



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES

**“ESTRATEGIA DE MERCADOTECNIA SOCIAL PARA LA
PROMOCIÓN DE INTERVENCIONES BREVES PARA
ATENDER CONDUCTAS ADICTIVAS EN ESTUDIANTES
UNIVERSITARIOS: UN ESTUDIO PILOTO”**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

MARIANA OVIEDO GÓMEZ

DIRECTORA: LIC. LETICIA ECHEVERRÍA SAN VICENTE

REVISORA: LIC. BLANCA ESTELA REGUERO REZA



México, D.F.

2012



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIAS

A mi papá:

Emilio

Por ser un extraordinario ejemplo de vida, por tu fortaleza y sentido del humor, gracias porque a través de tus acciones me has enseñado que en cualquier proyecto que emprenda debo poner amor, dedicación, responsabilidad y excelencia. Te admiro y te quiero mucho.

A mis hermanas:

Lorena y Paty

Por todo el apoyo, cariño y cuidado que me han dado, gracias por ser cómplices de mis ocurrencias y sobretodo por creer en mí. Recuerden siempre lo mucho que las quiero.

Familia ustedes son el regalo más valiosos que me ha dado la vida, son mi principal apoyo y nada de esto hubiera sido posible sin ustedes. ¡Gracias!

AGRADECIMIENTOS

A Dios por su infinito amor, por los dones regalados, por indicarme el camino y mi vocación para servir.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, a la Facultad de Psicología y sus catedráticos por brindarme una educación excepcional y hacerme sentir ORGULLOSAMENTE UNAM.

A la Secretaría de Desarrollo Institucional, al Programa Transdisciplinario en Investigación y Desarrollo para Facultades y Escuelas y a la Unidad de Apoyo a la Investigación en Facultades y Escuelas de la UNAM, que a través de su Macroproyecto intitulado "Desarrollo de Nuevos Modelos para la Prevención y el Tratamiento de Conductas Adictivas 2007-2010" me otorgaron el apoyo para la realización de esta investigación.

Al proyecto de investigación MP6-15 "Detección Temprana e Intervención Breve para Atender Conductas Adictivas en la UNAM" por hacerme parte de este esfuerzo multidisciplinario inédito.

Al Centro de Prevención y Atención de Adicciones (CEPREAA) por adoptarme como un miembro más de esa asombrosa familia y contribuir a mi formación personal y profesional. Gracias a todos por compartir su conocimiento y tiempo durante el desarrollo de este proyecto, este logro también es suyo.

Al equipo de diseño y comunicación, dirigido por la D.G. Mónica Castilla, Lic. Arturo Fernández y Lic. Juan Rodríguez, ustedes son parte fundamental de este trabajo.

A la Lic. Beatriz Mendoza por la ayuda y orientación brindada en este proceso.

Al Dr. César Carrascoza, por compartir su experiencia y conocimiento.

A mis amigas y amigos, por acompañarme en este camino tan maravilloso que es la vida y del que aún nos queda mucho por andar.

AGRADECIMIENTOS

*A la **Mtra. Lety Echeverría**, por ser una persona muy importante en mi vida, que me ha guiado y acompañado durante mi proceso de formación académica, la admiro en lo profesional y personal, principalmente por su calidez humana, generosidad y paciencia que la caracterizan y por contagiarme del entusiasmo y amor por lo que hace. Gracias por todo su afecto, confianza, amistad y enseñanzas.*

*A la **Lic. Blanca Reguero**, por la atención y tiempo dedicado a la revisión de mi trabajo, agradezco mucho sus observaciones, su plática siempre amena, su apoyo incondicional y principalmente por la oportunidad de conocerla.*

*A la **Mtra. Asunción Valenzuela**, por el tiempo e interés mostrado en la revisión de mi trabajo, agradezco sus valiosos comentarios y su trato siempre amable.*

*Al **Dr. Samuel Jurado**, gracias por toda la paciencia, apoyo y disposición otorgados durante este proceso.*

*A la **Mtra. Gaby Ruíz**, por el interés y detalle puestos en la revisión de mi tesis, gracias porque en los momentos difíciles de este proceso siempre tuviste palabras de aliento para mi.*

*Me siento muy afortunada de contar con personas tan valiosas como ustedes.
Gracias por ayudarme a concretar este sueño.*

CONTENIDO

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO I. CONCEPTOS BÁSICOS DE LAS ADICCIONES	7
1.1 Drogas y adicción	7
1.2 Clasificación de drogas	8
1.3 Proceso de adicción	9
1.4 Conducta adictiva	10
1.5 Usuario y paciente	11
CAPÍTULO II. PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DE LAS ADICCIONES	13
2.1 Panorama epidemiológico de las adicciones en México	13
2.2 Panorama epidemiológico de las adicciones en instituciones de educación superior	16
2.3 Necesidad de prevención y opciones de tratamiento	17
CAPÍTULO III. PREVENCIÓN DE ADICCIONES	19
3.1 El cuidado de la salud	19
3.2 Importancia de la prevención en estudiantes universitarios	22
3.3 Intervenciones basadas en evidencia científica para la prevención y el tratamiento de adicciones	25
3.4 Modelos innovadores para la prevención y tratamiento de conductas adictivas en México	26
CAPÍTULO IV. PROMOCIÓN Y COMUNICACIÓN DE LA SALUD EN EL CAMPO DE LAS ADICCIONES	29
4.1 Diferencia entre prevención y promoción	30
4.2 Promoción de la salud	30
4.3 Comunicación para la salud	33

CAPÍTULO V. MERCADOTECNIA SOCIAL Y SU APLICACIÓN EN LAS CIENCIAS DE LA SALUD	36
5.1 Mercadotecnia social	37
5.2 Mezcla de mercadotecnia	39
5.3 Plan estratégico de la mercadotecnia social	41
5.4 Elementos esenciales para la efectividad de una estrategia de mercadotecnia social	43
CAPÍTULO VI. MÉTODO	49
6.1 Objetivo	49
6.2 Sujetos	49
6.3 Escenarios	49
6.4 Tipo de estudio	50
6.5 Diseño	50
6.6 Procedimiento	50
6.6.1 Fase I. Detección de necesidades	51
6.6.1.1 Objetivo	51
6.6.1.2 Materiales	51
6.6.1.3 Procedimiento	51
6.6.1.3.1 Paso 1. Análisis de la situación	52
6.6.1.3.2 Paso 2. Planeación de la estrategia de mercadotecnia social	54
6.6.2 Fase II. Desarrollo de la estrategia de mercadotecnia social	60
6.6.2.1 Objetivo	61
6.6.2.2 Materiales	61
6.6.2.3 Procedimiento	61
6.6.2.3.1 Paso 1. Análisis de la imagen actual del Centro Acasulco	61
6.6.2.3.2 Paso 2. Diseño de la nueva imagen corporativa	63
6.6.2.3.3 Paso 3. Desarrollo de los medios de difusión	64
6.6.2.3.4 Paso 4. Invitación a los líderes de opinión	70
6.6.2.3.5 Paso 5. Reclutamiento, selección y capacitación del recurso humano	70
6.6.3 Fase III. Aplicación de la estrategia de mercadotecnia social	71
6.6.3.1 Objetivo	71
6.6.3.2 Materiales	72
6.6.3.3 Procedimiento	72
6.6.3.3.1 Paso 1. Distribución de volantes	73
6.6.3.3.2 Paso 2. Colocación de carteles	74
6.6.3.3.3 Paso 3. Publicación del sitio WEB del CEPREAA	75
6.6.3.3.4 Paso 4. Aplicación de la técnica amigo-amigo	75
6.6.3.3.5 Paso 5. Publicación de las Gacetas UNAM y Facultad de Psicología	75

6.6.3.3.6 Paso 6. Aplicación del cine-debate	77
6.6.4 Fase IV. Evaluación	78
6.6.4.1 Objetivo	78
6.6.4.2 Materiales	78
6.6.4.3 Procedimiento	78
6.6.4.3.1 Paso 1. Supervisión	79
6.6.4.3.2 Paso 2. Desarrollo de la ficha de admisión y ajustes en el proceso de prestación del servicio.	79
CAPÍTULO VII. RESULTADOS	81
7.1 Fase I. Detección de necesidades	81
7.2 Fase II. Desarrollo de la estrategia de mercadotecnia social	83
7.3 Fase III Ejecución de la estrategia de mercadotecnia social	93
7.4 Fase IV. Evaluación	94
DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN	106
Limitaciones y sugerencias	112
REFERENCIAS	115
APÉNDICE A: MATERIAL DE INDUCCIÓN PARA LA DIFUSIÓN DEL CEPREAA	125
A.01 ¿Quiénes somos?	125
A.02 Preguntas frecuentes	127
A.03 Diagrama del proceso de las actividades de difusión	128
A.04 Reporte del trabajo de difusión en facultades y escuelas	129
A.05 Cronograma de actividades del trabajo de difusión en facultades y escuelas	130
APÉNDICE B: CARTEL PUBLICITARIO DEL CINE-DEBATE	131
APÉNDICE C: FICHA DE ADMISIÓN	132

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

TABLAS

Tabla 4.1	Tipos de orientación de la promoción de la salud	32
Tabla 5.1	Diferencias entre mercadotecnia comercial y mercadotecnia social	38
Tabla 6.1	Ventajas y desventajas de los medios de comunicación	59
Tabla 6.2	Presupuesto de la estrategia de mercadotecnia social	60
Tabla 6.3	Significado de los colores elegidos para el material de difusión del CEPREAA	64
Tabla 7.1	Matriz FODA de Centro Acasulco	82
Tabla 7.2	Elementos a modificar en los materiales de difusión de Centro Acasulco	84

FIGURAS

Figura 5.1	Participantes del cambio	43
Figura 5.2	Curva de adopción de una innovación	44
Figura 6.1	Equipo de profesionales que diseñaron la estrategia de mercadotecnia social	57
Figura 6.2	Equipo de voluntarios que desempeñaron actividades de difusión.	58
Figura 6.3	Volante promocional del Centro Acasulco	63
Figura 6.4	Ficha técnica de la película "Diario de un rebelde".	69
Figura 7.1	Tipografía del CEPREAA	85
Figura 7.2	Selección y significado de la forma simple del logo del CEPREAA	85
Figura 7.3	Selección y significado de la forma compuesta del logo del CEPREAA	86
Figura 7.4	Selección de colores para el logo del CEPREAA	86
Figura 7.5	Forma compuesta del logo del CEPREAA a color	87
Figura 7.6	Integración del isologotipo y tipografía del CEPREAA	87
Figura 7.7	Isologotipos de ciencias bioquímicas y sociales	88
Figura 7.8	Isologotipos de los programas de intervención del CEPREAA	88
Figura 7.9	Volante del CEPREAA	89
Figura 7.10	Medidas del volante del CEPREAA	89
Figura 7.11	Cartel promocional del CEPREAA	90
Figura 7.12	Página de inicio del sitio web del CEPREAA	91
Figura 7.13	Terapeuta y usuario concluyendo la intervención	91
Figura 7.14	Ejemplo de una de las publicaciones del inserto del CEPREAA en la Gaceta de la Facultad de Psicología, UNAM.	92
Figura 7.15	Ejemplo de una de las publicaciones del inserto del CEPREAA en el boletín informativo para alumnos "Comunidad psicología" de la Facultad de Psicología, UNAM.	92
Figura 7.16	Las dos publicaciones del inserto del CEPREAA en la Gaceta UNAM	93
Figura 7.17	Sesión de Cine-debate	93
Figura 7.18	Stand para llevar a cabo actividades de difusión.	94

Figura 7.19 Distribución de material promocional	94
Figura 7.20 Medios de difusión	96
Figura 7.21 Tipo de población	96
Figura 7.22 Escolaridad	98
Figura 7.23 Sexo	98
Figura 7.24 Estado civil	98
Figura 7.25 Programa de intervención psicológica al que se ingreso en el CEPREAA	100
Figura 7.26 Sugerencias para mejorar el medio por el cual llego al CEPREAA	101
Figura 7.27 ¿Qué llamó tu atención del medio de difusión por el cual llegaste al CEPREAA?	102
Figura 7.28 ¿Qué esperas del CEPREAA?	102
Figura 7.29 Comparación de medios para ingresar al CEPREAA entre el semestre 2009-2 y el semestre 2010-1	103

RESUMEN

El propósito de este estudio fue realizar el análisis, desarrollo, aplicación y evaluación de una estrategia de mercadotecnia social dirigida a estudiantes universitarios y cuyo objetivo es promover el uso de los servicios de prevención y tratamiento de conductas adictivas proporcionadas en el Centro de Prevención y Atención de Adicciones (CEPREAA), de la Facultad de Psicología de la UNAM.

El desarrollo de la estrategia de mercadotecnia social, se llevó a cabo en cuatro etapas: (a) Detección de necesidades, (b) Desarrollo de la estrategia, (c) Aplicación de la estrategia y (d) Evaluación; se realizó en 13 escenarios de la UNAM, a través de un equipo multidisciplinario (psicólogos, comunicólogos y diseñadores gráficos), entre los que destaca el trabajo de voluntariado de estudiantes de licenciatura y posgrado de la misma institución.

En dicha estrategia se evaluaron 5 medios de comunicación (volantes, carteles, página web, técnica amigo-amigo y publicación en gacetas) obteniendo mejores resultados la técnica de amigo-amigo y la página web, como resultado de la estrategia se obtuvo un incremento del 133% en la solicitud de ingreso a los programas de intervención breve del CEPREAA.

Descriptor: mercadotecnia social, universitarios, adicciones.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad las adicciones son un problema emergente de salud pública que afectan cada vez más a la sociedad; se trata de un problema que no distingue condición económica, social y/o educativa.

Ante dicho panorama, la epidemiología de las adicciones en nuestro país muestra especial atención por los segmentos más vulnerables a este fenómeno, por ello algunas instituciones y autoridades educativas han llevado a cabo acciones de prevención del consumo de sustancias adictivas, ejemplo de ello es lo realizado en 2006, por el entonces rector de la Universidad Nacional Autónoma de México, el Dr. Juan Ramón de la Fuente quien dio inicio a un proyecto institucional de investigación titulado “Desarrollo de nuevos Modelos para la Prevención y el Tratamiento de conductas adictivas”, dicho proyecto formó parte del Programa Transdisciplinario en Investigación y Desarrollo para Facultades y Escuelas; del cual la Facultad de Psicología fue la entidad responsable.

