidemiología General. Argentina: Ministerio de Salud y Acción Social; 1997.
2. OPS/OMS: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Washington, D.C.: Documento de posición de la OPS/OMS. 2007, p. 19.
3. Mahler H. Entrevista. Boletín de la OMS 2008; 86(10).
4. Torres-Goitia J. Desarrollo y Salud: Historia de la Medicina Social y de la Atención Primaria de Salud. Bolivia: Organismo Andino de Salud Convenio Hipólito Unanue y Universidad Andina Simón Bolívar; 2008.
5. Organización Mundial de la Salud. 56 Asamblea Mundial de la Salud A56/27, punto 14.18 del origen del día provisional. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata: 25 Aniversario, Informe de la Secretaría; 2003.
6. Winslow CEA. The Untilled Fields of Public Health. Since 1920; 51.
7. Terris M. "Tendencias actuales de la Salud Púbica de las Américas", en "La crisis de la Salud Pública", OPS; 1992.
8. Presidencia de la República. México: Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012; 2007.
9. Programa Nacional de Salud 2007-2012. "Por un México Sano: construyendo alianzas para una mejor salud". 1ª. Ed. Secretaría de Salud; 2007.

10. NIDA. Instituto Nacional contra el Abuso de Drogas. Prevención del consumo de drogas entre niños, niñas y adolescentes. Guía basada en trabajos de Investigación. EEUU: Departamento de Salud y Servicios; 1997.

11. NIDA. Instituto Nacional contra el Abuso de Drogas. Drug abuse prevention for the general population. National Institutes of Health; 1997.

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES EN LOS SERVICIOS DE SALUD

VI.
El papel de los Grupos de Ayuda Mutua en la Atención del Alcoholismo en los Servicios de Salud del Primer Nivel de Atención

Dr. Ricardo Iván Nanni Alvarado*

* Coordinador de Tratamiento en la Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos

La Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, A.C. es Integrante de *Alcoholics Anonymous World Services, Inc.*, y es la única reconocida en nuestro país por esta impresionante estructura que está presente en este momento en 183 países y con una militancia de 5 millones de personas que acuden día con día a los más de 140 mil grupos que existen a nivel mundial. A más de 76 años de fundado, los Servicios Mundiales de Alcohólicos Anónimos se erige en todo el orbe, como un magnífico aliado de diversos sectores sociales y gubernamentales en el tema de alcoholismo, superando cualquier diferencia de género, credo, idioma, etnia, creencias e ideologías.

Hablar de los Grupos de Ayuda Mutua es hablar de su mejor exponente a nivel mundial: Alcohólicos Anónimos (*Alcoholics Anonymous World Services, Inc.).*

Lo que a continuación transcribo es tomado textualmente de la Literatura Aprobada por la Oficina de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, permitiéndome sólo ser el compilador de lo que, a mi juicio, permita al lector la comprensión general del Programa de Alcohólicos Anónimos y realizando esporádicamente, acotaciones al tema con la finalidad de dar fluidez a la lectura. Al no tratarse de un artículo científico, obviaré las citas de Referencias Bibliográficas señalando que todo lo vertido es parte de la Literatura Aprobada por las Conferencias Nacionales de AA y que es de *uso habitual* para la Militancia de la Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, A.C:

...Alcohólicos Anónimos tuvo su origen en Akron, Estados Unidos, en el año de 1935, cuando un empresario de Nueva York (Bill W.) que había intentado en múltiples ocasiones durante varios años dejar de beber, logró controlar su consumo cuando habló de sus emociones, sentimientos, conductas e inquietudes con *otro alcohólico* (Dr. Bob), un médico de esa localidad que tenía problemas con la *su forma de beber* para compartir con él sus experiencias en un esfuerzo por evitar y anticiparse a *malos momentos* que lo llevase a una recaída.

Durante los siguientes meses de su recién adquirida sobriedad, Bill W. observó que sus deseos de beber disminuían cuando trataba de ayudar a otros "alcohólicos" a permanecer sobrios. Trabajando juntos, el hombre de negocios y el médico descubrieron que su capacidad para permanecer sobrios estaba muy relacionada con la ayuda y estímulo que ellos pudieran dar a otros alcohólicos. Así como compartir entre ellos su experiencia, que a partir de entonces llevaron a otras ciudades. En 1939, con la publicación del Libro "Alcohólicos Anónimos" y con la colaboración de Amigos de Alcohólicos Anónimos, conocidos como Custodios Clase A (No Alcohólicos); el Programa de Doce Pasos empezó a extenderse rápidamente tanto en Estados Unidos como en el extranjero.

CRONOLOGÍA DE A.A. EN NUESTRO PAÍS

Los cofundadores Bill W. y el Dr. Bob, con su valiosa experiencia nos transmitieron los principios de A.A., así como los vitales e indispensables Legados de Recuperación, Unidad y Servicio. Algunos de los hechos más relevantes y significativos en el desarrollo de A.A. en México son:

- El 1 de marzo de 1941 se publicó en el diario *Saturday Evening Post*, el artículo titulado: "Alcohólicos Anónimos", elaborado por Jack Alexander. La nota de que un puñado de hombres había alcanzado la sobriedad a través de Alcohólicos Anónimos impactó profundamente a la comunidad internacional, llegando a nuestro país, donde llamó la atención de varios mexicanos que solicitaron información a la Oficina de Nueva York (sede matriz de los Servicios Mundiales de A.A.)
- Año 1941. Algunas ciudades de la República se acreditan como la cuna de AA en México, entre ellas Monterrey, México, Guadalajara y Mérida.
- Año 1943. Se inicia la traducción al español del Libro Alcohólicos Anónimos.
- Año 1946. Inicio formal de A.A.: "Mexico City Group" (Primer Grupo en México).
- Año 1956. Nace el Grupo "Hospital Central Militar".

- Año 1957. Se inicia el Grupo "Panteón Florido", primero en Yucatán (que en el año 1959 recibe la visita de Bill W.).
- Año 1964. Se realiza el Primer Congreso Nacional de A.A., donde se decide crear la Oficina de Servicios Generales (O.S.G.) y se solicita a la O.S.G. de Nueva York la autorización para elaborar toda la Literatura de A.A. en español para nuestro país.
- Año 1970. Se crea La Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, A.C. teniendo como objetivo la prestación de servicios generales relacionados con la recuperación del alcohólico, sin propósito de lucro.
- Año 1971. Fallece Bill W. Cofundador de Alcohólicos Anónimos.
- Año 1983. Se crea el "Grupo Castellanos" al interior del Penal de las Islas Marías (previamente ya se había fundado el grupo "Reinicio" en el Penal de Morelia).
- Año 1985. Se obtiene el Permiso de *Alcoholics Anonymous World Services, Inc.*, para Editar Literatura de A.A. por la Central Mexicana.
- Año 1989. Se recomienda que el Comité de la Revista Plenitud pueda trabajar independiente de la O.S.G.
- Año 2002. Se firma el Convenio de Colaboración entre la Central Mexicana y el Instituto Nacional Indigenista.
- Año 2002. Se lleva a cabo la Firma del Convenio de Colaboración de la Central Mexicana y los Centros de Integración Juvenil (CIJ).
- Año 2002. Es firmado el Convenio de Colaboración de la Central Mexicana con Prevención y Readaptación Social de la Secretaría de Seguridad Pública (SSP) con el fin de proporcionar apoyo a los internos que se encuentran en los Centros de Readaptación Social Estatales, del Distrito Federal, Federales y Centros de Diagnóstico y Tratamiento de Menores con problemas de Alcoholismo, así como para brindar el apoyo necesario a los Liberados con problemas de Alcoholismo y a sus familiares.
- Año 2005. La Central Mexicana reporta en el Directorio Nacional: 13,029 Grupos Tradicionales, 79 de Paso Doce, 105 en Hospitales y 415 en Instituciones Co-

rreccionales con un total de 13,628, así como 1,136 Distritos, 54 Oficinas de Información, 80 Oficinas Intergrupales y 75 Comités de Área.

- Año 2007. Se efectúa la Actualización del Convenio entre la Secretaría de Salud y la Central Mexicana de A.A.
- Año 2009. Se lleva a cabo la Firma del Convenio de Colaboración de la Central Mexicana y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).
- Año 2010. Se inaugura el Museo Nacional de Alcohólicos Anónimos "Nuestras Raíces".
- Año 2011. Se lleva a cabo la Antefirma del Convenio de Colaboración de la Central Mexicana y el Centro Nacional de Prevención y el Control de las Adicciones (CENADIC).

ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS HOY EN MÉXICO

Alcohólicos Anónimos es una Agrupación Mundial de Alcohólicos Recuperados que se Ayudan Unos a Otros a mantener su Sobriedad y comparten libremente las experiencias de su recuperación con otros hombres y mujeres que también tienen problemas con la bebida. Los miembros de Alcohólicos Anónimos han aceptado todo o parte de un programa sugerido de recuperación de Doce Pasos, creado especialmente para la recuperación del alcoholismo.

La Comunidad está integrada por más de 14,600 Grupos, los cuales se encuentran distribuidos en 82 áreas a nivel nacional y en ellos cientos de miles de alcohólicos han obtenido su sobriedad. No obstante, la mayoría de los miembros piensa que nuestro programa no siempre es efectivo con todos los alcohólicos debido a que algunos parecen requerir tratamiento profesional.

Alcohólicos Anónimos está orientado exclusivamente hacia la recuperación personal y la sobriedad continua de cada alcohólico que llegue a nuestra agrupación buscando ayuda. No realizamos ningún tipo de trabajo en el campo de la investigación, educación o propaganda con respecto al alcoholismo, ni ofrecemos tratamientos médicos o psiquiátricos. Sin embargo, aquellos miembros de

Alcohólicos Anónimos que así lo deseen, pueden participar en tales actividades en calidad de individuos.

ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS EVITA CONTROVERSIAS

Cuando en abril de 1963 una Revista de Estados Unidos publicó una crítica de ciertos aspectos de AA, poniendo en duda las relaciones de AA con la Medicina, la Religión y el Mundo en general: el Equipo de Redacción del *Grapevine* (nombre de la Revista de la OSG de Nueva York –equivalente a Plenitud para la OSG de México–) fueron a consultar a Bill. Él les sugirió que volvieran a leer las secciones de: AA Llega a su Mayoría de Edad y Doce Conceptos Para el Servicio Mundial (dos Libros publicados por AA). A continuación, transcribo los textos:

..."Como Sociedad, nunca debemos volvernos tan vanidosos como para pretender que hayamos sido autores e inventores de una nueva religión". Recordaremos con humildad que cada uno de los principios de AA, cada uno de ellos, lo hemos apropiado de fuentes antiguas. Tendremos presente que somos *legos*, y que estamos siempre bien dispuestos a cooperar con todas las personas de buena voluntad, sea cual sea su religión o nacionalidad. Hablando en nombre del Dr. Bob y mío, quisiera decirles que nunca hemos tenido la menor intención de establecer una nueva secta religiosa. El Dr. Bob tenía ciertas convicciones religiosas y yo tengo las mías. Éste es, por supuesto, el privilegio personal de todo miembro de AA. Pero no podría haber nada más nefasto para el futuro de AA que el intentar incorporar nuestras ideas teológicas personales en las enseñanzas, las costumbres o las tradiciones de nuestra Comunidad. Me siento totalmente convencido de que el Dr. Bob, si estuviera todavía con nosotros, compartiría la opinión de que sería imposible insistir demasiado en este punto...

...Además, sería fruto del falso orgullo creer que Alcohólicos Anónimos sea una *panacea*, o incluso el único remedio para el alcoholismo. No debemos olvidar la deuda

que tenemos con la gente de la Medicina. En este respecto, tenemos que ser amistosos y, sobre todo, receptivos a todos los descubrimientos de la Medicina y de la Psiquiatría que prometan ofrecer alivio a los enfermos. Siempre debemos dar *prueba de amistad* para con todos los que trabajan en los campos de Investigación, Rehabilitación y Educación sobre el Alcoholismo. Sin respaldar a nadie en particular, debemos estar siempre dispuestos a cooperar con todos en la medida que podamos. *Tengamos siempre en mente que los expertos en religión son los clérigos; que a los médicos les corresponde ejercer la medicina; y que nosotros, los alcohólicos, somos sus ayudantes...*

...Hay aquellos que predicen que Alcohólicos Anónimos puede llegar a ser la nueva vanguardia de un *despertar espiritual* en todas partes del mundo. Al decir cosas así, nuestros amigos son generosos y sinceros. Pero nosotros los AA debemos reconocer que tales tributos y profecías pueden convertirse en una bebida embriagadora para la mayoría de nosotros, es decir, si llegáramos a creer que esto es el verdadero objetivo de AA y empezáramos a comportarnos como si lo fuera. Por lo tanto, nuestra Sociedad se aferrará prudentemente a su único propósito: llevar el mensaje al alcohólico que aún sufre. Resistámonos a la presunción de creer que, ya que Dios nos ha hecho posible hacer bien en un solo campo, estamos llamados a ser un conducto de la gracia salvadora para todos...

...Por otro lado, no debemos convertirnos nunca en una sociedad cerrada; nunca debemos privar al mundo de nuestra experiencia, sea cual sea el valor que tenga. Nuestros miembros no deben vacilar en hacer sus aportaciones individuales a todos los diversos campos del esfuerzo humano. Que lleven la experiencia y el espíritu de AA a todas estas esferas de actividad, para hacer todo el bien que puedan. Porque no sólo nos ha salvado el *Poder Superior* del alcoholismo, sino que también el mundo nos ha acogido nuevamente como ciudadanos. No obstante, ya que creemos en las paradojas, debemos darnos cuenta de que cuanto más se ocupe de sus

propios asuntos la Sociedad de Alcohólicos Anónimos, sin meterse en cuestiones ajenas, tanto mayor será nuestra influencia, menor será la oposición que encontremos y más disfrutaremos de la confianza y del respeto del mundo a nuestro alrededor. Supongamos ahora que AA se vea expuesto a un duro ataque público o fuertemente ridiculizado; y supongamos que en este caso, las críticas tienen poca o ninguna justificación. Casi sin excepción podría decirse que la mejor defensa sería no hacer defensa alguna; es decir, mantener un total silencio a nivel público. La gente irrazonable se siente más estimulada con la oposición. Si mantenemos nuestro buen humor y no les hacemos caso, es muy probable que los ataques cesen muy pronto. Si persisten y se ve claramente que se originan en información errónea, puede que sea aconsejable tratar de comunicarnos con ellos de manera cordial e informativa; y de tal manera que ellos no puedan valerse de nuestra comunicación como una nueva arma para atacarnos. Rara vez es necesario que nuestra Conferencia emita oficialmente tales comunicaciones. Muchas veces podemos utilizar los buenos oficios de nuestros amigos. Los mensajes que transmitimos a los que nos atacan nunca deben poner en duda sus motivos; deben limitarse a facilitarles información. Además, estas comunicaciones deben ser privadas. Si se hacen públicas, pueden convertirse en nuevos pretextos para la controversia. *Pero si en cierta ocasión, la crítica que se hace de AA es parcial o totalmente justificada, puede que lo apropiado sea reconocerlo privadamente a los críticos y agradecérselo*...

...En los años venideros sin duda cometeremos errores. La experiencia nos ha enseñado que no debemos temer a hacerlo, siempre que sigamos estando bien dispuestos a confesar nuestros defectos y corregirlos prontamente. Nuestro desarrollo como individuos ha dependido de este *sano proceso de pruebas y tanteos.* Así también será para nuestra Comunidad. Tengamos siempre presente que cualquier sociedad de hombres y mujeres que no puede corregir libremente sus defectos, está condenada a caer en decadencia o a derrumbarse. Éste es el precio que tiene

que pagar todo aquel que se niega a continuar desarrollándose. Así como cada miembro individual de AA tiene que seguir haciendo su inventario moral y hacer lo que le corresponda para mejorarse, así también tiene que hacerlo nuestra Sociedad entera si hemos de sobrevivir y esperamos servir bien y eficazmente..."

LA ESENCIA DE ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS

Desde su origen, A.A. ha mantenido una Identidad Propia y Definida. *Como lo ve A.A.*, el Alcoholismo es una Enfermedad. Los alcohólicos no pueden controlar su manera de beber porque están enfermos en sus cuerpos y en sus emociones. *Así piensa A.A.*: Si no dejan de beber, su alcoholismo siempre empeorará.

Los miembros de A.A. dicen que ellos son alcohólicos hoy, aun cuando no hayan tomado un trago por muchos años. No dicen "*estar sanados o ya haberse curado*". Una vez que la persona ha perdido la capacidad para controlar la bebida, nunca más podrá volver a beber normalmente o, en otras palabras, ellos nunca serán *ex alcohólicos*. En A.A. se convierten en alcohólicos sobrios o *alcohólicos recuperados.*

A través del ejemplo y la comprensión de los alcohólicos recuperados en A.A., los nuevos miembros son estimulados a permanecer alejados del licor "un día a la vez" –*sólo por hoy*–, tal como lo hacen los miembros de A.A. en vez de jurar "nunca más" o preocuparse si estará sobrio mañana. Los miembros de Alcohólicos Anónimos se circunscriben a no tomar en este instante, "sólo por hoy".

Manteniendo el alcohol alejado de sus organismos, los recién llegados contrarrestan una parte de su enfermedad y sus cuerpos tienen una oportunidad de mejorar. *Pero recuerden que, si quieren permanecer sobrios, necesitan mentes y emociones sanas*. Entonces comienzan a aclarar sus confusos pensamientos y sentimientos, siguiendo los "Doce Pasos de Alcohólicos Anónimos" para la recuperación. Estos pasos sugieren ideas y actitudes que *garantizan a los alcohólicos vidas felices y útiles.*

Para estar en contacto con otros miembros y para aprender sobre el programa de recuperación, los nuevos miembros asisten con más regularidad a las reuniones de A.A. y reciben una guía personalizada de parte de aquellos alcohólicos recuperados denominados "Padrinos", lo que implica una enorme Responsabilidad y Entrega hacia sus "Ahijados" profesando con su Ejemplo Diario.

A.A.no lleva registros de sus miembros, pero los Grupos informan cuántas personas asisten regularmente a sus reuniones. De estos informes se estima que en México acuden más de 200 mil personas diariamente a cualquiera de los 14,600 grupos con que cuenta la Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, A.C.

LO QUE SÍ HACE ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS

Los miembros de Alcohólicos Anónimos comparten la experiencia de su recuperación con todo el que tenga o diga tener problema con la bebida y busque ayuda. Dan servicio persona a persona o "apadrinamiento" al alcohólico que llega a nuestra comunidad procedente de una clínica o canalizado por cualquier otra fuente. Nuestra recuperación está basada en compartir mutuamente nuestra experiencia, fortaleza y la esperanza de que podemos resolver nuestro problema común y que nuestra sobriedad depende de ayudar a otros a recuperarse del alcoholismo.

El programa de Alcohólicos Anónimos ofrece al alcohólico en recuperación una oportunidad para desarrollar una forma de vida, libre del alcohol. Este programa se comenta y discute en las juntas de los grupos de Alcohólicos Anónimos. Estas juntas son siempre de hora y media y están catalogadas de la siguiente manera:

- *Juntas Abiertas de Orador:* Abiertas para alcohólicos y no alcohólicos. Aquí, los miembros de Alcohólicos Anónimos narran sus historiales y experiencias de recuperación.

- *Juntas Abiertas de Discusión:* Abiertas para alcohólicos y no alcohólicos. Con un tema o temas determinados, se lleva a cabo una reunión de discusión del tipo mesa redonda.

- *Juntas Cerradas:* Sólo para alcohólicos que pueden ser de los tipos anteriores.

LO QUE NO HACE ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS

- No hace campañas para convencer a los alcohólicos que se unan a A.A. Esta entidad está dirigida únicamente para aquellos alcohólicos que quieren dejar de beber. Es decir, "es para el que quiere, no para el que lo necesita".

- No vigila a sus miembros para ver si han bebido. Ayuda a los alcohólicos a ayudarse a ellos mismos.

- No es una organización religiosa. Todos los miembros son libres para decidir sobre sus propias ideas acerca del significado de la vida y la religión.

- No es una organización médica. No hace diagnósticos médicos o psiquiátricos ni proporciona medicamentos ni consultas psiquiátricas.

- No maneja ningún hospital, pabellón u otra organización; ni suministra servicios de desintoxicación o de enfermería, ni de hospitalización. Alcohólicos Anónimos coopera con organizaciones que trabajan en el campo profesional del alcoholismo. Algunos miembros trabajan en esas organizaciones, pero a título personal, no como representantes de A.A.

- No cuenta ni mantiene contacto alguno con Granjas o Anexos (aunque algunos de ellos de forma indebida pueden emplear el logo de la Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, A.C.). Son esfuerzos ajenos a la Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, A.C. con los cuales no tiene ningún vínculo.

- No acepta dinero de fuentes externas a A.A., ni privadas ni gubernamentales.

- No ofrece ningún servicio social. No provee vivienda, albergue, alimento, vestido, trabajo o dinero. Ayuda a los alcohólicos a permanecer sobrios de manera que ellos mismos puedan cubrir sus propias necesidades.

- Alcohólicos Anónimos practica el principio del "Anonimato". No desea dar a conocer los nombres de sus miembros en televisión, cine, radio, periódicos o cualquier medio de comunicación. Los miembros de A.A. no divulgan los nombres de otros miembros a personas no alcohólicas. Los miembros no se avergüenzan de pertenecer a A.A., sólo les anima el deseo de lograr que más alcohólicos lleguen a A.A. en busca de ayuda.

ORGANIZACIÓN DE ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS

A.A. no tiene un gobierno. Cada Grupo es libre de desarrollar sus propias modalidades y formas de realizar reuniones, siempre y cuando no perjudique a otros Grupos o a A.A. como Un Todo. Los miembros eligen a un Representante de los Servicios Generales (RSG) y a otros Servidores del Grupo. Estos servidores de confianza no dan órdenes: su deber es velar por el buen funcionamiento del grupo y que las reuniones sean agradables para el resto. En la mayoría de los grupos, nuevos servidores son elegidos dos veces por año. Pero los Grupos no son excluidos del resto de A.A. y de la misma forma en la que miembros de A.A. se ayudan entre sí, ellos también los hacen. He aquí tres maneras usadas para intercambiar ayuda:

- Grupos en la misma ciudad establecen una Oficina Central y Oficina de "Intergrupos".

- Grupos de todo el país comparten sus experiencias escribiendo a la Oficina de Servicio General de A.A. en su Ciudad.

- Grupos de todo el mundo se contactan con la General Service Office de Alcohólicos Anónimos en Nueva York, inscribiéndose en el Directorio Mundial.

Los recién llegados no pagan cuota de admisión por hacerse miembros de un Grupo. Los miembros, además, no pagan honorarios de ningún tipo. Sin embargo, los miembros contribuyen voluntariamente si lo desean para el alquiler del local de las reuniones, compra de café y refrescos, compra de libros, folletos, Boletín y la Revista Plenitud de A.A. Los Grupos también contribuyen con dinero para mantener las Oficinas Centrales, la Oficina de Servicios Generales y todas las actividades de Alcohólicos Anónimos.

Alcohólicos Anónimos no cobra por la ayuda que sus miembros prestan a otros alcohólicos, ni ellos reciben nunca pago alguno. Su retribución es algo mucho mayor que lo que representa el valor del dinero, es su propia recuperación. Pues los miembros de A.A. han descubierto que ayudar a otros alcohólicos es la mejor forma de asegurar su propia sobriedad.

EL CARÁCTER PREVENTIVO DE ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS

La experiencia recopilada hasta hoy, nos muestra cómo algunos adolescentes alcohólicos encontraron a A.A. y el gran cambio que les significó para ellos el recuperar la felicidad al estar sobrios y también al tomar parte en las actividades de A.A. Una gran parte de ellos aprecian mucho haber evitado transitar toda la llamada "carrera alcohólica".

LAS DOCE TRADICIONES DE ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS

Primera tradición AA

"*Nuestro Bienestar Común debe tener la preferencia; la Recuperación Personal depende de la Unidad de A.A.*"

La Unidad de Alcohólicos Anónimos es la cualidad más preciada que tiene nues-

tra Sociedad. Nuestras vidas, y las vidas de todos los que vendrán, dependen directamente de ella. O nos mantenemos unidos o A.A. muere. Sin la unidad cesaría de latir el corazón de A.A.; nuestras arterias mundiales dejarían de llevar la gracia vivificadora de Nuestro Poder Superior; se desperdiciaría la dádiva que Él nos concedió. Creemos que no existe en el mundo otra comunidad que tenga más ferviente interés por cada uno de sus miembros; sin duda, no hay ninguna que defienda más celosamente el derecho del individuo a pensar, hablar u orar según desee. Ningún A.A. puede obligar a otro a hacer nada; nadie puede ser castigado o expulsado. Nuestros Doce Pasos de recuperación son sugerencias; en las Doce Tradiciones, que garantizan la unidad de A.A. no aparece ni una sola prohibición. En el momento en que este trabajo de Paso Doce resulta en la formación de un grupo, se descubre otra cosa –que la mayoría de los individuos no pueden recuperarse a menos que exista un grupo–. Se da cuenta de que el individuo no es sino una pequeña parte de una gran totalidad; que para la preservación de la Comunidad no hay ningún sacrificio personal que sea demasiado grande. Va descubriendo que tiene que silenciar el clamor de sus deseos y ambiciones personales, cuando éstos pudieran perjudicar al grupo. Resulta evidente que si no sobrevive el grupo, tampoco sobrevivirá el individuo. Así que, desde el mismo comienzo, la cuestión de cómo vivir y trabajar juntos como grupos ha tenido para nosotros una importancia primordial. *En el yunque de la experiencia se martilló la estructura de nuestra Sociedad.*

Segunda tradición AA

"Para el propósito de nuestro grupo sólo existe una autoridad fundamental: un Dios amoroso tal como se exprese en la conciencia de nuestros Grupos. Nuestros líderes no son más que servidores de confianza; no gobiernan".

¿De dónde obtiene A.A. su orientación? ¿Quién lo dirige? Esto también puede parecer enigmático a todos los amigos y recién llegados. Cuando se les dice que nuestra Sociedad no tiene un presidente

con autoridad para gobernarla, ni un tesorero que pueda exigir el pago de cuotas, ni una junta de directores que pueda arrojar a las tinieblas exteriores a un miembro descarriado –que de hecho ningún A.A. puede dar una orden a otro ni imponer obediencia– nuestros amigos se quedan asombrados y exclaman, estas realidades de la vida de A.A. que nos llevaron a adoptar este principio que a primera vista parece tan poco práctico. Siente un apremio espiritual y ético, porque puede haber a su alcance centenares de alcohólicos que sufren. Además, echa de menos su grupo base. Necesita a otros alcohólicos tanto como ellos le necesitan a él. En cualquier caso, el grupo ahora tiene un llamado comité rotativo, con autoridad estrictamente limitada. Los miembros componentes no pueden bajo ningún concepto gobernar o dirigir el grupo. *Son servidores*. Suyo es el a veces ingrato privilegio de atender a las tareas del grupo. Presidido por un coordinador, el comité se encarga de las relaciones públicas y de hacer los preparativos para celebrar las reuniones. El tesorero, que tiene que rendir cuentas ante el grupo, recoge el dinero que se echa *al pasar el sombrero*, lo lleva al banco, paga el alquiler y otros gastos y presenta un informe regularmente en las reuniones del grupo. El secretario procura que la literatura esté expuesta en las mesas y que se atiendan las llamadas telefónicas, contesta la correspondencia y envía por correo los avisos para anunciar las reuniones. Éstos son los sencillos servicios que le permiten funcionar al Grupo. El comité no da consejos espirituales, no juzga la conducta de nadie y no da órdenes. Si intentan hacerlo, todos pueden ser eliminados en las próximas elecciones. Éstas son experiencias universales. De esta manera, por todo A.A., la conciencia de grupo decreta las condiciones bajo las cuales deben servir sus líderes. Esto nos conduce directamente a la pregunta ¿Tiene A.A. una verdadera dirección? La respuesta es un rotundo "Sí, a pesar de la aparente falta de la misma".

Tercera tradición AA

"El único requisito para ser miembro de A.A. es querer dejar de beber".

Esta Tradición está repleta de significado. Porque en realidad A.A. dice a todo verdadero bebedor, "Tú eres miembro de A.A., si tú lo dices. Puedes declararte a ti mismo miembro de la Sociedad; nadie puede prohibirte la entrada. No importa quién seas; no importa lo bajo que hayas caído. No importa lo graves que sean tus complicaciones emocionales –ni incluso tus crímenes– no podemos impedirte que seas miembro de A.A. No queremos prohibirte la entrada. No tenemos ningún miedo de que nos vayas a hacer daño. Sólo queremos estar seguros de que tengas la misma gran oportunidad de lograr la sobriedad que tuvimos nosotros. Así que eres miembro de A.A. desde el momento en que lo digas". Para establecer este principio, tuvimos que pasar por años de experiencias desgarradoras. En nuestros primeros años, nada nos parecía tan frágil, tan fácil de romper como un grupo de A.A. Casi ningún alcohólico a quien nos dirigíamos nos hacía caso; la mayoría de los que se unían a nosotros eran como velas vacilantes en medio de un vendaval. Una y otra vez se apagaban sus inciertas llamas para no volverse a encender. Nuestra constante y callada inquietud era "¿A cuál de nosotros le tocará ser el próximo?".

Cuarta tradición AA

"Cada Grupo debe ser autónomo, excepto en asuntos que afecten a otros grupos o a Alcohólicos Anónimos considerado como un Todo".

Autonomía es una palabra altisonante. Pero en lo que se refiere a nosotros, sólo quiere decir que cada Grupo de A.A. puede llevar sus asuntos como mejor le convenga, excepto en los casos en que A.A. como un Todo se vea amenazada. Ahora se nos presenta la misma pregunta que surgió en la Primera Tradición. ¿No es algo temerario y peligroso que los grupos tengan tanta libertad? A lo largo de los años, se han probado todas las desviaciones imaginables de nuestros Doce Pasos y nuestras Doce Tradiciones. Era inevitable. Hijos del caos, de manera desafiante hemos jugado con fuego repetidas veces, pero hemos salido ilesos y según nos parece a nosotros, más sabios que antes. Esas mismas desviaciones constituyeron un vasto proceso de pruebas y tanteos, el

cual, por la gracia de Dios, nos ha traído a donde nos encontramos *Hoy*. Cuando las Tradiciones de A.A. se publicaron por primera vez en 1945, habíamos llegado a estar convencidos de que un Grupo de A.A. podía capear cualquier temporal. Nos dimos cuenta de que el grupo, al igual que el individuo, tendría finalmente que adherirse a los principios que garanticen su supervivencia. Habíamos descubierto que en este proceso de pruebas y tanteos había perfecta seguridad. Tanta confianza teníamos en este principio que en el enunciado original de esta tradición de A.A. aparecía la siguiente frase significativa: "Cuando quiera que dos o tres alcohólicos se reúnan en interés de la sobriedad, podrán llamarse un Grupo de A.A., con tal de que como Grupo no tengan otra afiliación".

Quinta tradición AA

"Cada Grupo tiene un solo objetivo primordial: llevar el mensaje al alcohólico que aún está sufriendo".

Éste es el tema central de esta tradición, el punto alrededor del cual toda nuestra Sociedad se congrega en Unidad. La vida misma de nuestra Comunidad depende de la conservación de este principio. Los miembros de Alcohólicos Anónimos, que han demostrado que pueden ayudar a los bebedores problema como otros raramente pueden hacerlo, se ven en la misma obligación de trabajar juntos. La capacidad única de cada miembro de A.A. para identificarse con el principiante y conducirle hacia la recuperación no depende en absoluto de su cultura, su elocuencia ni de cualquier otra pericia particular. Lo único que cuenta es que él es un alcohólico que ha encontrado la clave de la sobriedad. Estos legados de sufrimiento y de recuperación se pasan fácilmente entre los alcohólicos, de uno a otro. Esto es *nuestro don de Dios*, y regalarlo a otros como nosotros es el único objetivo que hoy en día anima a los A.A. en todas partes del mundo. Hay otro motivo para esta unicidad de propósito. La gran paradoja de A.A. es que sabemos que raras veces podemos

conservar el precioso *don de la sobriedad* a menos que lo pasemos a otros.

Sexta tradición AA

"Un Grupo de A.A. nunca debe respaldar, financiar o presentar el nombre de A.A. a ninguna entidad allegada o empresa ajena, para evitar que los problemas de dinero, propiedad y prestigio nos desvíen de Nuestro Objetivo Primordial".

En cuanto nos dimos cuenta de que teníamos una solución para el alcoholismo, era muy razonable que creyéramos que tal vez teníamos la solución para otros muchos problemas. Era natural que los tuviéramos, puesto que la mayoría de los alcohólicos somos *idealistas en bancarrota*. Casi todos nosotros habíamos tenido el deseo de hacer grandes bienes, realizar grandes obras y encarnar grandes ideales. Con mayor claridad que nunca, nos dimos cuenta de que no podríamos prestar el nombre de A.A. a ninguna Causa que no fuera la Nuestra.

Séptima tradición AA

"Cada Grupo de A.A. debe mantenerse completamente a sí mismo, negándose a recibir contribuciones de afuera".

¿Alcohólicos que se mantienen a sí mismos? ¿Quién ha oído hablar de semejante cosa? No obstante, nos damos cuenta de que así tenemos que ser. Este principio es una prueba contundente de la profunda transformación que A.A. ha obrado en todos nosotros. Todo el mundo sabe que los alcohólicos activos insisten a gritos que no tienen ningún problema que el dinero no pueda solucionar. Siempre hemos andado con la mano extendida. Desde tiempo inmemorial, hemos dependido de alguien, normalmente en cuestiones de dinero. Cuando una sociedad compuesta exclusivamente de alcohólicos dice que va a pagar todos sus gastos, eso sí que es una verdadera noticia. Los editoriales favorables que aparecieron en la prensa aquí y en ultramar generaron una ola de confianza en la integridad de Alcohólicos Anó-

nimos. Hicieron notar que los irresponsables se habían convertido en responsables y que al incorporar el principio de independencia financiera como parte de su tradición, Alcohólicos Anónimos había resucitado un ideal ya casi olvidado en su época.

Octava tradición AA

"Alcohólicos Anónimos nunca tendrá carácter profesional, pero nuestros centros de servicio pueden emplear trabajadores especiales".

Alcohólicos Anónimos nunca tendrá una clase profesional. Hemos llegado a captar el significado del antiguo dicho "*Libremente hemos recibido, libremente debemos dar*". Nos hemos dado cuenta de que en lo referente al profesionalismo, el dinero y la espiritualidad no se pueden mezclar. Los mejores profesionales del mundo, tanto en el campo de la Medicina como en el de la Religión no han logrado efectuar tantas recuperaciones del alcoholismo. No desacreditamos el profesionalismo en otros campos, pero aceptamos el hecho real de que en nuestro caso nos ha dado resultados. Cada vez que hemos tratado de profesionalizar nuestro Paso Doce, el resultado ha sido siempre el mismo: nuestro único propósito ha salido derrotado. *Los alcohólicos simplemente no harán caso de un trabajador de Paso Doce a sueldo.* Casi desde el principio, hemos estado convencidos de que el trabajo personal con otro alcohólico que sufre, sólo puede basarse en *el deseo de ayudar y de ser ayudado*. Cuando un A.A. habla por dinero, ya sea en una reunión o a un recién llegado, también puede tener en él un efecto perjudicial. El aliciente del dinero le compromete a él y a todo lo que diga y haga por el principiante. Esto ha sido siempre tan evidente que muy pocos A.A. han hecho alguna vez un trabajo de Paso Doce a cambio de una remuneración. A pesar de esta evidencia, es cierto que pocos temas han suscitado más disputas dentro de nuestra Comunidad que el del profesionalismo. No podemos declarar que A.A. sea una sociedad tan cerrada que guardemos nuestra experiencia y nuestros conocimientos como secretos de estado. Si un miembro de A.A. a título personal puede llegar a ser un mejor investigador, educador, jefe de personal, ¿por qué no dejar que lo sea? Todo

el mundo sale ganando y nosotros no perdemos nada. Es cierto que algunos de los proyectos a los cuales se han vinculado los miembros de A.A. han sido mal concebidos, pero eso no tiene nada que ver con el principio que estamos considerando. Esta es la emocionante serie de acontecimientos de la que ha surgido la Tradición de No Profesionalismo de A.A. Nunca se debe pagar por hacer el trabajo de Paso Doce, pero aquellos que trabajan en nuestro servicio son dignos de su sueldo.