El propósito del Macroproyecto fue retomar la experiencia de los modelos y programas exitosos de la Universidad y la evidencia científica disponible para desarrollar y evaluar nuevos modelos de intervención de conductas adictivas, que contribuyan a preservar la salud de la comunidad universitaria reduciendo la experimentación, el uso y abuso de drogas (Reidl, 2007 citado en Gómez, 2007).

En este Macroproyecto participaron diversas entidades universitarias especializadas en psicología, odontología, ciencias biomédicas, servicios de salud y entidades de ciencias sociales, entre otras. En total se contó con 21 proyectos agrupados en cuatro líneas de línea investigación: Diagnóstico, Procesos Básicos, Prevención y Tratamiento.

Es importante resaltar que en la Línea de Tratamiento, destacó la participación del Centro de Prevención y Atención de Adicciones (CEPREAA), de la Facultad de

Psicología de la UNAM, donde un grupo de investigadores desde 1993 iniciaron el trabajo de investigación y tratamiento en el área de las adicciones, estableciendo convenios con instituciones internacionales y de salud pública en México, para la diseminación de procedimientos de intervención empíricamente validados. En el CEPREAA se desarrollaron seis Programas de Intervención Breve y un Programa de Tratamiento para usuarios crónicos de alcohol y otras drogas.

Sin embargo, una de las limitantes más importantes del CEPREAA, es la falta de motivación de los usuarios de sustancias, para la búsqueda de un servicio de atención, principalmente cuando estos se encuentran en etapas iniciales de consumo. Situación que se basa en los resultados del estudio propuesto por Black y Coster (1996), quienes encontraron que el 46.2% de los hombres y el 39.6% de las mujeres que consumen alcohol, no tienen ningún interés en participar en las intervenciones que impliquen folletos y volantes informativos.

Ahora bien, aunque se sabe que el principal problema no radica en la carencia de programas, sino que éste recae en la disponibilidad que la población tiene para acceder a ellos. La pregunta que emerge ahora es ¿qué puede hacerse para optimizar el impacto de estas intervenciones en la comunidad de estudiantes de la UNAM?, de este modo es como surge la idea del presente proyecto, que tiene por objetivo el desarrollo de una estrategia que permita la promoción de intervenciones breves entre estudiantes universitarios que se encuentran expuestos al consumo de sustancias adictivas y que pueden encontrarse en etapas tempranas de consumo.

La promoción exitosa de tratamientos basados en investigaciones, requiere conocer el ambiente en el cual se va utilizar la intervención y usar estrategias que puedan incrementar el éxito de transmitir las innovaciones (Martin y cols., 1998).

La necesidad de desarrollar estrategias eficaces y eficientes para la difusión de intervención basadas en evidencia empírica, ha sido reconocida por gobiernos,

investigadores y clínicos por igual. Sin embargo, el reconocerlo y ponerlo en práctica son situaciones separadas, esto deja al descubierto que si los científicos desean tener un impacto significativo en la práctica clínica, utilizando estas intervenciones, tendrán que aprender una nueva manera de darlas a conocer para promover el que sean adoptadas, para ello existen estrategias de difusión que tienen aplicabilidad directa para diseminar los procedimientos clínicos basados en la ciencia, esto deja en claro que el esfuerzo de los científicos por hacer diseminación de sus innovaciones no ha sido suficiente, por ello los investigadores de diferentes áreas deben conocerlas y utilizarla (Sobell, 1996).

Resulta importante señalar, que aunque los investigadores aplicados no estén entrenados para poner los productos de su investigación en el mercado, no hay razón por la que no podrían utilizar un acercamiento al área de la mercadotecnia para apoyar sus intervenciones y técnicas (Peters y Waterman, 1984 citado en Sobell, 1996).

El objetivo de esta estrategia de mercadotecnia social es permitir la promoción de intervenciones breves entre la población que se encuentran expuesta al consumo de sustancias adictivas y que puede encontrarse en etapas tempranas de consumo, por esta razón y en última instancia se espera que el profesional de la Psicología pueda utilizar otras disciplinas que lo ayuden a crear un puente entre la investigación y la aplicación de los resultados.

Para cumplir con el objetivo señalado, esta investigación plantea la siguiente estructura temática, la cual consta de siete capítulos.

El primer capítulo, *Conceptos básicos de las adicciones*, tiene por objetivo presentar la definición de los conceptos usados con mayor frecuencia cuando se trata el tema de las drogas, así como aquellos conceptos que serán empleados continuamente dentro del trabajo de tesis y que pudieran generar dudas o confusión al lector.

En el segundo capítulo, se muestra el *Panorama epidemiológico de las adicciones*, se presentan los resultados de diversas encuestas realizadas en México y en instituciones de educación superior, con el objetivo de conocer el patrón de consumo de esta población y en base a estos datos identificar las necesidades que se presentan en el área de prevención, así como las opciones a las que se recurre comúnmente para el tratamiento de una adicción.

El tercer capítulo, *Prevención de adicciones*, explica el modelo de cuidado de la salud, los niveles de intervención y el espectro de atención a la salud en los que se basa este trabajo, también se resalta la importancia de la prevención en estudiantes universitarios y se define el significado de intervenciones basadas en evidencia, así como una descripción de los modelos de prevención y tratamiento de conductas adictivas que se han adaptado a población mexicana y de los cuales se busca hacer promoción.

En el cuarto capítulo, *Promoción y Comunicación de la salud en el campo de las adicciones*, se busca establecer la diferencia entre prevención y promoción, así como la forma de emplear la promoción y comunicación de la salud para hacer accesibles las intervenciones psicológicas de prevención y tratamiento de las adicciones a la población que así lo necesita.

El quinto capítulo, *La mercadotecnia social y su aplicación en las ciencias de la salud*, en donde se define el concepto de mercadotecnia social y mezcla de mercadotecnia social, así como la descripción de lo que es un plan estratégico de mercadotecnia social y los elementos que lo hacen efectivo, lo que permite entender como se puede llevar a cabo un trabajo organizado y la forma en que puede emplearse para la difusión de intervenciones que buscan influir en el comportamiento de las personas con el objetivo de promover su bienestar.

En el sexto capítulo, *Método* se describe el procedimiento llevado a cabo para el desarrollo, aplicación y evaluación de la estrategia de mercadotecnia social para la

promoción de intervenciones breves para atender conductas adictivas en estudiantes universitarios y la importancia que ésta tiene para promocionar intervenciones para el tratamiento de las adicciones.

Los *Resultados* se presentan en el séptimo capítulo, con los principales datos obtenidos de la presente investigación.

Al final se incluye un apartado con la *discusión* de los resultados y la *conclusión* del trabajo; así como las principales aportaciones realizadas a partir de esta investigación al campo de la Psicología y las *limitaciones* encontradas durante el desarrollo de esta investigación junto con algunas *sugerencias* para mejorarla.

CAPÍTULO I

CONCEPTOS BÁSICOS DE LAS ADICCIONES

En este capítulo se realiza una breve reseña de los principales conceptos vinculados a las adicciones y de los cuales se hará referencia a lo largo de este trabajo, la importancia de esta descripción es evitar confusión respecto a la terminología relacionada a las drogas, principalmente por las “implicaciones médicas, psicológicas, sociales, morales, éticas, jurídicas y políticas que acompañan el fenómeno” (López, 2009). Por tal motivo se definen conceptos como droga, adicción, tipología de drogas, descripción del proceso de adicción, entre otros conceptos.

1.1 Drogas y adicción

De acuerdo con la Asociación Americana de Psicología, también conocida como APA por sus siglas en inglés (VandenBos, 2010) se denomina *droga* a cualquier sustancia que se usa de manera recreativa por sus efectos sobre las actividades motoras, sensoriales o cognitivas. Las sustancias químicas con potencial significativo para producir dependencia se conocen como *drogas adictivas*.

En tanto que la *adicción* es un estado de dependencia psicológica, física (o ambas), del uso del alcohol u otras drogas (VandenBos, 2010), es importante señalar que para describir este estado se prefiere el término dependencia de sustancias porque se refiere de manera más explícita a los criterios de diagnóstico, que incluyen tolerancia, retraimiento, pérdida del control y consumo compulsivo de la sustancia.

1.2 Clasificación de drogas

Para hablar de drogas se ha empleado diversos criterios de clasificación, sin embargo para los fines de este proyecto se ha elegido la tipología que las describe por sus efectos en el sistema nervioso (Massün, 1991) y que las divide en: depresoras, estimulantes y alucinógenas.

- a) *Estimulantes*. Sustancias cuyo efecto en el organismo provocan un periodo de agitación y aceleración en la actividad mental y corporal, generando un aumento en el estado de alerta, de conciencia y una percepción intensa del medio exterior.

Además de la sensación de euforia, excitación o bienestar exagerado que siente el consumidor; estas sustancias generan un aumento en el ritmo cardiaco, la presión sanguínea y la temperatura corporal; contribuyen a disminuir el apetito, crean insensibilidad frente al dolor y la fatiga, lo que da una sensación de mayor resistencia física.

Sin embargo con el aumento en el uso de estas sustancias se provoca alteración del sueño e incluso pueden desencadenarse estados de pánico, ansiedad, miedo y comportamiento violento.

Entre los estimulantes más usados se encuentran la cafeína, nicotina, hoja de coca, cocaína, anfetaminas, éxtasis y antidepresivos.

- b) *Depresoras*: Sustancias cuyo efecto en el organismo es disminuir la actividad mental, provocando un decremento en el estado de alerta, deprimiendo las funciones cerebrales superiores tales como atención, juicio, razonamiento, memoria e inteligencia.

Estas sustancias llegan a provocar pérdida en el control de la capacidad motora y de lenguaje, así como fallas en la percepción y la disminución de la capacidad de respuesta frente a los estímulos del mundo exterior. Comúnmente se inducen episodios de sueño profundo y de inactividad prolongada.

Entre los depresores de uso más común se encuentran el alcohol, tranquilizantes, opio y sus derivados, barbitúricos, inhalantes, morfina, hipnóticos, ansiolíticos y antipsicóticos.

- c) *Alucinógenas*: Son aquellas drogas que generan alucinaciones, es decir, percepciones y sensaciones en el consumidor sobre cosas u objetos no relacionadas con la realidad, o sobre fenómenos no existentes. A algunos se les conoce como psicotrópicos por ser capaces producir cambios en la conciencia, en el ánimo, la percepción y la conducta.

Dentro de esta clasificación se incluyen la marihuana, mezcalina, peyote, LSD, anticolinérgicos, hongos alucinógenos, belladona.

1.3 Proceso de adicción

La adicción es un proceso que se desarrolla de forma gradual a lo largo del tiempo, dependiendo de la intensidad o frecuencia de consumo de la sustancia, este proceso es diferente en cada persona pues obedece a la respuesta de su organismo, sin embargo es posible identificar al menos tres estados graduales en la utilización de sustancias: uso, abuso y dependencia.

Dichas etapas son importantes para entender la forma en que una persona se inicia en el consumo, se va formando un hábito, sigue avanzando hasta convertirse en un consumo nocivo, hasta no poder dejarlo y convertirse en una adicción, a continuación se describe en que consiste cada una.

Abstinencia: es el acto de privarse del consumo de alcohol, tabaco u otras drogas. En la mayoría de los casos es la meta principal de los tratamientos contra el abuso de sustancias.

Uso de sustancias: es una práctica que no genera consecuencias dañinas para el individuo, consiste en un consumo mínimo en cantidad y frecuencia de la sustancia adictiva, esencialmente se da por curiosidad. En esta etapa las personas “experimentan” los efectos de la drogas, no desarrollan tolerancia y voluntariamente puede abandonar el consumo.

Abuso de sustancias: es también conocido como consumo de riesgo y consumo nocivo o perjudicial, se trata de un patrón de consumo excesivo de la sustancia, que se manifiesta por consecuencias sociales, ocupacionales, legales o interpersonales adversas, recurrentes y significativas, como ausencia repetida del trabajo o la escuela, arrestos y dificultades conyugales. En esta etapa el usuario comienza a perder el control sobre la utilización de la sustancia. La tolerancia se desarrolla paulatinamente obligándolo a administrarse dosis mayores.

Dependencia de sustancias: conjunto de síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos que indican un consumo continuo de una sustancia pese a los significativos problemas relacionados con ésta. Hay un patrón de ingestión de la sustancia repetido que genera tolerancia, síntomas de abstinencia si se suspende el consumo y ansiedad incontrolable por seguir consumiéndola. En esta etapa el usuario ya no ejerce ningún control sobre el uso de la droga.

1.4 Conducta adictiva

Para a Teoría del Aprendizaje Social, una conducta adictiva representa una categoría de “malos hábitos” (o conductas aprendidas “mal adaptativas”) dentro de la cual pueden existir factores biológicos que predispongan a un individuo a un problema como lo puede ser el consumo de sustancias; sin embargo debe

señalarse que los patrones de consumo son aprendidos dentro del ambiente social; sin dejar a un lado la importancia de las cogniciones, ya que a través de los procesos cognitivos se regula el consumo de drogas, así como las expectativas de eficacia y de resultados al formar parte de una intervención breve (Carrascoza, 2007).

Con relación a esto es importante considerar que para las intervenciones breves, un hábito en sí mismo no es una enfermedad, sin embargo no por ello se descarta el hecho de que la frecuencia constante de este hábito si puede derivar en una consecuencia física importante que como resultado conlleve a un daño a la salud, originando enfermedades que no solo resten calidad de vida, sino que incluso puedan ser mortales.

Es posible que esta característica haga de estas intervenciones, un producto científico innovador, pues abordan el consumo de sustancia desde una perspectiva diferente a los tratamientos que comúnmente se conocen en México.

1.5 Usuario y paciente

Por otra parte también es importante definir un concepto que aunque propiamente no es exclusivo de las adicciones, resulta de gran importancia tanto para el desarrollo de este trabajo, como para los modelos de atención en adicciones de los que se hará mención y promoción a lo largo del proyecto.

Cuando se habla de “paciente” es importante hacer referencia a su origen etimológico, ya que de acuerdo a éste, paciente deriva del latín *patiens* (sufrido o sufriente) que es el participio activo del verbo *pati* (sufrir), por tanto es común asociar paciente con una persona que sufre (Real Academia Española, 2001).

Y si bien culturalmente se nos ha enseñado que paciente es toda aquella persona que recibe atención médica o psicológica por parte de un profesional de la salud

para ser sometido a una serie de estudios con el objetivo de recibir una intervención.