Novena tradición AA

"A.A. como tal nunca debe ser organizada; pero podemos crear juntas o comités de servicio que sean directamente responsables ante aquellos a quienes sirven".

Ni su Conferencia de Servicios Generales, ni la Junta de la Fundación, ni el más humilde Comité de Grupo puede dar ninguna orden a ningún miembro de A.A. y hacer que se cumpla, ni mucho menos imponer un castigo. Esto no significa que un A.A. no vaya a aceptar consejos o sugerencias de miembros más experimentados; pero sin duda, no aceptará órdenes. *Así como el objetivo de cada miembro de A.A. es la sobriedad personal, el objetivo de nuestros servicios es poner la sobriedad al alcance de todos los que la quieren*. Si nadie hiciera las tareas del grupo, si nadie atendiera al teléfono de la oficina del área, si no contestáramos las cartas que nos llegan, A.A. como lo conocemos, cesaría de funcionar. Se cortarían nuestras líneas de comunicación con aquellos que necesitan nuestra ayuda. A.A. tiene que funcionar, pero al mismo tiempo tiene que evitar los peligros de la gran riqueza, el prestigio y el poder arraigado que, para otras sociedades, necesariamente son una tentación. Aunque a primera vista puede parecer que la Novena Tradición trata de una cuestión plenamente práctica, en su aplicación concreta revela una sociedad sin organización, animada únicamente por el espíritu de servicio... *una Auténtica Comunidad !!!*

Décima tradición AA

"Alcohólicos Anónimos no tiene opinión acerca de asuntos ajenos a sus ac-

tividades; por consiguiente su nombre nunca debe mezclarse en polémicas públicas".

Nunca desde sus comienzos se ha visto Alcohólicos Anónimos dividida por una gran controversia. Ni tampoco nuestra Comunidad jamás ha tomado partido públicamente en ninguna polémica de este mundo turbulento. Sin embargo, esto no ha sido una virtud adquirida. Éste es el clima espiritual en el que nació A.A. y en el que, por la gracia de Dios, a pesar de todo, ha florecido. Recalquemos que esta aversión a pelearnos entre nosotros o con los demás, no la consideramos como una virtud especial que nos hace sentir superiores a otra gente. Ni tampoco quiere decir que los miembros de Alcohólicos Anónimos, ahora restablecidos como ciudadanos del mundo, vayan a evadir su responsabilidad individual de actuar según le parece apropiado con respecto a las cuestiones de nuestra época. Pero cuando se trata de A.A. como Un Todo, es un asunto muy diferente. No nos metemos en controversias públicas, porque sabemos que nuestra Sociedad perecerá si lo hacemos. *Creemos que la supervivencia y el crecimiento de Alcohólicos Anónimos tienen mucho más importancia que la influencia que colectivamente pudiéramos tener a favor de cualquier otra causa*. Ya que la recuperación del alcoholismo significa para nosotros la vida misma, es imperativo que conservemos en su plena potencia nuestro medio de sobrevivir. Puede que esto cause la impresión de que los alcohólicos de A.A. han llegado repentinamente a una armonía perfecta y se han convertido en una *gran familia feliz*. Claro que no es así. *Por ser seres humanos, tenemos nuestras riñas.*

Décimo primera tradición AA

"Nuestra política de relaciones públicas se basa más bien en la atracción que en la promoción; necesitamos mantener siempre nuestro anonimato personal ante la prensa, la radio y el cine".

De no contar con una multitud de *amigos sinceros*, A.A. nunca podría haberse desarrollado como lo ha hecho. En todas partes del mundo, una cantidad inmensa de publicidad favorable de toda índole ha sido el medio principal para atraer a los

alcohólicos a nuestra Comunidad. Por lo tanto, recayó sobre nosotros la gran responsabilidad de elaborar la mejor política de relaciones públicas posible para Alcohólicos Anónimos. Tras muchas experiencias dolorosas, creemos haber determinado cuál debe ser esta política. En muchos aspectos, es lo contrario de las acostumbradas tácticas publicitarias. Nos dimos cuenta de que teníamos que contar con el principio de atracción, en vez del de promoción. Éste es, en breve, el proceso que dio como fruto la Undécima Tradición. No obstante, para nosotros representa mucho más que una sensata política de relaciones públicas. Es más que un rechazo del egoísmo. Esta Tradición nos recuerda de manera constante y concreta que en A.A. no hay lugar para la ambición personal. Mediante esta Tradición, cada miembro es un guardián activo de nuestra Comunidad.

Décima segunda tradición AA

"*El Anonimato es la base espiritual de todas nuestras Tradiciones, recordándonos siempre anteponer los Principios a las Personalidades*".

La sustancia espiritual del anonimato es el sacrificio. Ya que las Doce Tradiciones de A.A. nos piden repetidamente que sacrifiquemos nuestros deseos por el bien común, nos damos cuenta de que el espíritu de sacrificio –simbolizado muy apropiadamente por el anonimato– es la base de todas ellas. La buena disposición de los A.A. para hacer estos sacrificios, demostrada una y otra vez, es lo que hace que la gente sienta gran confianza en nuestro porvenir. Estas experiencias nos enseñaron que *el anonimato no es sino la auténtica humildad en acción*. Es una cualidad espiritual que hoy día caracteriza todos los aspectos de la forma de vida de A.A. en todas partes. Animados por el espíritu de anonimato, nos esforzamos por abandonar nuestros deseos naturales de distinguirnos personalmente como miembros de A.A., tanto entre nuestros compañeros alcohólicos como ante el público en general. Al poner a un lado estas aspiraciones eminentemente humanas, creemos que cada uno de nosotros participa en tejer un

manto protector que cubre toda nuestra Sociedad y bajo el cual podemos desarrollarnos y trabajar en Unidad. Estamos convencidos de que la Humildad, expresada por el Anonimato, es la mayor protección que Alcohólicos Anónimos jamás podrá tener.

LOS DOCE PASOS DE ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS

1. Admitimos que éramos incapaces de afrontar solos el alcohol y que nuestra vida se había vuelto ingobernable.
2. Llegamos a creer que un Poder Superior a nosotros podría devolvernos el sano juicio.
3. Resolvimos confiar nuestra voluntad y nuestra vida al cuidado de Dios, según nuestro propio entendimiento de Él.
4. Sin temor, hicimos un sincero y minucioso inventario moral propio.
5. Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos y ante otro ser humano, la naturaleza exacta de nuestras faltas.
6. Estuvimos enteramente dispuestos a que Dios eliminase todos estos defectos de carácter.
7. Humildemente pedimos a Dios que limpiase nuestras culpas.
8. Hicimos una lista de todas las personas a quienes habíamos perjudicado y estuvimos enteramente dispuestos a reparar el mal que les ocasionamos.
9. Reparamos directamente el mal causado a estas personas cuando nos fue posible, excepto en los casos en que el hacerlo les hubiere infligido más daño o perjudicado a un tercero.
10. Proseguimos con nuestro inventario moral, admitiendo espontáneamente nuestras faltas al momento de reconocerlas.
11. Mediante la oración y la meditación, tratamos de mejorar nuestro contacto consciente con Dios, según nuestro propio entendimiento de Él y le pedimos tan sólo la capacidad para reconocer Su Voluntad y las Fuerzas para cumplirla.
12. Habiendo logrado un despertar espiritual como resultado de estos Pasos, tratamos de llevar este mensaje a otras personas y a practicar estos Principios en todas Nuestras Acciones... *(Figura 1)*.

Con lo anteriormente presentado, deseo transmitir la grandeza del Programa de

Figura 1.

Alcohólicos Anónimos. Probablemente haya faltado muchísima y muy valiosa información y sé, que para aquellos doctos Integrantes de la Central Mexicana de Alcohólicos Anónimos, pudiese ser un texto muy básico sujeto a crítica constructiva enfocada a mejorar este escrito; sin embargo, deseo soslayar el inmenso gusto que siento por el hecho de pertenecer a esta Gran Familia en la cual Alcohólicos y No Alcohólicos sumamos esfuerzos para hermanarnos en un solo frente de apoyo y amor hacia *el que sigue sufriendo y que nos está esperando*...

Finalmente, me permitiré realizar algunas consideraciones generales para concluir este capítulo, enfocadas al Personal de Salud que labora a nivel nacional en los tres niveles de atención sorteando diariamente la demanda cada vez mayor de usuarios de sustancias que requieren intervenciones médicas y psicosociales (que la gran mayoría de ese mismo Personal no tiene bien definido) una vez que egresan del Servicio Hospitalario donde fue atendido y por tanto, no se ofrezca al paciente el seguimiento a su problemática –condición que precipita su recaída– siendo entonces, las maniobras ofertadas descoordinadas o incluso antagónicas, traduciéndose en una escasa efectividad de las mismas, implicando esto un alto costo no sólo a la salud, sino a la sociedad misma. Considero que debe de plantearse un sistema sencillo, claro y fácil de operar respecto a la Referencia y Contrarreferencia del Usuario de Sustancias y a sus Familiares, que no debe circuns-

cribirse necesariamente al sistema de salud, sino a otros sectores sociales como el laboral, educativo, de administración y procuración de justicia, así como a organismos no gubernamentales, entre otros. El Primer Nivel de Atención (de donde estadísticamente es más probable que puedan ser referidos estos Usuarios y sus Familias) reviste una trascendental relevancia para eficientar las maniobras tanto preventivas como terapéuticas implementadas en los sujetos que presentan abuso o dependencia a sustancias. Particularmente, para los Usuarios de Alcohol creo que puede tejerse una extensa y fortísima red con la Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos a través de sus 14,600 Grupos a lo largo y ancho de nuestra República Mexicana; alianza estratégica para crear un tejido de acciones preventivas, terapéuticas y rehabilitatorias a más de 4.2 millones de mexicanos con dependencia a alcohol y a más de 4.8 millones de compatriotas con problemas de Abuso de Alcohol. Una red no tan solo de salud, sino de esperanza y de vida para nuestros Pacientes y sus Familias. La Esperanza de la Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, A.C. es materializar el Sueño de los Hombres y Mujeres que han Despertado Espiritualmente y que deseamos fehacientemente que el Personal Médico y Paramédico sienta nuestro respaldo al cimentarlo a través de la colaboración y confianza ganada a través de rostros y acciones de miles de Compañeros y Compañeras que día a día visitan Centros de Salud, Hospitales, Clínicas Privadas o Públicas, Reclusorios y Penitenciarios, Centros de Trabajo y en donde seamos requeridos; bajo un solo objetivo: *llevar el mensaje a aquellos que lo necesitan…*

Esto es la Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, conócenos; queremos participar contigo. Permítenos trabajar juntos… porque de eso: *¡¡¡Todos Somos Responsables!!!*

La Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, A.C. *(Figura 2)* se encuentra ubicada en:

Figura 2.

Huatabampo No. 18 Col. Roma Sur, México, D.F., C.P. 06760, Tels.: 5264-2406, 5584-3069. Del interior de la República Sin Costo 01800-216931, Fax: 5264-2166.

Es mi deseo, Distinguidos Colegas, que en mi Calidad de Integrante como Custodio No Alcohólico de la Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, A.C. y también como Servidor Público dentro del Sector Salud, compartirles la firme convicción que tengo de que la articulación de Intervenciones Biopsicosociales en el abordaje del Abuso o Dependencia al Alcohol, sinergia su costo/efectividad incidiendo sobre este trastorno mental. Muchas Gracias por leer este capítulo, te invito ahora a traducirlo en acción...

¡¡¡Hasta Pronto!!!

Dr. Ricardo Iván Nanni Alvarado

Presidente de la Junta de Custodios de la Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, A.C.

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES EN LOS SERVICIOS DE SALUD

VII.
Coaliciones Comunitarias Anti-Drogas para lo Prevención de las Adicciones

Lic. Dora Olivia Yanar Basurto,* Dr. Eduardo Hernández-Alarcón**

* Líder del Proyecto de Coaliciones Comunitarias.
** Vice President of International Programs. Deputy Director of Dissemination and Coalition Relations. National Coalition Institute Community Anti-Drug Coalitions of America.

ANTECEDENTES

Las Coaliciones Comunitarias locales transformaron la forma en que las comunidades estadounidenses enfrentaron el tabaquismo, el abuso de bebidas alcohólicas y el consumo de drogas ilícitas. Por ejemplo, la epidemia de la cocaína "crack" en los últimos años de la década de los 1980 sobrecargó a muchas comunidades. Existía un sentido de que las comunidades no contaban ni con el poder ni con las habilidades para solucionar sus propios problemas. Algunas personas desesperadas abogaban por la legalización de las drogas. Otros creían erróneamente que sólo un grupo selecto –investigadores, expertos externos y consultores– podían solucionar los problemas del abuso de alcohol y uso de las drogas ilegales.

Pero las comunidades de Norteamérica encontraron una respuesta excelente. Al reunir a todos los sectores de la comunidad –padres, maestros, jóvenes, policías, fiscales, servicios de salud, iglesias, comerciantes, líderes cívicos, funcionarios electos y ciudadanos comprometidos– una comunidad puede transformarse en sí misma. El movimiento de coaliciones formado como una repuesta al "crack" ha jugado un rol significativo en combatir el consumo de otras drogas nocivas. Es también indudable que en comunidades donde surgieron grandes problemas por el uso de drogas, las coaliciones han sido claves en la búsqueda de soluciones efectivas.

En 1997, el Congreso Norteamericano estableció un programa de Apoyo para Comunidades Libres de Drogas con el objeto de otorgar subvenciones a coaliciones comunitarias que actúen como catalizadoras para la participación multisectorial de la comunidad para la reducción del problema de consumo de drogas a nivel local. Para el 2008 más de 1,500 coaliciones locales se formaron para que cumplan las siguientes metas:

1. Reducir el consumo de drogas entre jóvenes, y con el tiempo entre adultos, afrontando los factores comunitarios que aumentan el riesgo de consumo de drogas y promoviendo aquellos factores que minimizan el riesgo de su consumo.

2. Establecer y fortalecer la colaboración entre comunidades, organizaciones no gubernamentales sin fines de lucro y gobiernos federales, estatales, locales y triviales para que apoyen los esfuerzos de las coaliciones comunitarias en la prevención y reducción del abuso de drogas en jóvenes y adolescentes.

Coaliciones Comunitarias Anti-Drogas de América (CADCA por sus siglas en inglés) es una Organización No Gubernamental (ONG) que se estableció en el 1992 para mejorar la efectividad de las coaliciones comunitarias anti-drogas a través de la nación y en recientes años en selectos países extranjeros. Es de las ONGs más grandes en el mundo dedicado a la reducción de la demanda por drogas ilícitas.

CADCA define una coalición como un arreglo formal para la colaboración entre grupos o sectores de una comunidad en el cual cada grupo retiene su identidad, pero todos se comprometen a trabajar colectivamente hacia una meta común de construir una comunidad segura, saludable y libre de drogas.

La formación de una coalición, el uso de estrategias basadas en evidencia y el desarrollo comunitario son algunas de las soluciones más efectivas para mejorar su comunidad. Las coaliciones son asociaciones compuestas de los diferentes sectores de una comunidad, los cuales se reúnen para colaborar en la solución de los problemas comunitarios y guiar el futuro de esa comunidad. Cuando son promovidos por un fuerte deseo de resolver problemas identificados por los residentes, ellos se involucran en todos los pasos del proceso para crear una respuesta duradera a la problemática de las drogas. (fuente Segmentos de "lo que las coaliciones no son" por Tom Wolf).

EL MODELO DE SALUD PÚBLICA

El modelo de la salud pública requiere que las coaliciones piensen de forma comprensiva y utilicen métodos científicos para atacar los más serios problemas de la comunidad. El modelo enfatiza que aquellos problemas surgen de la relación e interacción entre el agente, el receptor y el entor-

no. En el caso del alcohol y de otras drogas, el agente es la sustancia, el receptor es el individuo que bebe alcohol o el usuario de drogas ilícitas y el entorno es el contexto físico y social de beber y consumir drogas.

MARCO DE PREVENCIÓN ESTRATÉGICA

CADCA utiliza el Marco de Prevención Estratégica (SPF por sus siglas en inglés) *(Figura 1)* para apoyar a las coaliciones comunitarias en el desarrollo de la infraestructura necesaria para implementar enfoques de salud pública a nivel comunitario que logren reducciones efectivas y sostenibles del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas (ATOD). Los elementos son:

- Etapa 1. Diagnóstico: Recopilar datos para identificar los problemas, los recursos y la disposición de la población dentro de una área geográfica y así atender las necesidades y los vacíos.

- Etapa 2. Capacidad: Movilizar y/o fortalecer habilidades dentro de una área geográfica para atender sus necesidades.

- Etapa 3. Planificación: Desarrollar un plan estratégico integral que incluya políticas, programas y actividades creando un marco lógico basado en la información obtenida para atender los problemas identificados en la primera etapa.

- Etapa 4. Implementación: Implementación de los programas, las políticas y las actividades de prevención basados en la evidencia.

- Etapa 5. Evaluación: Medición del impacto del marco estratégico de prevención estratégica o programas, políticas y actividades desarrolladas.

COMPETENCIA CULTURAL Y SOSTENIBILIDAD

El eje del SPF son la competencia cultural y la sustentabilidad; estos conceptos son clave y deben incorporarse en cada elemento. La competencia cultural es una constante con varios principios que permiten que las coaliciones tengan interacciones positivas en ambientes culturalmente di-

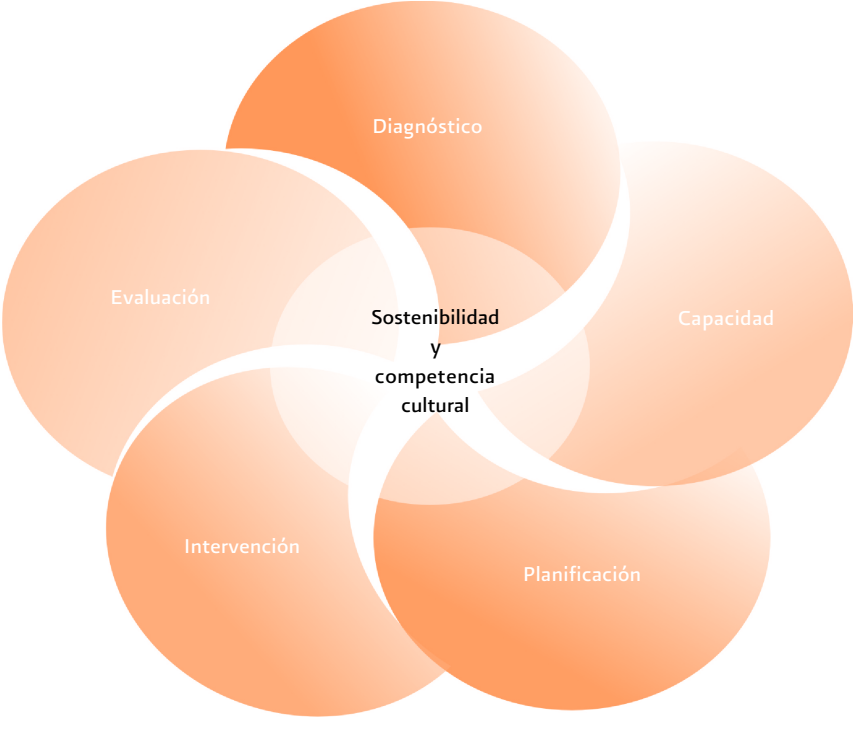

Diagnóstico
Capacidad
Planificación
Intervención
Evaluación
Sostenibilidad
y
competencia
cultural

Figura 1.

versos. La competencia cultural no está limitada a temas étnicos sino que abarca edad, género, tendencia sexual y otras variables.

La sustentabilidad requiere la creación de una coalición fuerte que reúna a toda la comunidad para desarrollar un plan integral que solucione eficazmente el problema. La sustentabilidad a largo plazo no debe enfocarse sólo al financiamiento, pues depende de mucho más que obtener recursos monetarios. La sustentabilidad a largo plazo también requiere de la combinación de recursos no financieros tanto de la iniciativa como de la comunidad en general, como son el liderazgo de la administración y los miembros de la coalición; acceso a expertos técnicos.

Las investigaciones científicas nos indican que existen siete estrategias de lograr cambio en la comunidad. Ellas son:

1. Brindando información. Presentaciones educativas, talleres o seminarios o cualquier otra forma de presentación de datos (por ejemplo: anuncios públicos, panfletos, paneles, reuniones comunitarias, foros, comunicación por internet).

2. Mejorando Habilidades. Talleres, seminarios u otro tipo de actividades diseñadas para incrementar las habilidades de los participantes, miembros de la coalición y personal necesario para alcanzar los resultados a nivel comunitario (por ejemplo: capacitación, asistencia técnica, educación a distancia, retiros sobre planificación estratégica, elaboración de currículos y/o manuales).

3. Provisión de apoyo. Creando oportunidades que apoyen a las personas a participar en actividades que reducen riesgo o mejoran el nivel de protección (por ejemplo: brindar alternativas, actuar de mentores, hacer referencias, grupos de apoyo y clubes).

4. Mejorando el acceso/eliminando barreras. Mejorando los sistemas y los procesos para aumentar la facilidad, la capacidad y la oportunidad de utilizar estos

sistemas y servicios (por ejemplo: asegurando servicios de salud, guarderías, transporte, vivienda, justicia, educación, seguridad, necesidades especiales, sensibilidad cultural y lingüística).

5. Consecuencias del cambio. (Incentivos/desincentivos-aumentar o disminuir la probabilidad de una conducta especifica que reduzca el riesgo o mejo la protección mediante la alteración de las consecuencias de realizar dicha conducta (por ejemplo: incrementando el reconocimiento público por una conducta merecedora, premios empresariales e individuales, impuestos, citaciones, multas, revocaciones/pérdida de privilegios).

6. Diseño físico. Cambiando el diseño físico o la estructura de un ambiente o entorno para reducir un riesgo o mejorar una protección (por ejemplo: parques, paisajes, señalización, iluminación, densidad).

7. Modificación/cambio de políticas. Un cambio formal y por escrito de los procedimientos, estatutos, proclamaciones, reglamentos o leyes con documentación escrita y/o procedimientos de brotación (por ejemplo: iniciativas de lugares de trabajo, procedimientos y prácticas de seguridad. acciones políticas públicas, cambios de sistemas dentro del gobierno, comunidades y organizaciones.

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES EN LOS SERVICIOS DE SALUD

VIII.
Campaña Nacional de Información para una "Nueva Vida"

Mtra. Monserrat Eurídice Lovaco Sánchez*

* Directora de la Coordinación de la Estrategia Nueva Vida en el CENADIC.

"La capacitación y el compromiso de los organismos de la sociedad civil, la opción".

ANTECEDENTES

La Campaña Nacional de Información para una Nueva Vida (CNINV) es un Programa de Prevención de adicciones* en el ámbito comunitario, que surge como una respuesta a la necesidad de contar con promotores/as que contribuyan en la detección oportuna de casos en riesgo o con consumo de drogas. Representa un esfuerzo del Gobierno Federal, enmarcado desde la política de Reducción de la Demanda, y sustentada desde el Plan Nacional de Desarrollo (PND).

Plan nacional de desarrollo, 2007-2012

En México, durante las últimas cinco décadas se presentó un cambio significativo en las principales causas de discapacidad y mortalidad; dando paso al predominio de enfermedades no transmisibles y las lesiones. Este fenómeno está relacionado con el envejecimiento de la población, y con los riesgos asociados a los estilos de vida poco saludable, como: tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol, entre otras.**

Las muertes provocadas por enfermedades no transmisibles, los padecimientos asociados a una larga vida; y las lesiones por accidentes o violencia, representan 85% del total de muertes que se presentan en México. Además se caracterizan por ser complejos y su tratamiento es costoso.

Para atenderlos, se requiere contar con la infraestructura médica suficiente para garantizar el acceso y la disponibilidad de la población que lo requiera. En nuestro país se cuenta con más de 3 mil hospitales privados y poco más de mil son públicos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que el sector público cuente con una cama por cada mil habitantes; y tres médicos por cada mil habitantes. En las instituciones mexicanas que atienden a la población derechohabiente se tiene una tasa

* Prevención de drogodependencias es "un proceso activo de implementación de iniciativas tendentes a modificar y mejorar la formación integral y la calidad de vida de los individuos, fomentando el autocontrol individual y la resistencia colectiva ante la oferta de drogas". Becoña, 2002.

** Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 http://pnd.calderon.presidencia.gob.mx/igualdad-de-oportunidades.html

de 0.87 camas y de 0.63 en las que proporcionan servicios a la gente sin seguridad social. En lo que respecta a recursos humanos, tiene 1.85 médicos por cada mil habitantes.

Adicionalmente, no se cuenta con la infraestructura necesaria, la accesibilidad es inequitativa; la calidad de los servicios muestra variaciones significativas; la mayor parte de la población no tiene garantizada una atención médica de calidad.

No sólo se requiere aumentar los recursos financieros y la plantilla del personal de salud, para mejorar los niveles de calidad de la atención médica; también es necesaria la capacitación; y el compromiso del personal, de los diferentes niveles de gobierno, del sector privado y de los organismos de la sociedad civil.

Ante dicho panorama, el Gobierno Federal estableció como una tarea prioritaria el mejorar las condiciones de salud de la población, dejando asentado dicho compromiso en el Objetivo 4 del Plan Nacional de Desarrollo: "*Gran parte de las enfermedades y riesgos para la salud que más frecuentemente padecen los niños, los jóvenes, las mujeres y los adultos mayores pueden evitarse mediante acciones de prevención oportuna y adecuada*".

Formuló varias estrategias, entre ellas la 4.2 "*Promover la participación activa de la sociedad organizada y la industria en el mejoramiento de la salud de los mexicanos*"; enfatizando que para las acciones del sector salud contar con la acción comunitaria y participación social es fundamental. Señala que esta última carece de bases sólidas para la organización y acción comunitaria, así como de capacitación en promoción de la salud en el nivel local.

Y uno de los puntos más importantes que manifiesta es que "*no existe la cantidad suficiente de promotores de la salud en los núcleos básicos*", por lo que se deberá estimular la participación social con el fin de proteger a la población vulnerable.

Asimismo, en la estrategia 6.3 "*Fortalecer las políticas de combate contra las*

adicciones causadas por el consumo de alcohol, tabaco y drogas", se indica que el incremento del consumo de drogas ha repercutido en el aumento de la demanda de servicios especializados para su atención, por lo que es necesario "*desarrollar un sistema integral para el tratamiento de las adicciones mediante el establecimiento de una red de servicios especializados*". Además de impulsar la detección oportuna e intervención temprana y la canalización a servicios especializados.

Panorama epidemiológico del consumo de drogas

Décadas atrás México se caracterizaba por ser un país de tránsito, sin embargo, en los últimos años, el panorama se modificó, convirtiéndose en un problema de salud pública prioritario.

Las tendencias de consumo de drogas mostraron cambios importantes, la edad de inicio disminuyó, se reportaban nuevas drogas de impacto, y los grupos vulnerables se diversificaron. Con base en los resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones 2008,* se puede conocer que:

• Tabaco

Entre la población de 12 a 65 años de edad, cerca de 14 millones de mexicanos habían fumado tabaco en el último año y poco más de 4 millones eran dependientes.

El 20.6 por ciento de la población adulta se encontró que eran fumadores contra 8.8 por ciento de la población adolescente. Los hombres reportaron 27.8 por ciento de fumadores contra 9.9 por ciento de las mujeres.

Se fuma más en las localidades urbanas (20.4 por ciento) que en las localidades rurales (11.3 por ciento).

• Alcohol

Aproximadamente 27 millones de mexicanos reportaron haber bebido con poca frecuencia, pero en grandes cantidades cada vez que tomaban alcohol, exponiéndose a grandes riesgos para su salud, su seguridad y la de quienes les rodean.

* Encuesta Nacional de Adicciones, 2008. Instituto Nacional de Salud Pública. Primera Edición.

Casi 4 millones de personas beben grandes cantidades de alcohol una vez a la semana o con mayor frecuencia, por lo que se consideran bebedores consuetudinarios.

En los hombres de 18 a 45 años, 45.3 por ciento reportó beber de manera consuetudinaria y 11 por ciento beber altas cantidades contra 16.8 por ciento de las mujeres de la misma edad que lo hacen de manera consuetudinaria y 1.7 por ciento que bebe altas cantidades.

En los hombres de 12 a 17 años, 11 por ciento reportó beber de manera consuetudinaria y 2.2 por ciento beber altas cantidades contra 7.1 por ciento de las mujeres de la misma edad que lo hacen de manera consuetudinaria y 0.9 por ciento que reportaron beber altas cantidades.

Los dependientes del alcohol son más de 4 millones de personas.

• Otras drogas

Se observó que de 2002 a 2008, el consumo de drogas ilícitas (mariguana, cocaína y sus derivados, heroína, metanfetaminas, alucinógenos, inhalables) "alguna vez en la vida" aumentó de 4.6 por ciento a 5.2 por ciento; mientras que el consumo de drogas médicas fuera de prescripción (antidepresivos, ansiolíticos) se mantuvo estable en este mismo periodo. También se observó en el mismo periodo, un aumento del consumo de drogas "en el último año".

Por grupos de población, se encontró que si bien el consumo de drogas ilegales es mayor en los hombres (en una proporción de 4.6 hombres por cada mujer), el índice de crecimiento es mayor en las mujeres entre las cuales el consumo de drogas ilegales se duplicó, aumentando de 1 por ciento en 2002 a 1.9 por ciento en 2008.

Con base en estos resultados se puede observar que la gran mayoría de los mexicanos se ha mantenido sin consumir drogas; sin embargo, una parte importante de la población reportó problemas de abuso y dependencia a tabaco, alcohol y otras drogas.

• Encuesta de estudiantes, 2009*

Un referente necesario para conocer la gravedad del consumo de drogas (tanto lícitas como ilícitas) en la población de jóvenes mexicanos, lo constituye la Encuesta de Estudiantes, 2009; con base en sus resultados se puede observar lo siguiente:

- Hay un importante incremento del consumo de drogas ilícitas, con respecto a la Encuesta del 2006: de 17.8 por ciento pasó a 21.5 por ciento.
- Comparando los índices del 2006 respecto a los del 2009, se observa un incremento en el consumo de inhalables, mariguana, alucinógenos y metanfetaminas.
- El consumo de alcohol también registró un aumento de 68.8 por ciento a 71.4 por ciento. En lo que respecta al consumo problemático, en la población de secundaria se reportó 17.1 por ciento en hombres y 16.3 por ciento en mujeres. Para el bachillerato fue de 36.5 por ciento en hombres y de 28.5 por ciento es mujeres.
- Respecto al consumo de tabaco, registró una disminución pasando de 48.3 por ciento a 44.3 por ciento; la edad de inicio es de 12. 8 años; son los hombres quienes reportan un porcentaje mayor de consumo: 45.9 por ciento comparado al 42.6 por ciento de las mujeres.

Como se puede apreciar, el consumo de drogas permea en diversas poblaciones, se ha diversificado, ya no sólo es un asunto de hombres, de población adulta y en estado de marginación.

Los grupos de adolescentes, jóvenes, mujeres emergen de manera significativa como consumidores, siendo necesario el contar con intervenciones preventivas que logren contender de manera efectiva con el fenómeno.

ASPECTOS BÁSICOS DE LA PREVENCIÓN DE ADICCIONES

La prevención de adicciones requiere de un marco teórico que le dé sustento a sus acciones, implica definir cómo se conceptualiza la adicción y determinar las medidas que deberán implementarse para conseguir

* Villatoro, Velázquez. Salud Mental 2011; 34: 81-94.

que no aparezca, que se disminuya o se contenga.

Los programas que partían del supuesto de que la población requería de información sobre los efectos y daños de las drogas; y pretendían atemorizar a los usuarios/as para que rechazaran el consumo, quedaron atrás. Posteriormente, surgieron los que buscaban modificar la noción positiva de las drogas, a través de clarificar los valores y reforzar la autoestima, consideraban que la información influía directamente en el cambio de actitud.

Es en la década de los ochentas que surgen los que se basan en un modelo de influencias sociales derivados del aprendizaje social, la psicología social, y de los que consideran la existencia de factores de riesgo del ambiente, de la personalidad y de tipo conductual como elementos fundamentales. A partir de esta etapa deben considerarse tales componentes para la adquisición de habilidades sociales que protejan al individuo.

Durante los ochenta y noventa, el entrenamiento en habilidades específicas de rechazo al consumo de drogas, se orienta a todas las sustancias, haciendo énfasis en las drogas de inicio, tomando como base el modelo evolutivo: el consumo de drogas sigue etapas secuenciales; se comienza por drogas legales, las cuales sirven de elemento facilitador para el consumo de drogas ilegales.

Actualmente, la prevención se apoya en los resultados de las investigaciones epidemiológicas y en la etiología del comportamiento, las cuales muestran aquellos factores de riesgo* que tienen mayor ponderación o peso probabilístico para predecir un problema de consumo de drogas, y a diferenciar los factores que ayudan a disminuirlos, denominados "factores de protección".**

FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN

Desde la última década del siglo XX, los esfuerzos para determinar cómo es que inicia el consumo de drogas, cuáles son factores que intervienen en su evolución, ha sido

* Los factores de riesgo son aquellas circunstancias personales, sociales o relacionadas con la sustancia que hacen más probable que un sujeto se inicie el consumo de drogas.

** Se entiende por factor de protección "un atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación con las mismas".

motivo de diversas investigaciones a nivel internacional y nacional. Resaltan aquellas que han trabajado sobre los factores de riesgo y de protección.

Los factores de riesgo pueden posibilitar el consumo de drogas de diversas maneras; entre más factores se registren mayor es la probabilidad de la experimentación. Debe considerarse que dependiendo de la etapa de desarrollo en que se encuentre el individuo es el nivel de influencia, por ejemplo: durante la adolescencia la presión de los pares es un importante factor de riesgo, con la edad va perdiendo fuerza. Lo mismo sucede con los factores de protección; en la niñez y adolescencia, una adecuada comunicación, un vínculo fuerte con los padres protegen del consumo de drogas.

Es menester precisar que no existe una causa directa entre los factores de riesgo y el consumo, pueden afectar la vulnerabilidad y generar una predisposición favorable hacia el uso de drogas. El consumo será resultado de una pluricausalidad.

Debido a que son factores que dependen de procesos dinámicos y cambiantes, no son válidos para cualquier época o contexto.

Los factores de riesgo pueden propiciar el recurso a las drogas, pero no es posible establecer una causa - efecto entre ambas variables.

Ninguno de los factores tiene un carácter preponderante sobre los demás ni tampoco son causa necesaria o suficiente para que se desencadene una adicción; sólo se puede hablar en términos de probabilidad, pero nunca de causalidad o determinación.

A continuación se enuncian algunos factores de riesgo vinculados con el individuo:

- Baja autoestima.
- Baja asertividad.
- Elevada búsqueda de sensaciones.
- Lugar en que las personas sitúan la causa de los acontecimientos que les suceden.
- Falta de conformidad con las normas sociales.

- Escasa tolerancia a la frustración.
- Elevada necesidad de aprobación social y falta de autonomía respecto al grupo.
- Dificultad para el manejo del estrés.
- Insatisfacción con el empleo del tiempo libre.
- Bajo aprovechamiento escolar.
- Falta de habilidades sociales.
- La falta de conocimientos acerca de las drogas.
- Las expectativas positivas respecto a las consecuencias del consumo de drogas.
- La falta de habilidades para tomar decisiones o resolver problemas.
- Actitudes favorables hacia las drogas.
- Confusión en el sistema de valores.
- Edad de inicio de consumo inferior a 15 años.
- Presencia de enfermedades crónicas (físicas o mentales).
- Búsqueda de la identidad a través del grupo.
- Alta necesidad de autoafirmarse frente a los adultos.
- Inseguridad y/o alta ansiedad asociada.
- Omnipotencia o excesiva sensación de control.
- Valores confusos/ valores relacionados con competitividad e individualismo.
- Actitudes antisociales.
- Actitudes de escape o evasión de la realidad.
- Actitudes egocéntricas o escépticas.
- Poca autonomía personal.
- Dejarse llevar por el grupo o por las modas al ocupar el tiempo libre.