En la actualidad este concepto se ha ido sustituyendo por el de *usuario* debido a que la palabra paciente se asocia con el padecer y el sufrir, así como el concepto de paciencia y algunos incluso suelen asociarlo con pasividad, aunque quizás esta última asociación no sea etimológicamente correcta, ya que pasivo tiene su origen en *passivus*; sin embargo en cualquiera de los casos se está posicionando a la persona en un estado de vulnerabilidad, percibiéndolo inactivo, a la espera de que el profesional de la salud sea el que le brinde la total solución de su problema, lo que en cierta medida genera una falta de compromiso por parte de la persona dentro de su propia recuperación.

Esto particularmente es aún más claro dentro de un trabajo terapéutico, ya que muchas veces la persona que solicita un servicio psicológico, espera que el psicólogo le brinde la “fórmula” con la que resolverá sus problemas, asumiendo en muchos casos que la mayor parte del trabajo la realizará el especialista.

Por este motivo es que al emplear el concepto usuario, se hace referencia a una persona que hace uso de un servicio, en este caso de salud, lo que implica que, así como el terapeuta se compromete a brindar la mejor calidad de ese servicio, por su parte el usuario asume el compromiso de ser activo en el proceso, la intención es que la persona participe en el restablecimiento de su salud, asumiendo y compartiendo responsabilidad.

En resumen se ha realizado una revisión de los principales conceptos asociados a las adicciones, es trascendental conocer de qué manera este fenómeno social está teniendo impacto en la salud de los mexicanos, para lo cual en el siguiente capítulo se describe con qué frecuencia y en que edades se distribuye el consumo de sustancias entre la población mexicana, lo que también permitirá identificar los grupos que pueden presentar mayor vulnerabilidad al consumo.

CAPÍTULO II

PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DE LAS ADICCIONES

De acuerdo con Elkin (1961), la epidemiología se define como la “ciencia que estudia las causas de la aparición, propagación, mantenimiento y descenso de los problemas de salud en poblaciones, con la finalidad de prevenirlos o controlarlos” (Alarcón, 2009).

Particularmente en el caso de las adicciones, la epidemiología permite obtener información sobre los patrones de consumo, permitiendo identificar los factores de riesgos personales, interpersonales y/o ambientales, que inciden en el uso, abuso y dependencia de alcohol, tabaco y otras drogas; así como las características de los grupos de población vulnerables al consumo.

La principal importancia de estos datos es mantener un control y evaluación permanente de esta información con la finalidad de desarrollar programas de prevención y tratamiento; así como el diseño de líneas de investigación en materia de consumo de sustancias.

En lo que respecta al presente estudio la importancia de estos datos radica en la necesidad de conocer los datos epidemiológicos del consumo de sustancias adictivas en población mexicana, particularmente la población joven, siendo éstos los más vulnerables y con mayores riesgos para perder el control de su consumo.

2.1 Panorama epidemiológico de las adicciones en México

Por lo que se refiere al consumo de drogas en México, la tendencia desde hace varias décadas es un aumento progresivo en el número de consumidores. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones 2008 (ENA-2008), se indica que en México el consumo de alcohol diario se mantiene como una práctica poco

frecuente en el país, puesto que sólo 8 de cada 1000 personas informaron consumir todos los días, esto en una proporción de 7.5 hombres por cada mujer.

Por otra parte como señala la ENA 2008, son casi 27 millones los mexicanos de entre 12 y 65 años que presentan un patrón de consumo excesivo (considerado así el consumo de más de cinco unidades de bebida estándar por ocasión) en la mayoría de los casos la frecuencia de consumo oscila entre menos de una vez al mes y diario, lo que significa que, aunque beban con poca frecuencia, cuando lo hacen es en grandes cantidades.

Es importante destacar que la ENA señala que tanto para hombres como mujeres, el grupo de edad que muestra los niveles más altos de consumo es el de 18 a 29 años; los niveles de consumo descienden después conforme aumenta la edad; sin embargo es importante estar alerta a los resultados que indican que la población adolescente está imitando los patrones de consumo de la población adulta, lo que arroja un foco rojo sobre esta población.

En cuanto a la proporción que presenta abuso/dependencia al alcohol esta es del 15.53%, los cuales cumplen con los criterios para este trastorno, la característica de esta población es que presenta un consumo elevado con una frecuencia de uno o más ocasiones a la semana.

Con respecto al consumo de tabaco, el 18.5% corresponde a fumadores activos, lo cual representa cerca de 14 millones de mexicanos fumadores; 17.1% corresponde a ex fumadores y 64.4% no había fumado. El consumo de tabaco en los hombres sigue siendo mayor que el de las mujeres en una tercera parte.

En relación al consumo de drogas ilegales y médicas en la población de entre 12 y 65 años de edad ha aumentado de un 5% observado en 2002 a un 5.7% en este periodo. Las drogas ilegales (marihuana, cocaína y sus derivados, heroína, metanfetaminas, alucinógenos, inhalables y otras drogas) aumentaron de 4.6% a

5.2%; el consumo de drogas médicas con potencial adictivo, usadas fuera de prescripción, mantuvieron los niveles observados en 2002.

Resulta importante resaltar que la marihuana y la cocaína son las drogas ilegales de preferencia por la población. El consumo de la primera aumentó de 3.5 a 4.2%; el aumento en el consumo de la segunda fue mayor: pasó de 1.2% en 2002 a 2.4% en 2008, es decir, que se duplicó entre ambas mediciones.

El consumo de otras drogas muestra índices muy inferiores, sin embargo, también ocurren incrementos importantes, como en el caso del crack y las metanfetaminas, cuyo consumo aumentó seis veces. En contraste, el crecimiento de los alucinógenos es significativo, mientras que los inhalables, que habían mostrado una tendencia hacia el decremento, vuelven a repuntar.

Los datos también indican que entre las mujeres, el consumo crece en mayor proporción que entre los hombres, que los adolescentes de entre 12 y 17 años de edad son los que están en mayor riesgo y que las generaciones actuales están más expuestas a la oportunidad de usar drogas, las consumen en mayor proporción y progresan hacia el abuso en una proporción mayor que las generaciones anteriores, quienes se encuentran en edad escolar.

Por tal motivo el siguiente apartado tiene el propósito de explorar la situación de consumo en instituciones educativas, teniendo como interés principal la población que corresponde a jóvenes que asisten a instituciones de educación superior.

2.2 Panorama epidemiológico de las adicciones en instituciones de educación superior

Algunos de los datos epidemiológicos del consumo de sustancias en instituciones de educación superior, se obtuvieron de la línea de Investigación orientada al diagnóstico como parte del Macroproyecto.

Los primeros datos fueron proporcionados por la Dirección General de Servicios Médicos, dicha información fue obtenida a través del Examen Médico Automatizado 2007 (EMA) en ella se da a conocer un análisis de los resultados acerca del consumo de sustancias psicoactivas que reportaron los alumnos de nuevo ingreso a licenciatura de la generación 2007 de la UNAM.

En promedio los estudiantes iniciaron su consumo entre los 15 y 16 años. De una población de 27,138 se reportó que el 43.83% es fumador activo y de los cuales el 13% son considerados altos consumidores de tabaco.

Con respecto al alcohol el 70.26% de hombres y el 64.20% de mujeres reportan ser consumidores activos de alcohol, de los cuales el 36.47% de hombres y el 18.20% de mujeres son consumidores excesivos de alcohol.

En tanto con el consumo de otras drogas, se reportó que el 3.33% son consumidores de drogas ilícitas.

Por otra parte y dentro de la línea de investigación, se obtuvieron los resultados de la “Encuesta sobre el Consumo de Alcohol, Tabaco y Otras Drogas en Estudiantes Universitarios” (Villatoro y cols., 2008).

En dicho estudio se obtuvieron los resultados relacionados a la distribución porcentual en el consumo de sustancias adictivas y el patrón de consumo de esta

población, el total de la muestra que se describe a continuación consiste en 15,512 estudiantes universitarios, de los cuales 5,978 (61%) son hombres y 9,234 (39%) son mujeres provenientes de 12 escuelas.

Cuando se les pregunto a los estudiantes si alguna vez habían consumido drogas médicas, el 7.9% contestó afirmativamente.

En tanto el 27% menciona haber consumido alguna vez drogas ilegales, de los cuales el 25.6% han consumido marihuana; 5.5% cocaína; 1.9% crack; 3.2% metanfetaminas y 1.9% inhalables.

Con respecto al consumo de drogas legales, el 29% refiere consumo de tabaco en el último mes, mientras que el 40% indica abuso de alcohol.

En términos generales se puede observar que en México el consumo de sustancias adictivas entre la población joven se ha convertido en un problema de salud que va en incremento, las encuestas reporta que la experimentación y el inicio en el consumo de alcohol, tabaco y droga ilegales se inicia cada vez más en edades tempranas principalmente en los primeros años de la adolescencia.

Sin embargo las edades donde se concentra la mayor parte del consumo perjudicial se encuentra concentrada en la población de 18 a 29 años, este dato nos permite dar cuenta de un grupo de población al que se necesita aproximar estrategias de prevención.

2.3 Necesidad de prevención y opciones de tratamiento

De acuerdo con la ENA 2008, del número total de encuestados, un porcentaje bajo es el que asiste a tratamiento (16.1%). En donde los grupos de ayuda mutua tiene

la mayor preferencia (11.6%) en tanto que psicólogos (5.5%) y psiquiatras (4%) ocupan el segundo y tercer lugar respectivamente.

Los resultados también permiten conocer cuáles son las necesidades de intervención. Se sabe que, sin incluir las necesidades de tratamiento para tabaco y alcohol, existen 428, 819 personas que requieren de atención especializada y 3,869, 093 que requieren de intervenciones breves. El 80.7% de la población requiere de prevención de drogas.

Dada la importante relación entre el consumo de alcohol y el de drogas, es importante realizar programas de prevención integrados, que incluyan todos los tipos de sustancias. Estos datos son consistentes con lo reportado por la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, los cuales indican que solo 22% de las personas con diagnóstico de abuso y dependencia llegaban a tratamiento, menos del 1% lo hace durante el primer año de detectado el problema y el resto tardaba en promedio 10 años en asistir a un servicio de atención para su salud; sin embargo de las personas que solicitaban dicho servicio, sólo el 33% recibía atención en programas de medicina general y de este porcentaje únicamente el 19% recibió un tratamiento adecuado que incluía número de consultas y tiempo dedicado a la consulta y/o medicamentos adecuados (Medina-Mora y cols. 2003).

Estos datos dan cuenta de la necesidad de incrementar los trabajos de prevención orientados a la población joven, considerando los espacios educativos y laborales como lugares para realizar la identificación temprana de individuos que tienen problemas con el consumo de drogas y hacer disponibles los servicios de atención a la población que así lo requiera.

CAPÍTULO III

PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES

Los datos epidemiológicos revisados en el capítulo anterior, muestran que el consumo de sustancias adictivas constituye uno de los principales problemas de salud pública, que va en aumento.

La principal preocupación de este incremento se debe a la relación que existe entre el consumo de drogas legales e ilegales y una serie de consecuencias y riesgos asociados, tales como accidentes de tránsito, violencia, ausentismo escolar y/o laboral, actos de homicidio y suicidio, entre otros; los cuales generan un aumento en la demanda de servicios asistenciales y de tratamiento, lo que representa un costo económico para la sociedad y la disminución de recursos para otros servicios médicos (CONADIC, 2008).

Es por este motivo que el desarrollo de programas de prevención y tratamiento se centran en favorecer en las personas la decisión de no iniciar el hábito de fumar o de dejar de hacerlo; de prevenir y reducir los daños asociados al alcohol, y rechazar el uso de drogas ilegales o médicas no prescritas, para reducir y mitigar así los severos daños que ocasionan y el desgaste observado en los ámbitos familiar, laboral, educativo, cultural y social (Secretaría de Salud, 2008).

3.1 El cuidado de la salud

El valor que tiene la prevención y el tratamiento, radica en que forman parte de un continuo de intervenciones que buscan reducir la incidencia y prevalencia de las enfermedades.

En el caso de la prevención en el área de adicciones, ésta representa el conjunto de esfuerzos encaminados a retrasar el inicio o evitar el uso de drogas y en el

caso de personas que ya se iniciaron en el consumo y que presentan los primeros síntomas de abuso, el objetivo será lograr una reducción y/o eliminación del consumo y los problemas asociados. En lo que se refiere al tratamiento de las adicciones, éste consiste en una serie de intervenciones clínicas que buscan reducir o eliminar las consecuencias relacionadas con el consumo (reducción del daño) promoviendo y apoyando la rehabilitación de las personas afectadas por la adicción hacia una mejora en su calidad de vida.

Para hacer una mejor descripción de lo que implica el trabajo de prevención y tratamiento, se toma como referencia el modelo del cuidado de la salud creado en 1994, por el Comité de Prevención de Desórdenes Mentales del Instituto de Medicina de los Estados Unidos.

Dicho modelo toma como base la propuesta realizada por Gordon (1987) en donde el término de prevención se aplica solamente para definir aquellas intervenciones que ocurren antes del inicio de la enfermedad (De la Fuente, Medina Mora y Caraveo, 1997). El modelo divide el cuidado de la salud en tres segmentos: prevención, tratamiento y mantenimiento. La categoría de prevención se divide en tres clasificaciones- intervenciones universales, selectivas e indicadas (Solís y Sánchez, 2010).

Un aspecto muy importante de este modelo es que no establece límites rígidos entre la prevención y el tratamiento, esto es debido a que en muchas ocasiones el tratamiento de un desorden puede prevenir la aparición de otro, por ejemplo, la medicación en el caso de la depresión puede reducir el riesgo del abuso del alcohol.

En seguida se describirá con mayor detalle los niveles de prevención que suelen ser empleados para la atención de problemas relacionados al consumo de sustancias adictivas; así como la descripción de la problemática y el grado en el que cada nivel de prevención hace su trabajo.

El primer paso dentro de este espectro inicia con la prevención primaria la cual se encuentra integrada por a) las **intervenciones universales**, que es la opción recomendada cuando el nivel de riesgo individual o en el entorno del individuo son bajos, incluyen medidas como la educación sobre los riesgos asociados con el consumo de drogas; estas medidas son útiles para todo tipo de individuos pero resultan insuficientes cuando los individuos tienen antecedentes (p.ej. problemas de dependencia en familiares directos) o problemas individuales (p.ej. baja autoestima) o sociales (p. ej. viven en ambientes de alta tolerancia o disponibilidad de sustancias) que los colocan en un mayor riesgo, en estos casos se recomienda el siguiente nivel de intervención denominado b) **intervenciones selectivas** que incluyen el desarrollo de habilidades de identificación y comunicación de sentimientos, identificación y solución de problemas y el tercer nivel son las c) **intervenciones indicadas** como es el caso del tratamiento proporcionado a menores con trastornos emocionales a fin de evitar que usen las drogas para enfrentar sus problemas.

El siguiente paso en el espectro que corresponde a la prevención secundaria lo ocupan las **intervenciones breves**, que se recomiendan para individuos que inician con problemas de abuso de drogas pero que no han desarrollado dependencia severa.

Y la prevención terciaria que a su vez se divide en: el **tratamiento de la dependencia**, la **prevención de recaídas** y la **reincorporación social** de los adictos, lo que completa el espectro de intervención (Mrazek, P. y Haggerty, R., 1994).

Es importante tomar en consideración este espectro, ya que actualmente existen pocos programas que se dedican a la detección e intervención temprana en las adicciones. Y el problema se agrava debido a que el mismo grupo en raras

ocasiones percibe tener un problema con su consumo, por tanto es casi imposible que asista a un tratamiento o por lo menos no en los primeros 10 años.

Y es justamente a esta población a la que un modelo de detección temprana e intervención breve tiene mucho que ofrecer, es por esta razón que la presente investigación tiene por objetivo dirigir sus esfuerzos a los estudiantes universitarios que son la población que muestra los niveles más altos de consumo perjudicial de sustancias adictivas, esto es confirmado con lo descrito en un estudio de Díaz y cols. (2008) quienes sugieren que el consumo de alcohol, particularmente el consumo riesgoso y potencialmente dañino, es común entre los estudiantes universitarios de la Ciudad de México, es por ello que en el siguiente apartado se resalta la importancia de atender a esta población, que si bien aún no ha desarrollado una dependencia a las drogas, puede encontrarse inmerso en un proceso de uso o abuso de las sustancias que si no se atiende puede derivar en una serie de consecuencias negativas para el estudiante universitario.

3.2 Importancia de la prevención en estudiantes universitarios

Una vez que se ha revisado la importancia de la prevención y el tratamiento para abordar los problemas de salud, es esencial establecer el interés del presente estudio en la población de estudiantes universitarios, específicamente en relación a la ejecución de estrategias que los motiven a participar en intervenciones de prevención y tratamiento de conductas adictivas.

Lo anterior se debe a que el consumo de drogas ha sido considerado por muchos países como uno de los problemas de salud pública más importantes y como el principal problema de salud dentro las instituciones educativas, por tal motivo en estas entidades se han implementado programas de prevención para reducir el consumo y abuso de drogas entre los estudiantes, sin embargo pese a los esfuerzos llevados a cabo, el problema sigue estando presente.

Las grandes ingestas de alcohol y tabaco entre los jóvenes son inquietantes, así como el incremento en el consumo de drogas ilegales; es importante señalar que en la mayoría de los casos el consumo de drogas es empleado como una forma de enfrentamiento a las tensiones cotidianas de las que pueden estar sujetos los universitarios.

De acuerdo con Reid (1970) los estudiantes universitarios, pueden estar sometidos a grandes tensiones, relacionadas en la mayoría de los casos a las exigencias académicas de la escuela, confundidos respecto a su elección ocupacional, dudando sobre su conducta sexual o sobre aspectos relacionados al vivir fuera del hogar familiar (Zax y Specter, 1978).

Tal es el caso de los jóvenes de primer ingreso quienes suelen estar lejos de casa por vez primera y pueden llegar a considerar que el experimentar con sustancias les permitirá formar parte de algún grupo estudiantil, algunos de los cuales quizás promuevan el consumo (Mack y cols., 2003).

Otro de los factores que impulsan el consumo, es la disponibilidad que los jóvenes tienen hacia las sustancias. En un estudio realizado en una universidad de la Ciudad de México, se encontró que uno de los factores que motivan el consumo entre los jóvenes, es influenciado por la existencia de una variedad de escenarios de consumo, los cuales se encuentran en los alrededores de la institución educativa, siendo más específicos ubicados dentro de la ruta que recorren los estudiantes para llegar a su escuela (González, 2009)

Aunado a lo anterior, los precios bajos del alcohol y la posibilidad de encontrar otras drogas, incrementan aún más la preferencia por estos establecimientos; otro factor muy importante dentro de estos espacios, es el que se refiere al “ambiente” el cual se encuentra asociado a la “buena música”, lo que mantiene e incrementa la asistencia a estos lugares.

Otro tipo de escenarios son los que se denominan “informales”, considerados como espacios abiertos, tales como áreas verdes, que en la mayoría de los casos se encuentran dentro de la misma institución educativa, dichos lugares son fáciles de acceder, dado que generalmente prevalece la ausencia de vigilancia, lo que hace que los jóvenes perciban una gran libertad para actuar, dentro de estos escenarios, puede decirse que además de accesibilidad, existe permisividad (González, 2009).

Todo lo anterior se ve aún más reforzado por la falta de políticas públicas que regulen el consumo y por la falta de supervisión de los estudiantes tanto por parte de sus padres como de la institución, lo que contribuye al desarrollo de un problema en el consumo de sustancias adictivas.

También es importante señalar que existen una serie de consecuencias negativas para la salud de los estudiantes universitarios, las cuales hacen que sea aún más urgente la atención para esta población, sin embargo se ha identificado que dichas consecuencias no son iguales para todos, ya que no sólo dependen de la cantidad y frecuencias del consumo, se ha encontrado que los estudiantes universitarios difieren de acuerdo a su género en el tipo de consecuencias derivadas de un consumo riesgoso.

En referencia a esto, se llevó a cabo una revisión de investigaciones sobre consumo en población universitaria, en donde se observó que las mujeres experimentan mayores consecuencias en el ámbito privado y personal tales como un desempeño académico bajo, actividad sexual no consentida, lagunas mentales, pérdida de memoria e incluso lesiones auto infringidas; por otra parte en los hombres existe una tendencia a experimentar consecuencias relacionadas con conductas antisociales entre las que se encuentran las discusiones, actos violentos, accidentes, daño a propiedad ajena, vandalismo y problemas legales, que afectan al individuo y a su entorno (Perkins, 2002)

En conjunto son todas estas razones las que presentan un cuadro de necesidad y fundamentalmente una oportunidad de trabajo, que incluso en cierta medida pueden garantizar la efectividad de los programas innovadores de prevención basados en la investigación científica.

Dentro de estos programas se contemplan las intervenciones breves, las cuales son dirigidas principalmente a las personas están en riesgo de iniciarse en el consumo de drogas o aquellas que ya presentan un consumo nocivo; es por eso que algunas investigaciones señalan la importancia de este tipo de intervenciones como un punto de partida para abordar el problema del uso y abuso de sustancias adictivas.

3.3 Intervenciones basadas en evidencia científica para la prevención y el tratamiento de adicciones

En el apartado anterior, se ha mencionado una palabra de gran importancia dentro de este estudio, se trata del concepto “basado en evidencia” el cual ha sido definido de varias maneras, sin embargo, en la mayoría de las definiciones se hace alusión a la importancia del método científico y la evidencia científica recolectada y derivada de la investigación.

Por ello cuando se habla de los tratamientos basados en evidencia se está haciendo referencia a los tratamientos que han sido científicamente probados y sometidos a juicio clínico y que se consideran convenientes para el tratamiento de un determinado individuo, población o área del problema (Miller, 2009).

En algunas ocasiones estos tratamientos requieren modificaciones, lo cual dará inicio a nuevas y más eficaces intervenciones para el tipo de población que fueron adaptadas; lo que nos lleva a considerar un aspecto muy importante, antes de cualquier instrumentación de programas de prevención de drogas, sin importar el

contexto deberá cotejarse su nivel de apego a las evidencias científicas disponibles (Alcántara, 2007).

En relación a ello, en las últimas dos décadas, la Universidad Nacional Autónoma de México ha desarrollado y evaluado una serie de alternativas de intervención breve y de tratamientos cognitivo conductuales para personas que presentan indicadores de uso, abuso e incluso dependencia a sustancias adictivas, dichas intervenciones han mostrado efectividad en la reducción y eliminación del consumo y han demostrado ser efectivas en población universitaria, lo cual ha sido constatado a través de la experiencia y práctica clínica, de la que sustenta este trabajo (Echeverría y cols., 2005; Barragán y cols., 2005; Martínez y cols., 2005; Oropeza y cols., 2005; Lira y cols., 2009).

3.4 Modelos innovadores para la prevención y tratamiento de conductas adictivas en México

Estos procedimientos se caracterizan por estar basados en las teorías: conductual, cognitivo y cognitivo social; al mismo tiempo se toman en consideración dos elementos muy importantes, la exploración de la “motivación” y la “disposición al cambio” de la persona que toma la decisión de participar en un trabajo de cambio conductual; adicionalmente, se basan en la entrevista motivacional desarrollada por Miller y Rollnick (1991/1999); así como en el modelo transteórico de las etapas de cambio propuesto por Prochaska y Di Clemente (1986)

En consecuencia la integración de todas estas aproximaciones teóricas, da como resultado los modelos de intervención breve para la prevención y el tratamiento de conductas adictivas, que tienen por objetivo ayudar al usuario a comprometerse en la modificación de su conducta de consumo, de tal manera que aprenda a manejar sus fortalezas y recursos para resolver los problemas relacionados con el uso,

abuso o dependencia a las sustancias adictivas, además de apoyarlo en el desarrollo de estrategias que le permitan enfrentar cambios en su estilo de vida o conducta (Ayala y cols., 1998 y Ayala, 2001).

A continuación se mencionan siete modelos de intervención, desarrollados por investigadores de la UNAM, de los cuales los primeros cinco son intervenciones breves, mientras que los dos son programas que brindan atención a personas que presentan una dependencia severa a la o las sustancias adictivas y el último es un programa que brinda atención a los familiares de los consumidores y que fue desarrollado en el Instituto Nacional de Psiquiatría.

- a) Programa de Intervención Breve para Adolescentes que inician el Consumo de Alcohol y Otras drogas (Martínez, 2003).
- b) Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores en Riesgo (Ayala y cols., 1998; Echeverría y cols., 2005).
- c) Programa de Intervención Breve Motivacional para Fumadores (Lira, 2009).
- d) Programa de Intervención Breve para Usuarios de Marihuana (Medina, en prensa).
- e) Programa de Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína (Oropeza, 2003).
- f) Programa de Satisfactores Cotidianos para usuarios dependientes de alcohol y otras drogas. (Barragán, 2005).
- g) Modelo de Intervención Breve para Familiares de Usuarios de Alcohol y Drogas (Natera y cols. 1995).

Es importante mencionar que los primeros cinco programas que se mencionan se distinguen de otros tratamientos porque brindan atención en etapas tempranas del problema, no son intrusivas, constan de un número mínimo de sesiones (aprox. 6 a 8), puede llevarse a cabo en condiciones de tratamiento externo, sin internamiento, son de bajo costo, de rápida aplicación, de efectos inmediatos y resultados perdurables en el tiempo.

Debido a la efectividad que han demostrado en la reducción de daño y la prevención de problemas de salud de mayor complejidad, la Organización Mundial de la Salud recomienda su uso (Babor y Higgins-Biddle, 2001), quizás esta sea una de las características más importantes de las intervenciones breves, ya que no sólo brindan atención inmediata, además pueden ser una forma de tratamiento inicial para usuarios en riesgo (Carrascoza, 2007).

Existen muchas publicaciones internacionales y nacionales que muestran que son alternativas efectivas para atender conductas adictivas en etapas tempranas de consumo, son modelos que están validadas científicamente, sin embargo uno de los problemas que se presenta es cómo hacer que las personas, en este caso estudiantes universitarios conozcan la existencia de estas opciones.

CAPÍTULO IV

PROMOCIÓN Y COMUNICACIÓN DE LA SALUD EN EL CAMPO DE LAS ADICCIONES

En el capítulo anterior se ha destacado la importancia de la prevención y el tratamiento de las conductas adictivas, dejando ver que ambas representan retos importantes en el campo de la salud, sin embargo y por desgracia la relación causal entre conducta y salud pareciera no ser tan evidente, lo cual aunado a la falta de políticas públicas y las prácticas actuales, dificultan que la población tenga conocimiento y en consecuencia poco acceso a los beneficios que la investigación en las ciencias de la salud ha generado.

En respuesta a lo anterior es que surge la idea de redoblar esfuerzos en materia de promoción de la salud, que es un proceso muy complejo, puesto que implica el uso de medios de comunicación, cuya finalidad no se centra únicamente en informar, sino en incrementar la toma de conciencia de la población para crear entornos saludables.

El objetivo es dar a conocer y hacer accesibles las intervenciones psicológicas de prevención y tratamiento de las adicciones a la población que así lo necesita, en específico a los estudiantes universitarios que se encuentran en etapas tempranas de consumo y quienes en la mayoría de los casos ignoran las opciones que tienen en cuanto al cuidado de su salud.

Además es importante señalar que al hablar de promoción de la salud también se debe hablar de comunicación para salud, pues ambos tienen como meta incrementar y promover la conciencia pública sobre la salud, así como el fomento de estilos de vida saludables.

4.1 Diferencia entre prevención y promoción

El término *prevenir* suele relacionarse con acciones encaminadas a impedir, evitar, adelantar o planear. En términos de prevención de salud se hace referencia a la “aplicación de intervenciones conductuales, biológicas o sociales ideadas para reducir el riesgo de trastornos, enfermedades o problemas sociales en el caso de individuos y de poblaciones enteras” (VandenBos, 2010, p.387).

En referencia al término *promover*, este se asocia con conceptos como originar, iniciar, impulsar o generar. En el caso de la promoción de la salud, el mayor referente es la Carta de Ottawa de 1986, la cual la define como "el proceso de facultar a las personas para que aumenten el control que tienen sobre su salud y la mejoren, en este mismo documento se establece, que los medios de comunicación son elementos clave para este proceso" (Coe, 1998).

Con esta información, en términos generales puede observarse que la principal diferencia estriba en los objetivos específicos, pues aunque “ambas acciones son encaminadas hacia la salud, la prevención lo hace alejándose de la enfermedad sin perderla de vista, y la promoción pone especial énfasis en la salud” (Colomer y Álvarez-Dardet, 2006).

Una vez establecida esta diferencia, se puede entrar de lleno a los temas de promoción y comunicación para la salud.

4.2 Promoción de la salud

En el año de 1986 en la ciudad de Ottawa, Canadá; se llevó a cabo la Primera Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud, durante esa reunión se desarrolló un documento denominado “La Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud”.

En dicho documento se define la promoción de la salud como el “proceso para facilitar a los pueblos los recursos necesarios para mejorar y controlar su salud, la meta es alcanzar un estado de bienestar físico, mental y social de un individuo o grupo” (OMS, 1998). Lo interesante de este concepto es que toma en consideración los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas de la persona, lo que permitirá un abordaje integral de la misma.