En el *cuadro I* se mencionan algunos factores de riesgo en el consumo de drogas ilícitas en jóvenes.

Por otra parte, se encuentran los factores de protección, como ya se ha mencionado anteriormente, no son estáticos, y varían dependiendo del contexto y del individuo. Entre los más representativos se encuentran:

- Valores positivos hacia la salud.
- Valores prosociales.
- Valores ético-morales.
- Actitudes positivas hacia la salud.
- Competencia individual para la interacción social.
- La capacidad para tomar decisiones.

Cuadro I.

Factores de riesgo en el consumo de drogas ilícitas en jóvenes: • Ser varón. • Baja percepción del riesgo de consumir drogas. • Acceso a las drogas y oportunidades de consumo.
Área familiar: • Antecedentes de consumo. • Actitudes de tolerancia y permisividad al consumo. • Desorganización. • Falta de apoyo y control familiar. • Separación de los padres. • Pérdida del sentido de pertenencia. • Baja cohesión y rigidez adaptativa. • Involucramiento o distanciamiento excesivos de los padres.
Contexto escolar: • Bajo desempeño académico. • Baja adherencia escolar. • Poco interés por el estudio. • Separación del sistema escolar.
Factores individuales: • Baja autoestima. • Insuficiente asertividad. • Incapacidad de controlar los impulsos. • Actitudes antisociales. • Insatisfacción con la calidad de vida. • Estrategias de afrontamiento ineficaces. • Trastornos y síntomas depresivos. • Exposición temprana o reciente a pérdidas cercanas y eventos traumáticos. • Inconformismo. • Trabajar en la calle. • Disponer de dinero o de un salario. • Trastornos de conducta. • Problemas afectivos.

Fuente: Díaz Negrete B, García-Aurrecoechea R. Factores psicosociales de riesgo de consumo de drogas ilícitas en una muestra de estudiantes mexicanos de educación media. Rev Panam Salud Pública 2008; 24(4): 223-32.

- Factores protectores en el ámbito familiar.
- Apego familiar y clima afectivo positivo.
- La comunicación funcional.
- La presencia de límites.

Ahora bien, ¿sobre qué factores deben de orientarse los programas de prevención?; dependerá del tipo de intervención (universal, selectiva e indicada) que se quiera realizar, de la población a la que se dirigirá; del contexto en que se pretende realizar, de los recursos, entre otros aspectos.

Trabajar la prevención de adicciones con la participación de diversos agentes sociales, e involucrar a todas aquellas instituciones y organizaciones que tengan algo que aportar desde sus diferentes contextos, contribuirá a obtener mejores resultados.

Prevenir desde el ámbito comunitario, implica la articulación en torno a cuatro ejes, cada uno de los cuales puede afectar a diversos factores de riesgo y protección:

a) Creencias y actitudes acerca de la salud y las drogas. El sistema de creencias acerca las drogas, sus efectos, sus riesgos y el papel que pueden desempeñar, influye en el consumo o no de drogas. Las intervenciones van dirigidas a informar sobre los riesgos de las sustancias, a desarrollar habilidades que coadyuven a influir sobre las creencias de las personas.

b) Asunción de responsabilidades sociales. Participar en la solución de los problemas sociales, principalmente por medio de actividades voluntarias, coadyuva al desarrollo de actitudes prosociales, las cuales constituyen un importante factor de protección.

c) Educación social y tiempo libre. El manejo del tiempo libre como un espacio educativo y de crecimiento personal favorece el desarrollo de estilos de vida saludable.

d) Organización social de la comunidad. Una sociedad debidamente organizada, incrementa sus posibilidades de respuesta ante cualquier problemática que se les presente.

Principios para la prevención de adicciones

Con la finalidad *de "ayudar a los educadores y líderes comunitarios a ponderar, planificar e introducir programas de prevención del abuso de drogas con bases científicas a nivel comunitario"*, el National Institute on Drug Abuse (NIDA) postuló los principios para la prevención de adicciones, los cuales se dan a conocer a continuación:

- Los programas de prevención deberán mejorar los factores de prevención y revertir o reducir los factores de riesgo.*
- Deben dirigirse a todas las formas del abuso de drogas, por separado o en conjunto, incluyendo el consumo de drogas legales por menores; el uso de drogas ilegales; y el uso inapropiado de sustancias obtenidas legalmente, los medicamentos de prescripción, o aquellos que no necesitan prescripción
- Deben dirigirse al tipo de problema de abuso de drogas en la comunidad local, escoger los factores de riesgo que se pueden modificar, y fortalecer los factores de protección que se conocen.
- Deben ser diseñados para tratar riesgos específicos a las características de la población o de la audiencia, tales como la edad, el sexo, y la cultura, para mejorar la eficacia del programa.
- Los programas de prevención para las familias deben mejorar la compenetración y las relaciones familiares e incluir habilidades para ser mejores padres; entrenamiento para desarrollar, discutir y reforzar la política de la familia con relación al abuso de sustancias; y la información y educación sobre las drogas *(Cuadro II)*.
- La compenetración familiar constituye el cimiento de la relación entre los padres y los hijos.
- Se pueden diseñar los programas de prevención para una intervención tan temprana como en los años preescolares que enfoquen a los factores de riesgo para el abuso de drogas tales como el comportamiento agresivo, conducta social negativa, y dificultades académicas.

* http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/como-prevenir-el-uso-de-drogas/los-principios-de-la-prevencion

Cuadro II. Principios para la prevención del consumo de drogas en el contexto familiar.

• Enfatizar el apego familiar.
• Ofrecer sesiones en las que los padres y los jóvenes aprendan y practiquen habilidades de comunicación.
• Entrenar a los padres para que escuchen e interactúen con sus hijos.
• Entrenar a los padres para utilizar la disciplina de modo positivo y consistente.
• Promover nuevas habilidades de comunicación familiar a través de técnicas interactivas.
• Emplear estrategias para vencer resistencias de los padres a participar en los programas basados en la familia.
• Mejorar la conducta de los niños con apoyo intensivo (12 a 15 sesiones).
• Mejorar el funcionamiento familiar, cuando sea necesario, a través de la terapia familiar.
• Explorar el uso de espacios o escenarios de la comunidad, alternativos a la escuela, para facilitar la intervención basada en la familia.
• Incluir a toda la familia.
• Desarrollar habilidades de crianza de los hijos.

- Los programas de prevención para los niños de la primaria deben ser dirigidos al mejoramiento del aprendizaje académico y socio-emotivo para tratar factores de riesgo para el abuso de drogas como la agresión temprana, el fracaso académico, y la deserción de los estudios. La educación debe enfocarse en las siguientes habilidades:

  - Auto-control.
  - Conciencia emocional.
  - Comunicación.
  - Solución de los problemas sociales.
  - Apoyo académico, especialmente en la lectura.

- Los programas de prevención para los estudiantes de la escuela media y de la secundaria deben aumentar la competencia académica y social con las siguientes habilidades:

  - Hábitos de estudio y apoyo académico.
  - Comunicación.
  - Relaciones con los compañeros.
  - Auto-eficacia y reafirmación personal.
  - Habilidades para resistir las drogas.
  - Refuerzo de las actitudes anti-drogas.
  - Fortalecimiento del compromiso personal. contra el abuso de las drogas.

- Los programas de prevención dirigidos a las poblaciones en general en puntos de transición claves, pueden producir efectos beneficiosos aun entre las familias y los niños que tienen un alto riesgo.
- Los programas de prevención comunitarios que combinan dos o más programas eficaces, pueden ser más eficientes que un programa individual.
- Los programas de prevención comunitarios dirigidos a las poblaciones en varios ambientes son más eficaces cuando se presentan a través de mensajes consistentes en cada uno de los ambientes a lo largo de toda la comunidad.
- Cuando las comunidades adaptan los programas a sus necesidades, normas comu-

nitarias, o diferentes requerimientos culturales, deben mantener los elementos básicos de la intervención original basada en la investigación.

- Los programas de prevención deben ser a largo plazo con intervenciones repetidas para fortalecer las metas originales de la prevención.
- Los programas de prevención deben incluir entrenamiento a los profesores en la administración positiva de la clase, como la recompensa por la buena conducta del estudiante.
- Los programas de prevención son más eficaces cuando emplean técnicas interactivas, como discusiones entre grupos de la misma edad y jugando a desempeñar el papel de los padres, lo que permite una participación activa en el aprendizaje sobre el abuso de drogas y en el refuerzo de habilidades.
- Los programas de prevención con bases científicas pueden ser costo-eficientes.

En México también se establecieron recomendaciones y principios que deben tomarse en cuenta para el diseño de intervenciones preventivas, se enuncian aquellas que fueron retomadas en la estructuración de la CNINV:

- Diseñarse de acuerdo con su población objetivo e incorporarla en su diseño, así como en sus fases de operación, desarrollo y evaluación.
- Abordar el fenómeno desde una perspectiva global, considerando todas las sustancias que puedan ser objeto de abuso y dependencia, legales e ilegales.
- El personal operador de programas debe capacitarse en forma constante, además conocer la realidad social de su comunidad y las formas de abordaje más adecuadas.
- Enfocarse a fortalecer los factores protectores e inhibir los factores de riesgo.
- Ser interactivos, integrar aspectos de género, además de buscar sustentabilidad a largo plazo, y empoderar a las comunidades para que trasciendan administraciones gubernamentales y situaciones de coyuntura.
- Ser transparentes en sus evaluaciones, rendir cuentas a su población objetivo y ser congruentes con las políticas públicas

y leyes vigentes en el país, las entidades federativas y las localidades donde se instrumentan.
- Deben promover los proyectos locales, la formación de redes comunitarias (particularmente entre los jóvenes) y el fortalecimiento de los vínculos entre sociedad civil y gobierno.

Prevención en el ámbito comunitario

La prevención en el contexto comunitario busca reforzar los mensajes y las normas de una comunidad en contra del abuso de drogas, y preservar la salud mediante distintos medios comunitarios, promoviendo la participación y movilización de distintas instituciones, organizaciones, colectivos, grupos y personas de la comunidad. Esto implica que todos las personas son susceptibles de participar y que, entre mayor sea la respuesta comunitaria, se facilita el cumplimiento de los objetivos *(Cuadro III)*.

Niveles de prevención

Determinar la población a la que se dirigirá la intervención, los objetivos que se pretenden alcanzar, los recursos disponibles, el tiempo de operación, son elementos esenciales para el diseño de la intervención, con base a ello, se determina el nivel de prevención que se empleará:

Prevención universal: Se dirige a toda la población. Pueden aplicarse sin asesoría ni asistencia profesional. Son perspectivas amplias, menos intensas y menos costosas.

Se desarrolla mediante estrategias generales y perspectivas teórico-metodológicas amplias, menos costosas y aplicadas con menor intensidad; la finalidad es promover y fomentar valores, habilidades sociales y estilos de vida saludables (Becoña, 2002).

Prevención selectiva: Se dirige a subgrupos de la población que han sido identificados como de alto riesgo para el abuso de drogas y que poseen características psicosociales específicas que requieren de la participación directa de actividades preventivas acordes a su situación.

Este tipo de intervenciones operan por periodos más largos, intensos y específicos

Cuadro III. Aspectos a considerar para el ámbito comunitario.

• Se debe identificar la influencia de contextos microsociales (familia, escuela, trabajo, grupo de pares) en el origen y la evolución del fenómeno adictivo.
• Actuar de manera simultánea y organizada en los diferentes espacios socializadores que conforman la comunidad.
• Conciliar el compromiso de diferentes actores sociales: Mediadores, profesionales de la prevención, sociedad civil.

Fuente: Becoña, 2002.

en comparación con las acciones de prevención universal.

Prevención indicada: Dirige sus actividades hacia individuos que han experimentado con drogas y muestran conductas problemáticas asociadas con el abuso de sustancias. Los objetivos están enfocados a reducir el impacto del primer evento de consumo de drogas, disminuir a lo largo del tiempo la continuación del consumo experimental o social, retardar el inicio del abuso o reducir la severidad del consumo excesivo de drogas.

Las estrategias son más extensas y altamente intensivas; también implican personal altamente calificado que posee capacitación clínica y habilidad para asesorar a los usuarios.

La mayor parte de las estrategias de la CNINV se basan en la prevención universal.

"En la comunidad, con la comunidad,
Para la comunidad"

INICIO DE LA CAMPAÑA NACIONAL DE INFORMACIÓN PARA UNA NUEVA VIDA

Tomando en consideración varios de los principios del NIDA, la Campaña Nacional de Información para una Nueva Vida, (CNINV) fue diseñada a principios del 2008, por un grupo de expertos que se in-

tegró con representantes de las instituciones con mayor relevancia en el campo de las adicciones en México:

- Instituto Nacional de Psiquiatría.
- Centros de Integración Juvenil, A.C.
- Clínica Monte Fénix.
- Oceánica.
- Consejo Nacional Contra las Adicciones.
- Desarrollo Integral para la Familia.

A partir de sus aportaciones fue posible la estructuración de las primeras estrategias de prevención universal que conforman actualmente el Programa de Prevención de Adicciones (*Cuadro IV*), denominado Campaña Nacional de Información para una Nueva Vida.

Posteriormente, se sumó a los esfuerzos de prevención, la Secretaría de Educación Pública, quien a través de su Programa Escuela Segura, incorporó en los contenidos de todos los grados escolares del nivel primaria y de secundaria, elementos para la prevención de adicciones. (Retomados de los principios del NIDA). Representando uno de los mayores esfuerzos en materia de reducción de la demanda. Mencionar sus alcances y logros es materia de otro capítulo en esta serie de libros.

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, a su vez, se dio a la tarea de tomar bajo su coordinación la estrategia dirigida a la población de estancias infantiles, llegando a edades muy tempranas en la población infantil.

Con la finalidad de ofrecer un breve panorama de cómo está integrada la Campaña, se presentan los siguientes apartados.

Objetivo general de la CNINV

Formar una Red de Multiplicadores/as y Promotores/as Nueva Vida para realizar prevención universal, selectiva e indicada, mediante la instrumentación de estrategias dirigidas a la población en general y grupos focalizados, con el apoyo de instituciones públicas, privadas y de la sociedad civil.

Cuadro IV.

Un programa preventivo de adicciones es un conjunto de actuaciones que tienen el objetivo de impedir o retrasar la aparición de conductas de consumo, uso y abuso de las distintas drogas. Puede ser global para toda la comunidad o específico para subgrupos poblacionales: grupos de edad, niveles educativos, colonias, entre otros. Conforme vaya orientado a objetivos concretos o grupos claramente delimitados, coadyuvará a que se realicen diseños más acorde con las necesidades de cada uno de ellos; incluso favorecerá su evaluación.

Becoña, 2002.

Objetivos específicos

1. Sensibilizar a la población en general sobre la enfermedad de las adicciones.
2. Proporcionar a padres de familia y jóvenes, información, orientación, consejería y desarrollo de habilidades para aprender a prevenir y detectar a tiempo la enfermedad de las adicciones.
3. Promover estilos de vida saludables.
4. Fomentar una cultura de detección oportuna y prevención.
5. Detectar de manera oportuna casos de consumo y derivar a Centros Nueva Vida.

Tipos de promotores/as

- Promotor/a multiplicador/a Nueva Vida: Persona capacitada en alguna(s) de las estrategias de la CNINV, su principal función es capacitar a las y los Promotores/as. Entre sus funciones se encuentra trabajar con la comunidad para informar y orientar, pueden participar en la detección y canalización de aquellas personas que requieren algún tipo de atención específica en materia de adicciones.

- Promotor/a Nueva Vida: Su principal función es trabajar directamente con la co-

munidad para informar y orientar, pueden participar en la detección y canalización de aquellas personas que requieren algún tipo de atención específica en materia de adicciones. Sólo puede fungir como promotor/a de la estrategia en la que fue capacitado/a.

Beneficiados/as

Personas que recibieron información, orientación o fueron derivados a algún Centro Nueva Vida, a través de los Promotores/as o Multiplicadores/as Nueva Vida. Los beneficiados/as también son conocidos como "personas orientadas".

Estrategias de la CNINV

Las estrategias coordinadas por el Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones, (CENADIC):

1. Detección, Orientación y Consejería en Adicciones.
2. Habilidades para la Vida en Niños/as y Jóvenes.
3. Mitos y Realidades Sobre las Drogas. De joven a joven.
4. Diez Recomendaciones para Prevenir que tus Hijos Utilicen Drogas.
5. Recomendaciones para prevenir el consumo de tabaco, alcohol y drogas en mujeres.
6. Prevención de adicciones en los lugares de trabajo.

Coordinadas por la Secretaría de Educación Pública:

7. Orientaciones para la prevención de adicciones en escuelas de educación básica. Secundaria.
8. Orientaciones para la prevención de adicciones en escuelas de educación básica. Primaria.

Coordinadas por el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia:

9. Estrategia de intervención para disminuir el impacto de factores de riesgo psicosociales en niñas y niños.

10. La familia, la mejor fortaleza.

Cada una de las estrategias de la campaña se sustenta en principios de prevención postulados por el NIDA y retoma las recomendaciones el diseño de intervenciones para la población mexicana.

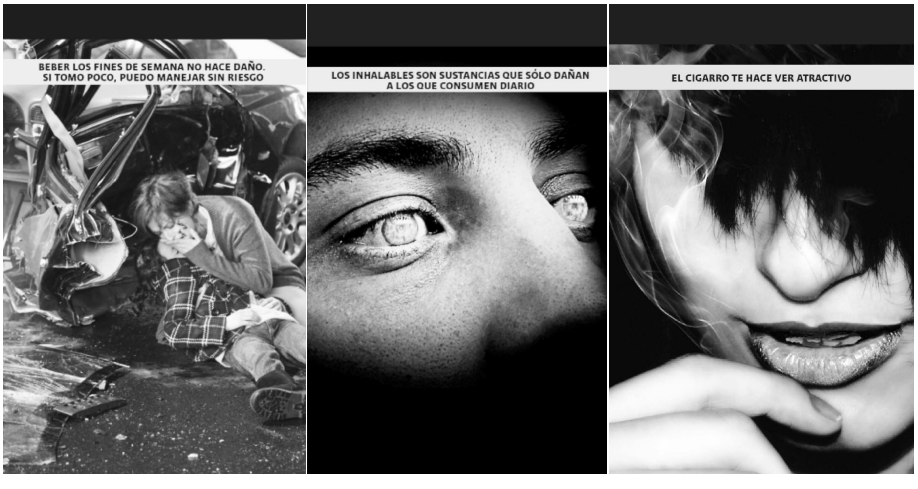
Asimismo, cuentan con una metodología específica para la capacitación de promotores/as y de despliegue de las estrategias; los materiales que se emplean fueron diseñados ex profeso.

La tarea fundamental de la campaña es la capacitación de personas de la comunidad, que contribuyan en la prevención de adicciones, a través de informar sobre los riegos y daños del consumo, que participen activamente en la detección oportuna e intervención temprana y en la canalización a servicios especializados.

El primer paso es la formación de los multiplicadores, los cuales generalmente son profesionistas de los Consejos Estatales Contra las Adicciones (CECA's) o de los Centros Nueva Vida (CNV); los cuales capacitarán posteriormente a los/as promotores/as nueva vida, y quienes finalmente harán llegar el mensaje preventivo a la comunidad en general, se les denomina "beneficiados".

A continuación se enlistan las principales características de las estrategias que coordina el CENADIC.

MITOS Y REALIDADES SOBRE LAS DROGAS. DE JOVEN A JOVEN



Se basa en el entrenamiento de habilidades para la vida, el cual tiene como objetivo que los adolescentes sean capaces de manejar las influencias externas y, así, evitar el consumo de drogas, a través de desarrollar habilidades cognitivo- conductuales que les permitan resistirse a los mensajes publicitarios; conocer información sobre las consecuencias negativas del consumo de drogas en el corto plazo.

Promueve el desarrollo de habilidades de comunicación asertiva para enfrentar la presión social, pero también de fortalecer la competencia social y las habilidades de relación interpersonal para reforzar la autoeficacia y la integración a grupos de jóvenes no consumidores, mejor integrados al medio social convencional.

a) Objetivo de la capacitación: Proporcionar elementos teórico-prácticos que permitan transmitir mitos y realidades sobre el consumo de drogas a la población de jóvenes.

b) Duración de la capacitación: 4 horas.

c) Perfil del promotor/a: Profesionistas y pasantes del área de la salud, de ciencias sociales, humanísticas. Pueden ser personas con estudios mínimos de secundaria.

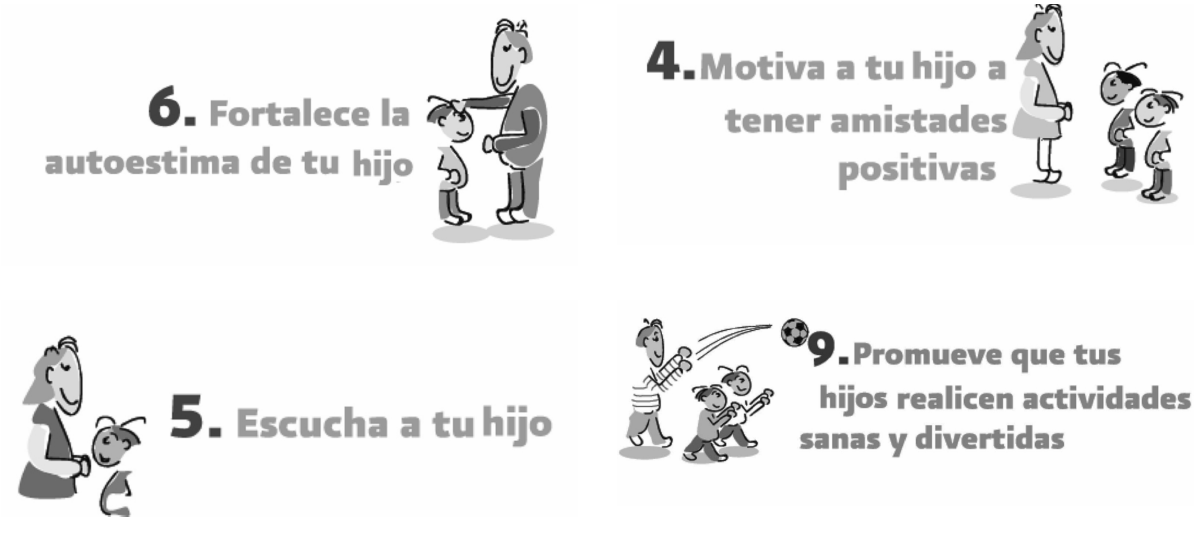
d) Población Beneficiada: Adolescentes y jóvenes.

e) Material para el multiplicador(a) y promotor(a):

- Manual para el capacitador/a de Mitos y Realidades.
- Guía práctica del facilitador de Mitos y Realidades.
- Rotafolio.
- Directorio de los Centros Nueva Vida.
- Carta descriptiva.
- Lista de asistencia.
- Cuestionario de evaluación de conocimientos Pre y Post.
- Cuestionario de satisfacción.

- CD con Curso de Mitos y Realidades.
- Reconocimiento.

10 RECOMENDACIONES PARA PREVENIR QUE TUS HIJOS E HIJAS UTILICEN DROGAS



Se sustenta en el desarrollo de habilidades para madres y padres de familia, para que escuchen e interactúen con sus hijos; promuevan nuevas habilidades de comunicación familiar a través de técnicas interactivas; y para explorar el uso de espacios o escenarios de la comunidad, alternativos a la escuela, para facilitar la intervención basada en la familia.

a) Objetivo de la capacitación: Que las y los participantes adquieran información básica sobre prevención de adicciones, para transmitir a padres de familia, recomendaciones que les permitan inculcar en sus hijos/as conductas saludables.

b) Duración de la capacitación: 4 horas.

c) Perfil del promotor/a: Profesionistas y pasantes del área de la salud, de ciencias sociales, humanísticas. Pueden ser personas con estudios mínimos de primaria.

d) Población Beneficiada: Padres, madres de familia y otras personas adultas que tengan a su cargo niños(as), adolescentes y/o jóvenes.

e) Material para entregar al multiplicador(a) y/o promotor(a):

- Guía de 10 Recomendaciones para prevenir que tus hijos e hijas utilicen drogas.
- Volante con las 10 Recomendaciones.
- Directorio de los Centros Nueva Vida.
- Carta descriptiva.
- Cuestionario de satisfacción.
- CD con curso de 10 recomendaciones para prevenir que tus hijos e hijas utilicen drogas.
- Reconocimiento.

Habilidades para la vida en jóvenes

HABILIDADES PARA LA VIDA

Las habilidades para la vida promueven un desarrollo saludable hacia el mundo adulto

Se sustenta en el desarrollo de habilidades para la vida, enfatizando las de tipo social, de pensamiento y manejo de emociones. Incorpora técnicas novedosas que coadyuvan a la participación activa de la población objetivo.

a) Objetivo de la capacitación: Empoderar a Promotores/as "Nueva Vida" con conocimientos, habilidades y competencias para realizar talleres en los que se desarrollen habilidades de Pensamiento, Sociales y de Manejo de Emociones, que favorezcan estilos de vida saludable en niñas/os, adolescentes y jóvenes.

b) Duración de la capacitación: 10 horas, divididas en dos días.

c) Perfil del promotor/a: Profesionistas y pasantes del área de la salud, de ciencias sociales, humanísticas. Pueden ser

personas con estudios mínimos de secundaria terminada.

d) Población Beneficiada: Niñas, Niños, Adolescentes y Jóvenes.

e) Materiales para el multiplicador(a) y el promotor(a):

- Manual para el capacitador/a de Promotores de Habilidades para la Vida.
- Guía práctica y sencilla para el Promotor/a Nueva Vida. Habilidades para la Vida.
- Trípticos:
  - Habilidades de pensamiento.
  - Habilidades sociales.
  - Habilidades del manejo de las emociones.
- CD con Curso de Habilidades para la vida.
- Carta descriptiva.
- Cuestionario de evaluación de conocimientos (PRE/POST).
- Cuestionario de satisfacción.
- Reconocimiento.

Detección, orientación y consejería en adicciones

Se basa en el desarrollo de habilidades que contribuyen a la detección oportuna e intervención temprana de casos con abuso de sustancias.

a) Objetivo de la capacitación: Empoderar a Promotores/as "Nueva Vida" con conocimientos, habilidades y competencias que les permitan llevar a cabo actividades de prevención, detección y consejería en adicciones en diferentes ámbitos: escuela, barrio, familia, iglesia, empresa, entre otros.

b) Duración de la capacitación: 6 horas como mínimo.

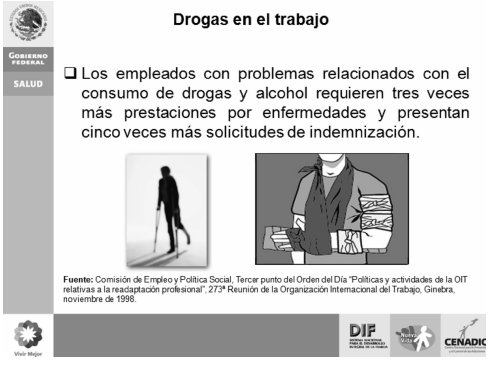
c) Perfil del promotor/a: Profesionistas y pasantes del área de la salud, de ciencias sociales, humanísticas. Pueden ser personas con estudios mínimos de secundaria terminada.

d) Población Beneficiada: Personas de cualquier edad: niños/as, adolescentes, jóvenes y adultos, que se encuentren en situación de vulnerabilidad, riesgo y/o en las primeras etapas de consumo del proceso adictivo.

e) Materiales para el multiplicador(a) y el promotor(a):

- Guía práctica y sencilla para el promotor/a Nueva Vida.
- Manual de capacitación para promotores/as Nueva Vida.
- Libro: Prevención de las adicciones y promoción de conductas saludables.
- Folleto: Consecuencias a corto y a largo plazo asociadas al consumo de sustancias adictivas.
- CD con Curso de detección, orientación y consejería en adicciones.
- Carta descriptiva.
- Cuestionario de evaluación de conocimientos (PRE/POST).
- Cuestionario de satisfacción.
- Ficha de canalización.
- Reconocimiento.
- Trípticos del ABC de las drogas.

Prevención de adicciones en los centros de trabajo



Se basa en el desarrollo de habilidades que contribuyen a la detección oportuna e intervención temprana de casos con abuso de sustancias. En el manejo del estrés; proporciona información para el consumo moderado de alcohol.

a) Objetivo de la capacitación: Que la empresa cuente con estrategias de prevención de adicciones, con el fin de que los trabajadores conozcan los riesgos del consumo de drogas, identifiquen las señales de abuso o adicción y revisen alternativas de actividades que promuevan estilos de vida saludables. Derivar a tratamiento a los empleados/as que presenten abuso o dependencia a drogas.

b) Duración de la capacitación: La estrategia que se oferta inicialmente es la de Detección, Orientación y Consejería; promedio de capacitación mínima de 10 hrs.

También se consideran otras estrategias para desplegar la Campaña:

- Mitos y realidades de las drogas.
- 10 recomendaciones para prevenir que tus hijos utilicen drogas.
- Conferencias sobre: Tabaco, alcohol y drogas, un grave riesgo para mi trabajo.

c) Perfil del promotor/a: Profesionistas y pasantes del área de la salud, de ciencias sociales, humanísticas. Pueden ser personas con estudios mínimos de secundaria terminada.

d) Población Beneficiada: Trabajadores/as de empresas.

e) Material para entregar al multiplicador(a) y/o promotor(a):

- Guía para el facilitador.
- CD con ppt de tabaco, alcohol y drogas, un grave riesgo para mi trabajo.
- Historieta "Al trabajo sin adicciones".
- Folleto "Prevención de adicciones en centros de trabajo".
- Folleto: "Previniendo el consumo de drogas en los lugares de trabajo. CNINV".
- Cuestionario de evaluación de conocimientos (pre-post).
- Cuestionario de satisfacción.
- Reconocimiento.

10 RECOMENDACIONES PARA PREVENIR EL CONSUMO DE DROGAS EN MUJERES

Se sustenta en el desarrollo de habilidades para la vida; incorpora información sobre los daños y riesgos del abuso de sustancias y promueve estilos de vida saludables.

a) Objetivo de la capacitación: Que las y los participantes conozcan información básica sobre recomendaciones para prevenir el consumo de drogas en población de mujeres.

b) Duración de la capacitación: 4 horas mínimo.

c) Perfil del promotor/a: Profesionistas y pasantes del área de la salud, de ciencias sociales, humanísticas. Pueden ser personas con estudios mínimos de primaria.

d) Población Beneficiada: Población adolescente, joven y adulta.

e) Material para entregar al multiplicador(a) y/o promotor(a):

- Guía para el facilitador de 10 Recomendaciones para prevenir el consumo de drogas en mujeres.
- Volante con las 10 Recomendaciones para mujeres.
- Carta descriptiva.
- Cuestionario de evaluación de conocimientos (pre-post).
- Cuestionario de satisfacción.
- CD con curso de 10 recomendaciones para prevenir que tus hijos e hijas utilicen drogas.
- Reconocimiento.

RED INSTITUCIONAL Y COMUNITARIA DE LA CNINV

Otra característica de gran relieve de la Campaña es la de aprovechar las redes institucionales y comunitarias para desplegar sus estrategias, logrando una economía importante de recursos humanos y financieros.

Identificar la estructura de la red, conocer sus nodos más sobresalientes y saber insertarse en la dinámica operativa, fueron elementos que se utilizaron para el trabajo comunitario, en el que sobresalen las siguientes instituciones y organismos:

Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones

Entre sus funciones se encuentra la coordinación de la CNINV y de los 335 Centros Nueva Vida. Sus ejes centrales son los Programas de Tratamiento y de Prevención, en este último se inserta la Campaña.

Participación en la CNINV: Ha diseñado seis de las estrategias; 10 recomendaciones para prevenir el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en mujeres, es una de las más recientes. Con el apoyo de los Consejos Estatales Contra las Adicciones (CECA's), ha capacitado a promotores/as comunitarios en todo el país, logrando beneficiar a millones de mexicanos.

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

A través de este programa se atiende básicamente a población compuesta por: fa-

milias de comunidades en situación vulnerable; niñas y niños menores de seis años y en edad escolar; madres adolescentes; menores migrantes; menores trabajadores y en situación de riesgo; mujeres en edad adulta; ancianos en abandono y personas que por alguna razón se encuentran en desamparo temporal o expuestas a violencia familiar; así como a familias de comunidades que viven expuestas a diversos riesgos por su condición de vulnerabilidad.*

El programa orienta sus acciones de normatividad y de promoción en el ámbito de las 31 Entidades Federativas y el Distrito Federal, a través de los Sistemas Estatales DIF.

Participación en la CNINV: Desde el diseño de las primeras estrategias que conforman la CNINV el DIF ha participado activamente: Con su red estatal y municipal contribuye a la capacitación de promotores/as, y en el despliegue del mensaje preventivo. Coordina la estrategia de "Intervención para disminuir el impacto de factores de riesgo psicosociales en niñas y niños". Desarrolló recientemente "La familia, la mejor fortaleza".

Secretaría de Desarrollo Social

La participación de la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), en el despliegue de actividades de prevención de adicciones de la Campaña Nacional de Información para una Nueva Vida (CNINV), aprovechando su red institucional, permitió llegar a los beneficiarios de cinco de sus programas:

• Programa Oportunidades

La población objetivo del Programa Oportunidades son los hogares en condición de pobreza alimentaria, así como aquellos que presentan características socioeconómicas y de ingreso insuficientes para invertir en el desarrollo adecuado de las capacidades de sus integrantes en materia de educación, nutrición y salud.

El Programa opera a nivel nacional, en alrededor de 100 mil localidades, en los municipios de mayor marginación, en áreas rurales, urbanas y grandes metrópolis.**

La estrategia de 10 recomendaciones para evitar que tus hijos/as consuman drogas fue desplegada con las titulares y vocales del pro-

* http://www.funcionpublica.gob.mx/scagp/dgorcs/reglas/2002/r12_salud/completos/ro_desamarodif_2002.htm#M_4_1_
** Fuente: http://www.oportunidades.gob.mx/Portal/wb/Web/poblacion_objetivo. Consultado el 27 de junio del 2012.

grama, con universo aproximado de 5.8 millones de personas. Asimismo, en el 2012 se están realizando las gestiones para que se despliegue la estrategia de diez recomendaciones para prevenir el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en mujeres.

- Programa de Recuperación de Espacios Públicos (PREP)

El objetivo general del programa es contribuir a mejorar la calidad de vida y la seguridad ciudadana, mediante el rescate de espacios públicos en condición de deterioro, abandono o inseguridad que sean utilizados preferentemente por la población en situación de pobreza de las ciudades y zonas metropolitanas.

Tiene cobertura nacional y su población objetivo son las personas que habitan alrededor de los espacios públicos en los que interviene el programa.*

Mitos y realidades de las drogas y 10 recomendaciones para prevenir el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en mujeres, son las estrategias de la campaña que se desplegaron a su población beneficiada. Se capacitó a los prestadores de servicio social.

- Hábitat

El Programa apoya con subsidios federales obras y acciones en zonas urbanas marginadas, para: introducir o mejorar infraestructura y equipamiento urbano básicos; mejorar el entorno físico; construir o mejorar centros de desarrollo comunitario, así como apoyar acciones para el desarrollo de capacidades individuales y comunitarias, entre otras.

Su población de beneficiados pueden ser las personas que integran los hogares asentados en las zonas urbanas marginadas seleccionadas (Polígonos Hábitat), ubicadas en ciudades con al menos 15 mil habitantes.**

La CNINV logra impactar a la población de este programa, a través de la capacitación de promotores en tres de sus estrategias: detección, orientación y consejería; Mitos y realidades de las drogas y 10 recomendaciones para evitar que tus hijos/as consuman drogas.