Así mismo y de acuerdo con lo establecido en la Carta de Ottawa, la Promoción de la Salud actúa en las siguientes áreas:

- Construcción de políticas públicas saludables.
- Creación de ambientes que favorezcan la salud.
- Desarrollo de habilidades personales.
- Refuerzo de la acción comunitaria.
- Reorientación de los servicios de salud.

De acuerdo con lo anterior es también importante tener presente que la promoción de la salud es un “proceso que incluye cambios individuales, grupales y comunitarios, e incorpora una amplia gama de estrategias e instrumentos” (Colomer y Álvarez-Dardet, 2006), así como diferentes formas de abordarlo, lo que depende principalmente de la profesión de quien la práctica, por este mismo motivo es que el trabajo de promoción puede ir orientado hacia la prevención médica de enfermedades, al cambio de conductas, el empoderamiento o hacia al cambio social (véase la tabla 4.1).

Tabla 4.1

Tipos de orientación de la promoción de la salud

ORIENTACIÓN	OBJETIVO	ACTIVIDADES
Hacia la prevención médica de las enfermedades	Reducir la morbilidad o mortalidad prematura.	Intervenciones médicas como la detección precoz de enfermedades e inmunizaciones
Hacia el cambio de conductas	Que los individuos adopten conductas saludables.	Se basan en métodos educativos, ya sea en campañas en medios de comunicación, trabajo con grupos o consejo individual.
Hacia el empoderamiento	Ayudar a las personas a identificar sus necesidades y adquirir las habilidades y confianza en sí mismas	En lo personal (incrementar autoestima, autocuidados, ayuda mutua) o comunitario (concientizar a la población para cambiar su realidad social).
Hacia el cambio social	Conseguir cambios en los aspectos económicos, sociales y del medio ambiente físico.	Busca promover cambios legislativos, así como el involucramiento de altas esferas de poder.

Nota. Fuente: Colomer y Álvarez-Dardet, 2006.

Como se ha podido observar, desde cualquiera que sea la orientación que se le dé a un proyecto de promoción, es igualmente valioso por el hecho de estar haciendo algo en favor de la construcción de ambientes que fomentan el desarrollo de habilidades y conductas saludables.

En el caso de la presente investigación se tiene el propósito de orientar la promoción hacia el cambio de conductas, en donde se pretende persuadir a los individuos para que adopten conductas saludables, tales como la abstinencia o disminución en el uso, abuso y dependencia a las sustancias adictivas, esto a través de una estrategia de mercadotecnia social que en combinación con herramientas de otras disciplinas permitirán dar a conocer las intervenciones que están disponibles y como resultado motivarán a los jóvenes para que asistan a un centro de servicio psicológico.

El verdadero trabajo de la promoción es el fortalecimiento de la salud a través del ejercicio de su capacidad de elección, ya que al compaginar el conocimiento con

el discernimiento, se puede considerar los costos y beneficios de las situaciones y en consecuencia tomar una decisión respecto a su salud (Czeresnia, 2006), sin embargo para que esto suceda se deben tener opciones y la población debe tener conocimiento de estas y la forma en que pueden ser beneficiados.

La pregunta que surge ahora es ¿cómo hacer llegar ese conocimiento a las personas que así lo necesitan? Es cierto que hasta hace algunos años, la promoción de la salud consistía en la distribución de información sobre temas de salud y si bien en algunos casos esto resultaba suficiente para producir algunos cambios en la conducta de las personas, estos cambios eran mínimos y muy lentos (Epp, 1996). Y aunque podría pensarse que la estrategia de distribución de información es poco eficiente, también existe la posibilidad de que el mensaje que se está transmitiendo sea el que es ineficiente, por no estar comunicando lo que se necesita a la población que lo necesita.

Es por ello que si se quiere seguir trabajando en la promoción de la salud es esencial tomar en consideración lo que la comunicación puede hacer a su favor, por ello a continuación se hará referencia a esta disciplina que tiene mucho que aportar y sobre todo un amplio campo de investigación por explorar.

4.3 Comunicación para la salud

El propósito de este apartado es describir la importancia que tiene la fusión de dos disciplinas: Comunicación y Salud, las cuales durante mucho tiempo se había mantenido la percepción de independientes, sin embargo en la actualidad no puede, ni debe pensarse la una sin la otra.

El hecho es, que para hablar de la comunicación en el ámbito de la salud, se tiene que hablar también de la brecha que existe entre los progresos logrados por las ciencias de la salud y el conocimiento y la aplicación de estos por el público (Alcalay, 1999).

En la parte introductoria de este trabajo, se hace referencia a un artículo publicado por Sobell (1996) quien habla justamente de esta brecha y de la preocupación de algunos científicos por comunicar el conocimiento obtenido de sus investigaciones y que este llegue a otros profesionales que puedan aprender y replicarlo, así como acercarlo a la población que pueda beneficiarse de estos hallazgos.

Por tanto el punto central de la comunicación para la salud es “el estudio de la naturaleza y la función de los medios necesarios para hacer que los temas de salud lleguen y produzcan un efecto en la población objetivo” (Ratzan, Payne y Bishop, 1996 citado en Alcalay, 1999, p.193).

Es por eso que este trabajo tiene el interés de crear una estrategia para la promoción de intervenciones psicológicas en la atención de conductas adictivas, para lo cual primero se definirá el concepto de comunicación y la importancia que tiene en el área de la salud.

El término comunicación proviene del latín *communis*, que significa común. Cuando nos comunicamos, tratamos de establecer una “comunidad” con alguien, esto es, tratamos de compartir una información, una idea o una actitud (Maletzke, 1976).

Queda entendido entonces, que la comunicación constituye el medio que ha permitido a la humanidad vivir en sociedad y puesto que se trata de un proceso de enorme complejidad no puede ser estudiado en su totalidad por una sola ciencia o disciplina, por tal motivo se ha convertido en una fuente de estudio común para la psicología, la antropología, la sociología, la filosofía, la lingüística, la fonética, la semántica y la comunicación (Pinazo y Pastor, 2006; Fernández y Yépez, 1984, Maletzke, 1976).

En el caso del presente estudio existe un interés por describir la importancia del encuentro de la comunicación y la salud, pues esta unión ha formado una nueva área de estudio, la cual permite poner en práctica teorías, principios y técnicas comunicacionales con el objetivo de difundir y compartir información y conocimientos, empleando medios de masivos de comunicación, los cuales hacen posible disminuir la brecha que existe entre los avances de la ciencia en términos de salud y la incorporación de estos avances en la sociedad para el bienestar de las poblaciones.

En resumen la promoción y comunicación cumplen con uno de los propósitos más importantes en materia de salud, que implica poner la información en manos de quienes más lo necesitan, en el caso de consumo de sustancia adictivas, esta información es vital para transformar la vida del usuario, la familia, el profesional y la comunidad. Y quizás lo mas importante es que se extiende un puente en la brecha que existe entre la ciencia y la práctica, entre el profesional de la salud y el que tiene la necesidad de beneficiarse de una atención especializada.

Para ello se tomara como punto de referencia la teoría de la mercadotecnia social, a través de la cual se desarrollara una estrategia que permita promover el cambio en la conducta de uso o abuso de sustancias en jóvenes universitarios, permitiendo establecer una guía para el análisis, planificación, ejecución y evaluación de una estrategia destinada a influir en el comportamiento, en el siguiente capítulo se hará una revisión de sus componentes.

CAPÍTULO V

MERCADOTECNIA SOCIAL Y SU APLICACIÓN EN LAS CIENCIAS DE LA SALUD

En el capítulo anterior se mencionó que a través de los canales de comunicación se puede llevar a cabo la transmisión de mensajes destinados a influir en el comportamiento de las personas, no obstante para que esto suceda se debe hacer una buena elección de estos canales de comunicación y diseñar el mensaje con el mayor cuidado para asegurar su efectividad.

Para que esto pueda llevarse a cabo se debe tomar en cuenta las herramientas que proporciona la teoría de la mercadotecnia social, que permite entender la forma de difundir ideas de una manera organizada, realizando un análisis, planificación, ejecución y evaluación de programas destinados a influir en el comportamiento, con el fin de mejorar el bienestar de las personas que integran un sistema social.

El capítulo que a continuación se presenta tiene el propósito de definir los conceptos básicos de la mercadotecnia social, así como el proceso y los elementos que interactúan dentro de la misma, lo que permitirá la comprensión de la estrategia de mercadotecnia social que se ha planteado como objetivo del presente proyecto de investigación.

Entender la mercadotecnia social permitirá hacer una adecuada elección de los medios de comunicación que mejor convenga a la organización para poner a disposición de la población un servicio psicológico que atiende conductas adictivas y que es una opción para dar solución a tan grave problema social y de salud.

5.1 Mercadotecnia social

Comúnmente cuando se habla de mercadotecnia lo primero que viene a la mente suelen ser aspectos puramente comerciales, en donde la única persona que puede ser beneficiada es aquella que cuenta con poder adquisitivo, puesto que esta condición es la que le permite tener acceso a ciertos productos o servicios.

Sin embargo resulta injusto reducir un proceso tan complejo en algo tan trivial, debe comprenderse que la mercadotecnia es un proceso que implica llevar a cabo un análisis, instrumentación y control riguroso en la formulación y diseño de programas que estarán dirigidos a satisfacer las necesidades, carencias y deseos.

Existen diferentes tipos de mercadotecnia las cuales deben su nombre según los objetivos que persiguen, en el caso particular de este trabajo, se muestra especial interés por el estudio de la mercadotecnia social, la cual es una adaptación de la mercadotecnia comercial.

La mercadotecnia social es llamada así porque “considera a la sociedad como su único objetivo real, y se vale de los principios de mercadotecnia para la aplicación en programas sociales. Esta rama de mercadotecnia busca la aceptación de ideas o prácticas sociales de un grupo específico” (Rodas y Rodas, 2004:10).

Es posible que la característica que hace tan especial este tipo de mercadotecnia es el hecho de que “incita un comportamiento voluntario en el consumir, sin perder de vista que lo primero que es necesario buscar es el beneficio del individuo, de sus familiares, el de la sociedad y no el de la organización que implementa los programas sociales” (Andreasen, 1994; citado en Pérez, 2004:4). En la Figura 5.1, se muestran las principales diferencias entre la mercadotecnia comercial y la mercadotecnia social.

Tabla 5.1

Diferencias entre mercadotecnia comercial y mercadotecnia social

Mercadotecnia Comercial	Mercadotecnia Social
<ul style="list-style-type: none"> • Se ofrecen productos o la prestación de servicios con una identidad definida. Los beneficios buscados suelen reconocerse en ventas y utilidades monetarias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lo ofrecido no suele tener una identidad y el valor generalmente es abstracto, pero el beneficio es para toda la sociedad.
<ul style="list-style-type: none"> • El consumo se manifiesta de forma inmediata. 	<ul style="list-style-type: none"> • El consumo es a largo plazo y mucho menos inmediato que en la mercadotecnia comercial.
<ul style="list-style-type: none"> • El lucro es el principal objetivo. 	<ul style="list-style-type: none"> • El beneficio de la sociedad es el principal objetivo.
<ul style="list-style-type: none"> • Propicia que el consumidor compre. 	<ul style="list-style-type: none"> • Propicia que el consumidor compre o se abstenga de hacerlo.
<ul style="list-style-type: none"> • Se enfoca hacia aquellas personas que cuentan con poder adquisitivo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se enfoca tanto a aquellas personas que tienen poder adquisitivo como aquellas que no lo tienen.
<ul style="list-style-type: none"> • Satisfacción de deseos más que de necesidades. 	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfacción de necesidades de la sociedad en su conjunto.
<ul style="list-style-type: none"> • Considera a la personas como consumidores y “publicistas”. 	<ul style="list-style-type: none"> • Considera a las personas como “adoptantes objetivo” y “agentes de cambio”.

Nota: Fuente: Rodas y Rodas, 2004.

Una vez establecidas estas diferencias y los objetivos tan particulares que persiguen cada una, se describe la definición de mercadotecnia social, que más se ajusta a los intereses del presente trabajo.

De acuerdo con Pérez, 2004:5-6 “la mercadotecnia social es una *disciplina* de las ciencias sociales y económico administrativas que estudia e incide en los procesos de intercambio en beneficio de las partes involucradas y de la sociedad en general: este intercambio se presenta entre el *agente de cambio*, quien identifica el problema social, estudia *la población objetivo* y detecta sus necesidades para diseñar, planear, administrar e implementar de manera solidaria y coparticipativa los programas sociales, en beneficio de la persona afectada y de la sociedad en general”.

Como se puede observar, el principal interés de este tipo de mercadotecnia es generar un cambio en la conducta o idea de una comunidad, para ello se necesita llevar a cabo el planteamiento de una estrategia que permita concretar estas ideas en acciones que lleven al cambio, para ello primero es necesario definir el diseño

de la mezcla de mercadotecnia que será adecuado para la organización, a continuación se explica el concepto y la importancia que tienen dentro de la estrategia de mercadotecnia social.

5.2 Mezcla de mercadotecnia

En mercadotecnia existen siete elementos conocidos comúnmente como las siete Ps las cuales son: Producto, Precio, Plaza, Promoción, (las cuatro Ps convencionales de la mercadotecnia) y Proceso, Personal, Presentación (las tres Ps adicionales para las empresas de servicio). La combinación de estas Ps es llamada mezcla de mercadotecnia, cada una es un elemento importante que debe tomarse en consideración cuando se diseña y planea una estrategia.

Un aspecto importante es que cada organización tiene la posibilidad de elegir la mezcla de mercadotecnia que más le convenga, permitiéndole tomar en consideración sus recursos, fortalezas, debilidades y visión estratégica, para lo cual previamente la organización llevará a cabo un análisis de los aspectos positivos y negativos que identifica de sí misma y esto le dará pauta para fortalecer sus puntos débiles.

De acuerdo con Pérez (2004) las 7Ps se definen de la siguiente manera:

Producto: Es un bien o servicio y/o una idea que diseña toda persona física o moral como satisfactor de necesidades, las cuales son investigadas con anticipación y representan un valor a las partes que participan en el proceso de intercambio y a la sociedad en general. Este producto puede influir de manera directa o indirecta en las ideas preconcebidas, creencias, actitudes y valores de la población civil.

Uno de los desafíos más significativos de este proyecto es llevar a cabo la promoción de un servicio, el cual en términos de mercadotecnia es considerado un

producto intangible, esto representa un reto porque implica que las personas no puedan hacer una prueba antes de adquirirlo, en ocasiones esto dificulta que se aprecie su valor, pues únicamente se conocerá los beneficios de los tratamientos (productos), hasta que sean adquiridos o mejor dicho experimentados.

Precio: Son los costos que tendrán que asumir la población objetivo al momento de adquirir el producto. Estos costos pueden ser monetarios (implica cuantificar la cantidad a pagar para adquirir el producto social) y no monetarios (costos de oportunidad, tiempo, esfuerzo, energía).

Plaza: Es el medio a través del cual el producto social es entregado a la población objetivo, comprende todo aquello que hace accesible la idea social y la práctica que refuerza la conducta de las personas, se incluye los canales y puntos de distribución para la entrega del servicio.

Promoción: Es el medio o instrumento a través del cual el producto social es promovido entre los destinatarios, el objetivo es dar a conocer, informar, recordar, educar, persuadir y concientizar a la población objetivo acerca de los productos o servicios de las organizaciones sin fines de lucro en busca del bienestar social; se incluye la publicidad, propaganda, promoción, relaciones públicas, venta personal y directa.

Personal: Son todas aquellas personas que tiene contacto directo con la población objetivo y de quienes dependerá en gran parte la calidez y calidad de la prestación de los servicios o productos sociales.

Presentación: Se refiere a todos los elementos sensoriales visibles del escenario en el cual los destinatarios adquieren o usan el producto social, se incluye la pulcritud de las instalaciones y de los lugares físicos, así como la buena apariencia personal de la organización.

Proceso: Son los pasos que tiene que llevar a cabo la población objetivo para adquirir el producto o servicio social.

Una vez que se han examinado las 7 Ps de la mercadotecnia se puede dar paso al diseño del plan estratégico de la mercadotecnia social, en el siguiente apartado se explican los elementos que lo conforman.

5.3 Plan estratégico de la mercadotecnia social.

Para el desarrollo de un plan estratégico, el primer paso es entender que se trata de un proceso dinámico y sistemático, que necesita llevarse a cabo con base en un análisis interno y externo de la organización, para ello se propone un esquema conformado por tres apartados que permiten estructurarlo, los cuales se describen a continuación (Pérez, 2004).

Parte I Diagnóstica

Se lleva a cabo una evaluación de las necesidades presentes y futuras de la población objetivo, así mismo se presenta la filosofía de la organización que incluye su historia, visión, misión y objetivos institucionales.

Parte II Planeación y formulación de estrategias

Permite definir el camino a seguir y la forma de lograr los objetivos, los cuales se plantean en función de las siete Ps de la mercadotecnia social.

Para facilitar el planteamiento de estos objetivos, las instituciones sin fines de lucro, pueden llevar a cabo un estudio integral de su organización, a través de un análisis FODA, que desde un punto de vista interno permite contemplar sus fortalezas y debilidades, en tanto que en la parte externa toma en cuenta las posibles oportunidades y amenazas.

Este análisis es una herramienta valiosa para la mercadotecnia, ya que permite establecer un diagnóstico para la construcción de estrategias que permitan reestructurar la dirección de una organización.

Tomando en consideración que las *fortalezas* son los puntos fuertes en los procesos internos de las organizaciones y que las hace destacar por encima de la competencia; en tanto que las *oportunidades* son las condiciones del ambiente externo que favorecen las fortalezas de la organización; tomando en cuenta las *debilidades*, las cuales son todos aquellos puntos débiles de las organizaciones en su proceso administrativo e identificando las *amenazas*, aquellas condiciones en el ambiente externo que no se relaciona con las fortalezas existentes, ni favorecen las debilidades actuales (Pérez, 2004)

Dentro de este mismo proceso de planeación se debe realizar el diseño de una táctica que especifique tareas, asigne responsables y distribuya tiempos. Así como contar con un plan de contingencia que permita afrontar situaciones inesperadas durante la ejecución de las actividades.

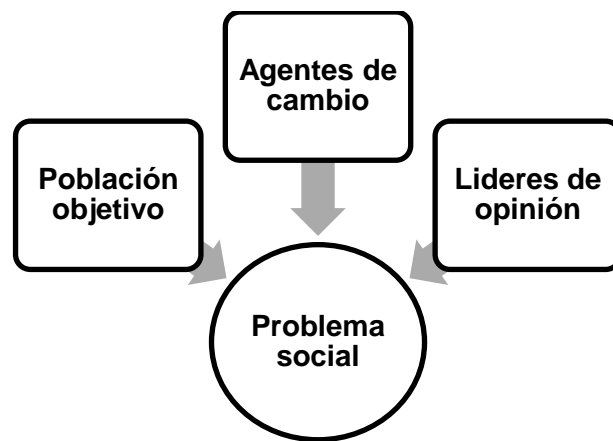
Parte III. Ejecución

En este apartado se lleva a cabo un análisis presupuestal, el cual se desarrolla en relación directa con los objetivos, estrategias, programación de tiempos, de recursos humanos y económicos que se necesitan para la aplicación de un programa o estrategia. Posteriormente se describe la estructura final del plan de mercadotecnia social y se establecen las medidas de control que se implementaran a través de una evaluación periódica a lo largo del proceso y que permite identificar aspectos que pueden mejorarse.

5.4 Elementos esenciales para la efectividad de una estrategia de mercadotecnia social.

La efectividad de una estrategia de mercadotecnia social depende de la interacción de diversos elementos, tales como la población objetivo, agentes de cambio, líderes de opinión y el grado de participación o implicación de estos en cada una de las fases de la estrategia diseñada.

Figura 5.1 Participantes del cambio



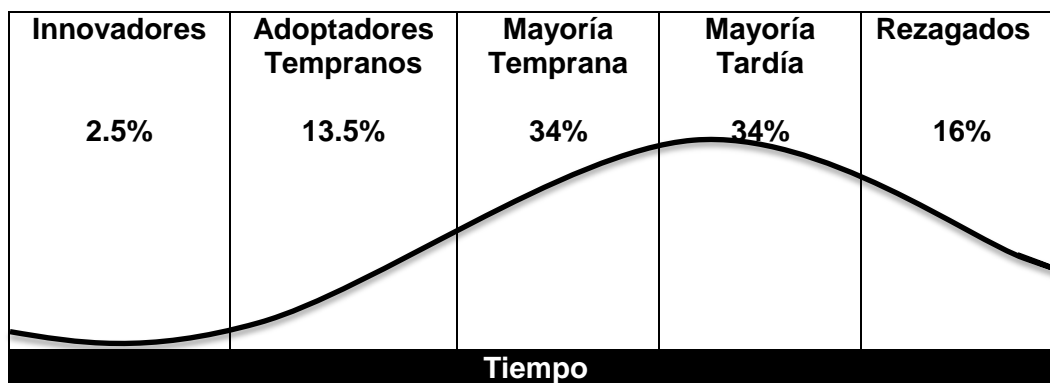
Cuando se habla de **población objetivo o mercado meta**, se hace referencia a la persona, al núcleo familiar y/ o al segmento de población que padece un problema social. Esta población puede dividirse en directa o indirecta, en el caso de un problema como lo es el consumo de drogas, la población objetivo directa es la persona que usa, abusa o ya presenta dependencia a la sustancia psicoactiva en tanto que la población objetivo indirecta es la familia, los amigos y/o conocidos que lo llevan al centro de atención y que junto con el usuario viven las consecuencias del consumo.

Durante la aplicación de la estrategia de mercadotecnia social la población objetivo busca obtener el mayor conocimiento posible sobre el producto y/o idea

social con el fin de disminuir la desconfianza que ésta le provoca y poder generarse una actitud al respecto, que le permita aceptarla o rechazarla.

La etapa de adopción de un producto, idea o servicio, es posible explicarlo a través de la “curva de adopción”, que sigue el mismo patrón de una curva normal (véase la figura 5.3), la curva va aumentando paralelamente al incremento en el número de adoptantes, tiempo después la curva baja indicando un decremento en el número de adoptantes.

Figura. 5.2 Curva de adopción de una innovación



Nota. Fuente: Rogers (2003).

Como se ha observado esta curva de adopción agrupa cinco categorías de adoptantes de una innovación, la cual es determinada en relación al tiempo que tarda el grupo social en aceptar la innovación. A continuación se hace una descripción de cada una de estas categorías, de acuerdo a lo referido por Pérez (2004) y Rogers (2003).

- Los *innovadores*, corresponden al 2.5% de la población, se caracterizan por ser los primeros en utilizar la innovación; dentro de su sistema social se les identifica porque gustan de experimentar nuevas herramientas, ideas, tecnologías y comúnmente son quienes se encuentran más familiarizados

con los problemas sociales y por tanto especialmente comprometidos con la causa.

- Los *adoptantes primarios*, pertenecen al 13.5% de la población, su edad va de los 25 a los 45 años, se caracterizan porque dentro de su sistema social son considerados respetables líderes, cuando adoptan un producto o servicio lo hacen con éxito y cautela. Al ser reconocidos como líderes son capaces de influenciar la conducta del grupo, por lo tanto la mercadotecnia social sugiere emplear la estrategia conocida como “bola de nieve” o de referencia con el objetivo de darse a conocer de manera más rápida,
- La *mayoría temprana*, contempla al 34% de la población, se caracterizan por tener muchos contactos sociales, generalmente debaten antes de aprobar una innovación y necesitan escuchar testimonios de experiencias exitosas. Para la mercadotecnia social es claro que promover un cambio en la conducta de este segmento de la población se encuentra influenciado por la información y la persuasión ejercida por sus grupos de referencia, como pueden serlo familiares y amigos.
- La *mayoría tardía*, concierne al 34% de la población, los cuales son considerados como escépticos, ya que son desconfiados y cautelosos ante las innovaciones, muchas veces necesitan de la presión de otros para adoptar una innovación, las edades de esta población van de los 46 a los 56 años, generalmente se trata de personas provenientes de un nivel socio-económico bajo.
- Los *rezagados*, están relacionados con el 16% de la población, son los últimos en adoptar la innovación y en algunas ocasiones simplemente la rechazan, se caracterizan por ser tradicionales; habitualmente esta población pertenece a la tercera edad, son difíciles de convencer ya que tienen su propia forma de ver el mundo y no desean cambiar su percepción.

Existen algunos factores como el nivel de implicación en el problema social y el grado de conocimiento que permiten acelerar la probabilidad de adopción de la idea o producto social, a este último factor se asocia el nivel educativo, se sabe que las personas que poseen un nivel educativo más alto, tienen mayor acceso a la información y esto facilita el que se formen un pensamiento más claro sobre la idea o el producto social, lo que incrementa en mayor medida la tasa de adopción (Kotler y Roberto, 1992).

Otro elemento dentro de este sistema es el llamado **agente de cambio**, se trata de la persona que desea influir en la innovación-decisión de la población objetivo en una dirección que se considera conveniente para la organización. Un aspecto importante es que generalmente el agente de cambio busca obtener la adopción de nuevas ideas, pero también intenta desalentar la difusión y prevenir la adopción de innovaciones no deseadas.

Es también frecuente que los agentes de cambio cuenten con el apoyo de un grupo de personas que se encargan de acompañar a la población objetivo durante el proceso de toma de decisión respecto a la innovación, buscando influenciar su decisión; generalmente son homófilos con el adoptante promedio, es decir, sirven de puente entre el agente de cambio y la población objetivo

Una característica importante de este grupo de personas es que cuentan con una misma formación profesional lo que garantiza un trabajo fundamentado en conocimiento y habilidades que enriquecen aún más el proyecto, además de facilitar el que otros profesionistas tomen la iniciativa de participar en la adopción de la idea o servicio.

Otra característica es la referente a su trabajo de voluntariado, este es considerado uno de los elementos más valiosos, ya que son ellos quienes establecen un canal de distribución interpersonal de la idea o producto social. Se ha observado que lo que mueve a estas personas está relacionado con un interés

y necesidad personal, una creencia de que la idea o producto social beneficiará a la sociedad y el deseo de ayudar a otras personas (Kotler y Roberto, 1992).

Por otra parte, muy a menudo los agentes de cambio piden apoyo a los **líderes de opinión** para que actúen como porta voces en la difusión del producto o servicio, ya que dentro de sus comunidades son considerados un modelo a seguir, llevándolos a tener la capacidad de influir en otras personas sobre su actitud y/o conducta (Kotler y Roberto, 1992).

En resumen lo que se ha revisado en este capítulo son los conceptos, elementos y factores que participan dentro del proceso de adopción por el cual atraviesa la población objetivo, así como el papel que desempeñan los líderes de opinión y los agentes de cambio, cuya implicación dentro del proceso es vital, principalmente por el grado de compromiso que asumen dentro de la estrategia de mercadotecnia social.

Entender las técnicas que conforman la mercadotecnia social, permite elegir las que resulten más apropiadas para llevar a cabo la planeación, organización, desarrollo y evaluación de dicha estrategia, lo que permitirá hacerla más efectiva, asegurando no sólo la transmisión de información, sino buscando persuadir a la población hasta alcanzar la adopción de un producto o servicio. Por tanto la teoría de mercadotecnia social resulta una herramienta eficaz para la promoción y comunicación de intervenciones de prevención y tratamiento de conductas adictivas entre estudiantes universitarios.

Cuenta de ello son los estudios realizados por Larimer y Cronce (2007) y Zimmerman (1997) quienes estudian las adicciones y el impacto que estas tienen en los campus universitarios, resaltando la importancia de incorporar las técnicas de mercadotecnia social a las campañas de promoción y prevención de la salud, lo que permite incrementar la efectividad de las mismas.

Por otra parte indican que los estudiantes universitarios responden muy bien a una gran variedad de acciones, principalmente destacan las intervenciones breves a través de las cuales llegan a tener reducciones importantes en su consumo excesivo de alcohol. En términos generales señalan que el empleo de la mercadotecnia social para la difusión de las intervenciones breves dentro de los campus universitarios, induce en los estudiantes un interés por participar de forma voluntaria (Palmer y cols., 2006 citado en Larimer y Crouse, 2007).

Por esta razón, en el siguiente capítulo se hace una propuesta para la aplicación de una estrategia de mercadotecnia social que resulte efectiva para hacer la promoción de un servicio de atención a las adicciones.

CAPÍTULO VI MÉTODO

Con base en la información que se ha descrito en los capítulos anteriores, se ha desarrollado una estrategia de mercadotecnia social para la promoción de intervenciones breves para atender conductas adictivas en estudiantes universitarios

6.1 Objetivo

Planear, desarrollar, aplicar y evaluar una estrategia de mercadotecnia social para la promoción de intervenciones de prevención y tratamiento de conductas adictivas en estudiantes universitarios.