* Fuente: http://www.sedesol.gob.mx/es/SEDESOL/PREP. consultado el 27 de junio del 2012.
** Fuente: http://www.sedesol.gob.mx/es/SEDESOL/Habitat_Transparencia. Consultado el 27 de junio del 2012.

• Programa de Abasto Social de Leche, operado por LICONSA

El programa de LICONSA tiene como población beneficiaria a los hogares en condiciones de pobreza con niñas y niños de seis meses a doce años de edad, mujeres en periodo de gestación o lactancia, mujeres adolescentes de 13 a 15 años, mujeres de 45 a 59 años de edad, enfermos y/o discapacitados y adultos de 60 y más años, que cumplan con los criterios de elegibilidad establecidos que justifiquen su condición.

LOCONSA opera en localidades, colonias, zonas urbanas, semiurbanas y rurales de las 32 entidades federativas.*

La CNINV capacitó a los promotores de las lecherías en la estrategia de 10 recomendaciones para evitar que tus hijos/as consuman drogas.

• Estancias Infantiles

El programa de Apoyo a Madres Trabajadoras tiene como población objetivo a las madres que trabajan, buscan empleo o estudian y a los padres solos con hijos o niños bajo su cuidado entre una y hasta tres años 11 meses de edad (un día antes de cumplir los cuatro años) y entre uno y hasta cinco años 11 meses de edad (un día antes de cumplir los seis años) en caso de niños o niñas con alguna discapacidad, que viven en hogares con ingresos mensuales de hasta 1.5 salarios mínimos per cápita, a través de subsidios a los servicios de cuidado y atención infantil para sus hijos. Opera a nivel nacional.**

La CNINV capacitó a personal de las estancias infantiles en la estrategia de intervención para disminuir el impacto de factores de riesgo psicosociales en niños y niñas.

SECRETARÍA DE LA DEFENSA NACIONAL. SERVICIO MILITAR NACIONAL

La participación activa de esta institución permitió la sensibilización y capacitación de miles de jóvenes conscriptos y voluntarias

* Fuente: http://www.liconsa.gob.mx/innovaportal/v/265/1/mx/padron_de_beneficiarios_de_liconsa.html Consultado el 28 de junio del 2012.

** http://www.sedesol.gob.mx/es/SEDESOL/Poblacion_Objetivo. Consultado el 28 de junio del 2012.

del Servicio Militar, en dos estrategias de la campaña, entre ellas la de Mitos y realidades de las drogas. Bajo el enfoque del desarrollo de habilidades para la vida, y utilizando las ventajas que conlleva el que jóvenes transmitan el mensaje preventivo a sus grupos de pares, se ha logrado la reflexión sobre los mitos que rodean el consumo de las sustancias.

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA

A través del Programa Escuela Segura, se lanzó la Estrategia Nacional para la Prevención de Adicciones en Escuelas de Educación Básica, capacitando a más de 600 mil profesores. Las estrategias se basan en los principios de prevención internacional y nacional. Representan una de las mayores redes de prevención universal en Latinoamérica.

ISSSTE

Con la capacitación de personal médico para la detección oportuna de casos con consumo de sustancias en los diferentes niveles de atención, se logra garantizar que miles de derechohabientes pueden ser derivados a un tratamiento oportuno en materia de adicciones.

CRUZ ROJA

A través de la capacitación de sus jóvenes voluntarios se logró la difusión del mensaje preventivo dirigido a niños y jóvenes.

La CNINV logró establecer una sinergia efectiva con otras dependencias, quienes ante el compromiso de beneficiar a sus poblaciones objetivo, decidieron sumarse a la prevención de adicciones. Coadyuvaron a detectar oportunamente casos con abuso o dependencia a drogas en poblaciones más vulnerables y/o desatendidas.

Entre las instituciones que participaron, se encuentran:

- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).
- Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS).
- La CNINV se sumó al Grupo de Atención Integral para la Adolescencia (GAIA), co-

ordinado por el Centro Nacional para la Salud de la Adolescencia y la Infancia (CeNSIA).
- Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación (SAGARPA).
- Servicio Nacional de Sanidad, Inocuidad y Calidad Agroalimentaria, SENASICA.
- Instituto Politécnico Nacional (IPN).
- Instituto de la Juventud (IMJUVE).
- Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES).

La vinculación también se realizó con instancias de la sociedad civil y del sector privado, como: el Sistema de Transporte Colectivo Metro, Petróleos Mexicanos, (PEMEX); Procuraduría General de la República, (PGR); Fundación Camino a Casa; Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica, (CONALEP); Dirección General de Educación Tecnológica Industrial; Universidad Insurgentes, entre otros.

EVALUACIÓN DE LA CAMPAÑA

La evaluación es un componente fundamental en los programas preventivos; es un proceso que consiste en valorar si un programa consiguió o no en alcanzar los objetivos para cuya consecución fue ideado.

La CNINV ha sido evaluada en dos ocasiones, durante el 2010 y a finales del 2011, por una instancia externa. Se expone la metodología y los resultados de la más reciente de ellas.

Las estrategias evaluadas fueron:

1. Detección, Orientación y Consejería en Adicciones.

2. Habilidades para la Vida en Niños/as y Jóvenes.

3. Mitos y Realidades Sobre las Drogas. De joven a joven.

4. 10 Recomendaciones para Prevenir que tus Hijos Utilicen Drogas.

Objetivos de la evaluación:

- Evaluar el nivel de diseminación de las estrategias de la campaña.

- Evaluar y analizar los factores asociados con el alcance de la diseminación.
- Evaluar la satisfacción de las personas receptoras de la campaña (promotores y usuarios).

1. Los objetivos específicos de la evaluación del nivel de diseminación de las estrategias de la campaña:

a. Cantidad de diseminados (comunidades, grupos, individuos).

b. Características socio-demográficas de la población beneficiada con la campaña por cada estrategia.

c. Percepción de los beneficios (efectos) de la campaña en la población diseminada (comunidades, grupos, individuos).

d. Conocimiento de la existencia de las estrategias de la campaña en la población no diseminada.

2. Los objetivos de evaluar y analizar los factores asociados con el alcance de la diseminación:

a. Identificación y clasificación de poblaciones en función de la tasa de diseminación (individuos diseminados (promotores, receptores)/extensión de la población).

b. Análisis de factores asociados a la tasa de diseminación.

- Características de la institución que proporciona diseminación.
- Características socio demográficas de los promotores/capacitadores.
- Características profesionales de los promotores/capacitadores en función de tasa de diseminación.
- Nivel de conocimiento de los promotores sobre la estrategia de campaña desminada.
- Factores circunstanciales de la capacitación (disponibilidad de materiales, espacios de capacitación, etc.).
- Factores motivacionales presentes en los promotores/capacitadores.
- Habilidades de manejo de situaciones conflictivas de los promotores (resistencia al cambio, desinterés, falta de motivación en usuarios).

3. Evaluar la satisfacción de las personas receptoras de la campaña (promotores y usuarios).

Satisfacción general:

a. Satisfacción con los fines.

b. Satisfacción con las habilidades.

c. Satisfacción con los alcances.

Satisfacción específica por habilidad (ideas, habilidades, de joven a joven, y 10 recomendaciones).

a. Satisfacción con los fines.

b. Satisfacción con las habilidades.

c. Satisfacción con los alcances.

Las unidades de análisis definidas para la encuesta son las siguientes:

a. Hogares de las poblaciones en las que se han instrumentado las estrategias del programa.

b. Escuelas en las que se han instrumentado las estrategias del programa.

c. Usuarios de las estrategias del programa o que recibieron atención de los seis meses anteriores a la fecha de la encuesta.

d. Instancias laborales donde se han instrumentado las estrategias del programa.

e. Promotores/capacitadores.

f. Adolescentes de 12 a 19 años de edad.

g. Adultos de 19 a 59 años edad.

h. Adultos mayores de 60 años o más.

Resultados preliminares:

a) Cantidad de diseminados (comunidades, grupos, individuos):

En la estrategia dirigida a padres de familia se entrevistó a un número mayor

de promotores/as, seguida de la que corresponde a habilidades para la vida:

- Detección, orientación y consejería: 328.
- Habilidades para la vida: 718.
- Mitos y realidades: 324.
- Recomendaciones para padres: 880.
- Población abierta: 800.

b) Características socio-demográficas de la población beneficiada con la campaña por cada estrategia.

Predomina la población de mujeres:

- Detección, orientación y consejería: 62 por ciento mujeres; 38 por ciento hombres *(Figura 1)*.
- Habilidades para la vida: 53 por ciento mujeres; 47 por ciento hombres *(Figura 2)*.
- Mitos y realidades: 60 por ciento mujeres; 40 por ciento hombres *(Figura 3)*.
- Recomendaciones para padres: 91 por ciento mujeres; 9 por ciento hombres *(Figura 4)*.
- Población abierta: Mujeres, 64 por ciento; hombres 36 por ciento *(Figura 5)*.

c. Características socio-demográficas de la población beneficiada con la campaña por cada estrategia.

El tipo de población varía según el tipo de población objetivo de cada estrategia como se puede apreciar en la *figura 6*.

La mayor parte de los encuestados/as ha oído hablar o ha participado en algunas de las estrategias de la campaña *(Figura 7)*.

La mayor parte de se enteró de la campaña, porque fue beneficiado con ella *(Figura 8)*.

La mayor parte calificó como Muy buena la orientación que recibió *(Figura 9)*.

Un porcentaje importante considera que la orientación que recibió le ayudó a mejorar algún aspecto de su vida *(Figura 10)*.

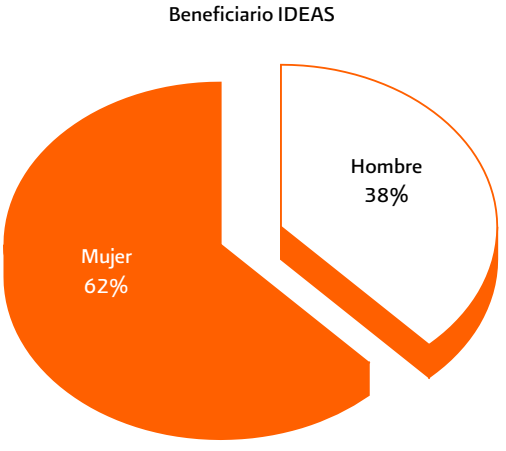


Figura 1.

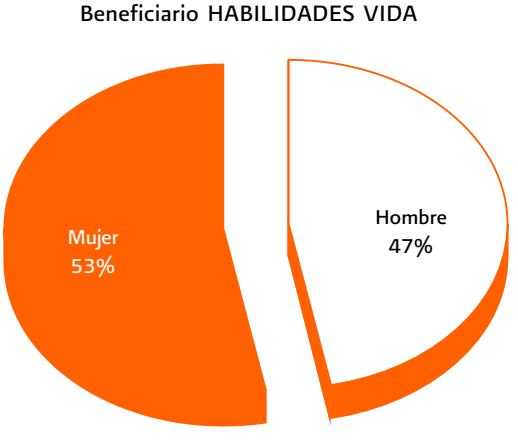


Figura 2.

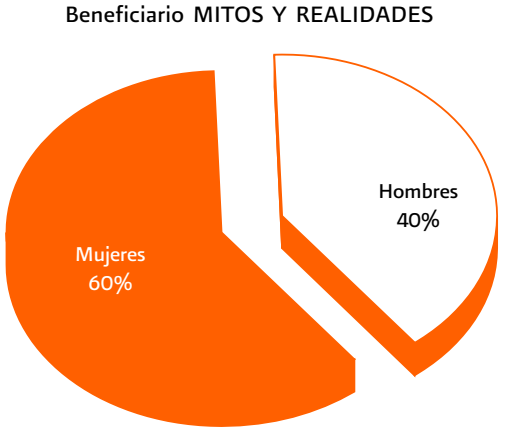


Figura 3.

Figura 4.

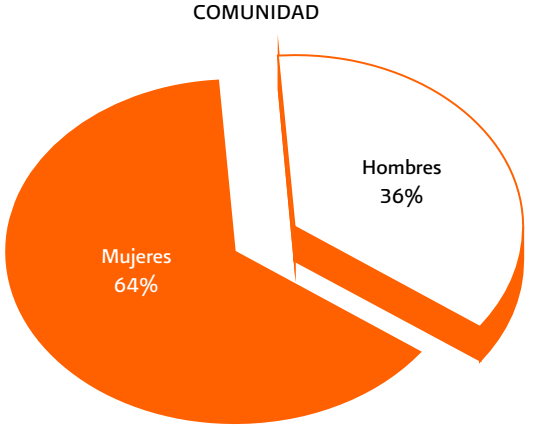


Figura 5.

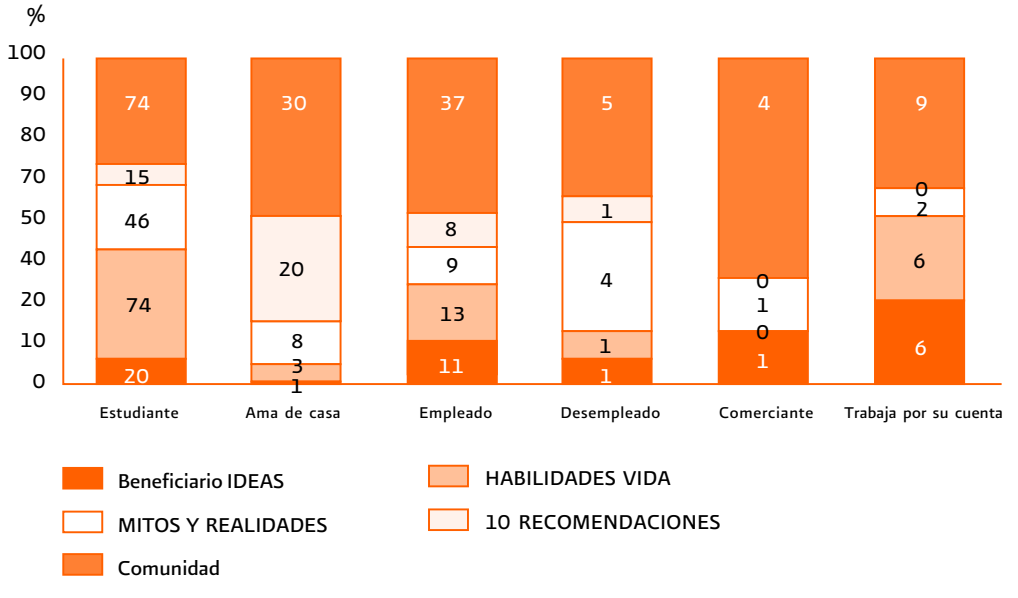


Figura 6.

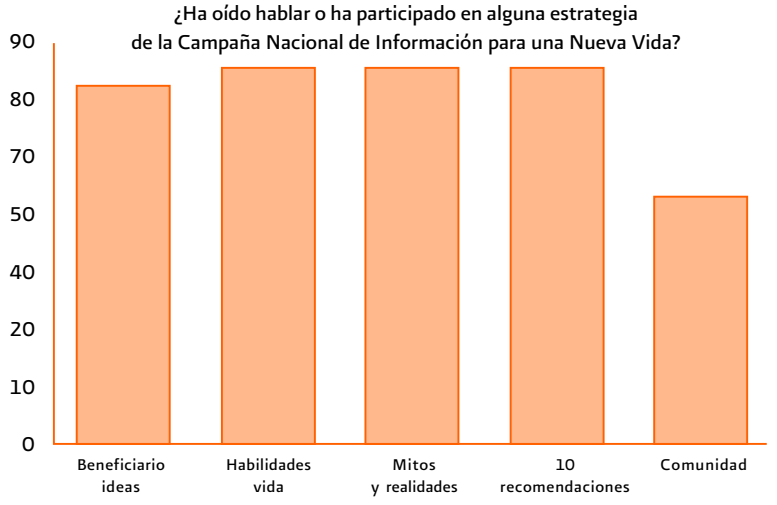


Figura 7.

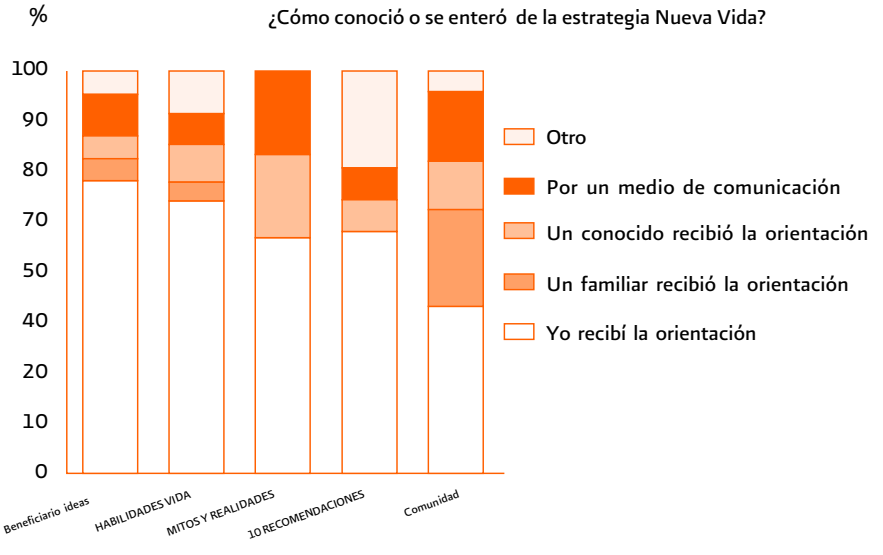


Figura 8.

En cuanto a la preparación técnica del orientador, la mayor parte de encuestados la calificó como Muy buna *(Figura 11)*.

Un porcentaje cercano al 50 por ciento considera que la estrategia nueva vida le es útil en su vida *(Figura 12)*.

Sobre su opinión respecto a quién benefician las estrategias, permiten confirmar que se trata de la población objetivo de cada una de ellas *(Figura 13)*.

Sobre los materiales, aproximadamente el 70 por ciento manifestó que sí proporcio-

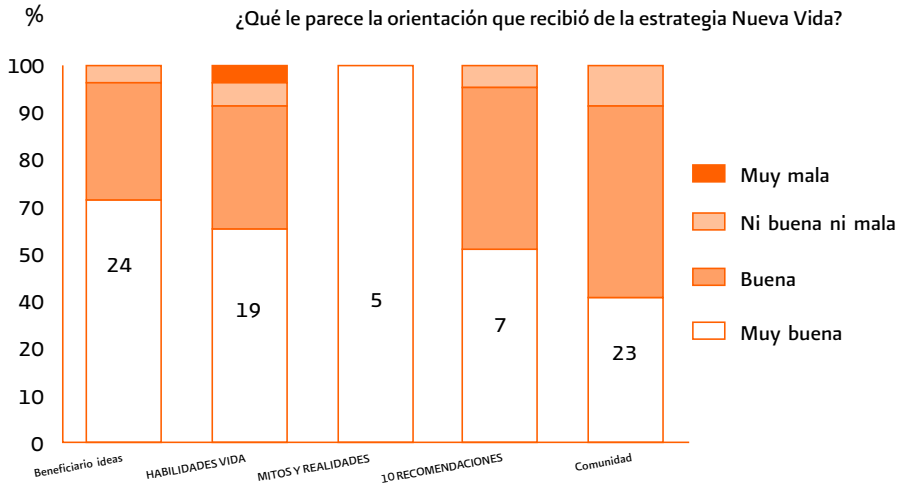


Figura 9.

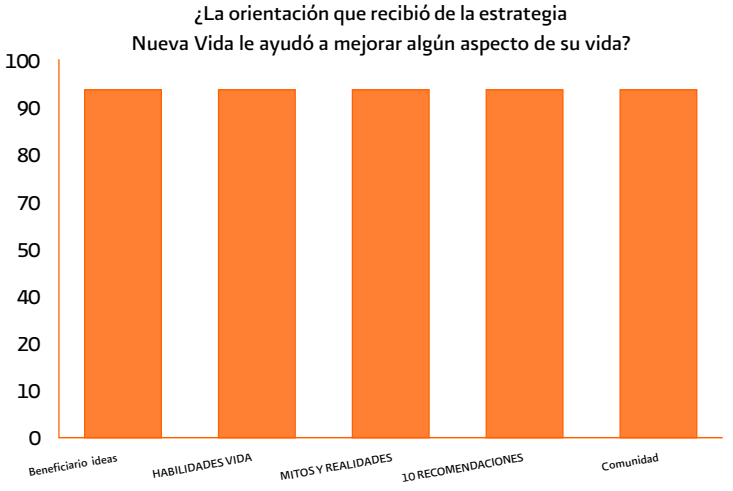


Figura 10.

Figura 11.

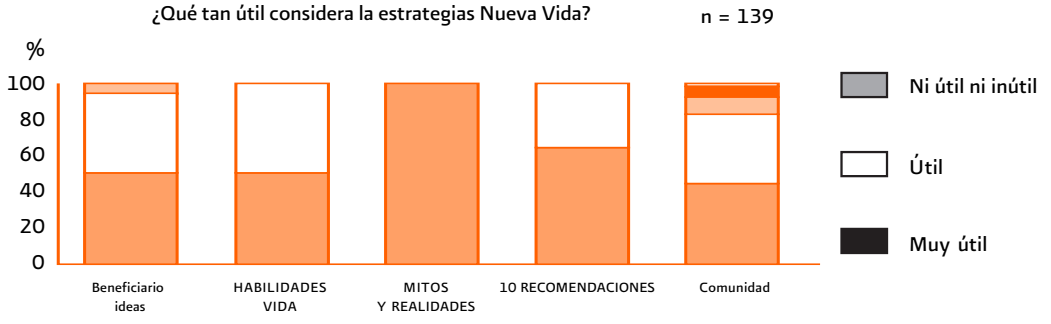


Figura 12.

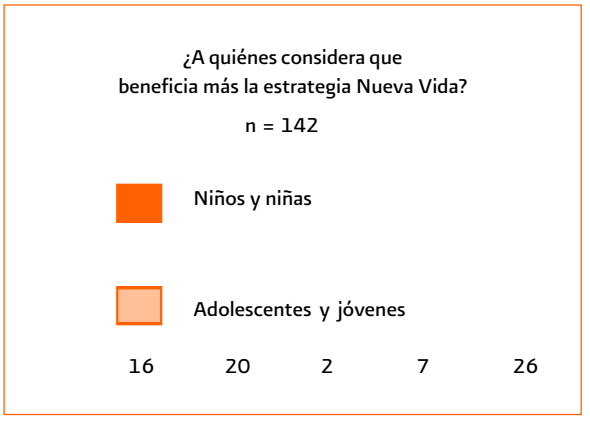


Figura 13.

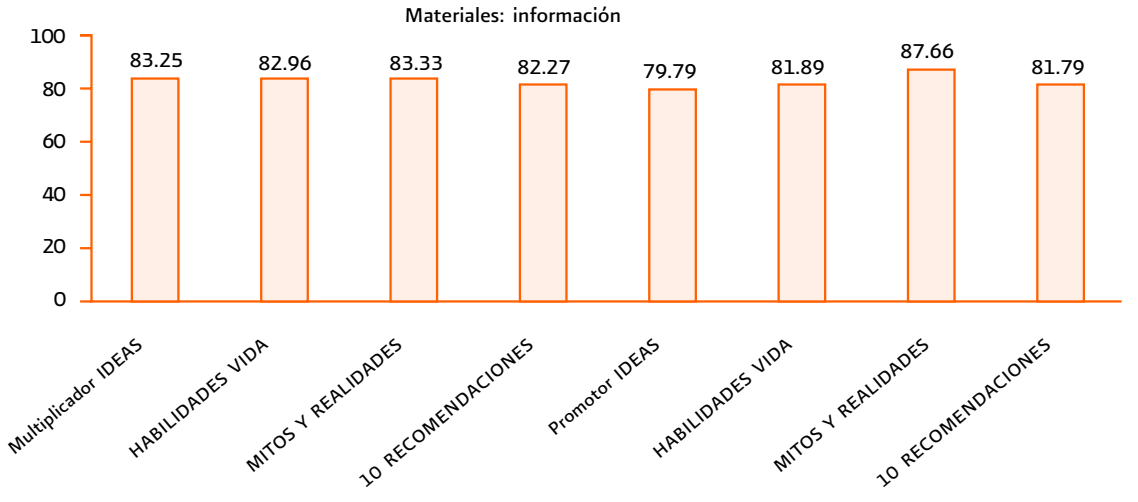


Figura 14.

nan información sobre prevención de adicciones *(Figura 14)*.

Resumiendo, la campaña logra cumplir con los objetivos establecidos conforme a cada estrategia. La metodología empleada da cuenta de los objetivos marcados para cada actividad; la comunidad reconoce que los promotores/as nueva vida cuentan con los elementos necesarios para trasmitir la capacitación adecuada y desplegar las estrategias: los materiales proporcionan información de manera atractiva y dinámica.

REFERENCIAS

1. Prevención del consumo de drogas. Retos y estrategias de la sociedad contemporánea. Tomo I. Centros de Integración Juvenil, A.C.; 2009.

2. Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012. Eje 3 Igualdad de Oportunidades. Apartado Desarrollo Integral 3.2 Salud.
3. Programa contra la farmacodependencia. Actualización 2011-2012. CONADIC, 2011.
4. Programa contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas. Actualización 2011-2012. CONADIC, 2011.
5. Programa contra el Tabaquismo. Actualización 2011-2012. CONADIC; 2011.
6. Manual de Prevención Comunitaria de los Centros Nueva Vida. CONADIC.
7. Encuesta Nacional de Adicciones, 2008.
8. Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009.

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES EN LOS SERVICIOS DE SALUD

IX.
La atención de las adicciones basada en modelos para el Estado de México: Los casos del estudio de los factores de riesgo y la prevención con el "Chimalli"

Mtro. Raúl Martin del Campo Sánchez,* Martín Mosqueda Ventura,** Ma. Elena Castro Sariñana,** Jorge Llanes,*** Jorge A. Villatoro Velázquez,*** Filiberto Itzcoatl Gaytán Flores,*** Natania Oliva Robles****

* Director de Coordinación de los Programas Nacionales en Adicciones. CONADIC.
** Instituto Mexiquense Contra las Adicciones.
*** Instituto Nacional de Educación Preventiva y Atención a Riesgos, A.C.
**** Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Tradicionalmente en nuestro país las políticas públicas orientadas a la prevención y tratamiento de adicciones no se diseñan de acuerdo con modelos que expliquen el fenómeno y orienten las acciones. Sin embargo, sólo a partir de la creación de políticas públicas basadas en modelos es que se puede predecir el curso del fenómeno que nos ocupa, además de poder evaluar los avances y corregir las desviaciones.

Desde su creación en mayo del 2007, el Instituto Mexiquense contra las Adicciones (IMCA)*, se preocupó por desarrollar una política integral de reducción de la demanda de sustancias con potencial adictivo a partir de dos estrategias principales:

I) Partir de un diagnóstico situacional completo; y
II) Ofrecer a cada persona la intervención que necesite de acuerdo con su nivel de problemática.

El presente trabajo describe un ejemplo de acciones que se realizaron para solventar cada una de estas dos estrategias.

Respecto a la primera, como parte de la integración del diagnóstico estatal se realizó la Encuesta del Estado de México sobre Consumo de Alcohol, Tabaco y Drogas en Estudiantes.[1] A partir de dicho estudio se identificaron no sólo las prevalencias de consumo entre jóvenes escolares, sino que también se analizaron los datos obtenidos para observar cuáles son los factores de riesgo involucrados tanto en el inicio, como en el mantenimiento del consumo. Se comparan estos factores obtenidos de un modelo estadístico con lo que los modelos teóricos reportan sobre factores distales y proximales del consumo. Lo anterior con la finalidad de poder jerarquizar los factores de riesgo concentrándonos en aquellos que influyen directamente en el uso de sustancias con el propósito de incluirlos en los programas de intervención que la institución brinda.

Sobre la segunda estrategia consistente en ofrecer un menú de opciones de atención lo más amplio posible, la meta era poder otorgar a los grupos e individuos los servicios de prevención o tratamiento adecua-

* Primer instituto autónomo creado para la reducción de la demanda de drogas. Creado como organismo desconcentrado de la Secretaría de Salud del Estado de México.

dos a sus necesidades específicas.[2-5] Para ello se retomaron dos modelos:

- Modelo de Espectro de Intervenciones en Salud Mental propuesto por Mrazek y Haggerty (1994),[6] basado en los postulados de Gordon (1983)[7] y se retoma dentro del Modelo de Atención UNEME-CAPA Centros de Atención Primaria en Adicciones "Nueva Vida";[8] y

- Modelo de Intervenciones Escalonadas para el Consumo de Sustancias.[9]

El Modelo de Espectro de Intervenciones en Salud Mental utilizado por los Centros Nueva Vida, se fundamenta en la evaluación de riesgo de padecer algún trastorno mental, para el caso que nos ocupa: el consumo de sustancias con potencial adictivo. Clasifica las intervenciones preventivas de acuerdo al nivel de riesgo presente en la población diana. Así, las intervenciones universales estarán dirigidas a la población general que se considera con bajo riesgo, las intervenciones selectivas hacia la población en riesgo de iniciar el consumo de sustancias, y por último, las indicadas hacia aquellos individuos que ya iniciaron el consumo, y por tanto presentarán algún trastorno relacionado si no se les atiende a tiempo.

Dado que a través de la Campaña Nueva Vida impulsada por el Gobierno Federal, se instruyeron una serie de directrices y acciones para llevar a cabo las acciones de prevención universal,[10] y se adoptaron los programas de intervención breve cognitivo-conductual desarrollados en la Facultad de Psicología de la UNAM;[11-17] para la atención indicada y el tratamiento ambulatorio, se buscaron programas pertinentes para las acciones a nivel selectivo. Esto con la finalidad de contar con programas disponibles a la población para cualquiera de los niveles preventivos.

El caso que se describe en el presente trabajo es la adopción del Modelo Preventivo "Chimalli" como estrategia para la cobertura de aquellas poblaciones que requerían de intervención a nivel selectivo. Esta decisión se fundamentó en varias cualidades valoradas en dicho modelo.[18,19]

MODELO DE FACTORES DE RIESGO PARA EL CONSUMO EN JÓVENES MEXIQUENSES

Desde el arranque del IMCA, fue fundamental desarrollar estudios enfocados a integrar un diagnóstico sobre la situación del consumo de drogas legales e ilegales, que permitiera diseñar planes de acción específicos que respondan a la dinámica del fenómeno en la entidad. Uno de los primeros productos generados fue la Encuesta del Estado de México sobre Consumo de Alcohol, Tabaco y Drogas en Estudiantes, 2009, para identificar las prevalencias de consumo alguna vez en la vida, en el último año y en el último mes, tanto de tabaco, alcohol, drogas ilegales y el uso de medicamentos fuera de prescripción, así como identificar las consecuencias que los jóvenes han enfrentado tanto en lo familiar como en su salud y en otros ámbitos de su desarrollo –riñas, problemas con la policía, etcétera–. Adicionalmente se realizó un análisis estadístico para conocer los factores asociados al inicio reciente del consumo (en los últimos 30 días previos a la encuesta) y al mantenimiento del mismo tanto en hombres como en mujeres, lo que nos ha guiado para implementar el modelo Chimalli en determinadas comunidades del Estado de México. La trascendencia de este trabajo radica en que muestra la utilidad de contar con marcos de referencia y datos estadísticos sólidos a la hora de instrumentar estrategias dirigidas particularmente a contrarrestar el impacto de esos factores para prevenir –entre otras conductas–, el inicio en el consumo de sustancias con potencial adictivo.

Las variables distales y proximales como factores asociados al uso de drogas

En este contexto se analizaron distintos marcos teóricos que postulan la existencia de variables distales –que no necesariamente alteran en forma directa la salud de las personas–, y variables proximales, que sí influyen de manera clara en la salud y el bienestar de la población. Ya desde 1985 y en 1994, autores como Scarr y Bradley llamaron la atención en este sentido y argumentaron la importancia de distinguir entre ellas al momento de diseñar interven-

ciones para contrarrestar los efectos adversos que afrontan las comunidades en situaciones de pobreza extrema. Baldwin, et al.[20] afirman que ambas variables deben concebirse como los extremos de un continuo donde ciertas variables distales son más "lejanas" que otras, lo que marca un aspecto relevante para identificar aquellas en las que sí se puede influir desde el trabajo preventivo y las que deben ser atendidas por acciones más amplias desde el quehacer institucional. En la *figura 1* se ejemplifica esta condición.

Conforme las variables distales "se acercan a la persona": las condiciones de pobreza, la alta disponibilidad de las drogas, los amigos consumidores, y a partir de la forma en que interactúan con las proximales: carencia de habilidades de afrontamiento, impulsividad, expectativas sobre los efectos de las drogas, pueden entonces constituirse en factores de riesgo e incrementar la probabilidad de que las personas inicien el consumo, particularmente los adolescentes cuyas características psicosociales propias de su etapa de desarrollo los convierten en un grupo altamente vulnerable. En el dibujo se percibe que mientras más se "acercan" las variables distantes (aquí utilizaremos indistintamente los términos *distales* o *distantes* y *próximas o proximales*) y en su interacción con las proximales, podrán generar una serie de condiciones que llevarán o no al joven a la conducta de consumo. Así, por ejemplo, si en el grupo de pares existen compañeros usuarios, es más probable que la presión social sea tan fuerte que resulte en uso experimental.

Ayala[21,22] planteaba un modelo similar en el que propuso la existencia de determinantes distantes y determinantes próximos, que al interactuar de manera particular pueden resultar en ciertos comportamientos etiquetados como "riesgosos": el ejercicio temprano de la sexualidad, deserción escolar y uso de drogas. La *figura 2* contiene las variables identificadas por Ayala en cada caso: es decir, las variables distantes se ubican en el círculo más alejado del centro y las próximas en el círculo interior.

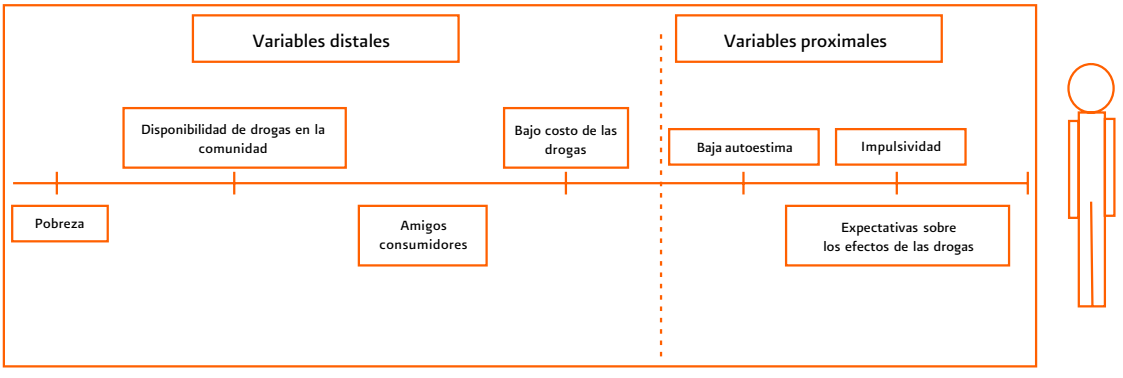


Figura 1. Dibujo que ejemplifica algunas variables distales y proximales en un continuo.

A partir de lo anterior se analizaron estos postulados teóricos y se contrastaron con los factores asociados al inicio y mantenimiento del uso de sustancias adictivas identificados en la Encuesta del Estado del Estado de México sobre consumo de Alcohol, Tabaco y Drogas en Estudiantes 2009, y estudiar la correspondencia entre el modelo teórico y los resultados del modelo estadístico. En seguida se describe ampliamente el análisis realizado a partir de los datos de dicha encuesta.

Desarrollo de un modelo estadístico para identificar variables distales y proximales

Diversos autores han tratado de identificar los factores asociados al uso de drogas entre estudiantes mexicanos mediante la aplicación de instrumentos de tamizaje como el Drug Use Screening Inventory (DUSI); Díaz Negrete[23] analizó los resultados del DUSI entre 516 alumnos de secundaria y bachillerato en las siguientes áreas: abuso en el consumo de be-

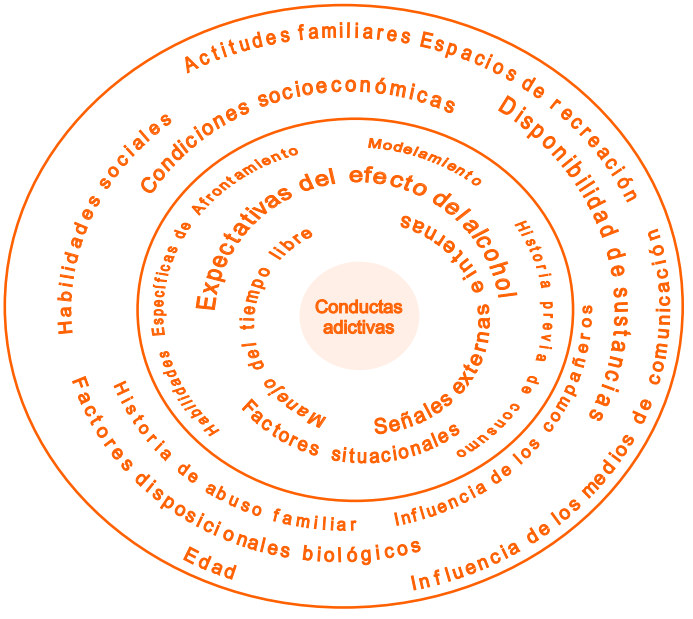


Figura 2. Esquema que describe las variables distantes y próximas que interactúan en el uso de drogas. Apartado de Ayala 1992.[21]

bidas alcohólicas o drogas, bajo control conductual, baja adherencia escolar, baja competencia social, malestar afectivo, relaciones familiares disfuncionales, aislamiento social y pertenencia a redes sociales desviantes (en las que sus miembros consumen drogas y muestran actitudes antisociales). Los descubrimientos más notables de esta investigación de tipo transversal no experimental, mostraron que los factores predictivos del consumo de sustancias psicoactivas incluyeron un bajo control conductual con tendencia a actuar de manera impulsiva y con agresividad, tener vínculos con pares desviantes y estar expues-

to a relaciones familiares conflictivas, violencia, al consumo de sustancias ilícitas y alcohol en el hogar.

Por su parte, Armendáriz,[24] a través de un estudio descriptivo-correlacional, indagó la influencia de la autoestima en el consumo de tabaco y alcohol entre adolescentes del Estado de Nuevo León; encontró que los jóvenes consumen más alcohol que tabaco y hubo diferencias importantes de acuerdo al sexo ya que los hombres consumen más que las mujeres. Por último, la autoestima tuvo un efecto sobre el consumo de alcohol: los que no ingieren ninguna de las dos sustancias mostraron autoestima más alta que quienes sí las utilizan.

Otros estudios llevados a cabo entre alumnos de secundaria y bachillerato,[25-28] resaltan aspectos que se mantienen vigentes como el hecho de que el inicio temprano del consumo de drogas legales afecta directamente el inicio y la prevalencia del consumo de drogas ilegales, a la vez que se mantiene una alta comorbilidad entre su consumo y ciertos problemas conductuales y de salud mental. En complemento, estudios más recientes permiten identificar a grandes rasgos la aparición secuencial de algunas circunstancias propias de la salud mental de los adolescentes,[27] donde se observa que en las mujeres se presenta primero el abuso sexual, después el TDA-H, luego el consumo de drogas legales, conducta antisocial, consumo de inhalables e intento suicida. Posteriormente aparece el consumo de drogas ilegales, que inicia con mariguana seguido por la cocaína. Entre los varones la secuencia es muy parecida, aunque ellos afrontan primero el TDA-H y después el abuso sexual. Por su parte, Chávez, et al.[28] encontraron que el abuso sexual ha empezado a presentarse con proporciones similares tanto en hombres como en mujeres, con una prevalencia aproximada al 9%; asimismo, cabe mencionar que el intento suicida ha aumentado entre las adolescentes y que afecta en un porcentaje importante a esta población.

Queda claro que estas circunstancias pueden variar de una persona a otra y aunque sólo constituyen una aportación estadística, cobran sentido a la hora de tomar deci-

siones para planificar intervenciones preventivas.

¿Cuáles son los factores asociados al uso de drogas entre los estudiantes mexiquenses?

Para conocer la respuesta a esta interrogante se realizó un análisis de los datos recabados a través de la encuesta mencionada,[1] con la regionalización indicada en el mapa que se muestra en la *figura 3*.

En la *figura 4* se plasman los factores asociados al consumo de drogas en mujeres, cuyos resultados indican que aquellas con un nivel socioeconómico medio tienen 63% más probabilidades de consumirlas, comparadas con quienes pertenecen a un nivel socioeconómico alto. Un dato muy importante entre las jóvenes es que quienes presentan abuso sexual tienen 73% más probabilidades de consumir drogas comparadas con las que no presentan esta condición. Las que poseen rasgos impulsivos tienen 83% más probabilidades de consumirlas, comparadas con quienes no son impulsivas. Las que expresaron un nivel de satisfacción bajo tienen 26% más probabilidades de consumir drogas en comparación con las que manifestaron un nivel de satisfacción alto. De igual forma, las que tienen una baja percepción del riesgo de consumir drogas ilegales tuvieron 1.4 veces más riesgo de utilizarlas con fines de intoxicación.

Aquellas en cuyo entorno existe disponibilidad de drogas tienen 74% más probabilidades de consumirlas, comparadas con las que no tienen esa disponibilidad en su entorno. Quienes reciben un monitoreo negativo por parte de sus padres tienen 38% más probabilidades de consumir drogas en comparación con quienes no reciben este tipo de monitoreo. Las que tienen amigos/as con conductas antisociales, mostraron 86% más probabilidades de consumir drogas en comparación con las que no cuentan con amistades similares. Las que su mejor amigo/a consume drogas tienen 1.0 veces más riesgo de consumirlas en contraste con quienes su mejor amigo/a no las utiliza. Aquellas cuya familia cercana es consumidora tienen 46% más probabilidades de consumirlas en compara-

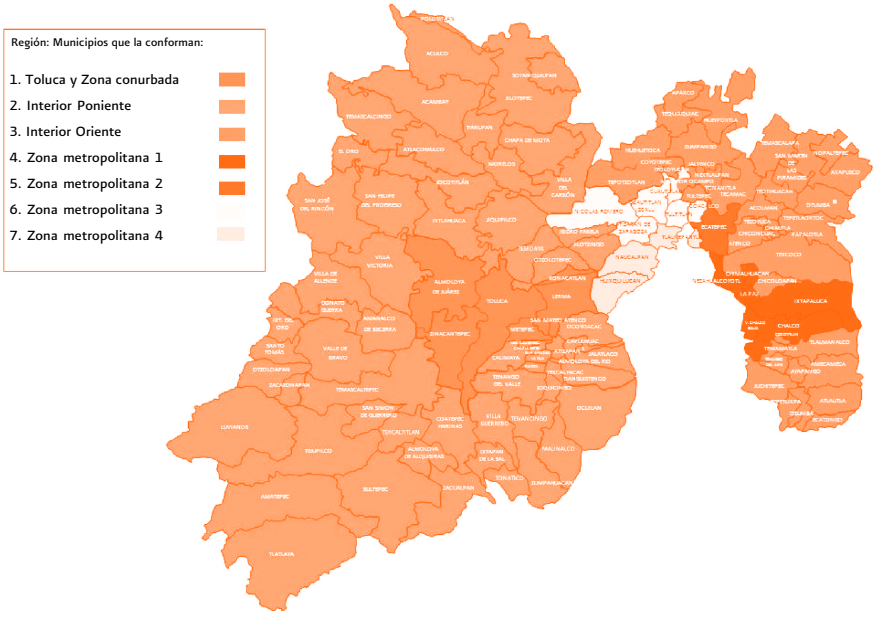
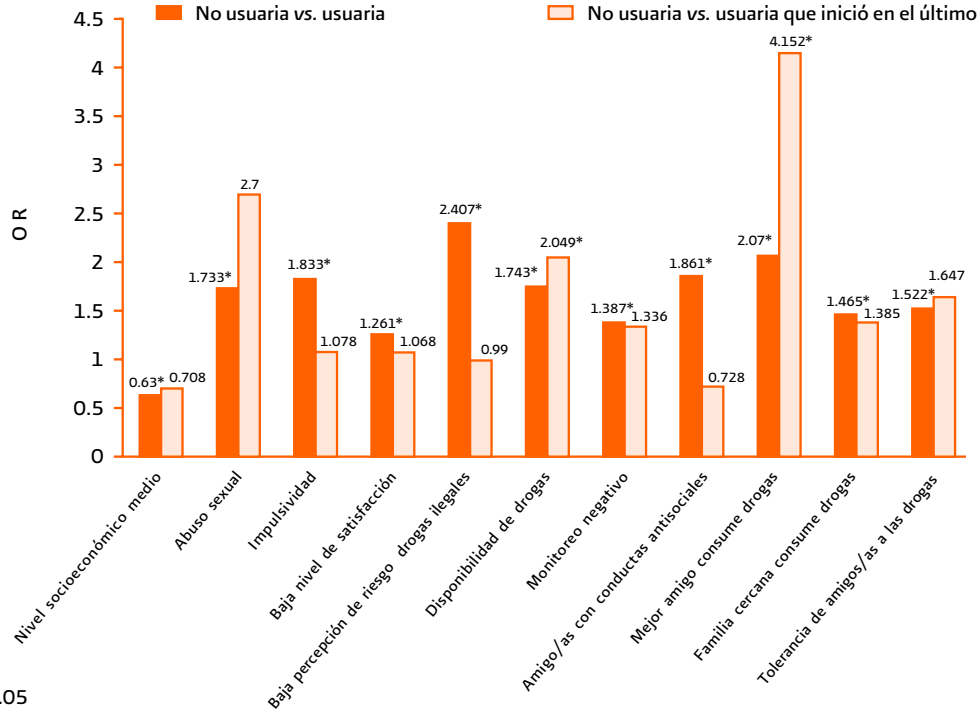


Figura 3. Regionalización para la encuesta del Estado de México sobre consumo de alcohol, tabaco y drogas en estudiantes 2009. Mapa tomado de Martín del Campo R, Villatoro J, et al. 2009.



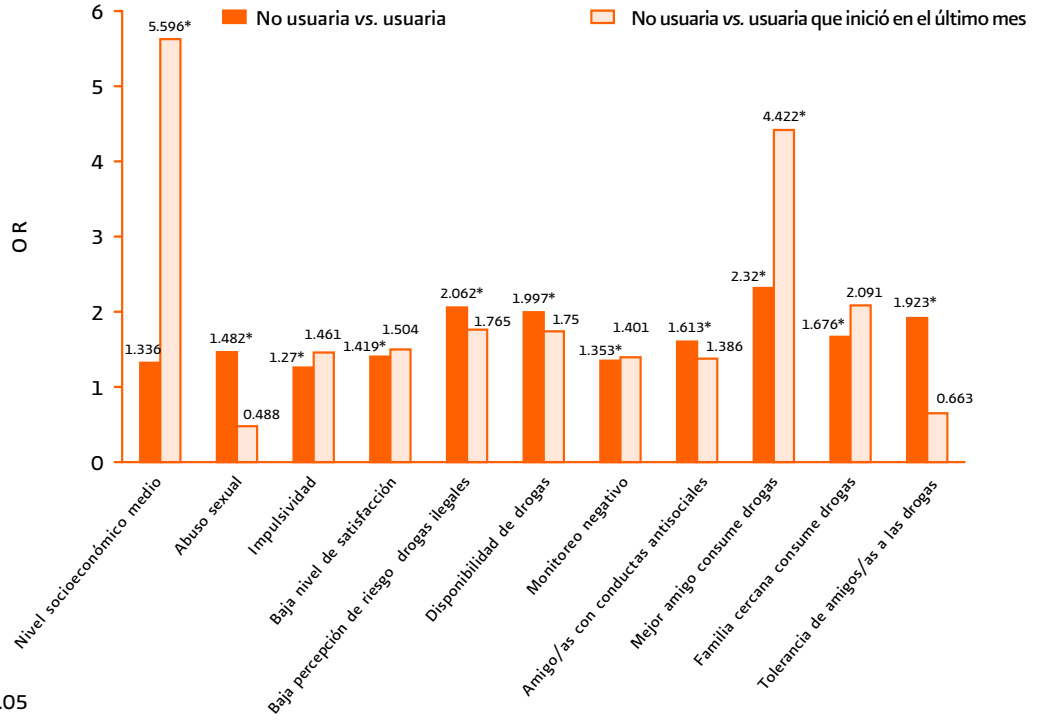
*p ≤ 0.05

Figura 4. Factores asociados al consumo de drogas en mujeres. Gráfica tomada de Villatoro y cols., 2011, en prensa.

ción con las que su familia cercana no lo hace. Mujeres que tienen amigos/as con tolerancia al consumo mostraron 52% más probabilidades de consumirlas que las que no tienen amigos/as con esa tolerancia. Aquellas que viven en un entorno con disponibilidad de drogas, mostraron 1.0 veces más riesgo de haber iniciado el consumo durante el último mes en comparación con las que no tienen ese factor de la disponibilidad en su entorno. Las mujeres cuyo mejor amigo/a consume drogas tienen 3.1 veces más riesgo de haber iniciado su consumo en el último mes comparadas con las que su mejor amigo/a no consume.

La *figura 5* muestra los resultados de los factores asociados al consumo en hombres; en quienes se encontró que los que trabajan tienen 48% más probabilidades de consumir drogas que quienes no lo hacen; entre quienes no han desarrollado la habilidad para planear sus acciones se registró 27% más probabilidades de consumir sustancias psicoactivas comparados con los que sí acostumbran planear. Hombres que muestran impulsividad tuvieron 41% más probabilidades de consumir drogas que quienes no son impulsivos. Quienes poseen una baja percepción del riesgo de lo que representa consumir drogas ilegales, tienen 100% más riesgo de consumirlas comparados con los que tienen una alta percepción del riesgo.

Asimismo, los que viven en un entorno con disponibilidad de drogas, tienen 99% más probabilidades de utilizarlas con fines de intoxicación en comparación con los que no tienen disponibilidad de drogas en su entorno. Aquellos con desajuste social tienen 35% más probabilidades de consumirlas en comparación con los que no exhiben desajuste social; ahora bien, los que tienen amigos con conductas antisociales mostraron 61% más probabilidades de consumir al compararlos con quienes no tienen ese tipo de amigos. Aquellos cuyo mejor amigo es consumidor tienen 1.3 veces más riesgo de consumir al igual que quienes manifestaron que su familia cercana ingiere drogas, pues en este caso tuvieron 67% más probabilidades de utilizarlas en comparación con quienes su mejor amigo y fa-



*p ≤ 0.05

Figura 5. Factores asociados al consumo de drogas en hombres.

milia cercana no son usuarios de sustancias psicoactivas.

Los que pertenecen a un nivel socioeconómico medio bajo tienen 4.5 veces más riesgo de haber iniciado su consumo en el último mes comparados con quienes se desarrollan en un nivel socioeconómico alto. Los que su mejor amigo consume drogas tienen 3.4 veces más riesgo de haber iniciado su consumo durante los últimos 30 días en comparación con los que su mejor amigo no las consume.

Luego de revisar estos datos se observa una amplia correspondencia entre los postulados teóricos descritos al inicio del capítulo y el modelo estadístico, lo que nos dio pauta para proponer el Modelo Chimalli, para intervenir en las variables proximales identificadas.

INSTRUMENTACIÓN DEL MODELO CHIMALLI PARA LA PREVENCIÓN SELECTIVA EN JÓVENES QUE PRESENTAN FACTORES DE RIESGO

Justificar el porqué la prevención selectiva comunitaria fue elegida como el método de intervención en la comunidad por el Instituto Mexiquense Contra las Adicciones (IMCA) impone precisiones sobre qué es la prevención y por qué la prevención selectiva comunitaria. Hacer prevención selectiva implica intervenir, facilitar que la población de más alto riesgo sea intervenida para lograr en ella nuevos aprendizajes, y habilitarla para la autoayuda y la ayuda mutua.[29] Cuando las condiciones sociales hacen difícil aplicar a cabalidad las políticas públicas, las redes de apoyo construidas por ciudadanos son una alternativa.

Desde la escena internacional son muchos los aportes para la prevención. Dos acuerdos significativos son: que las acciones de reducción de la demanda han de basarse en evaluaciones actualizadas sobre la índole y magnitud de los problemas de consumo y del uso indebido de drogas y los problemas conexos en la población por un lado, y el deber de aprovecharse de los conocimientos adquiridos mediante la investigación, es decir, tener en cuenta las lecciones aprendidas, por el otro.

Un componente básico de estos acuerdos es construir una estrategia institucional que considere la efectividad, la focalización de escenarios y lo relativo al manejo efectivo de métodos y programas, no únicamente como mero asunto administrativo, sino por fijar para la prevención selectiva, metodologías, objetivos, seguimiento de procesos y evaluar resultados con rigor científico.

Proceso de transferencia tecnológica Chimalli

El Sistema de Transferencia Tecnológica Chimalli* fue desarrollado y evaluado de 1987 a 2011[30] y de 2008 a 2010 fue aplicado en comunidades mexiquenses por convenio con el IMCA para diseminarlo en los Centros Nueva Vida del Estado de México. Este sistema promueve redes comunitarias que llevan a cabo durante 12 semanas un plan de acción preventiva para el desarrollo de habilidades para la vida en comunidades proximales. Sus contenidos temáticos y técnicas preventivas promueven una práctica comunitaria para unir cuerpo/mente/espíritu que se traduce en aprendizajes aplicables a la vida diaria. Los diagnósticos iníciales y finales miden los aprendizajes, los testimonios, y los cambios de actitudes y de percepción en las redes comunitarias que practican durante 90 días (12 semanas) técnicas anti estrés y de reflexión y soli-

* Hasta octubre de 2011 este sistema diseñado y desarrollado por Inepar fue diseminado y evaluado por dicho instituto. A partir de octubre de 2011 el sistema fue transferido en su totalidad y en exclusiva al Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México, IAPA, quien ha adquirido los derechos y lo está difundiendo bajo la denominación de Sistema de Prevención Selectiva Comunitaria Alas Vivas y lo está compartiendo a nivel nacional a través de convenios de colaboración.

daridad proximal. A continuación una síntesis de los resultados mas sobresalientes, como un ejemplo de lo que se puede lograr en 12 semanas intensivas de trabajo, que al ser registradas en el sistema construyen las evidencias necesarias para apoyar un cambio de percepción y un fortalecimiento del tejido social proximal en las comunidades de alto riesgo. El reto es lograr que esta práctica promovida por las instituciones que la usan, se torne sustentable, lo que implica quizá una reingeniería de las dependencias encargadas de la prevención para hacer de la educación preventiva en la administración publica una tarea científica, constante y consistente.

Características de las redes. Se formaron 72 redes preventivas tanto al interior de los planteles escolares de nivel secundaria como fuera de ellos. En 2008 se formaron 11 asesores del Instituto Mexiquense contra las Adicciones que coordinaron y asesoraron seis brigadas de promotores con el personal de los Centros Nueva Vida entre 2009 y 2010. Los instrumentos de investigación para el diagnóstico inicial y final, permiten una evaluación de resultados para medir el cambio en las percepciones y en las actitudes, que constituyen la base del cambio de comportamiento; sin actitudes de protección y percepciones de que somos capaces de enfrentar el alto riesgo, el cambio de comportamientos en torno a los fenómenos adictivos, no se hace posible.

Los instrumentos de investigación se aplican mediante una discusión grupal dirigida basada en el método del informante calificado,[31,32] "*el cual está basado en un procedimiento antropológico del que se sirvió el Dr. E.M. Jellinek para el estudio epidemiológico del alcoholismo; es un procedimiento que busca sustituir la respuesta individual a un cuestionario, tal y como se realiza en las encuestas de hogares, por una respuesta consensual de grupo*".[33] Los instrumentos investigan la percepción de la comunidad sobre 26 temas de riesgo psicosocial y cinco de disposición al cambio. Los miembros de la red discutieron sus opiniones y puntos de vista guiados por el promotor.

Índice. Inventario de disposición al cambio en la comunidad. Es un instrumento construido con base en las investigaciones sobre las fases que atraviesa una comunidad para prepararse para el cambio. Irpaco. Inventario de percepción de riesgo psicosocial en la comunidad. Este instrumento evalúa 26 temas básicos que se han encontrado como factores de riesgo asociados al uso y abuso de drogas en la investigación epidemiológica en México.[31] Evalúa el riesgo usando la metáfora del semáforo: rojo para el alto riesgo percibido en la comunidad, amarillo para un nivel de alerta y verde para el bajo riesgo. Ha sido usado con éxito en otros estudios previos[34] y permite tener una evaluación rápida de la percepción de la comunidad antes de iniciar la intervención y evaluar cómo se modifica esta percepción al aplicarlo al final de la intervención. La escala de actitud, es una escala específicamente diseñada para evaluar actitudes de protección en estudiantes de primaria y secundaria, en relación con los contenidos temáticos que se utilizan en los materiales de intervención.

Evaluación de la adopción del modelo Chimalli

Evaluación de Resultados. El Sistema permite evaluar resultados considerando los diagnósticos iníciales y finales con Índice e Irpaco tanto en comunidades abiertas como en comunidades escolares y con la escala de actitud que se aplica exclusivamente en escuelas primarias y secundarias.

Evaluación de proceso. El Sistema permite evaluar la calidad de la intervención en función de la medición semanal de la aplicación de las herramientas en las comunidades con la cédula de proceso que aplica el promotor encargado de cada red y que evalúa la identificación con la causa por parte de la red (aprender habilidades para la vida), las actitudes de flexibilidad paradigmática de la red y la comunidad, el uso del método y de las herramientas y la practica semanal de habilidades para la vida. Estos indicadores se puntúan semanalmente y se brinda un ejemplo testimonial que apoya la

calificación, lo cual arroja una gráfica del proceso.

Evaluación de impacto. Se lleva a cabo con un cuestionario de 50 preguntas que evalúa el impacto de todo el proyecto en el promotor encargado de conducir a la red preventiva. El cuestionario esta basado en el modelo de evaluación Aboni Natabo (voz náhuatl que significa pensando caminaremos). Estos indicadores se dividen en ocho bloques de información y reflexión, comunicación y participación, transformación de actitudes y desarrollo humano e incidencia y organización dentro de la comunidad, diseñado por INEPAR.[35]

RESULTADOS

Como se observa en el *cuadro I*, aunque un número de miembros de la red no registraron su edad, se logra apreciar que el mayor porcentaje de integrantes de las redes comunitarias fueron los propios estudiantes adolescentes de las escuelas, aunque tanto dentro como fuera del plantel también se unieron a las redes personas de todos los grupos de edad, principalmente entre los 21 y 50 años.

Los datos del *cuadro II* muestran que la percepción de alto riesgo decrementó significativamente por el efecto de los nuevos aprendizajes y la practica de habilidades para la vida. El 70.8% de las redes reportan un decremento en su percepción de alto riesgo, 65.2% redujo su percepción de alto riesgo en estilos de vida, 56.4% de las redes hizo el cambio en lo que se refiere al manejo de eventos negativos de la vida y 58.3% lo hizo en lo que se refiere a temas relacionados con el uso de drogas y la conducta antisocial.

La *figura 6* muestra que al inicio del proyecto, sólo 29.5% de las comunidades se consideraban protegidas; después de 12 semanas de trabajo esta protección se incrementó al 44.5%. En contraparte, al comienzo de la intervención 38.1% de los 26 temas investigados se percibían en foco rojo y al final este indicador se redujo al 23.0%.

Cuadro I. Sexo* Intervalos de edad de las 72 redes preventivas en el Estado de México. Porcentaje del total de sujetos por sexo.

			Intervalos de edad de las redes						Total
			-12 a 15	16 a 20	21 a 35	36 a 50	51 a 60	61 a más	
Sexo	Mujeres	N	536	14	100	127	47	12	836
		%	64.1%	1.7%	12.0%	15.2%	5.6%	1.4%	100.0%
	Hombres	N	515	10	33	40	10	2	610
		%	84.4%	1.6%	5.4%	6.6%	1.6%	0.3%	100.0%
Total		N	1,051	24	133	167	57	14	1,446
		%	72.7%	1.7%	9.2%	11.5%	3.9%	1.0%	100.0%

*337 personas de las redes no registraron su edad.

El *cuadro III* refiere que 76.7% de las redes que midieron su disposición al cambio antes y después de la intervención incrementaron su nivel de participación. Todas las dimensiones medidas: información, acciones, conocimientos en prevención, recursos y disposición a hacer un plan de acción, tuvieron incrementos estadísticamente significativos.

En la *figura 7* se observan los incrementos propiciados en otros elementos de la disposición al cambio por parte de las comunidades como la tolerancia, la sensibilización, participación y autogestión, lo cual fue posible gracias al trabajo de los promotores.

El 52.0% de los estudiantes intervenidos incrementaron sus actitudes de protección *(Cuadro IV)*. Aunque al hacer el análisis de cambio, escuelas por escuelas, se detectaron planteles en los que las redes lograron el cambio de actitud en de entre 80 y 100% de los estudiantes intervenidos.

Cuadro II. Comparaciones de la percepción de alto riesgo antes y después de la intervención en 72 redes comunitarias.

Tema	Comparación	N	%
Uso de drogas y conducta antisocial	Decremento del alto riesgo	42*	58.3
	Incremento del alto riesgo	15	20.8
	Empates	15	20.8
	Total	72	100.0
Eventos negativos de la vida después	Decremento del alto riesgo	41*	56.4
	Incremento del alto riesgo	9	
	Empates	22	12.2
	Total	72	
Estilo de vida	Decremento del alto riesgo	47*	65.2
	Incremento del alto riesgo	9	12.5
	Empates	16	22.2
	Total	72	100.0
Global	Decremento del alto riesgo	51*	70.8
	Incremento del alto riesgo	12	16.6
	Empates	9	12.5
	Total	72	100.00

*p < .01 prueba de rangos de Wilcoxon.

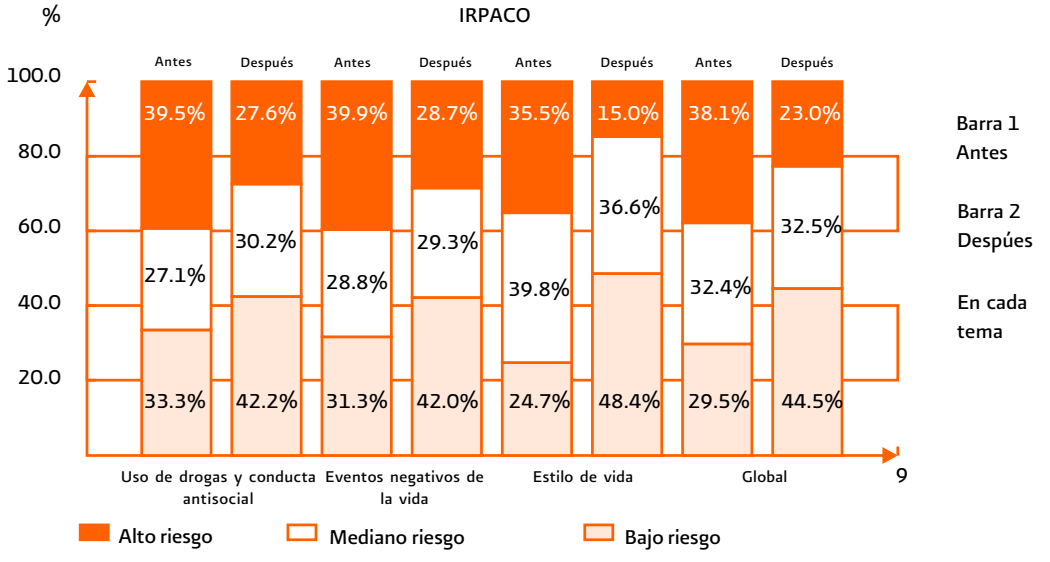


Figura 6. Muestra los cambios en los niveles de riesgo de tres indicadores antes y despúes del trabajo preventivo.

Cuadro III. Comparaciones de la disposición al cambio en 56 redes comunitarias.

		N	%
Plan de Acción	Decremento de la participación	9	16.0
	Incremento de la participación	28	50.0
	Empates	19	33.9
	Total	56	100.0
Información	Decremento de la participación	4	7.1
	Incremento de la participación	31	55.3
	Empates	21	37.5
	Total	56	100.0
Acciones	Decremento de la participación	9	16.0
	Incremento de la participación	30	53.5
	Empates	17	30.5
	Total	56	100.0
Conocimientos	Decremento de la participación	6	10.7
	Incremento de la participación	36	64.2
	Empates	14	25.0
	Total	56	100.0
Recursos	Decremento de la participación	9	16.0
	Incremento de la participación	25	44.6
	Empates	22	39.2
	Total	56	
Global	Decremento de la participación	9	16.0
	Incremento de la participación	43	76.7
	Empates	4	7.1
	Total	56	100.0

*p < .01 Prueba de rangos de Wilcoxon.

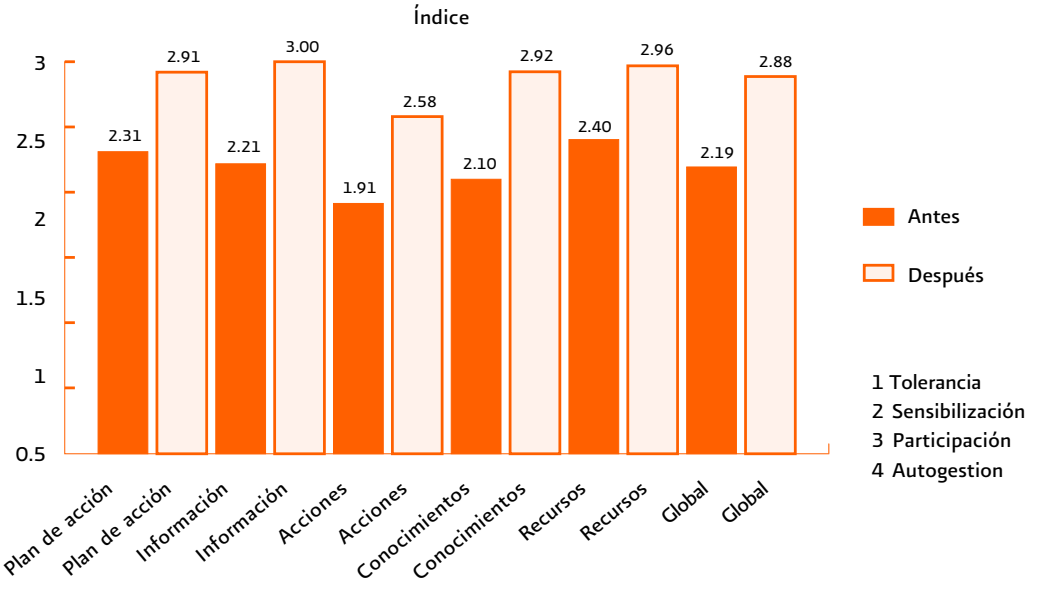


Figura 7. Comparación de algunos componentes de disposición al cambio antes y después de la intervención.

Cuadro IV. Comparaciones de las actitudes en 33 redes escolares de escuelas secundarias.

Planes de Acción	Incremento en la Actitud de protección	Incremento en la Actitud de Riesgo	Empate
PREVENCIÓN-SELECTIVA-IMCA	361 (52.09%)*	295 (42.57%)	37 (5.34%)
Total (693)			

* p < .01 Prueba de rangos de Wilcoxon.

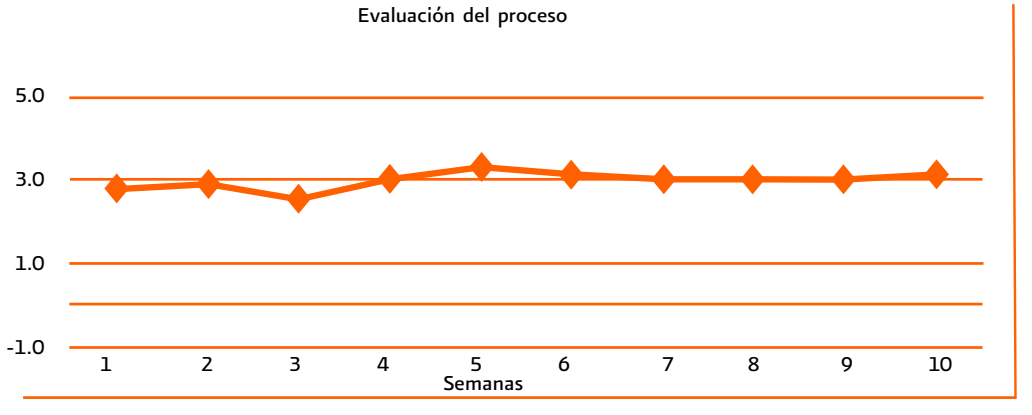


Figura 8. Calidad de la intervención de las redes por semana Global.

Como se observa en la *figura 8*, el proceso preventivo en el total de las 72 redes formadas, fue uniforme alrededor de un puntaje de calidad de 3, con excepción de la semana 3 de intervención, donde se observó un ligero descenso en el puntaje más cercano al 2. Estos resultados nos indican que la calidad de la intervención puede ser mayor sobre todo en las últimas semanas; este proceso tiene que ver con los aspectos relativos a la capacitación de los promotores por parte de los asesores institucionales, y a la focalización que los supervisores institucionales encargados de todo el proceso logren darle al programa preventivo. Incrementar la calidad del proceso implica aumentar la calidad de las estrategias y de los tiempos y movimientos para mover la rueda de la comunidad que la prevención exitosa requiere. Algo que es muy importante ponderar es que las redes sí cumplieron con el requisito de 10 semanas de intervención, que con frecuencia por resistencias institucionales es difícil lograr en la prevención selectiva.

Como se observa en la *figura 9*, en promedio los 77 promotores que respondieron el cuestionario de impacto obtuvieron un puntaje positivo de 1, con excepción del área de incidencia que obtuvo un puntaje de cero, lo que significa ningún impacto. Esto indica la necesidad de que la estrategia institucional utilizada para aplicar este sistema, debe considerar insertarlo de tal manera que impacte a varios programas de prevención en curso. Aquí enfatizaremos que se trata de un sistema que debe estar insertado en los programas de prevención en curso; es decir, habrá que incluirlo en programas ya existentes como escuelas segura, reconstrucción de espacios públicos, programas de prevención del delito, etcétera.

CONSIDERACIONES FINALES

A partir de la investigación epidemiológica, se cuenta con un modelo teórico y estadístico que explica el inicio y mantenimiento del consumo entre los jóvenes por sexo; permite además delimitar la estrategia de acuerdo a las variables proximales y distales, así como los niveles de intervención y

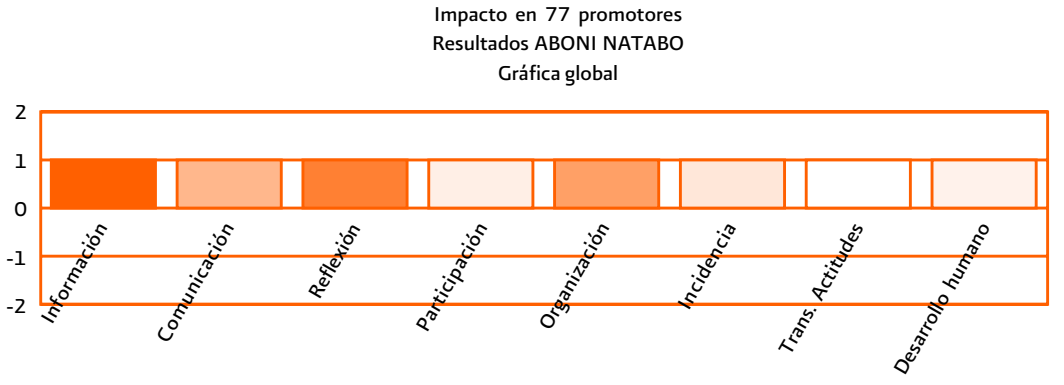


Figura 9. Evaluación de impacto.

poner en marcha líneas de acción focalizadas para contener los factores identificados. Contar con estos modelos contribuye a tomar decisiones más acertadas respecto a la política pública para la reducción de la demanda de alcohol, tabaco y drogas.