6.2 Sujetos

Estudiantes universitarios de entre 18 y 30 años, ambos sexos, estudiantes de Licenciatura o Posgrado, que se encuentren en etapas tempranas de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.

6.3 Escenarios

10 Facultades y Escuelas de Educación Superior en donde se aplicó la estrategia (Arquitectura, Artes Plásticas, Contaduría, Derecho, Economía, Enfermería y Obstetricia, Ingeniería, Odontología, Psicología, Química, Trabajo Social y Veterinaria); Auditorio “Sotero Prieto” de la División de Ciencias Básicas de la Facultad de Ingeniería, UNAM y el Centro de Prevención y Atención de Adicciones (CEPREAA) Facultad de Psicología UNAM.

6.4 Tipo de estudio

Exploratorio, con el objeto de tener un primer acercamiento a estudiantes universitarios utilizando estrategias de mercadotecnia social para aquellas personas que se hayan iniciado en el consumo de sustancias psicoactivas.

6.5 Diseño

Pre experimental, de un solo grupo con una medición posterior a la estrategia de mercadotecnia social. La medida que se utilizó fue el número de universitarios que llegan al tratamiento después de recibir la estrategia.

6.6 Procedimiento

El plan estratégico quedó estructurado en 4 fases, la primera de ellas encaminada a la detección de necesidades tanto de la población objetivo como de la propia organización; la segunda fase implica el desarrollo de toda la estrategia llevando a cabo un rediseño de la imagen de la organización, así como de los materiales y por su puesto todo lo relacionado con el factor humano que participa dentro del proyecto; la tercera fase es la aplicación de la estrategia, lo que involucra el trabajo de campo y por último la cuarta fase relacionada con el monitoreo constante y la evaluación final de la efectividad de dicha estrategia, esta fase se llevó a la par que la tercera.

- FASE I Detección de necesidades
- FASE II Desarrollo de la estrategia de mercadotecnia social
- FASE III Aplicación de la estrategia de mercadotecnia social
- FASE IV Evaluación

6.6.1 Fase I. Detección de necesidades

Esta fase se llevó a cabo de Enero a Febrero de 2009, tiempo en el que se realizó la recopilación de la información que da fundamento al estudio y a través del cual se permite establecer un diagnóstico de los jóvenes universitarios a los que se dirige el proyecto, con el fin de detectar sus necesidades y realizar así un perfil de ellos, los datos aportados son tomados en cuenta por la organización al momento de planear y diseñar la estrategia dirigida a este segmento de la población.

6.6.1.1 Objetivo

Llevar a cabo una evaluación de las necesidades presentes y futuras de la población objetivo, así mismo definir la filosofía de la organización que contempla la visión, misión y objetivos institucionales.

6.6.1.2 Materiales

- Cuadernillos de capacitación

25 cuadernillos de integrados por un *diagrama* con la descripción de las actividades a realizar durante el trabajo de campo, una sección de *preguntas frecuentes* con el fin de ser empleada como una fuente de consulta; un *formato de registro* del trabajo de campo y un *cronograma* de las actividades de difusión (véase apéndice A).

6.6.1.3 Procedimiento

La primera fase denominada “Detección de necesidades” está compuesta por dos pasos, el primero de ellos incluye un análisis de la situación actual del Centro Acasulco, así como un diagnóstico del mismo; el segundo paso consiste en la planeación de la estrategia de mercadotecnia social, en la que se describe la justificación, metas y propósitos del proyecto, así como la definición de la

población objetivo, el análisis de la competencia existente y la descripción de los recursos humanos, materiales y económicos necesarios para llevar a cabo el estudio.

6.6.1.3.1 Paso 1. Análisis de la situación

a) Diagnóstico del problema

Se obtuvo un diagnóstico de consumo de drogas de la población adoptante facilitado por la línea de investigación epidemiológica realizada en el mismo proyecto.

- Examen Médico Automatizado (2007) de la Dirección General de Servicios Médicos, de la Universidad Nacional Autónoma de México.
- Encuesta sobre el Consumo de Alcohol, Tabaco y Otras Drogas en Estudiantes Universitarios (Villatoro y cols. 2008).
- Prevalencia del consumo riesgoso y dañino de alcohol y factores de riesgo en estudiantes universitarios de primer ingreso (Díaz y cols., 2008) del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, UNAM; Department of Psychiatry and Alcohol Research Center, University of Connecticut School of Medicine, Farmington, Connecticut, USA; Rectoría de la UNAM y Dirección General de Servicios Médicos de la UNAM.
- Encuesta Nacional de Adicciones (2008) de la Secretaría de Salud en colaboración con el Consejo Nacional contra las Adicciones, el Instituto Nacional de Salud Pública y el Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz".

b) Revisión de los esfuerzos pasados y similares

Se hizo una revisión de los esfuerzos y estrategias de difusión utilizadas desde la fundación del Centro Acasulco, hasta la planeación de este trabajo. La mayoría de estos esfuerzos han sido encaminados hacia la difusión de los programas de intervención breve para atender problemas de conductas adictivas, a través de convenios con Instituciones de Salud y Educación, de diferentes partes de la República Mexicana, tal es el caso del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Centros de Integración Juvenil (CIJ), Instituto Mexiquense Contra las Adicciones (IMCA); así como la Universidad de Colima, el Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey (ITESM), entre otros.

Resultado de estos esfuerzos, se ha realizado la publicación de artículos en revistas científicas, así como la publicación de libros y manuales y la distribución de volantes con la información de la organización.

c) Análisis de las Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas (estudio FODA)

El análisis de las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas también llamado estudio FODA por sus siglas, es una herramienta muy útil para identificar los puntos en los que es necesaria la formulación de estrategias, a fin de aprovechar los puntos fuertes de una organización, fortalecer las debilidades, sacar el máximo provecho de las oportunidades y enfrentar las amenazas que se encuentran en el ambiente externo y que un momento dado pueden perjudicar a la organización (Pérez, 2004).

El estudio FODA se aborda desde la perspectiva interna y la perspectiva externa de la organización, a continuación se describe cada uno de sus elementos.

- Perspectiva interna de la organización

Las *fortalezas* son todos los aspectos positivos en los que la organización se destaca por encima de su competencia, por ello es importante enlistar los atributos con los que cuenta la organización.

Las *debilidades* son las deficiencias de las organizaciones, como la incompetencia en algunas áreas o la escasez de recursos necesarios para sus fines.

- Perspectiva externa de la organización

Las *oportunidades* son las condiciones del entorno exterior de la organización que favorecen su fortalecimiento.

Las *amenazas* son las condiciones del medio ambiente externo que pueden perjudicar a la organización.

6.6.1.3.2 Paso 2. Planeación de la estrategia de mercadotecnia social

a) Justificación y Propósito

En 2008 el Centro Acasulco llevó a cabo un trabajo de difusión, con el objetivo de promover la asistencia de nuevos usuarios a las intervenciones que este centro ofrece, el trabajo consistió en repartir 60, 000 volantes, a través de los cuales 6 personas solicitaron el servicio.

Para 2009, la baja solicitud de ingreso, fue más que evidente y preocupante, pese a que se contaba con intervenciones validadas empíricamente y que habían demostrado su efectividad, pocas eran las personas que conocían la existencia del centro y mucho menos de los servicios que presta.

Estos resultados dieron muestra de lo insuficiente que habían sido los esfuerzos de dar a conocer a Centro Acasulco, cuestionando los medios de difusión hasta entonces utilizados y arrojando un foco rojo sobre el área de comunicación.

Por tal motivo se realizó una propuesta para desarrollar una estrategia de mercadotecnia social, con el objetivo de hacer más efectivo el mensaje que el Centro Acasulco desea comunicar y por consiguiente promover el ingreso de usuarios que deseen beneficiarse de cualquiera de las intervenciones que se ofrecen dentro de la organización.

b) Definir la población objetivo o mercado meta

El desarrollo de una estrategia de mercadotecnia social, precisó definir el grupo de personas que presentaban la necesidad de atención y a la cual se dirigirían los esfuerzos de este trabajo.

Para llevar a cabo la segmentación de la población, así como la identificación de las variables que conformaría el perfil de la población objetivo, se solicitó el apoyo de profesionales en el área de comunicación, quienes después de una serie de reuniones con el equipo de psicólogos encargados del proyecto, seleccionaron variables de tipo demográfico, psicográfico y actitudinal.

c) Conocer la competencia existente

Como parte de la planeación estrategia es importante conocer a las personas, grupos u organizaciones que desempeñan una tarea similar a la del Centro Acasulco, es decir, personas interesadas en llevar a cabo un trabajo de prevención de las adicciones y brindar atención a jóvenes universitarios.

Esto tiene dos propósitos el primero, conocer si al mismo tiempo que se esta aplicando la estrategia de mercadotecnia social, otras organizaciones se

encuentren implementando otras estrategias, que pudieran afectar el desarrollo de la presente investigación.

Segundo, buscar establecer o en el caso de que ya exista mantener y fortalecer alianzas con dichas organizaciones, esto para el beneficio del público objetivo y al mismo tiempo uniendo fuerzas para combatir a la verdadera competencia, que es todo aquello que promueve el uso de drogas.

d) Descripción de los recursos necesarios

Para llevar a cabo el desarrollo de la estrategia de mercadotecnia social, se necesitó establecer los recursos humanos, materiales y económicos necesarios para el diseño de los materiales de difusión, la elección de los medios de comunicación y la selección del personal que apoyaron en las actividades de aplicación de cada uno de los elementos que formaron parte del plan estratégico.

La idea principal fue concentrar los esfuerzos en lograr un mayor impacto y un número más grande de personas simpatizantes con los servicios que ofrece el Centro Acasulco, el objetivo fue dar a conocer, informar, recordar y/o persuadir a la población objetivo o mercado meta de los productos sociales que proporciona esta organización.

d.1 Recursos humanos

El recurso humano se dividió en dos grupos; el de las personas contratadas por la organización y el de los voluntarios que están dispuestos a donar de su talento y tiempo; en algunos casos, hubo la participación de personas en ambos grupos. Cada uno de los integrantes de estos equipos de profesionales y de voluntarios tuvo a su cargo la responsabilidad de llevar a cabo diferentes tareas.

Para llevar a cabo este trabajo fue necesario contar con el apoyo de un equipo multidisciplinario de profesionales de Psicología, Comunicación y Diseño gráfico, quienes desde su especialidad aportaron elementos valiosos para el diseño de una estrategia efectiva.

En la Figura 6.1 se describe al grupo de profesionales de psicología, comunicación y diseño, así como sus funciones y actividades dentro de la estrategia de mercadotecnia social; mientras que en la Figura 6.2 se clasifica a los voluntarios que participaron en las diferentes actividades de difusión.

Figura 6.1 Equipo de profesionales que diseñaron la estrategia de mercadotecnia social.

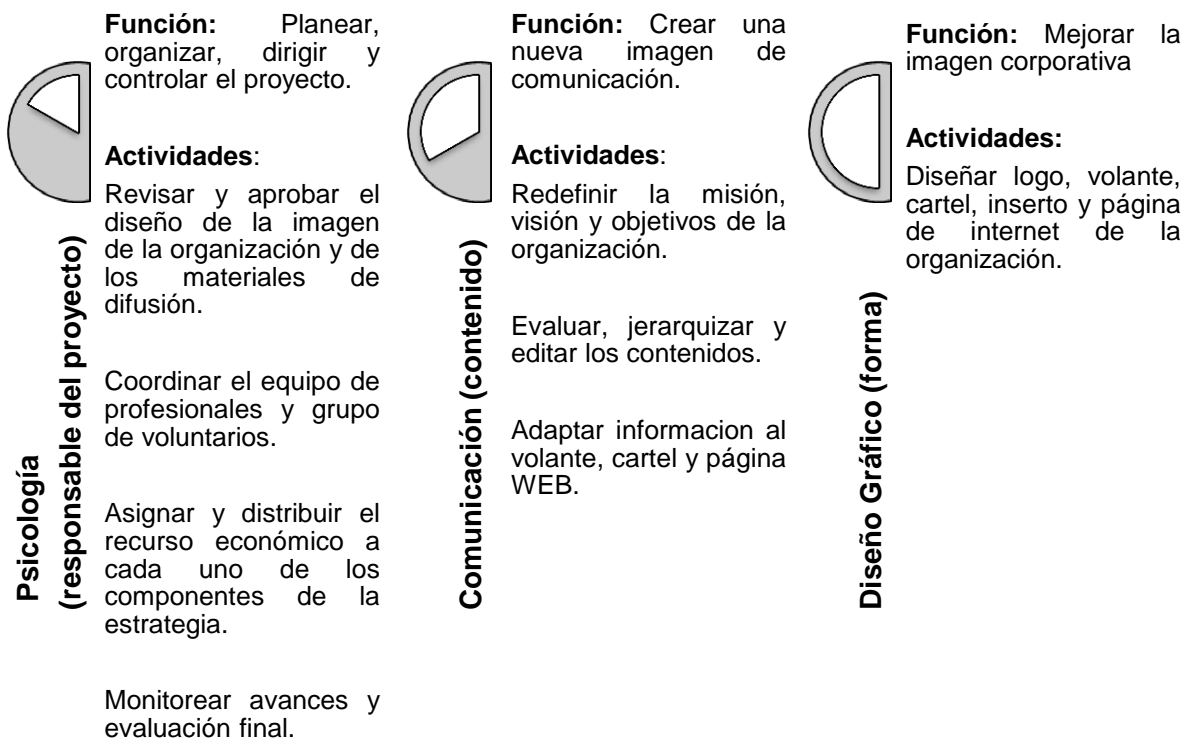


Figura 6.2 Equipo de voluntarios que desempeñaron actividades de difusión.