Un ejemplo de este proceso de toma de decisiones fue la instrumentación del Modelo Preventivo de Riesgos Psicosociales Chimalli, al presentarse la evidencia científica construida por que el Instituto Mexiquense de las Adicciones y los Centros Nueva Vida del Estado de México La participación de la comunidad a través de las redes comunitarias permite habilitar a sus miembros con herramientas útiles para vivir integrados, cambia las percepciones y las actitudes de riesgo y transforma el riesgo proximal en un capital de protección que la propia comunidad puede activar.

Asimismo, este trabajo se apega puntualmente a los principios establecidos por el

Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA, por sus siglas en inglés)[18] de los Estados Unidos, respecto a las lecciones aprendidas de la investigación sobre la prevención, a los lineamientos de la Norma Oficial Mexicana SSA2-2009,[36] para la prevención, tratamiento y control de las adicciones, al igual que a los lineamientos para la prevención escolar de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD).[37]

Al cumplir con lo anterior, es posible llevar a cabo una prevención bien sistematizada desde su planeación, operación, análisis y evaluación, pues sabemos que existen las herramientas y un modelo probado que puede aplicarse exitosamente con la comunidad, así como el sistema que permite demostrar los logros. El reto es consolidar una estrategia que fortalezca el trabajo colaborativo entre las instituciones en beneficio de las comunidades.

REFERENCIAS

1. Martín del Campo R, Villatoro J, Mosqueda M, Gaytán F, López MA, García P, Gutiérrez ML, et al. Encuesta del Estado de México sobre consumo de alcohol, tabaco y drogas en Estudiantes. México. INP-IMCA; 2009.
2. Ruiz SC. Manual para la elaboración de políticas públicas. México: Editorial Plaza y Valdés, S.A de C.V.; 2002.
3. Martínez, 2005.
4. Araujo, 2005
5. Amigo VI, Fernández RC, Pérez AM. Manual de psicología de la salud. 3a. Ed. Madrid: Ediciones Pirámide. Grupo Anaya S.A.; 2009.
6. Mrazek PJ, Haggerty RJ. Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research. Washington, D.C: National Academy Press; 1994.
7. Gordon, 1933.
8. CENADIC. Manual de Prevención Comunitaria de los Centros Nueva Vida. 2a. Ed. México: Editorial Graffos, S.A de C.V.; 2011.
9. Sobell y Sobell. 1999.
10. CONADIC. Prevención de las adicciones y promoción de conductas saludables. Guía para el promotor de "Nueva Vida". México: CONADIC.
11. Ayala VH, Cárdenas LG, Echeverría SL, Gutiérrez LM. Los resultados iniciales de un programa de autocontrol para bebedores problema en México. Salud Mental 1995; 18(4): 18-24.

12. Ayala VHE, Cárdenas LG. Algunas consideraciones sobre el proceso de tratamiento de conductas adictivas. Psicología Iberoamericana 1996; 4(2): 5-17.
13. Ayala HE, Echeverría L, Sobell MB, Sobell LC. Auto control dirigido: Intervenciones breves para bebedores excesivos de alcohol en México. Revista Mexicana de Psicología 1997; 14(2): 113-27.
14. Ayala HE, Echeverría L, Sobell MB, Sobell LC. Una alternativa de intervención breve y temprana para bebedores problema en México. Acta comportamentalia 1998; 6(1): 71-93.
15. Ayala VH, Echeverría SVL. Tratamiento de conductas adictivas. México: UNAM; 2001.
16. Lozano-Blanco C, Sobell LC, Ayala VH. Diseminación del modelo de tratamiento autocambio dirigido para bebedores excesivos de alcohol en instituciones de salud de México. Revista Latinoamericana de Psicología 2002; 34(3): 259-73.
17. Echeverría SL, Carrascoza VC, Reidl ML. Prevención y tratamiento de conductas adictivas. México: UNAM; 2007.
18. National Institute on Drug Abuse. Lecciones Aprendidas de las Investigaciones sobre la Prevención. U.S.: Department of Health and Human Services; 2004.
19. Medina MME, Hernández M, Cravioto P, Cruz Martín del Campo S, Martín del Campo R, Real T, et al. La Investigación en adicciones en México 2000-2006. Comisión de investigación, capacitación y evaluación operativa. México: CONADIC; 2007.
20. Baldwin, et al. 1992.
21. Ayala, 1992.
22. Ayala VH. El curso del alcoholismo: Una visión psicológica. Investigación Psicológica 1993; 3(1): 5-36.
23. Díaz NB, García-Aurrecoechea R. Factores psicosociales de riesgo de consumo de drogas ilícitas en una muestra de estudiantes mexicanos de educación media. Revista Panamericana de Salud Pública 2008; 24(4): 223-32.
24. Armendáriz GA, Rodríguez AL, Guzmán FF. Efecto de la autoestima sobre el consumo de tabaco y alcohol en adolescentes del área rural de Nuevo León, México. Revista Electrónica de Salud Mental, Alcohol y Drogas 2008; 4(1).
25. Velázquez. 2007.
26. Villatoro, et al. 2007.
27. Gutiérrez M, Aduna A, Vite A, Cárdenas G, Ayala H. Estrés y estilos de afrontamiento en bebedores excesivos de alcohol. UNAM. Facultad de Psicología. En Prensa.

28. Chávez, et al. 2010.
29. Castro ME, Llanes J, Margain M. Cómo educar hijos sin adicciones. México: Editorial Pax México, Librería Carlos Cesarman, S.A.: 2005.
30. Castro y cols. 2008.
31. Castro, Sánchez, Puchev, 1991.
32. Natera, 1989.
33. Guimarés, 1989.
34. Llanes J, Castro ME. Cómo Proteger a los preadolescentes de una vida con riesgos. Habilidades de prevención para padres y maestros. México: Editorial Pax México, Librería Carlos Cesarman, S.A.; 2002.
35. Gottsbacher y Salazar, 2004.
36. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana 028-SSA2-2009, para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. México: 2009.
37. Organización de los Estados Americanos. Lineamientos hemisféricos de la CICAD en prevención escolar. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. Washington, D.C.; 2005.
38. CONADIC. Modelos preventivos. Serie planeación. México: CONADIC.
39. De Araújo Hartz ZM, Vieira Da Silva LM. Evaluación en salud. De los modelos teóricos a la práctica en la evaluación de programas y sistemas de salud. Argentina: Editorial Lugar. 2009.
40. Gutiérrez M, Ayala Velázquez H, Acuña L. Exposición a señales: Los modelos de condicionamiento clásico para el análisis experimental del consumo de alcohol. Revista Mexicana de Análisis de la Conducta 2000; 26(1): 105-26.
41. Llanes J, Castro ME, Margain M. ¿Qué puedo hacer por la prevención yo, como maestro? México: Editorial Pax México, Librería Carlos Cesarman, S.A.; 2003.
42. Oropeza TR, Caso-López Chaparro A, Ayala VH. Relación entre la severidad en el nivel de dependencia al alcohol y la percepción del ambiente familiar. Revista de Psicología Social y Personalidad 2001; 17(1): 1-16.
43. Tucker JA, Donovan DM, Alan Marlatt G. Changing addictive behavior. Bridging clinical and public health strategies. U.S.A.: The Guilford Press; 1999.
44. Velasco FR. Las Adicciones. Manual para Maestros y Padres. México: Editorial Trillas; 2006.
45. Vélez BA, Prado A, Sánchez Fragoso T, Solís L, Gómez P, Ponce M., et al. Modelos Preventivos. México: CONADIC.

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES EN LOS SERVICIOS DE SALUD

X.
La prevención del consumo de drogas en el contexto escolar

Dr. Rafael Velasco Fernández*

* Investigador de la Universidad Veracruzana.

Los mejores enfoques preventivos son los que se basan en la evidencia científica.
National Institute on Drug Abuse

INTRODUCCIÓN

A poco más de 60 años de que se iniciaron de manera programada con base en estudios fidedignos las acciones preventivas del consumo de drogas adictivas, podemos decir que contamos ya con un cuerpo de conocimientos sólidos acerca de las mejores políticas y estrategias. Durante estos años, las naciones más desarrolladas, y en menor medida muchas otras que sufren este problema (considerado *moderno* sólo en cuanto al contexto social e histórico), se han cometido errores y aciertos corroborados por el procedimiento científico.

En el campo de la educación, sobre todo desde que se conocieron los factores de riesgo que favorecen el consumo de sustancias adictivas legales e ilegales, sabemos bien cuáles son los principios que rigen a los programas preventivos de las escuelas. Desde ahora diré que no existe acción alguna que sólo sea aplicable en el ámbito escolar. Todas las que han demostrado utilidad se relacionan de algún modo con la familia y con la sociedad, en concordancia con las características de la adolescencia, etapa durante la que con mayor frecuencia se inicia el consumo de drogas.

A pesar de todo, aún hoy se cometen errores de procedimiento y fallas *notables* que parecen más meras "ocurrencias". Lo anterior es propio de los países en desarrollo y de las naciones pobres que intentan establecer programas preventivos. Otra fuente de fracaso es la copia, sin adecuación alguna, de las estrategias y acciones que han demostrado su éxito en los países ricos con culturas diferentes. Desafortunadamente, y por razones no sólo económicas, algunas de las recomendaciones de los expertos son inaplicables en nuestras culturas o, si lo son, no producen los resultados deseados.

En este capítulo intentaré referirme a lo que *probadamente* funciona y puede intentarse en medios como el nuestro. Este ob-

jetivo no es difícil de alcanzar, pero choca tanto con creencias comunes, como con teorías sofisticadas provenientes de otros medios. No obstante, el intento se justifica plenamente, pues la experiencia nos muestra con claridad que en nuestro país reina cierta confusión ante la diversidad de programas, pese a que oficialmente se ha implementado uno para las escuelas públicas: el llamado Programa Nacional Escuela Segura. Afortunadamente, en él se permite efectuar adaptaciones para cada medio, de acuerdo con las experiencias locales y teniendo en cuenta el hecho de que México es una nación multicultural, con grandes diferencias entre las áreas rural, urbana e indígena. Una nueva variable, de comportamiento un tanto impredecible, es la situación que priva en cada región relacionada con la violencia y el crimen organizado. Todas son realidades que cualquier programa preventivo en el ámbito escolar debe considerar.

Con estas aclaraciones previas, que en cierto modo condicionan (quiérase o no), lo que pueda abonarse en favor de las acciones que en la escuela, y en general en la familia y en la sociedad es más aconsejable realizar ante el problema del consumo de drogas legales e ilegales, abordaré el tema desde mi personal punto de vista apegado lo más posible a los hechos y a la evidencia. Así lo haré, pese a que algunas de mis conclusiones puedan interpretarse un tanto distintas de las políticas y estrategias oficiales.*

LA PREVENCION EN LA ESCUELA

Los programas escolares implantados en el país, oficiales o no, ameritan una evaluación que de hecho aún no se realiza *en los términos en que los expertos recomiendan.* Pido al lector que reflexione sobre los siguientes aspectos que deben valorarse para llegar a conclusiones verdaderamente valiosas:

a) La pertinencia de *los contenidos* del material empleado en la capacitación de maestros, padres de familia y los mismos alumnos, a fin de comprobar si son coincidentes con lo que *comprobadamente* ha funcionado en nuestro medio y resulta aplicable.

* No está por demás expresar que mi opinión se basa en más de 40 años de trabajo en el campo de la prevención del consumo de drogas en México, desde que en la década de 1960 iniciamos acciones preventivas en la Clínica de la Conducta de la Secretaría de Educación Pública. Pero admito desde luego que en el asunto que aquí nos ocupa no todo conocimiento es definitivo y otras opiniones son, también, respetables.

b) La cantidad y calidad de los conocimientos adquiridos por los maestros.
c) La actuación de éstos antes y después de su capacitación.
d) La participación, más allá de los buenos deseos y expectativas, de los padres de familia, las autoridades escolares, etc...
e) Las relaciones establecidas entre los sectores de la justicia, la salud y la educación.
f) Los resultados *comparables* en términos del consumo de drogas y sus efectos en los alumnos, la familia y la comunidad, aunque sabemos que en un problema como éste difícilmente se pueden establecer metas cuantificables. Y, por otra parte, también sabemos que el verdadero éxito en el caso del consumo de drogas, *es asunto de generaciones.*[†]

Una buena evaluación debe considerar si, dadas nuestras circunstancias, es posible cumplir con *todas* las acciones que un programa recomienda, o bien con cuáles sí, cuáles no... y por qué. La opinión del propio maestro frente a grupo es fundamental, dado que finalmente, es él quien actúa como principal responsable de las actividades preventivas en la escuela. Este asunto debe tener en cuenta las diferencias de los medios en donde se aplica el programa: ¿rural o urbano?, ¿indígena?, ¿de enseñanza bilingüe?, ¿escuelas públicas o privadas? Sólo dando respuesta a tal planteamiento se puede efectuar una evaluación confiable. Ojalá que al momento de la publicación de este libro se haya iniciado ya la valoración del programa oficial Escuela Segura, *en los términos señalados por los expertos.*

Cualesquiera que sean la estrategia y el programa seleccionados, existe una serie de datos (hechos comprobados) a considerar. La lista siguiente no los agota, pero se apega a la experiencia obtenida en México.

1. Las acciones preventivas deben dirigirse, siempre que sea posible, a *combatir los factores de riesgo* que se han identificado en el ámbito escolar, pero también en el familiar y, en última instancia, en el social. Los veremos más adelante.

[†] De hecho, expertos de la OMS como el Dr. Griffith Edwards, han aconsejado no fijar metas cuantificables. Los epidemiólogos y los planificadores exigen que éstas se determinen, lo cual choca con la índole del problema y con el número excesivo de variables a considerar.

2. *La capacitación* de los maestros es absolutamente necesaria, por supuesto si no la han recibido ya durante su formación profesional. Si esto último fuera el caso, igualmente es necesaria su actualización mediante un *programa de educación continua,* considerando los avances de las diferentes ciencias y disciplinas relacionadas con el problema.

3. *La interacción escuela-familia* resulta de especial importancia y muy necesaria, y puede concretarse fácilmente, como veremos al comentar éstos que podemos llamar *principios básicos*. El fundamento del que ahora cito, es el hecho comprobado de que la familia y la escuela comparten la visión de los focos amarillos y rojos del consumo de drogas entre los jóvenes; por otra parte, las acciones preventivas en los dos ámbitos *exigen* coincidencias en sus premisas y procedimientos.

4. La enseñanza a los alumnos y padres de familia *sobre las drogas y sus efectos* constituye una acción preventiva *imprescindible*, pero si ésta no se realiza en forma *interactiva* será mejor conformarse con una simple entrega de material alusivo al tema. Más adelante haremos un comentario acerca de la evidencia que respalda esta recomendación. Por otra parte los profesores harán bien en evitar un lenguaje ambiguo al dirigirse a los jóvenes. Siguiendo la recomendación de los expertos, es preferible hablar de *prevención del consumo de drogas,* no "de las adicciones", porque algunos muchachos piensan "sólo probar" las drogas para ver qué se siente, pero consideran que ellos nunca se convertirán en verdaderos adictos; lo que más nos importa es evitar el consumo *de primera vez.* Un mal mensaje es también el de dividir a las drogas en "blandas" y "duras": *no*, no existe una droga adictiva *blanda*, esa clasificación no proviene de la ciencia, sino de quienes abogan por la legalización de la mariguana.

5. Es necesario que el maestro frente a grupo *conozca los pormenores del programa oficial,* a fin de adecuar lo

más posible su participación en él, lo cual implica, además, tener presente los contenidos de los libros de texto gratuitos sobre el tema.

En general, las acciones preventivas de los programas pueden ser *directas o indirectas*, y esta distinción es más clara en el caso de las que se realizan en el ámbito escolar.* Son directas aquellas que se aplican más específicamente a disminuir o evitar el consumo, e indirectas las que, persiguiendo el mismo objetivo, implican resultados que se observaran a más *largo plazo*. Deben considerarse *directas* las siguientes:

- Informar a los alumnos y a sus padres sobre los efectos de las drogas a corto y a largo plazos, utilizando (como en este capítulo insistimos) los métodos interactivos sencillos, amenos y respetuosos. NO DRAMATIZAR.
- Informar (lo mínimo necesario) sobre lo que establecen numerosas leyes sobre la penalización de la producción, transporte, venta y consumo de las drogas ilegales. NO ATEMORIZAR.
- Colaborar con los alumnos a establecer metas personales positivas y colectivas a corto y mediano plazos. NO "SERMONEAR".

Las acciones preventivas indirectas que más se recomiendan, son las siguientes:

- Favorecer la práctica del deporte, mostrando sus ventajas para la salud física y mental.
- Estimular las actividades artísticas y creativas (música, teatro, artes plásticas, artesanías, etc.).
- Motivar a los alumnos para que favorezcan *una comunicación auténtica* con sus padres.
- Considerar a casi todas las actividades que proponen los programas de habilidades para la vida.

Es fácil ver que las acciones de ambos tipos promueven el desarrollo individual y social generador de bienestar. Digamos que favorecen el camino hacia la salud mental y que, directa o indirectamente, alejan de la posibilidad de iniciarse en el consumo de drogas. Sin embargo, quiero destacar lo

* Esta clasificación, "directas e indirectas", es una propuesta que hicimos como resultado de los estudios realizados por el Centro de Estudios sobre Alcohol y Alcoholismo (CESAAL). Ha mostrado su utilidad, y por ello la incluyo.

que nos ha enseñado la experiencia en nuestro país: en el ámbito escolar *debe darse preferencia a las acciones preventivas directas* y, de las indirectas, *a la práctica deportiva.* Por supuesto, las otras también deben atenderse, pero si nos referimos específicamente al problema del consumo de drogas legales e ilegales, para el ámbito escolar son más importantes las citadas.

Antes de comentar cada uno de los cinco principios, debo señalar algo que con frecuencia se ignora o bien que, conociéndose, no se aplica a la realidad: el maestro capacitado, con su ejemplo y autoridad, está en una situación ideal para influir en la conducta de sus alumnos frente a este problema de salud. Es en el ámbito escolar en donde se puede poner en práctica gran parte de las acciones que los buenos programas preventivos recomiendan. Pero también es un hecho comprobable que el maestro ha recibido ya mucha información sobre ello y que, lo expreso con conocimiento de causa, le ha generado cierta confusión. Ésta proviene, muy probablemente, de que cada enfoque tiene sus propias estrategias y hasta sus propias definiciones (de droga, drogadicción, abuso, etc.). El educador comprueba tal situación al comparar los materiales educativos de apoyo que se le presentan, que en algunos casos llegan a la contradicción, por ejemplo, en el tema de la clasificación de las drogas y sus efectos. Incluso en el programa oficial existen diferencias desorientadoras entre las definiciones y conceptos de las lecturas recomendadas, y las que se incluyen en el glosario anexo al documento principal.

Es lamentable que en prácticamente todos los programas de habilidades para la vida, incluido el oficial (Escuela Segura), estén ausentes (o casi) los aspectos médicos de las adicciones y su conexión con las acciones preventivas. Existe un acuerdo general en que la visión de la SSA de que estamos ante un serio *problema de salud* es la correcta, y se apega al punto de vista sostenido por la OMS y por los países que tienen las mejores estrategias preventivas. En general, en los programas sólo se hace referencia a la medicina al describir (incompleta y en ocasiones incorrec-

tamente) los efectos de las drogas en el organismo, pero no existe alusión alguna a la predisposición a desarrollar una adicción, ampliamente demostrada, relacionada con problemas médico-psiquiátricos como el *déficit de atención, la deficiencia mental, la depresión,* las psicosis que se inician en la adolescencia (esquizofrenia) y los trastornos de alimentación, como *la anorexia mental y la bulimia.*

Aclaremos: no pretendo que se *instruya* a los maestros sobre la naturaleza de esos problemas médicos (exceptuando los dos primeros de los citados, la deficiencia mental y el TDA, que el profesor ya conoce, pero de los cuales debe recibir mayor información, sobre todo en su relación con el consumo de drogas).* La experiencia mexicana nos dice que esos temas, tratados con sencillez y poniendo el acento en su relación con el consumo de drogas, resultan de gran interés al maestro y le son de utilidad.

Por otra parte, los programas también suelen olvidar que la adicción *es una enfermedad,* o bien sólo se dice sin agregar algo que lo demuestre. La influencia de ciertas (respetables) corrientes de la psicología, ha sido responsable de este "olvido" claramente señalado por los paidosiquiatras y los médicos en general. Sí: decimos que estamos ante un problema de salud, pero nuestros programas olvidan tratar los *indispensables* aspectos *médicos* de las adicciones. Lo anterior, en mi opinión y en la de los expertos, *debe ser corregido.* Que la adicción es una enfermedad se demuestra con un comentario que expresaré a continuación.

Sabemos que la enfermedad, en su definición más simple y definitiva, es "la pérdida de la salud". Pero para que *una enfermedad en* particular merezca un nombre acorde con sus características específicas, se necesita algo más. La ciencia médica reconoce como *enfermedad* a la pérdida de la salud que cumple con por lo menos tres de los siguientes requisitos:

a) Se conoce la causa o las causas que la producen.
b) Provoca un cuadro específico de síntomas y signos reconocibles y característicos.

* Hablamos de un problema médico que, en un porcentaje significativo, es antecedente de la adicción a sustancias psicoactivas.

c) Se identifican con certeza los cambios fisiológicos y orgánicos responsables de la sintomatología.
d) Se conoce su "historia natural" (evolución y pronóstico).* Sólo así, un trastorno merece *un nombre específico.*

La adicción a sustancias psicoactivas cumple con los cuatro requisitos:

a) La causa es el consumo repetido y continuado de una droga adictiva.
b) Existe un síndrome (signos y síntomas) que es característico, incluso para cada tipo de droga.
c) Se conocen, cada vez mejor los cambios bioquímicos y fisiológicos que ocurren en el cerebro y que son las responsables de la sintomatología (y también de los que se presentan en el resto del organismo).
d) Están bien establecidos el diagnóstico, la evolución y el pronóstico de la adicción *a cada sustancia.* Estamos, así, ante una *enfermedad* a la que la medicina ha dado el nombre de *adicción*, (farmacodependencia, síndrome de dependencia). Como tal, *es un problema de salud* y, por supuesto, es *más que sólo eso*: problema social, asunto jurídico, trastorno de la conducta, etc.

Expresaré ahora los comentarios anunciados sobre cada una de las recomendaciones señaladas párrafos atrás ("principios" les llamé antes). El primer punto toca el asunto, excesivamente manipulado según el interés de cada modelo escogido por los diversos programas existentes, de los llamados *factores de riesgo.* De éstos se habla desde la década de 1970, y su descubrimiento constituyó un verdadero avance en el campo de la prevención del consumo de drogas. La lógica se impone fácilmente: conocidas las circunstancias biopsicosociales que favorecen el consumo, evitarlas y combatirlas seguramente disminuirá el número de jóvenes que se inician en el uso de sustancias adictivas.

Debemos advertir, sin embargo, que una vez más, bajo la influencia de teorías y modelos se incurrió en excesos.** En unos cuantos años se identificaron más de 30 factores, dándose la mayor jerarquía a los que mejor

* Del Diccionario de Medicina Stedmann, aunque existen otras fuentes coincidentes.
** Teorías como las de Botvin, Bandura y otros; modelos como el cognitivo-conductual, el psico-pedagógico, el de habilidades para la vida (o de habilidades sociales) y tantos otros trasplantados de los países más desarrollados. Vale decir que México entre las escuelas no oficiales, se han copiado ya más de 10 de los que proviene de USA y aún de otros países (Programa PEPE, de España).

respondían al modelo elegido. Pero la investigación cuidadosa nos ha permitido seleccionar los verdaderamente trascendentes, que por cierto no son los mismos en todas las culturas. Hoy podemos dar una respuesta aproximada a la pregunta ¿cuáles son los factores de riesgo más influyentes en nuestra propia cultura? Sin duda la mayoría de ellos están presentes en cualquier medio, pero, ¿cuáles influyen en mayor medida en nuestro caso?

En virtud de que en México no contamos con una investigación *suficientemente* apegada a las exigencias que impone el método científico, simplemente señalaré los factores de riesgo más influyentes que en nuestra práctica preventiva hemos identificado para el caso de la escuela. No se piense que esta crítica es una expresión sin respaldo. Véase lo que un grupo de investigadores del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, concluyó después de realizar una revisión sistemática sobre el tratamiento de las adicciones en México, *aplicable por supuesto al campo de la prevención* (la terciaria con mayor énfasis): "Al analizar las publicaciones se encontró que la mayoría no cumple con los criterios de los ensayos clínicos o lo hacen parcialmente... Los resultados revelan que aún son muy escasos los reportes de investigaciones para evaluar programas de tratamiento".

Respecto a los factores de riesgo, si decidimos ir de lo más general a lo particular, señalaremos primero tres circunstancias que se refieren al hogar:

1. Hogares "caóticos": no existen reglas de comportamiento, no hay comunicación verdadera, cada uno "hace su vida", ausencia física de uno o ambos padres, etc. Se trata de situaciones negativas, aún peores si los propios familiares adultos consumen drogas, o si padecen alguna enfermedad mental.

2. Educación errónea en el hogar, especialmente cuando los hijos tienen dificultades de temperamento (falta de control y agresividad o, por lo contrario, timidez extrema y aislamiento).

3. Falta de afecto genuino en la familia, desamor y alejamiento emocional entre padres e hijos y entre los padres mismos.

Esos tres primeros factores constituyen situaciones extremas, muy desventajosas para los chicos, no sólo respecto a la posibilidad de empezar a usar drogas, sino para sus expectativas en general y para la vida escolar en particular. Sin embargo, no son circunstancias definitivas. Con mayor frecuencia de lo que se cree, algunos de ellos superan tales adversidades y se desarrollan más o menos sanamente, *sin caer en conductas antisociales.* Es importante mencionarlo, no nos quedemos sólo con las malas noticias.

En cuanto a los factores de riesgo que se relacionan más con la escuela y con la comunidad, se encuentran los siguientes:

1. Fracaso escolar o fallas académicas. Por supuesto las razones que pueden llevar a ello son numerosas, desde la incapacidad real de aprendizaje hasta la inasistencia frecuente a clases, no siempre imputable al alumno. Pero en ausencia de esas causas, el mal aprovechamiento en la escuela es un predisponente bien identificado para empezar a consumir drogas.

2. Pobre adaptación social con malas relaciones interpersonales.

3. Percepción, por parte del chico, de que los amigos y la comunidad en general aceptan el consumo de alcohol y otras sustancias adictivas como algo "no tan malo en realidad". Esta permisividad social se ha identificado como un factor de suma importancia: es *"el foco rojo" de una sociedad que vivirá un aumento notable del consumo de drogas.**

4. Asociación con jóvenes de conducta parasocial o francamente antisocial, dentro o fuera de la escuela (generalmente esto último).

5. Acceso fácil a las sustancias adictivas. Muchos jóvenes empiezan a consumirlas si

* A este factor se refieren poco los modelos existentes, pero el ejemplo de Suecia debe servirnos. Los expertos de ese país consideran que su éxito preventivo descansa principalmente en la no permisividad como conducta general de las familias y la sociedad.

se ponen a su alcance a bajo costo y con pocos riesgos de ser descubiertos; se facilita así el proceso de adquirir el hábito y, eventualmente, llegar a la adicción.

6. Exceso de tiempo libre. Éste es un factor sobre el que se reflexiona poco, pero que *comprobadamente* influye en muchos jóvenes, sobre todo en quienes no ocupan su tiempo de ocio en actividades positivas y saludables, como el deporte y la pertenencia a grupos de actividades humanitarias, artísticas, o de sano entretenimiento.

Debemos decir que los estudios psicosociales señalan que se han identificado más de 50 circunstancias y factores que influyen para desviar el desarrollo normal de la personalidad, que ocurren justo en la etapa de la adolescencia inicial y durante los años siguientes. Pero los que hemos citado son los más relacionados directamente con la adquisición del hábito de consumir sustancias adictivas en nuestro medio. Ciertos autores los agrupan distinguiendo entre los que, aun siendo indicadores de peligro, implican pronósticos diferentes. Dado que la validez de esta clasificación se ha comprobado en investigaciones realizadas en diferentes países, la transcribimos aquí configurando dos conjuntos:

a) *Grupo de pronóstico benigno:* jóvenes que buscan "pasarla bien", sentir algo nuevo, "excitante". En ellos, los programas educativos y las intervenciones preventivas de padres y maestros *suelen ser exitosas*.
b) *Grupo de mal pronóstico:* jóvenes que previamente al consumo de drogas sufren problemas emocionales o trastornos mentales. Buscan los efectos de la sustancia para combatir la angustia, la depresión o los estados de mal humor e irritación. Entre estos jóvenes el riesgo de llegar a la verdadera adicción es muy alto y es preferible buscar ayuda profesional, al tiempo que se les brinda apoyo familiar incondicional.

Vale la pena distinguir entre los factores que inducen al uso de las drogas psicoactivas por primera vez, y los que intervienen como "reforzamiento" de una conducta que ya se estableció, aun cuando no llegue a constituir un hábito. Los que orillan más *al primer consumo* son:

1. Tener 14 años o más, dentro de la etapa de la adolescencia (aunque puede ser antes).

2. Sentirse insatisfecho con la vida escolar, ser mal estudiante (tener bajas calificaciones, faltar a clases, llegar tarde, etc.).

3. Sentirse (o ser) rechazado en el hogar.

4. Considerarse impopular (séalo o no en la realidad).

5. Tener amigos que consumen mariguana.*

En principio puede decirse que los "factores protectores" son todos aquellos hechos y circunstancias que configuran situaciones *opuestas* a los riesgos que hemos descrito. Una familia bien integrada unida por afecto genuino, por ejemplo, constituye una buena barrera para las conductas desviadas de los hijos; sin embargo, ello no garantiza la "inmunidad" contra los malos hábitos, ya que los otros factores negativos, los que provienen del medio social, pueden ser tan fuertes que derriben esa aparente salvaguarda. Entre los principales "agentes defensivos" que se citan generalmente, éstos son los más aplicables a nuestra cultura:

1. Fuertes ligas emocionales en la familia.

2. Conducción "firme" del hogar por los padres, con reglas de conducta claras (no inflexibles), e involucramiento en la vida y en las actividades de los hijos.

3. Éxito escolar, o por lo menos logros académicos aceptables.

4. Relación sostenida y continuada con instituciones pro-sociales** (la propia escuela, organizaciones religiosas, deportivas o humanitarias, etc.).

* Estos últimos datos se obtuvieron en un estudio realizado en New Hampshire, EUA. Los cito aquí porque según mi experiencia coinciden en lo general con los que se pueden identificar en México.

** Se entiende por "pro-social" toda conducta dirigida a proporcionar beneficios a las personas en general, más que a uno mismo.

5. Adopción, por convencimiento propio y decisión personal, de las normas en torno a las drogas y al comportamiento social.

6. Asistencia a una escuela que cuente con un buen programa preventivo del consumo de drogas.

Se puede ver claramente que el conocimiento de los peligros y las protecciones obliga a introducir en los programas preventivos acciones que tiendan a evitar los primeros y a desarrollar y fortalecer las segundas. Si el maestro los revisa con cuidado, encontrará que si bien sobre algunos de ellos es poco lo que puede influir, en otros la escuela resulta ser la institución más adecuada para emprender estrategias que debiliten lo indeseable y vigoricen lo positivo de las vidas de sus jóvenes alumnos. Si el profesor acepta plenamente la responsabilidad que en estos asuntos le corresponde, es mucho lo que puede lograr siempre que se lo proponga sinceramente. Descubrirá sin duda que no es empresa tan complicada y que el esfuerzo rinde grandes satisfacciones, como sólo las puede obtener quien *educa* en el más amplio sentido del término. Pero es condición que sus acciones se funden, *siempre*, en el conocimiento de la realidad, no sólo en expectativas emocionales y motivaciones afectivas, *o en teorías atractivas*.

El segundo de los principios mencionados en los párrafos anteriores es, por lo menos, tan importante como los demás. La tarea de capacitar a los maestros para que las acciones que les corresponden dentro del programa preventivo sean las más efectivas, se justifica plenamente si tenemos en cuenta (honestamente) nuestra realidad. Desde que se iniciaron en el país las estrategias preventivas, se asignaron tareas a los profesores frente a grupo, quienes son el elemento básico, central, de cualquier programa aplicable en las escuelas. En mi opinión sobre este rubro la verdadera preparación *a fondo* de nuestros profesores debe proporcionarse, como ya se hace (aunque puede mejorarse) *desde su formación profesional.* Si al tiempo que adquieren el conocimiento indispensable se les instruye sobre su actuación una vez que inicien la actividad profesional, resulta obvio que a la larga sólo quedará la tarea de actualizarlos, adaptándolos a los nuevos co-

nocimientos que el progreso científico nos va proporcionando.

La capacitación de los maestros en materia de consumo de drogas siempre ha de considerar la estrategia a seguir en el salón de clases. El profesor puede sentirse inseguro al tratar estos temas con sus alumnos y con los padres de familia, pero debe confiar en que él es, debe ser, un gran apoyo en las acciones preventivas del consumo de drogas. Si se capacita lo mejor posible, e imprime a su tarea la vocación de servicio característica del maestro, puede estar seguro de que muchos jóvenes recordarán su esfuerzo, agradeciéndole el haberlos ayudado a apartarse del camino que lleva a la adicción.

De acuerdo con los expertos, todo trabajador de la educación: autoridades, maestros, psicólogos, tutores, orientadores y personal de apoyo, todos, deben estar al tanto de los siguientes hechos:*

- La *gran mayoría* de los niños y jóvenes de México no consume drogas ilegales,** y el porcentaje de los que sí lo hacen *es aún menor en la escuela.****
- Las drogas ilegales más consumidas en nuestro medio son, por orden de mayor a menor uso, las siguientes: mariguana, que es la primera en todo el mundo; la cocaína en sus dos formas más conocidas, polvo para inhalar y "crack", (aunque ésta mucho menos); los inhalables (cementos, pinturas, tíner, etc.); derivados diversos de las metanfetaminas (en México se les da el nombre genérico de "tachas"). También se consumen otras drogas ilícitas, pero las mencionadas son las más importantes en las edades de los niños y jóvenes que asisten a escuelas primarias y secundarias de nuestro país.
- La mariguana, que suele ser la entrada a las otras drogas ilegales, tiene particular interés en el caso de los escolares, pues provoca notoria interferencia con la capacidad de aprendizaje: afecta la

* Una verdadera capacitación debe considerarlos *siempre,* y el programa de prevención en el ámbito escolar ha de tenerlos como condicionantes.

** La tendencia permanente y nociva de los medios de comunicación es a resaltar las malas noticias (a veces basadas en datos falsos obtenidos de fuentes impropias). Pero esta realidad, imperante y demostrada, generalmente no se comenta.

*** Hay que repetirlo: *en México, como en todo el mundo, la escuela es un factor protector del consumo de drogas*.

memoria, provoca falta de atención y de concentración, y altera tanto la comprensión de la lectura como la voluntad de aplicarse al estudio y a las tareas escolares. Sabemos lo anterior a través de las investigaciones científicas más rigurosas realizadas en diversos medios culturales, así como de innumerables estudios efectuados desde hace ya varias décadas; esos conocimientos se han corroborado recientemente mediante técnicas más avanzadas.

- Tampoco existen dudas sobre estos hechos adicionales: la *Cannabis** (su principio activo es el 9-delta-tetrahidrocanabinol) *puede conducir a la adicción* (si se consume con regularidad), interfiere con la capacidad de conducción de vehículos y puede iniciar un estado psicótico.** Por éstas y otras razones, el maestro debe enseñar a sus alumnos los riesgos, sin olvidar mencionarles *enfáticamente*, que más o menos *uno de cada diez* de quienes consumen *por primera vez* una droga prohibida (incluida la mariguana), llegará tarde o temprano a la adicción, *más allá de su voluntad y de su deseo de evitarlo.* Lo anterior constituye un dato válido en general *para todo el mundo*, con menores diferencias, independientemente de la variación en cuanto a la cultura y al grado de desarrollo.
- *La percepción del daño* que ocurre al consumir sustancias adictivas es un factor *de la mayor importancia.**** Los estudios realizados por los expertos de la OMS e investigadores de diversas universidades del mundo demostraron claramente que en las naciones en donde los jóvenes tienen una baja percepción del riesgo, los porcentajes de consumo son más altos. Lo contrario también está *plenamente comprobado*: a mayor percepción del daño, menor consumo de drogas. Se trata de un dato general, pero muy extendido, sobre todo en el caso de la mariguana. La mejor estrategia para aumentar esa percepción es la *información directa* a los alumnos y a los padres de familia, sobre los efectos que en el psiquismo y en el organismo provoca el uso de drogas adictivas. Esta información debe ser ob-

* Llamamos aquí Cannabis a las diferentes presentaciones de la mariguana (para fumarse, el hachís, etc.).
** De hecho la mariguana interfiere con la salud de muchas otras maneras, pero no es mi intención hacer una relación de daños (tampoco en referencia a otras drogas).
*** Mi insistencia en este dato se justifica plenamente, con mayor razón si se tiene en cuenta que se trata de un asunto casi olvidado en nuestro programa preventivo escolar oficial.

jetiva, pero no suministrada mediante el didactismo de las conferencias y exposiciones. La participación de los jóvenes en sesiones interactivas resulta *esencial*, por lo que el maestro debe conocer la técnica a seguir, que por cierto es muy sencilla.

También se espera que a fin de cumplir con estos fines, el maestro cuente con materiales educativos para sus exposiciones y para distribuir entre los alumnos: trípticos, folletos, sitios de internet en donde pueden obtener mayor información, etc. Obviamente todos estos recursos han de sustentarse estrictamente en la información de fuentes de probado valor científico.*

En la preparación del maestro como participante activo del programa preventivo seleccionado, cualquiera que éste sea, resulta prioritario incluir información expresa sobre el descubrimiento (o la sospecha con bases fundadas) de los alumnos consumidores. La relación con el hogar es importante ya que los hechos de observación se comparten con los padres de familia. También en este tema se ha exagerado y se describe un exceso de conductas "sospechosas". Aquí nos referiremos sólo a lo que ha demostrado su utilidad para el fin que se busca; se verá que algunos de estos aspectos se corresponden en la escuela y en el hogar.

- Aislamiento, fatiga, tristeza, con descuido en la apariencia personal.
- Cambios físicos (nariz persistentemente congestionada, ojos enrojecidos, hiperactividad o, por lo contrario flojera).
- Préstamos frecuentes para contar con dinero extra.
- Cambio de amistades, con pérdida de interés en actividades que previamente solían ser atractivas.
- Pobre adaptación social con malas relacionas interpersonales.
- Asociación con jóvenes de conducta parasocial o francamente antisocial, dentro o fuera de la escuela (más frecuente esto último).

* ¡Cuidado con las ocurrencias que se publican aquí y allá! En la "Newsletter" de la organización ECAD (European Cities Against Drugs) de enero de 2012 se dice: "….pero la evidencia muestra que muchos programas preventivos pasan por alto esta recomendación" (la de cuidar con esmero las fuentes de información).

- Percepción de que "las drogas no son tan malas como se dice", con inclinación a hablar de ellas con frecuencia.

El maestro y los padres de familia harán bien en ubicar esos datos en relación con las causas mejor identificadas del inicio del consumo. Los muchachos consumen drogas por éstas y otras razones:

a) No resisten *la curiosidad* de saber "qué se siente".
b) Les parece "sofisticado" (por la influencia de los medios o de la gente mayor).
c) Porque amigos a quienes admiran son consumidores.
d) Por rebelión ante las prohibiciones que los adultos les imponen.
e) Para escapar de las responsabilidades escolares y familiares.

También parece justo citar los hechos que con más frecuencia se reconocen en quienes deciden n*o consumir*, a saber:

a) Por tratarse de sustancias que son *ilegales.*
b) Porque saben que *pueden producir adicción.*
c) Porque le temen a los *problemas* con su familia, con la escuela y la comunidad.
d) Porque saben que las drogas *afectan su salud* y pueden disminuir su rendimiento escolar.
e) Porque han oído (o leído) que *afectan su capacidad deportiva*.

Cuando el maestro desee influir en sus alumnos para que no acepten una invitación a consumir mariguana, hará bien en considerar esos datos, que de hecho pueden generar argumentos aplicables a casi todas las demás drogas. En todo caso, debemos prepararnos para argumentar adecuada y respetuosamente, sobre todo durante una sesión interactiva maestro-alumnos.

Sobre el tema de la capacitación de los maestros puede abundarse mucho más. Me detendré aquí acentuando su importancia y dejando al lector la tarea de reflexionar sobre el siguiente párrafo, escrito por los expertos del país cuyo programa preventi-

vo ha probado ser de los más exitosos (Suecia): "La información sobre las drogas y sus efectos sólo es útil si se basa en el conocimiento científico... y si se proporciona mediante técnicas interactivas".

Sobre las drogas legales, diré poco. Hemos puesto el interés principal en las sustancias ilícitas, porque después de todo, el Sector Salud cuenta con un programa específico contra el abuso del alcohol y el alcoholismo, en el que claramente se establecen las relaciones con la educación, el ámbito escolar y la prevención de accidentes. En cuanto al tabaco se puede decir lo mismo, sin olvidar que el consumo de ambas sustancias, alcohol etílico y nicotina está ligado a varias de las principales causas de muerte en México y que, juntas, provocan además un daño a la sociedad (en la economía, el bienestar general, homicidios y lesiones, etcétera).

Acerca de la importancia del consumo de alcohol, recordemos el dato que nos proporciona la OMS: cerca de 2.5 millones de personas mueren al año por su abuso, práctica que se ha convertido en el tercer factor de riesgo de enfermedad (el primero en EUA y en el Pacífico Occidental). Sólo entre los jóvenes de entre 15 y 29 años las bebidas alcohólicas responden por unos 320,000 fallecimientos, sin contar los que se relacionan con los accidentes. Estos últimos representan la primera causa de muerte entre los adolescentes y jóvenes en nuestro país.

Sobre lo que ocurre con el consumo de alcohol en México tenemos cifras obtenidas de las encuestas nacionales de las adicciones (ENA) que son confiables. Respecto al consumo de alcohol per cápita nos quedan las mismas dudas que los expertos de la OMS mostraron, hace ya unos años, hacia los datos obtenidos en países que tienen contrabando de bebidas y alto porcentaje de las que se producen sin control suficiente.* Nuestros resultados muestran que tenemos más de cuatro millones de verdaderos alcohólicos, y que entre las edades de 15 y 65 años, el porcentaje de quienes abusan del alcohol (alcohólicos y no alcohólicos) es de 8%. No debe caber duda: éste

* No podemos negar que esa situación, aunque en declive, aún persiste en nuestro país.

constituye el más grave de los consumos de drogas legales e ilegales, por el número de usuarios, los daños a la salud, a la economía y a la sociedad, y por el sufrimiento moral no cuantificable.

Recordaré ahora una recomendación explícita de la OMS: los programas preventivos deben abarcar a todas las sustancias capaces de producir dependencia, aunque algunas adicciones como el alcoholismo y el tabaquismo, ameritan subprogramas relativamente autónomos. Por lo que respecta a la escuela, en los libros de texto gratuitos se da un tratamiento adecuado, y la mejor recomendación es la de que se cumpla en la práctica todo lo que ahí se expresa. Debe, además, acatarse en el ámbito escolar la legislación sobre la protección a los no fumadores y el consumo de alcohol, y enseñar a los alumnos el efecto de ambas drogas en el organismo, en el mismo marco y bajo las mismas indicaciones que hemos considerado para las drogas ilegales.

En el ciclo de enseñanza media y media superior ha de ponerse especial interés en las medidas de prevención contra los accidentes por consumo de alcohol y otras drogas e incluso, en el caso del bachillerato, recomendar a los jóvenes implantar programas específicos como el del *conductor designado*, que ha mostrado sus éxitos en la disminución de accidentes automovilísticos.

REFERENCIAS

1. Griffith E. Matters of Substance. New York: Thomas Dunne Books St. Martin's Press; 2005.
2. National Institute on Drug Abuse. The Brain's Response to Drugs. Teacher's Guide (reviewed). Pub. N. 05-3592, Maryland, May, 2005.
3. OMS/ www.jano.es, "El consumo abusivo de alcohol", febrero, 2012.
4. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. El problema de la drogodependencia en Europa. Informe anual; 2012. http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2011
5. Swedish National Institute of Public Health. Sven Andréasson (editor). "Drugs in Sweden: Methods of Prevention, a Review of the Evidence" http://www.fhi.se/en/, 2012.

6. ECAD Newsletter (European Cities against Drugs). Vol. 2. N. 135. December 2011/ January 2012.
7. Gross D. "The Adolescent Brain". Drug Free American Foundation. http://www.dfaf.org/, 2010.
8. Gobbi G. Mc. Gill University Health Center. "Cannabis Damages Young Brains More than Originally Thought". ECAD Newsletter (European Cities against Drugs), Vol. 10. No. 125. December 2009.
9. ESPAD Reports. "Switzerland Key Results, 2007", www.espad.org
10. Falco M. Tha Making of a Drug-Free America. Programs that Work. US: Times Books; 1994.
11. CEPNEC, SEP. Las bebidas alcohólicas y la salud; curso para padres de familia y educadores. México: 1986.
12. CESAAL, CONADIC. Información básica para la educación y la comunicación social en el campo de la farmacodependencia. Xalapa: 2009.
13. American Academy of Child Adolescent Psychiatry (2010). Los Adolescentes: el Alcohol y Otras Drogas No. 3. Consultado el 03 de enero de 2012, en: http://www.aacap.org/cs/root/facts_for_families/informacion_para_la_familia/los_adolescentes_el_alcohol_y_otras_drogas_no_3
14. Diario Oficial de la Federación (2008). Ley general para el control del tabaco. Consultado el 5 de enero de 2012, en: http://www.iner.salud.gob.mx/descargas2/tabaquismo/LeycontrolTabaco.pdf
15. La antidroga (2012). Adolescentes al volante: Los peligros de manejar drogado, ebrio o distraído. Consultado el 03 de enero de 2012, en: http://www.laantidroga.com/noticias/adolescentes.asp1
16. NIDA (2012). The Science of Drug Abuse and Addiction. Consultado el 14 de febrero de 2011, en: http://www.drugabuse.gov/es/inicio
18. NIDA (2012). Drug Facts. Consultado el 12 de enero de 2012, en: http://drugfactsweek.drugabuse.gov/iqchallenge_spanish.php#quiz
17. UNODC (2010). Campaña mundial contra la droga. Consultado el 15 de enero de 2012, en: http://www.youtube.com/watch?v=ioiiiemPK7A&feature=related
18. Key to successful prevention strategies, http://www.oru.se/English/

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES EN LOS SERVICIOS DE SALUD

XI.
Redes Sociales y focalización de la prevención de adicciones: un enfoque comunitario

Dra. Alma Eunice Rendón Cárdenas,* Alejandro Maza Ayala**

* Directora General de la Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social de la Secretaría de Salud y Asesora del Secretario de Salud.
** Director de "Yo propongo", A.C.

RESUMEN

El problema de las adicciones y el consumo de drogas ha sido abordado en México desde los años sesenta; sin embargo, las tendencias y patrones de consumo se han modificado debido a diversos factores, por lo que los instrumentos actuales para prevenirlas resultan insuficientes. Diversos estudios alrededor del mundo han demostrado la influencia de las redes sociales en los comportamientos sociales, incluyendo el consumo de drogas, tanto legales como ilegales. Por otro lado, los avances técnicos y tecnológicos de los últimos años abren las puertas a nuevas metodologías de involucramiento comunitario que permiten extraer más información en menor tiempo y a menores costos. El presente artículo explica la importancia del enfoque comunitario y de la focalización de políticas públicas y acciones, así como el relevante papel de las redes sociales en la prevención y atención al problema de las adicciones y el consumo de drogas. Asimismo, presenta una propuesta de herramienta útil para la implementación de este tipo de políticas comunitarias aprovechando las redes sociales y otros recursos tecnológicos disponibles.

INTRODUCCIÓN

En la primera parte del artículo expondremos brevemente el contexto general, situación y tendencias en el consumo de drogas. Mencionaremos algunas de las herramientas utilizadas para diagnosticar la problemática a nivel nacional, subrayando la importancia y necesidad estratégica de contar con información y herramientas a nivel local para atender esta problemática de manera más eficaz, particularmente en poblaciones juveniles.

En la segunda parte ahondaremos en la focalización de políticas públicas. Explicaremos diversas teorías al respecto, así como el costo-efectividad de este tipo de modelos o estrategias. En esta misma sección señalaremos el impacto de los determinantes sociales en el consumo de drogas, analizando el enfoque comunitario. Asimismo, destacaremos la relevancia que las redes sociales, tanto físicas como virtuales, tie-

nen en el comportamiento de los grupos sociales, señalando los beneficios de aprovechar este fenómeno en la prevención de las adicciones. Se presentarán también distintos ejemplos y estudios del uso efectivo de la tecnología para dinámicas comunitarias y de aprovechamiento de información alrededor del mundo.

Finalmente, presentaremos las características y metodología que una estrategia en materia de prevención y tratamiento de adicciones requiere para lograr focalizar y aprovechar las redes sociales entendiendo y atendiendo la problemática, comportamiento y necesidades a nivel local y para realizar propuestas e implementar acciones estratégicas e innovadoras en prevención de adicciones en nuestro país.

SECCIÓN 1: PANORAMA GENERAL

El continuo surgimiento de nuevas drogas, la amplia disponibilidad de éstas, los cambios culturales y el contexto socio-económico son factores que han contribuido al aumento de comportamientos epidémicos en el consumo de estas sustancias, lo cual ha contribuido a su vez al deterioro de la salud. El consumo de drogas, tanto legales como ilegales* impacta directamente a la salud pública, en virtud de que ocasiona mortalidad, morbilidad e importantes discapacidades en los consumidores.†

Para conocer las tendencias y el comportamiento que el consumo de drogas verifica en nuestro país, existen diversos instrumentos que levantan y analizan esta información como el Sistema de Reporte e Información de Drogas (SRID). Este sistema recaba datos relacionados con instituciones de salud, con el sistema de procuración de justicia, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Adicciones (que a su vez recoge información de otras instituciones incluyendo las OSC's e informes realizados por los Centros de Integración Juvenil, consideran-

* Droga según la Organización Mundial de la Salud es toda sustancia que introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más funciones de éste (basado en Kramer y Cameron, 1975, p. 13).
Las drogas ilegales son todas aquellas sustancias que introducidas en el organismo afectan o alteran el estado de ánimo y la conducta, acarrean trastornos incapacitantes para el consumidor en la esfera personal, laboral, social, física y familiar, así como síntomas y estados característicos como intoxicación, tolerancia, dependencia y síndrome de abstinencia. Incluye tanto las de tipo legal, como ilegal, como veremos más adelante, junto a ciertos medicamentos y tóxicos.

† Como la epidemia de heroína que al compartir jeringas se dio un contagio importante de SIDA.

do los registros clínicos de usuarios de sustancias psicoactivas que reportaron el consumo de al menos una droga ilícita).[‡] Sin embargo, el instrumento más conocido con el que se cuenta para medir y evaluar el problema, prevalencias y tendencias del consumo de drogas en México es la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA). La primera encuesta de este tipo a nivel nacional se realizó en 1994. Se repitió el ejercicio en 1998, 2002, 2008 y 2011 (los últimos resultados con los que contamos son con los del 2008).

En términos generales, los datos arrojados por la ENA 2008 refieren el panorama sobre el consumo de drogas a principios del sexenio actual:

- Indica un incremento (comparando datos de la encuesta 2002 a la del 2008) en el consumo de drogas ilícitas como marihuana, cocaína, metanfetaminas, inhalables y drogas médicas fuera de prescripción en población de 12 a 65.
- Reporta que el consumo de drogas inicia a edades tempranas.
- El uso de tabaco se incrementó en mujeres.
- Existen 27 millones de consumidores de alcohol con patrones riesgosos de consumo que consisten en altas cantidades cada vez que se bebe, lo que afecta no sólo al individuo sino a su entorno.[§]

El detalle de la situación y prevalencia de las adicciones y consumo de drogas en nuestro país ya ha sido desarrollado en otros capítulos de este libro, por lo que nos concentraremos en el análisis de los instrumentos y herramientas estratégicas e innovadoras para la prevención de las adicciones.

La ENA recaba información de aproximadamente cincuenta y seis mil hogares de manera representativa por todo el país. Presenta información de una realidad o momento determinado, lo que nos permite conocer la problemática general a nivel

[‡] Esta entrevista inicial se realiza con objeto de actualizar información sobre el perfil sociodemográfico, los factores asociados a la demanda de tratamiento y el patrón de consumo de sustancias psicoactivas, así como de contribuir con elementos útiles para retroalimentar la planeación, diseño y ajuste de los servicios institucionales de prevención y tratamiento del consumo de drogas.

[§] Conadic. 2008 [citado 2012 Apr 12]. Disponible de: Consejo Nacional contra las Adicciones, Sitio: http://www.conadic.salud.gob.mx/pie/ena2008.html

nacional y regional. Sin embargo, es importante entender y abordar el problema de adicciones desde un esquema completo y en diversos sitios, con el fin de analizar varias escalas como la comunidad, la calle, la escuela, etc. Para poder conocer de manera detallada y útil la información local- comunitaria es necesario utilizar metodologías focalizadas, ya que éstas arrojan información más detallada de una situación en particular; por ejemplo, las encuestas que se han realizado de manera longitudinal en el D.F. levantadas en escuelas, es decir, en un sitio y momento específico, nos brindan un panorama focalizado de este grupo poblacional que nos permite observar la problemática, tendencias y modas del uso de drogas a un nivel más detallado.

Es importante monitorear de manera constante el uso y cambio de tendencias en el consumo de drogas, ya que hemos visto que se generan modas y factores contextuales y situacionales que ocasionan que en un momento o región determinada una droga sea más usada que otra, por no mencionar la aparición de una nueva droga.

En el caso de la ENA notamos que para poder conocer el contexto particular y local del consumo y tendencias en materia de adicciones, se requiere de información y herramientas adicionales que permitan observar a nivel micro el comportamiento en materia de adicciones. En los datos arrojados por dicha encuesta, observamos que algunos tipos de droga como crack, alucinógenos, inhalables, estimulantes tipo anfetamínicos y heroína, la encuesta, gracias al uso de ponderadores,[II] puede hablar en términos generales sobre el uso, las tendencias y comportamiento de estas drogas a nivel nacional y regional, pero no así a nivel estatal ni municipal y mucho menos comunitario.

Como podemos observar en el *cuadro I*, existen estados en los que por el tipo de muestra considerada en la ENA no hay observaciones (o sólo casos limitados) de consumo de las drogas antes mencionadas, es decir, el numero de personas encuestadas que dijeron haber utilizado este tipo de drogas (antes de la aplicación de ponderadores) es inexistente o mínima, por lo que no

[II] Los ponderadores son herramientas estadísticas que sirven para darle un peso distinto a cada observación levantada en la Encuesta al momento de realizar el análisis de datos. Esto con la finalidad de representar de una forma más adecuada a la población real a pesar de que la muestra no sea suficientemente significativa.

Cuadro I. Tabla de contingencia CVEEstado* ¿Cuántas veces en su vida ha usado Inhalables?

Recuento ¿Cuántas veces en su vida ha usado Inhalables?							
		1-2 veces	3-5 veces	6-10 veces	11-49 veces	50 o más	Total
CVEEstado	1	0	0	0	1	2	3
	2	3	0	0	0	0	3
	3	1	1	2	0	0	4
	4	3	2	0	0	2	7
	5	2	0	1	2	1	6
	6	1	1	1	1	0	4
	7	1	0	0	0	0	1
	8	7	3	1	4	9	24
	9	5	3	5	3	6	22
	10	4	1	0	1	3	9
	11	3	3	3	1	3	13
	12	0	0	1	1	1	3
	13	9	2	3	2	1	17
	14	0	1	1	1	2	5
	15	14	8	6	8	25	61
	16	2	0	1	0	0	3
	17	2	2	1	2	1	8
	18	3	1	2	1	1	8
	19	5	2	5	2	5	19
	20	3	2	1	0	1	7
	21	3	3	0	1	1	8
	22	3	2	4	0	3	12
	23	7	8	5	3	2	25
	24	3	0	0	2	0	5
	25	1	0	2	0	1	4
	26	0	1	0	1	2	4
	27	1	3	2	1	0	7
	28	2	2	1	4	3	12
	29	5	3	1	1	1	11
	31	4	2	0	0	0	6
	32	2	0	0	1	0	3
Total		99	56	49	44	76	324

podemos llegar a ninguna conclusión a nivel local/estatal del uso de este tipo de drogas ni registrar la aparición de nuevas drogas que sólo son consumidas en ciertas zonas mas no a nivel nacional.

En términos prácticos, podemos concluir que si bien existen herramientas útiles como la ENA que nos permiten contar con un diagnóstico de diversos factores de riesgo, comportamiento y problemática en materia de adicciones, dado el tiempo que se tardan en recoger y publicar los datos y dada la metodología y la baja probabilidad de encontrar usuarios de drogas menos comunes por Estado, no sirven para conocer las problemáticas a nivel local-comunitario ni para el diseño e implementación de políticas y decisiones emergentes y con mediciones periódicas.

Los datos de la ENA sirven para diseñar políticas sobre todo de corte universal y nos dan un panorama muy claro de la situación a nivel nacional; sin embargo, y debido a los cambios periódicos de tendencias en materia de consumo de drogas, especificidades regionales e incluso a consumos diferenciales en distintas zonas del mismo Estado y por grupos de edad, es necesario contar con herramientas que nos muestren el panorama micro, que aprovechen las nuevas tecnologías y nos permitan contar con diagnósticos a nivel local y comunitario de manera constante y rápida, aprovechando las redes sociales locales existentes para de esta forma, lograr dirigir y focalizar programas, políticas, mensajes clave y acciones segmentadas según necesidades particulares al tiempo de hacer más eficientes los recursos.

SECCIÓN 2: REDES SOCIALES, DETERMINANTES SOCIALES Y FOCALIZACIÓN COMUNITARIA

Redes Sociales

Las redes sociales son una parte esencial en la vida de las personas e influyen en diversos planos, comportamientos y dinámicas de los seres humanos. Diversos estudios muestran que las personas tienden a comportarse, pensar y actuar de manera muy similar a las personas más cercanas con las que conviven en su vida diaria.[¶]

[¶] Algunos de estos estudios son: Christakis, N, Fowler, J. Connected. Back Bay Books, New York, 2009. Papachristos AV, Braga AA, Hureau DM. Social Networks and the Risk of Gunshot Injury. 2011 [citado 2012 Jun 3]. Disponible de: http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1772772

Las redes sociales se pueden clasificar en dos tipos: fuertes y débiles. La diferencia entre unas y otras radica en la facilidad con la que la información fluye dentro de los miembros de la Red. En el primer tipo (fuerte) hay menos miembros pero la cohesión del grupo es mucho mayor, es decir, una persona tiene pocas relaciones pero todas las que pertenecen al grupo se conocen entre sí. Por otra parte, en una red de tipo débil no necesariamente los miembros se conocen entre sí.

Ambos tipos tienen ventajas y desventajas. Por un lado, las redes fuertes facilitan el alcance de todos los miembros de la red con facilidad, pero, por otro lado, se crea un ciclo conductual que puede estancarse. En cuanto a las redes débiles, se sacrifica fortaleza en las relaciones a cambio de mayor número de fuentes de influencia, mismas que moldean a la persona para bien o para mal. Las redes sociales tienen tal importancia en la vida de la sociedad que un conjunto de ellas que refleje mutuo apoyo entre sus integrantes puede conformar una comunidad en la cual la confianza previene sentimientos de soledad y ansiedad; y que a la larga crea una identidad basada en expresiones y simbolismos que distinguen su área de otras.**

Recientes estudios longitudinales han demostrado que las redes sociales pueden capturar y almacenar información que se transmite entre las personas a través del tiempo. De la misma manera estas redes poseen memoria de su estructura y de sus funciones y constituyen una herramienta imprescindible en el mundo moderno. Según varias observaciones y estudios realizados por sociólogos como Pol. E, una persona tiene en promedio 150 amigos o conocidos, cantidad comúnmente conocida como el Número de Dunbar, entendiéndose por amigo una persona a la que se le pediría un favor esperando una respuesta afirmativa.

En la actualidad, las redes sociales electrónicas han cobrado relevancia en el mundo, principalmente entre los jóvenes, pero la principal labor de estas redes es, para efectos de este estudio, facilitar la comunica-

** Pol E. The Theoretical Background of the City-Identity-Sustainability Network. Sage Journals. Enero 2002 [accesado 2012 Apr 12].;34(1) Disponible de: Consejo Nacional contra las Adicciones, Sitio Web: http://eab.sagepub.com/content/34/1/8

ción entre los individuos, agilizar la organización de eventos y transmitir influencia social.[††]

Con lo anterior inferimos que actualmente es necesario que las políticas públicas cuenten con un enfoque más comunitario en el que se considere como elemento básico las redes sociales existentes y generadas en la comunidad, toda vez que éstas pueden fungir como catalizadoras de las políticas a través de un efecto denominado "Cascada" que ilustraremos a continuación. Como se puede observar en la *figura 1*, una persona tiene dos amigos, y ésta influye en las decisiones de aquellos, y estos a su vez tienen dos amigos respectivamente y éstos se ven "contagiados" o influenciados por las decisiones, pensamientos y acciones tanto de su amigo directo como de los indirectos y así sucesivamente. Esta influencia por parte de la persona original a otra persona que puede no conocer se le conoce como los tres grados de influencia que, a su vez, derivan en un efecto denominado "Cascada".[‡‡] Por ello, es importante identificar y utilizar a los líderes naturales dentro de las comunidades, ya que estos no sólo tienen la inteligencia de la dinámica del barrio y de la sociedad sino que son potencialmente excelentes embajadores de las acciones y mensajes que deseemos se repliquen en un territorio determinado de intervención.

La teoría de los tres grados de influencia en las redes sociales explica que las amistades de los amigos de segundo grado pueden afectar e influenciar a una persona. Asimismo, aproximaciones matemáticas de estudios sociológicos realizados por Christakis[§§] explican que es 15% más probable que una persona se sienta feliz si está conectada en primer grado a alguien que se siente y transmite felicidad; 10% en caso de que sean 2 grados de separación y 6% en el tercer grado; refiriendo nuevamente a la regla de los tres grados de influencia al tiempo de fundamentar la fuerza de las redes sociales.

Otro de los factores que amplifica el efecto Cascada es el acceso a redes sociales electrónicas, las cuales facilitan la comunicación entre los conocidos, los que no se conocen tanto e incluso aquellos que son desconocidos.

[††] The Economist E. Social networks. Primates on Facebook. Feb 26, 2009 [acceso 2012 Jun 3]. Disponible de: Consejo Nacional contra las Adicciones, sitio Web: http://www.economist.com/node/13176775?story_id=13176775

[‡‡] Christiakis NF *Connected.* New York: Back Bay Books; 2009.

[§§] Íbid

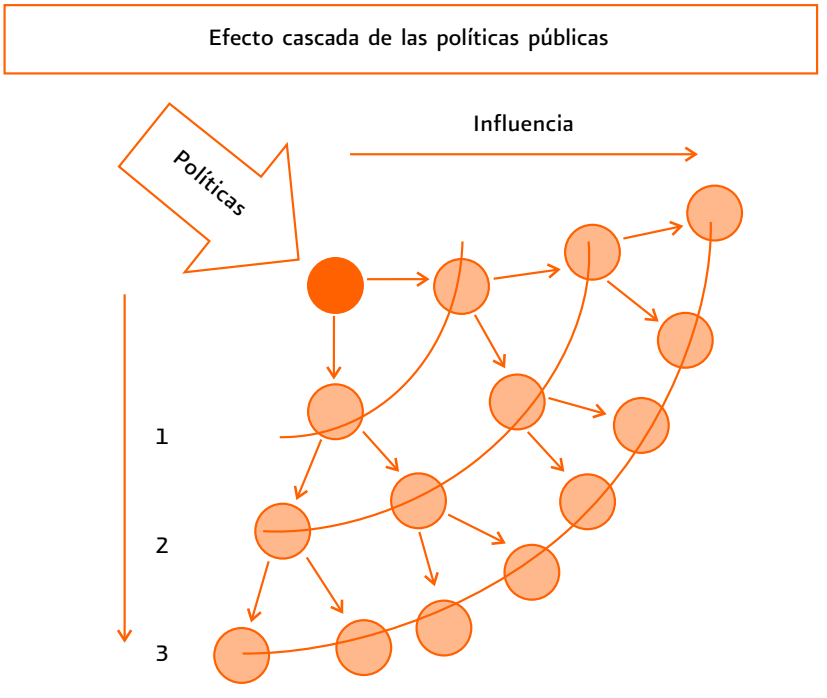


Figura 1. Efecto cascada de las redes sociales.

Asimismo, un experimento enfocado a reducir el peso de varios individuos demostró que al ayudar a adelgazar a los pacientes se tenía un efecto similar en la pareja de la persona.[IIII] El principal factor que influyó en la reciprocidad del tratamiento fue que la pareja copió la alimentación, del paciente, es decir, se vio influenciada por él.

En otro ejemplo del estudio de redes sociales, Papachristos analiza, a través de un enfoque de logística regresiva, la probabilidad de ser víctima de un impacto de bala o de un homicidio en diversos grupos poblacionales o sociales como pandillas e individuos de los suburbios de Boston. El autor concluye que las redes sociales influyen de manera definitiva en la probabilidad de ser asesinado o ser víctima de un disparo de arma de fuego, y que inclusive puede ser un factor de riesgo influyente más que el contexto en el que viven y se desenvuelven las personas. Según el estudio, la probabilidad de sufrir alguno de estos problemas de violencia es mayor por ser conocido cercano de individuos que hayan sido asesinados o que hayan sufrido de impacto de bala que por vivir en una colonia o zona conflictiva.

La implementación de algunas políticas, especialmente en el caso de los jóvenes, debe de estar enfocada en los individuos involucrados y líderes en su comunidad y círculos para que éstos a su vez transmitan los mensajes y acciones.

El uso de las redes sociales facilita el involucramiento de otros jóvenes, los hace partícipes y les otorga sentido de pertenencia respecto de las intervenciones que se realicen en su comunidad. Con ello se puede lograr que las políticas lleguen a más jóvenes y sean más eficientes.

Es importante que el diseño e implementación de las políticas públicas utilicen las ventajas de las redes sociales tanto personales como electrónicas ya que son costo-efectivas debido a que al ayudar a una persona,

[IIII] Gorin AA, Weight Loss Treatment Influences untreated Spouses and the Home Enviroment: Evidence of a Ripple Effect. International J of Obesity 2008; 32:1678-84.

indirectamente se ayuda a las personas relacionadas con ésta, eliminando la necesidad de una política más grande y costosa.

Por lo que se refiere a las redes sociales electrónicas-virtuales, es importante mencionar que éstas han tomado una relevancia muy significativa por el potencial que tienen de compartir y difundir información de manera focalizada, segmentando mensajes e información según el perfil de las personas. En estas redes podemos observar claramente el efecto cascada antes explicado. Por ejemplo, la plataforma electrónica Facebook cuenta con capacidad de segmentación de mensajes y con herramientas innovadoras y potentes que permiten que los mensajes se difundan y penetren de manera mucho más eficiente que otros medios.

Según el INEGI, en México existen alrededor de 34.5 millones de internautas, de los cuales 32 millones de ellos se encuentran de manera activa en Facebook y 4.5 millones en Twitter. Facebook es el segundo sitio más visitado de internet en el mundo después de Google y concentra 60% de su universo en el grupo poblacional de 18 a 34 años de edad. Considerando el alcance y potencial de las herramientas utilizadas por este tipo de plataformas, es imprescindible que se les considere y utilice como un eje estratégico en la prevención y tratamiento de las adicciones en México.

Determinantes sociales, focalización comunitaria y costo-efectividad

Para obtener resultados eficientes en materia de política pública es necesario entender que la mayor parte de las causas de inequidad en el sector social y que especialmente aquejan a la juventud derivan de condiciones en las cuales las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. Estas condiciones son referidas como los determinantes sociales.

La *figura 2* muestra la variedad de determinantes sociales que contribuyen al desarrollo de las personas. Existen múlti-

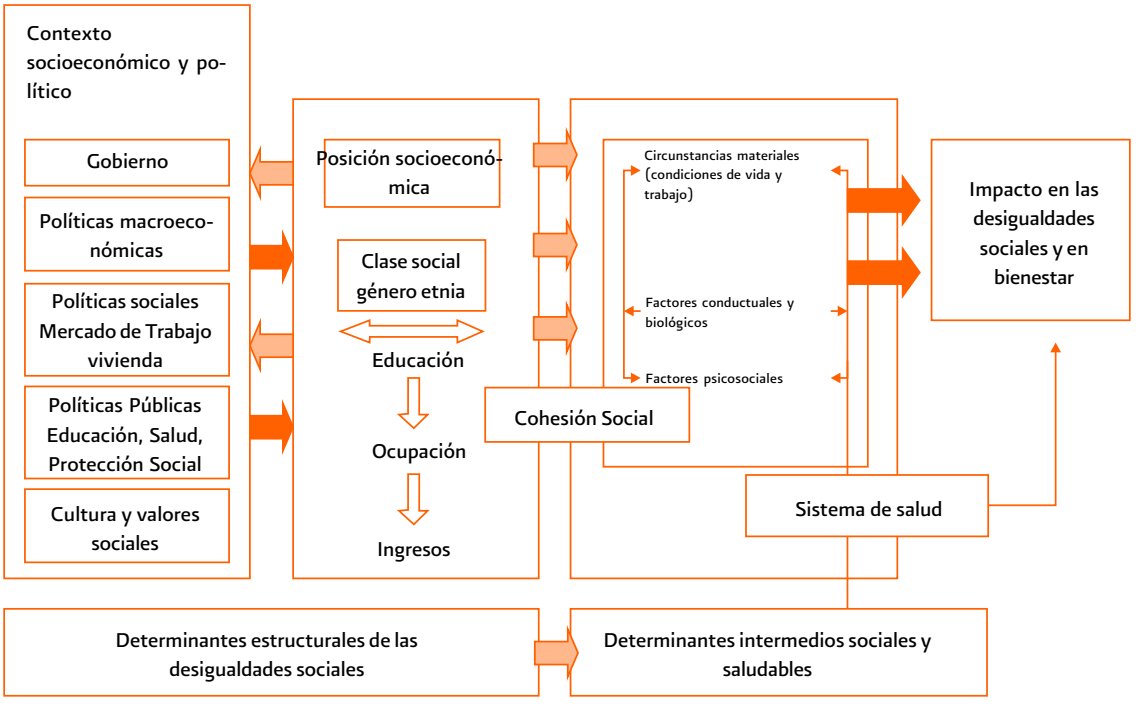
ples causas y condiciones, como la posición económica, la clase social, etnia, género, ocupación, educación, la cultura, valores políticos, factores biológicos, psicosociales y materiales que determinan el comportamiento de un individuo, una familia y una comunidad.[¶¶]

Podemos observar que al no ser adecuados algunos de estos determinantes en la vida de las personas, se convierten en factores de riesgo para que ese individuo pueda tener problemas sociales, caer en adicciones y/o violencia.

En el recuadro se aprecia cómo la deficiencia en los servicios educativos (tomando como referencia los datos del INEGI, el promedio de escolaridad entre los jóvenes es de 9.7 años a pesar de que la asistencia escolar se ubica, en los jóvenes de 15 a 19 años, sobre el 50%), así como la falta de entornos saludables y de desarrollo social en las comunidades generan un impacto negativo en la igualdad dentro la sociedad y en el bienestar generando diversas problemáticas como la violencia y las adicciones.

Considerando lo anterior, se puede concluir que la juventud y la diversidad de problemas que presenta este grupo poblacional se manifiestan según los contextos, clases sociales, condiciones, oportunidades y derechos en los que los individuos se desarrollan. Por lo tanto, es necesario que las políticas públicas y acciones que se desarrollen en torno a la prevención y al tratamiento de las adicciones en jóvenes cuenten con un enfoque comunitario que considere los determinantes sociales y las características de la comunidad y el contexto específico para poder atender de manera efectiva a la población juvenil.

[¶¶] Organización Mundial de La Salud AV. WHO | The Rio Political Declaration on Social Determinants of Health. 2011 [citado 2012 Jun 3]. Disponible de: Organización Mundial de la Salud, Sitio Web: http://www.who.int/sdhconference/declaration/en/



Solar I. World Health Organization | A conceptual framework for action on the social determinants of health. 2010 [cited 2012 Jun 3]. Disponible de: Organización Mundial de la Salud, sitio Web: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500852_eng.pdf

Figura 2. Determinantes sociales.

Las estrategias de focalización consisten en dirigir las acciones de alguna política pública a un segmento de la población previamente definido. Desde finales de la década de los ochenta se ha puesto mayor énfasis en el estudio de la focalización de programas públicos, particularmente en aquellos que combaten la pobreza. En su artículo de 1990, Besley y Kanbur,*** exploran métodos de focalización en países en desarrollo. Proponen una solución ideal: que los programas se apliquen únicamente al segmento de la población que se desee intervenir, y explican las dificultades para llegar a esta solución entre las que se encuentran los posibles costos de administración y recolección de información. La mayor parte de las estrategias focalizadas se encuentran entre la solución ideal y la universalidad. En el mismo ramo, Ravallion y Chao††† han cuantificado los beneficios económicos de la focalización como la inversión adicional que se hubiera tenido que realizar para lograr los mismos efectos en caso de no haber focalizado el programa (*e.g.* Si el programa va dirigido a la población de quince a veinte años en un municipio dado, se considera una ganancia por focalización la diferencia entre el costo del programa de haberse aplicado a toda la población y el costo real del programa). Para seleccionar el segmento de la población en el cual serán focalizadas las estrategias se suelen utilizar indicadores geo-demográficos relacionados con los determinantes sociales que minimicen los casos de exclusión de la población definida, así como el desperdicio de recursos en individuos que no pertenezcan a ésta, un ejemplo de este acercamiento es el programa Oportunidades en México. Sin embargo, en algunos casos, se lleva a cabo un segundo nivel de focalización a nivel comunitario. Conning y Kevane‡‡‡ definen la focalización a nivel comunitario como un proceso de política pública en el que intervienen grupos o agentes locales para realizar alguna de las siguientes acciones: a) identificar a los beneficiarios (de transferencias) del programa, b) monitorear el cumplimiento y/o c) participar en alguna parte del

*** Besley Timothy, Kanbur Ravi. The Principles of Targeting. PRE Dissemination Center. 1990 Marzo: 35.
††† Galaso Emanuela, Ravallion Martin. Decentralized Targeting of an Anti-Poverty Program. World Bank, Development Research Group. 2001 Feb: 35.
‡‡‡ Conning Jonathan, Kevane Michael. Community-Based Targeting Mechanisms for Social Safety Nets: A. 2000.

proceso de cumplimiento.§§§ Se ha observado que la focalización comunitaria trae beneficios inmediatos por el involucramiento directo de la comunidad en los procesos y la información que ésta puede poseer, principalmente una mejor selección de la población definida y un mejoramiento notable en los resultados de los proyectos (Conning y Kevane;§§§ Baland y Platteau|||||||). Alderman¶¶¶ estudia la focalización a nivel comunitario en Albania, donde se otorga discrecionalidad local para la aplicación de programas asistenciales. Encuentra que, a pesar de la poca información estadística y la vaguedad de los criterios de selección, la focalización es adecuada y eficiente a comparación de países con criterios centralizados más estrictos. La focalización de las políticas usando determinantes sociales requiere una reorientación de éstas para que los diferentes niveles de gobierno y actores trabajen de manera alineada y contribuyan en conjunto al desarrollo sustentable de la sociedad.

En el caso de la focalización a nivel comunitario, está documentada la aprehensión de control de las dinámicas comunitarias por parte de la población, en particular por los jóvenes.**** Esto otorga un área de de oportunidad para incentivar el involucramiento activo entre los miembros de la comunidad, que se puede aprovechar para una focalización secundaria a grupos vulnerables y específicos dentro de la misma comunidad.

La focalización como estrategia en política pública puede aplicarse a cualquier programa que se desee hacer costo-efectivo. En el caso de la prevención de adicciones, una vez identificada la población en riesgo, estos mismos indicadores pueden ser utilizados para dirigir de forma más efectiva los programas, lo cual puede resultar en ganancias significativas en efectividad y ahorros considerables en la implementación. La aplicación de mecanismos de focalización comunitaria puede ayudar a la identificación de redes y acto-

§§§ Conning y Kevane se concentran en programas de combate a la pobreza como gran parte de los autores en la literatura, sin embargo el marco es fácilmente aplicable a otro tipo de política pública.
||||||| Baland JM & Platteau JP Halting degradation of natural resources: Is there a role for rural communities? Oxford: Oxford University Press; 1996.
¶¶¶ Alderman H, Multi-Tier Targeting of Social Assitance: The Role of Intergovernmental Transfers. The World Bank Economic Review 2012; 33-53.
****Valenzuela A, La reconstrucción de movimiento social en barrios críticos: El caso de la "Coordinadora de Pobladores José María Caro" de Santiago de Chile. revista invi 2012; 187-215.

res clave que maximicen la eficiencia de los recursos.

Hemos mencionado que una de las ventajas de las estrategias de focalización comunitaria es el uso de información local. Bird[††††] explica que frecuentemente centralmente no se sabe qué hacer (*e.g.* a quién dirigir las políticas de prevención en determinado municipio) y localmente no se sabe cómo.[‡‡‡‡] Una de las grandes desventajas de la focalización comunitaria es que si bien se utiliza el conocimiento e información de los actores locales para la implementación, éste rara vez es registrado y compartido, lo que implica que sólo puede ser utilizado a nivel local; además, como menciona Bardhan,[§§§§] en muchas ocasiones los métodos locales de medición y rendición de cuentas dejan mucho que desear y al descentralizar el poder de implementación se cede también control sobre la rendición de cuentas (Galasso y Ravallion), lo que resulta en una varianza mayor en la efectividad de los programas y dificultad de verificación. La medición del impacto de ciertos programas que utilizan focalización comunitaria se puede llevar a cabo cuando existen datos a nivel micro que permitan la comparación –como es el caso de indicadores de pobreza–, sin embargo, en el caso de adicciones, la información disponible no es suficiente.

El involucramiento local resultante de una estrategia de focalización comunitaria puede ser aprovechado a una mayor escala: si la información o inteligencia local utilizada para la implementación es registrada sistemáticamente, no sólo es posible contar con una mejor verificación y medición de los efectos de la implementación, sino que ésta, en el agregado, puede ser utilizada en el diseño de política pública posteriormente con un potencial enorme de éxito. El registro y sistematización de la información local implica grandes dificultades y retos, y dada su naturaleza cualitativa debe ser manejada con precaución en las distintas partes del proceso. No obstante, los avances tecnológicos de los últimos años hacen estos mecanismos posi-

[††††] Bird RM. Decentralizing infrastructure: For good or for ill? Washington: World Bank Publications; 1994.

[‡‡‡‡] En distintas entrevistas realizadas por los autores se habló de casos en lo que organizaciones locales que trabajan con la población en riesgo lo hacen en numerosas ocasiones con metodologías no convencionales que algunas veces son incluso ilegales

[§§§§] Bardhan P. Decentralization for Governance and Development. The J of Economic Perspectives 18 de Junio de 2012; 16(4):185-205.

bles y deseables por su bajo costo y relativa facilidad de implementación y seguimiento.

EVOLUCIÓN Y PRÁCTICAS DE SISTEMATIZACIÓN DE INFORMACIÓN LOCAL Y PLATAFORMAS ELECTRÓNICAS

Desde la Segunda Guerra Mundial las preguntas cerradas han dominado los estudios para reunir información (Smith;|||||||| Salganik¶¶¶¶) debido a que son relativamente fáciles de aplicar y la información es sencilla de procesar. Entre las ventajas de los cuestionarios cerrados se encuentran la uniformidad de la información, la facilidad de manejo por parte del investigador y los costos de análisis relativamente bajos incluso para estudios masivos. Toda encuesta cerrada, sin embargo, tiene dos problemas inherentes: 1) existe un sesgo de diseño pues el investigador plantea *a priori* todas las preguntas y respuestas posibles por lo que los resultados sólo podrán ubicarse dentro de un rango predeterminado, y 2) los sujetos están obligados a contribuir con una cantidad de información fija, a pesar de que posean más información de valor y estén dispuestos a compartirla.

Las preguntas abiertas, en contraste, tienen la posibilidad de otorgar información adicional fuera del rango predeterminado por el investigador, lo cual en muchas ocasiones resulta de alto valor (Schuman y Presser,***** 1979; Salganik¶¶¶¶).

La prevalencia de las preguntas cerradas se ha debido en parte a la dificultad de análisis y procesamiento de los datos recopilados por medio de preguntas abiertas, sin embargo, en años recientes el desarrollo de técnicas computacionales y de análisis cualitativo ha reducido notablemente los costos al simplificar el procesamiento de datos, de tal modo que es económicamente viable la aplicación de esquemas híbridos o abiertos.

Además de los costos computacionales, algunas de las grandes críticas a los cuestionarios abiertos se centran en la subjetividad del

|||||||| Smith W. Tom. The Art of asking Questions, 1935-1985. Oxford University Press 1987 [21 de Junio 2012]; 51 (2 Suppl: 50th Anniversary Issue): [S95-S108]. http://www.jstor.org/stable/2749191

¶¶¶¶ Salganik MJ & Levy KE Wiki surveys: Open and quantifiable social data collection. New York: Princeton University; 2012.

***** Schuman H, Presser S. The open and closed question. American Sociological Review 1979; 44:692-712.

análisis (Carey, Morgan y Oxtoby;[†††††] Ryan y Bernard[‡‡‡‡‡]). Nuevamente, los avances en computación e inteligencia artificial hacen posible una mayor claridad en los procesos de codificación de datos, dado que muchos de éstos pueden resumirse en programas o diccionarios automatizados, lo cual a su vez facilita una interpretación más objetiva dejando menos espacio a interpretaciones personales. Adicionalmente el desarrollo de *la nube*[§§§§§] y la posibilidad de procesar grandes cantidades de información en ésta hace posible que la totalidad de los datos en formato crudo (audio, video, texto,...), su codificación y pruebas por medio de distintas metodologías[||||||||||] puedan ser guardadas y compartidas para análisis en conjunto con otras bases de datos. Con estas herramientas, la información puede ser revisitada con nuevas preguntas y, si el diseño experimental inicial fue bien realizado, las respuestas abiertas serán lo suficientemente ricas como para contestar preguntas que en un inicio los investigadores no tenían contempladas.

Este tipo de análisis, sin embargo, no está limitado a datos obtenidos por entrevistas, de hecho en algunos casos los sujetos no necesitan siquiera ser entrevistados. En los últimos años, por ejemplo, se ha desarrollado el análisis de conversaciones en línea a través de blogs o redes sociales públicas como Twitter. Un caso de éxito notable fue la detección del SARS[¶¶¶¶¶¶] cuatro meses antes de la alerta global emitida por la Organización Mundial de la Salud gracias al sistema canadiense GPHIN que analiza más de 20,000 conversaciones diarias en foros de discusión, blogs, periódicos y revistas en línea con algoritmos de análisis cualitativo (WHO, 2003).

En los últimos años han surgido distintos proyectos que el despliegue de medios de comunicación para reunir y analizar información con velocidad, alcance y costos sin precedentes; esto posible gracias al desarrollo e implementación de tecnología incluso en los lugares más remotos e inacce-

[†††††] Carey W. James, Morgan Mark, Oxtoby J. Margaret. Intercoder Agreement in Analysis of Responses to Open-Ended Interview Questions: Examples from Tuberculosis Research. Cultural Anthropology Methods; 8(3):1-5.

[‡‡‡‡‡] Russell H. Bernard, Ryan Gery. Text Analysis: Qualitative and Quantitative Methods en Handbook of Methods in Cultural Anthropology. Altamira Press; 2002, 595 -645.

[§§§§§] Se le conoce como La Nube a un conjunto de servidores remotos en los que se puede almacenar o procesar información por una renta establecida. Esto ha permitido poder almacenar y procesar cantidades enormes de información sin tener que invertir en servidores.

[||||||||||] Dependiendo del tipo de datos con los que se cuenten y la forma en la que fueron recopilados, existen metodologías de análisis recomendadas como Palabras clave, Conteo de palabras, Análisis estructural, Mapas cognitivos, Tests Booleanos, entre otros. Para una introducción actualizada a éstas y otras metodologías ver (Ryan y Bernard, 2005).

[¶¶¶¶¶¶] En la realización de dinámicas participativas en distintas ciudades, los autores han observado que cuando los canales son recién lanzados, sólo son utilizados activamente por la población que los conoce y los acepta. Esto es un problema común con comunidades participativas que se apoyan en medios virtuales (Chen, et al, 2010) y se han estudiado distintos mecanismos no monetarios para promover la participación, la invitación directa es uno de los más eficientes cuando se trata de plataformas nuevas para los usuarios por lo que se logra un beneficio adicional en la activación inicial de los canales.

sibles. Un caso particular es el del proyecto *Voix des Kivus*, desarrollado por la universidad de Columbia en Congo del Este donde la falta de comunicación e inaccesibilidad de algunas aldeas permitía que frecuentemente se llevaran a cabo abusos sin posibilidad de asistencia por parte de organismos internacionales.****** El objetivo del programa fue instalar un sistema de bajo costo que pudiera proporcionar información verificable de alta calidad sobre los eventos que ocurrieran en aldeas remotas. Se repartieron tres teléfonos celulares en cada aldea y se capacitó a los usuarios para que enviaran mensajes con los acontecimientos principales que ocurrieran en su comunidad. Se desarrollaron algoritmos para verificar la veracidad de los reportes en tiempo real y poder abstraer conclusiones de éstos. El programa se ha considerado un éxito ya que se tiene un sistema de alerta confiable así como reportes semanales sobre las ocurrencias en las aldeas.††††††

Cabe mencionar que entre mayor sea la penetración de canales de comunicación, mayor es el potencial de extracción de información, análisis y retroalimentación. Un ejemplo del aprovechamiento de canales más sofisticados como plataformas en internet es el realizado por investigadores de la Universidad de Princeton (Salganik¶¶¶¶) quienes desarrollaron un sistema híbrido de encuestas que permite clasificar ideas de forma comunitaria, a diferencia de encuestas o foros, el sistema permite a los usuarios aportar sus propias ideas y votar entre las otras en pares. El sistema ha sido utilizado para decidir acciones a tomar por parte de la Ciudad de Nueva York, y más recientemente para ayudar a definir los objetivos de movimientos sociales de forma colaborativa como Occupy Wall Street y #Yosoy132. En estas plataformas han podido participar miles de personas gracias a la penetración del internet. En un ejemplo de la capacidad de manejo y análisis de datos, distintas industrias han hecho uso del llamado Big Data‡‡‡‡‡‡ para focalizar sus estrategias de marketing a través de la información. Posiblemente los casos más conocidos son los de empresas como Netflix,

****** Entre julio y agosto del 2010 más de 170 mujeres fueron violadas.

†††††† Columbia Center for the Study of Development Strategies. Eventmappinf in Congo. 2010 [citado 2012 Jun 7]. Disponible de: Columbia University, Columbia Center for the Study of Development Strategies sitio Web: http://cu-csds.org/projects/event-mapping-in-congo/

‡‡‡‡‡‡ A pesar de que el término continúa siendo ambiguo por su reciente creación, se define Big Data como bases de datos que por su tamaño o complejidad estructural no pueden ser procesadas por métodos tradicionales.

Facebook o Amazon, que utilizan los datos de navegación y compras de millones de usuarios para focalizar y segmentar las recomendaciones y campañas publicitarias a un grado casi personalizado. Un caso particular que ha atraído la atención es el de la cadena estadounidense Target, la cual logró identificar de entre sus millones de clientes a mujeres en el segundo trimestre de embarazo a través de su historial de compras, información que usó para focalizar campañas que se tradujeron en utilidades multimillonarias.

Los principios que rigen estas estrategias de mercadeo son los mismos utilizados en política pública: seleccionar un segmento de la población y utilizar la información disponible para aplicar los programas únicamente a éste para obtener mejores resultados, evidentemente los determinantes sociales tienen un papel predominante en la identificación de los segmentos. Estos ejemplos exitosos de aplicación de avances tecnológicos con enfoque comunitario sólo refuerzan la importancia de su aplicación en las políticas de prevención de adicciones en nuestro país. La aplicación es sencilla, costo-efectiva y puede traer resultados sin precedentes como se ha visto en casos de éxito alrededor del mundo.

SECCIÓN 3. ELEMENTOS A CONSIDERAR EN LA FOCALIZACIÓN Y USO DE REDES SOCIALES EN LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ADICCIONES EN MÉXICO:

Para que una herramienta de aplicación estratégica reúna las virtudes de la focalización y aproveche los avances tecnológicos y los canales de comunicación existentes en el análisis cualitativo, su aplicación requiere de una serie de elementos.

En primer lugar es importante que dicha herramienta recupere la inteligencia colectiva dentro de una comunidad determinada y que incurra en un proceso de focalización local de los programas de prevención y tratamiento de adicciones. Este nivel de detalle de conocimiento permitirá que la política pública a nivel nacional pueda dirigirse a la población en riesgo con programas, mensajes y objetivos adaptados además de segmentados.

Existen tres elementos básicos que la metodología debe considerar: a) sistematización de la focalización comunitaria de modo que se conserven las ganancias en información e involucramiento comunitario de este proceso, pero a la vez se construyan bases de datos operables que puedan ser utilizadas posteriormente; b) cuestionarios abiertos o híbridos que permitan reunir información de distintas fuentes y a través de un número diverso de canales, observando un espectro más amplio que escape de los sesgos inherentes y c) que sea costo-efectiva.

Para llevar a cabo una intervención local-focalizada es importante contar con los siguientes datos antes de la intervención que permitan realizar el trabajo de manera más efectiva:

a) Información socio-demográfica, geo-estadística, de patrones y tendencias de consumo que ayuden a identificar la población en riesgo por medio de determinantes sociales; esta información puede ser recabada a través de la ENA, CONAPO, INEGI y cualquier otro estudio o herramienta disponible que se considere relevante.
b) Un análisis exhaustivo de líderes comunitarios y actores clave que trabajen en torno al tema de adicciones y/o con poblaciones en riesgo a nivel local; en éste se debe de incluir a funcionarios, líderes y miembros de CECAS, CNVs, ONGs y OSC, colectivos juveniles y artísticos que participan, así como una descripción de su trabajo, alcances, posturas y relaciones, casos de éxito, problemas y áreas de oportunidad.
c) La elaboración de un mapa digital e interactivo que permita visualizar de forma clara el contexto local espacialmente, incluyendo infraestructura, distribución demográfica, actores importantes y zonas de influencia y población en riesgo.

Proceso participativo comunitario

Para lograr una auténtica focalización se debe desarrollar un proceso que permita extraer la inteligencia colectiva anteriormente referida, de forma eficiente e integrarla con base en los datos manejables.

Se sugiere el diseño de las bases de datos *a priori*. Cabe subrayar que los métodos y software de análisis cualitativo desarrollados en los últimos años permiten una mayor flexibilidad en los procesos, pudiendo incluso incluir dispositivos multimedia que hagan las participaciones entretenidas y naturales. Se debe obtener y documentar, a través de un proceso participativo: a) la información comunitaria b) las participaciones para que éstas puedan trascender el proceso de focalización y fungir en la definición de objetivos medibles.

Los talleres participativos son una herramienta interesante en este tipo de estrategias, dado que permiten la extracción de una variedad de perspectivas y un análisis profundo realizado por los mismos sujetos, derivado de la discusión moderada entre ellos. En el caso de las adicciones, es importante que de este ejercicio se logre obtener, entre otras cosas, las tendencias en el uso de drogas, comportamientos de la población en riesgo, tipos de actividades y preferencias de la misma población, zonas geográficas de riesgo, áreas de oportunidad y posibles colaboraciones de los distintos actores.

La información obtenida sirve para llevar a cabo una focalización comunitaria diseñada por los actores locales, incluso, si el proceso es realizado de forma adecuada, es muy probable que los participantes se muestren dispuestos a continuar colaborando con la implementación de programas posteriores.

La apertura del proceso y participación comunitaria influye directamente en la percepción y pertenencia de las actividades y programas que se apliquen como se ha visto en los casos de éxito mencionados anteriormente. En el tema de adicciones esta cercanía es particularmente valiosa por la importancia que tienen las intervenciones de los actores en las redes comunitarias para el éxito de los programas.[§§§§§§]

[§§§§§§] A diferencia de programas de infraestructura, por ejemplo, los programas de combate y prevención a adicciones tienen un componente social inherente por lo que pueden explotar de mejor manera los beneficios intrínsecos de los procesos de participación comunitaria en la planeación, implementación y adopción de éstos por parte de la población.

Asimismo, se deben de proveer los canales necesarios para que la comunidad pueda participar de forma sencilla y natural. La cobertura a nivel nacional de teléfonos celulares y la penetración cada vez mayor del acceso a internet, sobre todo en demografías jóvenes, permiten proporcionar canales inclusivos y costo efectivos ya que están basados en medios y tecnologías previamente existentes. La dotación de canales incluyentes a nivel comunitario, sin embargo, no es suficiente; para poder tener validez estadística es necesario cubrir ciertas cuotas poblacionales[||||||||||] a través de un muestreo aleatorio y encuestas abiertas[¶¶¶¶¶] realizadas por encuestadores locales.

Dependiendo del número de comunidades en las que la herramienta quiera aplicarse, se podrían automatizar algunas partes del proceso, por ejemplo, la captura de la información resultante de entrevistas o encuestas abiertas suele ser un proceso costoso en tiempo y recursos sin embargo el último año el desarrollo de software de traducción de audio a texto ha tenido avances importantes en calidad y accesibilidad[*******] por lo que automatizar el proceso es económicamente viable y puede representar un ahorro considerable en tiempo y recursos si se logra, por ejemplo, dotar a los encuestadores locales de *tablets* con software especializado. Otra ventaja de estas tecnologías es que las encuestas se pueden realizar de forma ágil y de manera personal, protegiendo la integridad de los datos, además de que la información puede ser transmitida de forma segura en tiempo real, permitiendo que se comience a analizar la información inmediatamente.

Además de la participación muestral, la metodología debe considerar la inclusión de otros actores locales de forma voluntaria a través de la apertura de canales de diálogo naturales para la población. En años recientes, de todos los canales ya existentes, tres tipos se han explotado de forma exitosa: a) redes celulares por mensajes de texto (SMS's) b) plataformas en línea y redes sociales (Facebook, Twitter, Tumblr, Instagram,...) y c) urnas, módulos o cabinas diseñadas y colocadas estratégicamente.

[||||||||||] Éstas dependen de la distribución demográfica de la población y de la información que se desee extraer de ésta.
[*******] El caso de Siri, asistente robótico en los últimos modelos de teléfonos inteligentes iPhone es un ejemplo de la aplicación de esta tecnología.

Estos canales deben de ser administrados por un tiempo previamente definido y su utilización y diseño depende de las características de la localidad. La comunicación y transparencia con los participantes es sumamente importante ya que si sus expectativas no son cumplidas el proceso puede resultar contraproducente, sin embargo esto puede ser prevenido fácilmente con una correcta planeación y comunicación. Se recomienda informar sobre la duración temporal y dar retroalimentación personalizada a los usuarios.[†††††††]

En este tipo de procesos, el diseño de las preguntas abiertas es de suma importancia y deberá ser realizado tomando en cuenta los medios por los que se hacen y las características de la población. Vogt, Brown e Isaacs (2003) establecen que para plantear preguntas que impulsen un diálogo constructivo, se debe considerar entre otras cosas: que sea relevante para el sujeto, que sea genuina (es decir, que no se conozca la respuesta previamente), que traspase prejuicios y respuestas obvias, que la pregunta misma promueva el pensamiento crítico y creativo, que permita el nacimiento de nuevas interrogantes. Preguntas de este tipo son las más valiosas en la metodología abierta planteada, ya que promueven el análisis por parte de los sujetos lo que implica más y mejor información en el estudio.

La información obtenida podrá ser organizada, catalogada, analizada y almacenada para revisión o análisis posterior, sin incurrir en grandes costos.

Como resultado de este proceso se obtendrá una base de datos estratégicos tanto para el proceso en curso como para usos futuros que incluyan características sociodemográficas, percepción, usos y tipos de drogas. Además, como ya se ha mencionado, se incrementa la probabilidad de la adopción de los programas por parte de la comunidad al ser ellos mismos tomados en cuenta para el diseño.

A través de los canales de diálogo construidos con encuestados y participantes voluntarios se debe dar difusión a los programas deseados y las redes, bases de datos, con-

††††††† La retroalimentación personalizada a usuarios ha incrementado la participación posterior hasta en un 60% en programas llevados a cabo por los autores. Chen et al (2010) también estudian este fenómeno obteniendo resultados significativos en el aumento de la participación posterior a retroalimentación personalizada.

tactos y canales quedarán a disposición de los promotores del programa a nivel general y local para necesidades futuras de difusión y diálogo comunitario.‡‡‡‡‡‡‡

El uso de este tipo de herramientas permitirá que se cuente con una base de datos operable con información actualmente inexistente sobre dinámicas y redes comunitarias, actores importantes, patrones de consumo, percepción por parte de autoridades y población a nivel local. A partir de esta base de datos se puede extraer un análisis profundo que permita dirigir los programas y políticas en la prevención de adicciones a nivel local de una forma más eficiente. La información integrada podrá ser compartida a nivel nacional para la planeación e implementación en otras comunidades y analizada en conjunto con bases de estructura similar obtenidas de otras localidades con la posibilidad de extraer conclusiones importantes a través del uso del *Big Data* lo cual no es posible hoy en día. Las redes, conexiones y canales de comunicación permanecerán disponibles para la extracción de información adicional a través del diálogo o la difusión de mensajes personalizados.

Comunicación estratégica

Otro de los elementos importantes en torno a la prevención de adicciones son las campañas y mensajes que se diseñan para intentar que los niños y jóvenes se alejen de las drogas; sin embargo, muchas veces estos mensajes al no estar elaborados específicamente para este tipo de población son poco efectivos. Es por ello que las políticas y estrategias de comunicación deben considerar la focalización y la segmentación de mensajes clave, diseñando mensajes para distintos segmentos poblacionales y diferentes perfiles.

Las herramientas de focalización permiten utilizar la información local para el diseño e

‡‡‡‡‡‡‡ En conversaciones llevadas a cabo por los autores con funcionarios encargados de programas preventivos en el consumo de drogas, éstos mencionaron la utilidad de los canales de diálogo desarrollados para la construcción de sistemas de Pulse- Check que permitiera monitorear localmente indicadores sobre consumo y precios de estupefacientes, así como alertar acerca de posibles epidemias o nuevas sustancias. Una vez establecidos los canales y con un flujo constante de información combinado con el monitoreo estratégico de conversaciones y publicaciones, es posible establecer este tipo de programas con costos relativamente bajos (Voix des Kivous, 2010). Las ventajas de un sistema de esta naturaleza contra los actuales son enormes ya que dan la oportunidad de utilizar la información local para prevenir posibles epidemias desde el origen sin tener que esperar meses por los reportes.
Solar I. World Health Organization | A conceptual framework for action on the social determinants of health. 2010 [cited 2012 Jun 3]. Disponible de: Organización Mundial de la Salud, sitio Web: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500852_eng.pdf

implementación de las campañas para un aprovechamiento económico y un aumento en efectividad del involucramiento comunitario sin tener que ceder en calidad o posibilidad de medición de los resultados.

CONCLUSIONES

Los avances tecnológicos y científicos de los últimos años permiten la implementación de nuevas metodologías para la prevención de adicciones que sean capaces de adaptarse a las circunstancias locales y temporales. Una metodología con las características presentadas a lo largo de este capítulo permite la adaptación local y el involucramiento comunitario, el cual trae beneficios intrínsecos. La información proporcionada por los agentes y la aceptación y apropiación de los programas por la comunidad aumenta las probabilidades de éxito de éstos.

Las políticas públicas deben aprovechar a los líderes jóvenes y a las redes sociales de éstos, tanto las virtuales como las físicas. El estudio y aprovechamiento de las redes sociales dentro de las comunidades ha probado ser una herramienta eficiente en la transmisión de ideas, mensajes y estrategias que pueden aplicarse con éxito en la prevención y tratamiento de adicciones. Estas circunstancias y herramientas permiten llevar a cabo un proceso de focalización comunitaria adecuado que puede traducirse en programas menos costosos y más eficientes. La sistematización de la información recopilada tiene un inmenso potencial en estrategias de prevención a nivel macro y hoy en día es viable recopilarla, almacenarla y analizarla a costos muy bajos.

Es de recalcar que programas que aprovechan las últimas tecnologías y técnicas de análisis comunitario y de redes han sido exitosos en la recopilación de información, focalización de programas y segmentación de mensajes en diversos campos alrededor del mundo. Para lograr que los mensajes clave y las estrategias de comunicación lleguen a los jóvenes es necesario comprender la composición de sus redes sociales y encontrar mensajes atractivos y "personalizados" ya sea utilizando música, lenguaje, personas o elementos con los que ellos se identifiquen.

Como observamos a lo largo de este capítulo, las últimas tecnologías y técnicas de análisis comunitario y de redes constituyen una

herramienta importante para complementar los instrumentos existentes y contar con información local y temporal con la que ahora no se dispone.

Agradecemos los valiosos comentarios y consejos para la realización de este artículo y desarrollo de la herramienta y metodología descrita de la Dra. María Elena Medina Mora, José Castrejón y Lucero García Rivas.

REFERENCIAS

1. Alderman H. Multi-Tier Targeting of Social Assitance: The Role of Intergovernmental Transfers. The World Bank Economic Review; 2012. p. 33-53.
2. Baland JM, Platteau JP. Halting degradation of natural resources: Is there a role for rural communities? Oxford: Oxford University Press; 1996.
3. Bardhan P. Decentralization fo Governance and Development. The J of Economic Perspectives 2012; 16(4): 185-205.
4. Besley T, Kanbur R. The Principles of Targeting. PRE Dissemination Center. 1990: 35.
5. Bird RM. Decentralizing infrastructure: For good or for ill? Washington: World Bank Publications; 1994.
6. Carey WJ, Morgan M, Oxtoby JM. Intercoder Agreement in Analysis of Responses to Open-Ended Interview Questions: Examples from Tuberculosis Research. Cultural Anthropology Methods; 8(3):1-5.
7. Castañeda T, Lindert K, de la Briére B, Fernandez L, Hubert C, Osvaldo L, et al. Designing and Implementing Household Targeting Systems: Lessons from Latin American and The United States. Social Protection Discussion Paper Series 2005; (0526): 69.
8. Centro Nacional Contra las Adicciones. Informe de labors. CENADIC; 2012.
9. Coady D, Grosh M, Hoddinott J. Targeting outcomes redux. FCND DP 2002; 144: 44.
10. Coady PD. The Application of Social Cost-Benefit Analysis to the Evaluation of Progresa. International Food Policy Research Institute; 2000.
11. Conning J, Kevane M. Community-Based Targeting Mechanisms for Social Safety Nets: A. 2000.
12. Christakis N, Fowler J. Connected. New York: Back Bay Books; 2009.
13. Critical Review. World Development [revista en Internet] 2002 [18 de Junio de 2012]; 30(3): [375-394]. www.elsevier.com/locate/worlddev.

14. Denzin KN, Lincoln SY. The Sage handbook of Qualitative Research. 3ra. Ed. US(California): Sage Publications, Inc.; 2005.
15. Denzin KN, Lincoln SY. The Sage handbook of Qualitative Research. 2nd. Ed. US (California): Sage Publications, Inc.; 769-802.
16. Galaso E, Ravallion M. Decentralized Targeting of an Anti-Poverty Program. World Bank. Development Research Group 2001.
17. Green WL, Mercer LS. Can Public Health Researchers and Agencies Reconcile the Push From Funding Bodies and the Pull From Communities? Am J Public Health 2001; 91(12): 1926-43.
18. Harrell CM, Bradley AM. Data Collection Methods: Semi-Structured Interviews and Focus Groups. USA (CA): RAND; 2009.
19. Hernández FD, Orozco CM, Vázquez BS. La Focalización como estrategia de política pública. México: Secretaría de Desarrollo Social; 2005. Documentos de investigación, 25.
20. Papachristos, Social Networks and the Risk of Gunshot Injury. J Urban Health 2012.
21. Pol E. "The Theoretical Background of the City-Identity-Sustainability Network." Environment and Behavior 34. Ene 2002. Sage Publications. [acceso 12 de Mayo de 2012] Disponible en: http://eab.sagepub.com/content/34/1/8.
22. Russell HB, Ryan G. Text Analysis: Qualitative and Quantitative Methods en Handbook of Methods in Cultural Anthropology. Altamira Press; 2002, p. 595-645.
23. Ryan WG. What Are Standards Of Rigor For Qualitative Research? RAND Corporation: 8.
24. Sadoulent E, de Janvry A. Targeting and Calibrating Educational Grants: Focus on Poverty or on Risk?. EEUU: University of California at Berkeley; 2002.
25. Salganik MJ, Levy KE. Wiki surveys: Open and quantifiable social data collection. New York: Princeton University; 2012.
26. Schuman H, Presser S. The open and closed question. American Sociological Review 1979; 44: 692-712.
27. Severe acute respiratory syndrome (SARS) Suiza: World Health Organization CDS Information Resource Centre; 2003.
28. Smith WT. The Art of asking Questions, 1935-1985. Oxford University Press [Publicación electronic] 1987 [21 de Junio 2012]; 51 (2 Suppl: 50th Anniversary Issue): [S95-S108]. http://www.jstor.org/stable/2749191
29. Social networks, Primates on Facebook. The Economist. Febrero 2009. [acceso 12 de Mayo de 2012] Disponible en: http://www.economist.com/node/13176775?story_id=13176775

30. Ulin RP, Robinson TE, Tolley EE. Qualitative Methods in Public Health. 1a. Ed. US (CA): Jossey-Bass; 2005.
31. Solar I (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social determinants of health discussion paper 2, World Health Organization. en http://whqlibdoc.who.int/publications2010/9789241500852_eng.pdf [23 de junio de 2012].
32. Valenzuela A. "La reconstrucción de movimiento social en barrios críticos: el caso de la "coordinadora de pobladores José María Caro" de Santiago de chile." Revista INVI. Mayo 2012: 187-215. [20 de Mayo 2012]; Disponible en: http://revistainvi.uchile.cl/index.phpINVI/index
33. Vogt EE, Brown J, Isaacs D. The art of powerful questions: Catalyzing Insight, Innovation, and Action. 1a. Ed. USA: Whole Systems Associates; 2003.
34. Voix des Kibus [sede web]. 2011 [acceso 21 de Junio de 2012] Disponible en: http://cucsds.org/wp-content/uploads/2009/10/Voix-des-Kivus-Leaflet.pdf
35. World Conference on social determinants of health. Rio Political Declaration on Social Determinants of Health [acceso 10 junio de 2012] Disponible en: http://www.who.int/sdhconference/en/
36. United Nations Office on Drugs and Crime. Manual sobre programas de prevención del uso indebido de drogas con participación de los jóvenes. Austria: United Nations; 2002.