Académicos
<ul style="list-style-type: none">•2 docentes de la Maestría en Adicciones, UNAM.
Estudiantes de Posgrado
<ul style="list-style-type: none">•4 alumnos (R2) de la Maestría en Adicciones, UNAM.•1 alumna (R4) de la Maestría en Adicciones, UNAM.
Estudiantes de Licenciatura
<ul style="list-style-type: none">•6 Tesistas de la Lic. en Psicología•1 Pasante de la Lic. en Ciencias de la Comunicación•7 Servidores Sociales de la Lic. en Psicología•1 Servidor Social de la Lic. en Diseño Gráfico3 Practicantes de la Licenciatura en Psicología (3 de tercer semestre)
Profesionistas
<ul style="list-style-type: none">•2 Licenciadas en Psicología (terapeutas y voluntarias)

d.2 Recursos materiales

De acuerdo a los datos obtenidos a través del análisis FODA se llevó a cabo la elección de los medios de comunicación para la aplicación de la estrategia de comunicación (véase Tabla 6.1), por medio de los cuales se dio a conocer los servicios que la organización ofrece a la población objetivo. Debido a lo limitado de los recursos económicos de la organización, se optó por medios de comunicación que fueran eficaces pero de bajo costo, quedando la selección de la siguiente manera:

Tabla 6.1

Ventajas y desventajas de los medios de comunicación

Medio de comunicación	Ventaja	Desventaja
Gaceta -Periódico	Masivo, contenido variado, flexibilidad creativa, costo razonable, buena cobertura de mercado local	Vida breve, deficiente calidad de impresión
Internet	Interactivo, gran selectividad de mercado, información completa y exhaustiva, industria de crecimiento rápido, costo relativamente bajo.	No es de uso común, problemas de seguridad y violación de intimidad, limitado geográficamente, audiencia selecta
Material impreso: Volante	Bajo costo, flexibilidad creativa, fácil distribución, selectividad de audiencia, alto índice de los lectores secundarios	Vida breve, alta obsolescencia, bajo interés de la audiencia.
Material impreso: Carteles	Bajo costo, flexibilidad creativa, fácil distribución, selectividad de audiencia, alto índice de los lectores secundarios	Vida breve, alta obsolescencia, bajo interés de la audiencia.
Directo: Cine-debate	Bajo costo, personalización, gran selectividad, no hay competencia con otros medios	Bajo interés de la audiencia, toma mucho tiempo.
Indirecto: Boca en Boca	Bajo costo, personalización, gran selectividad, la forma de publicidad más antigua, la comunicación es de alta credibilidad	Es lento, mucha competencia

Fuente: Pérez, 2004

d.3 Recursos económicos (presupuesto de la estrategia)

Una vez establecidos los recursos necesarios para llevar a cabo la estrategia de mercadotecnia social, se estableció el presupuesto necesario para la coordinación de dicho proceso.

Es importante mencionar que el recurso humano no tendrá costo, pues en principio las personas que participan en el proyecto lo hacen de forma voluntaria y en la mayoría de los casos cuentan con una beca como tesista o estudiante de posgrado y en la situación de no contar con ningún apoyo económico se toman en consideración las horas destinadas a este trabajo para cubrir horas de servicio social y de prácticas.

En la Tabla 6.2 se presenta el desglose de los costos de inversión en tiempo y dinero para poner en marcha la estrategia de mercadotecnia social.

Tabla 6.2

Presupuesto de la estrategia de mercadotecnia social

ID CARACTERISTICAS	TIEMPO/DÍAS	COSTO
Rediseño LOGO	15	\$7,500
Concepto Imagen para comunicación temática:	5	\$15,000 costo concepto
Diseño de cartel	3	
Diseño de volante	5	
Propuesta de material promocional Acasulco (5 temas con nueva imagen)	3	\$2,000
Diseño de Página WEB	30	Ningún costo Trabajo de servicio social
Impresión de carteles y volantes	20	\$5,000
Recursos Humanos (Voluntarios)	15	Ningún costo Becarios
TOTAL	96	\$29,500

6.6.2 Fase II. Desarrollo de la estrategia de mercadotecnia social

La segunda fase se desarrolló de marzo a julio de 2009, tiempo dentro del cual se llevó a cabo una serie de reuniones, en las cuales se integraron todos los participantes del proyecto tanto profesionales del área de psicología, comunicación, diseño gráfico y por supuesto la asistencia del personal que labora en el CEPREAA, quienes vertieron diversas opiniones y sugirieron ideas para el desarrollo de la estrategia, las cuales fueron tomadas en cuenta junto con las necesidades la población y de la organización.

Para llevar a cabo esta fase se realizó un análisis y se diseñó la imagen corporativa, lo cual permitió el desarrollo de los medios de difusión, por otra parte se procedió a invitar a los líderes de opinión de cada escuela o facultad, así como a reclutar, seleccionar y capacitar el recurso humano.

6.6.2.1 Objetivo

Elaborar el diseño de la estrategia de mercadotecnia social con el propósito de dar a conocer o de facilitar la adquisición de los servicios del CEPREAA.

6.6.2.2 Materiales

- 1 Volante promocional de Centro Acasulco
- 1 Poster promocional de Centro Acasulco

6.6.2.3 Procedimiento

La segunda fase denominada “Desarrollo de la estrategia de mercadotecnia social” está conformada por 5 pasos, el primero de ellos consiste en un análisis de la imagen actual del Centro Acasulco; el segundo es el diseño de la nueva imagen corporativa (nombre, logo, color); el tercero el desarrollo de los medios de difusión (volante, cartel, página WEB-CEPREAA, gacetas UNAM y Facultad de Psicología y el cine-debate); el cuarto consiste en la invitación a los líderes de opinión y el quinto y último paso incluye el reclutamiento, selección y capacitación del recurso humano necesario para el desarrollo de la estrategia de mercadotecnia social.

6.6.2.3.1 Paso 1. Análisis de la imagen actual del Centro Acasulco

Para el proceso creativo, se reunió a todo el equipo de profesionales del área de psicología, comunicación y diseño gráfico, quienes tomaron en consideración el perfil del público y el conocimiento del producto social de la organización a la que

sería dirigido el diseño. Para ello se llevaron a cabo una serie de 6 reuniones en donde a través de lluvias de ideas se definió el nuevo concepto de lo que la organización pretendía comunicar.

Con la información obtenida, los profesionales de comunicación y diseño gráfico, elaboraron un par de propuestas, las cuales fueron presentadas no sólo al equipo de psicólogos, también a los voluntarios y personal de la organización, esto con la intención de que emitieran su punto de vista sobre las propuestas e hicieran sugerencias. Al final de estas seis sesiones se eligió la mejor propuesta, y aprobó al diseño que era más acorde con las necesidades de la organización y del público objetivo.

El siguiente paso fue examinar la imagen actual de esta organización, con el objetivo de encontrar aspectos que pudieran rescatarse y aquellos otros con posibilidad de mejorarse.

De acuerdo con el estudio FODA aplicado para Centro Acasulco, se determinó que una de las debilidades más importantes de esta organización se centra en el área de promoción, determinando que las estrategias hasta entonces utilizadas resultaban insuficientes, ya que el volanteo que era el medio de comunicación empleado comúnmente, no había dado los resultados esperados.

El equipo de psicólogos, comunicólogos y diseñadores gráficos determinaron que el diseño del volante utilizado era poco apropiado puesto que carecía de todos los parámetros recomendados por la mercadotecnia y dado que la intención es optimizar la forma de comunicar de la organización, se llevó a cabo un análisis del material promocional hasta entonces empleado, la atención se concentró entonces en desarrollar el diseño de una nueva imagen e identidad de la organización, centrándose en los puntos señalados de la Figura 6.3.

Figura 6.3 Volante promocional del Centro Acasulco



6.6.2.3.2 Paso 2. Diseño de la nueva imagen corporativa

a) Nombre

Para dar inicio al diseño de la nueva imagen e identidad grafica de la organización, fue necesario darle un nuevo nombre, que fuera fácil de ubicar en la memoria de la población objetivo y que conservara la esencia del nombre original, tomando en consideración esto, Centro Acasulco se transforma en el **Centro de Prevención y Atención de Adicciones**, cuyas siglas son **CEPREAA**.

b) Logo

El segundo paso fue diseñar un logo para la organización, para lo cual fue necesario construir a través de una serie de elementos gráficos-visuales una imagen que fuera única y original, a través de la cual la organización transmita uniformidad en todo lo que desea comunicar.

El objetivo fue que el diseño de este logo estuviera integrado por un ícono y tipografía, el cual se convertiría en el sello o firma del CEPREAA, que lo distinguirá de cualquier otra organización.

Para el diseño del logotipo se eligió una forma natural, la de una mano estilizada con sus cinco dedos extendidos, la figura de las manos significan protección y apoyo, en el caso de la mano extendida significa poner un alto; en el contexto del estudio lo que se pretende comunicar es un alto a las adicciones.

c) Color

Por el tipo de público que atiende el CEPREAA se pensó en un logotipo atractivo, agradable y de fácil reconocimiento a la vista, por ello se optó por integrar colores, al diseño original, la selección de color fue realizada por su significado, el cual puede verse en la Tabla 6.3.

Tabla 6.3

Significado de los colores elegidos para el material de difusión del CEPREAA

Color	Significado
Verde	Es el color de la naturaleza que tranquiliza y relaja. También se asocia a la esperanza, salud, vitalidad, seguridad, vida
Púrpura	Es un color que representa serenidad, el efecto psicológico que produce es útil para problemas mentales y nerviosos.
Azul	El color del cielo y del mar. Simboliza cosas grandiosas, autoridad, lealtad, dignidad, el infinito. Cuando es claro relaja y proporciona frescor, seguridad y confianza
Marrón	Normalmente es asociado a la masculinidad, simboliza calidez y tibieza.
Plata (sombra)	Simboliza paz y tenacidad. Algunos de sus efectos psicológicos se asocian a quitar dolencias o enfermedades.

Fuente: Heller, 2004.

6.6.2.3.3 Paso 3. Desarrollo de los medios de difusión

a) Volante

Dado que el objetivo del CEPREAA es invitar principalmente a la población joven, el diseño de los materiales se enfocó en tomar en consideración aspectos tales

como dinamismo, atracción y vivacidad. Para ello se retomaron los colores del logotipo del CEPREAA, lo que permite crear una asociación más fuerte con la institución.

Para hacer un diseño mas atractivo se opto por realizar tres pliegues, el primero de ellos por la mitad, que al abrirlo deja ver dos paneles al frente que invitan a seguir leyendo, estos paneles tiene otros pliegues que al abrirlos quedan a modo de ventanas, en cada uno de estos paneles hay información e imágenes que van despertando la curiosidad del lector.

Las medidas del volante son de 5.5 cm de ancho x 11.2 cm de largo cuando se encuentra completamente cerrado y sus medidas son 11.2 cm de ancho x 22.8 cm. de largo cuando se abren los tres pliegues.

Para la reproducción del volante se utilizó papel couché con terminación brillante con un gramaje de 135 gr. /m², la impresión se hizo a todo color en el sistema offset con CMYK.

b) Cartel

Para el diseño del cartel se retomaron los colores del logo, los cuales fueron utilizados tanto en los elementos pictóricos como los elementos verbales, se utilizó una tipografía sin patines (*Sans Serif*) a diferentes puntajes pero lo suficientemente claros para ser leídos por los transeúntes.

Para la reproducción del cartel se utilizó papel couché con terminación brillante con un gramaje de 135 gr. /m², la impresión se hizo a todo color en el sistema offset con CMYK.

El tamaño del cartel fue tabloide (doble carta) cuyas medidas son 43.18 cm de alto x 27.94 cm de ancho

El uso de los colores llevo a que el cartel se dividiera en cuatro áreas en las que se distribuyó la información del CEPREAA y se agregó la foto de un joven con el propósito de servir como imagen de identificación con el público objetivo.

c) Página WEB CEPREAA

Se diseñó un sitio de internet con el propósito de que el CEPREAA tuviera presencia en el ciberespacio, permitiéndole dar a conocer sus servicios y dándole la posibilidad de desarrollar un contacto interactivo con la comunidad universitaria y el público general, sin límites de espacio geográfico y de horarios.

Para llevar a cabo esta tarea se contó con la participación del grupo de psicólogos que dirigen el proyecto, quienes se encargaron de analizar, clasificar y organizar la información que forma parte del sitio WEB.

Por otra parte el equipo de profesionales en el área de comunicación y diseño gráfico, se encargaron del trabajo de comunicación visual particularmente para llevar a cabo tareas de audiovisual y multimedia.

Para el diseño de la página WEB se estructuro en base al método para el diseño y elaboración de sitios WEB que proponen los autores Rosenfeld y Morville (2007) constituido por los siguientes pasos:

- i. La *investigación*: a través de la cual se determinó la audiencia y las metas que se pretendían lograr con el sitio, tomando en consideración las necesidades de los usuarios, así como sus principales características. Por otra parte también se identificó el contenido de la página y las necesidades funcionales del mismo para garantizar de manera eficaz y eficiente su diseño y construcción.

- ii. *Diseño conceptual:* se presentó un esquema general de la página y los bocetos de diseño. En esta misma fase se organizó la información, la estructura de navegación, el rotulado y los vínculos más importantes del sitio. Se retomaron los colores del logo, así como la forma de los dedos que servirán para distinguir cada uno de los botones de navegación del sitio del CEPREAA.
- iii. La *producción:* se crearon los planos detallados de cada página y se incorporó su contenido.

Al final de este proceso se realizaron algunas pruebas y revisiones para llevar a cabo la publicación del sitio.

d) Gacetas de la UNAM y de la Facultad de Psicología

Para la publicación en gacetas, se utilizó como inserto el mismo diseño empleado en el cartel promocional, sin embargo los responsables de la edición de cada una de estas publicaciones realizaron los ajustes que consideraron necesarios.

En relación a la Gaceta de la Facultad de Psicología, es importante mencionar que existen dos publicaciones de dicha entidad, la primera de ellas se llama “Comunidad psicología” se trata de un boletín informativo para alumnos cuya publicación se realiza tanto de manera digital como en papel y su aparición es cada tres semanas, el tiraje de esta publicación es de 1,000 ejemplares.

El tamaño del boletín es de 17 cm de ancho y de 21.5 cm de alto, en papel bond blanco de 75 gr. /m² a dos tintas.

La publicación puede ser consultada en formato PDF en la siguiente dirección:
<http://www.psicologia.unam.mx/ver-noticia/es/141/comunidad-psicologia-boletin-informativo-para-alumnos/>

El inserto también fue incluido en la “Gaceta de la Facultad de Psicología” la cual es el órgano informativo de la comunidad académica de la Facultad y es publicada quincenalmente tanto en papel como de manera electrónica. La impresión se llevó a cabo en papel bond 75 gr. /m² color amarillo a cuatro tintas, tamaño carta (21.59 cm. por 27.94 cm.).

Al igual que el boletín puede encontrarse en formato PDF en la siguiente dirección electrónica:

<http://www.psicologia.unam.mx/pagina/es/198/gaceta-de-la-facultad-de-psicologia>

Su edición está a cargo del Departamento de Publicaciones (Coordinación del Programa de Atención a Alumnos y Servicios a la Comunidad, Secretaría General).

En ambos casos las publicaciones se llevaron a partir de septiembre 2009 a la fecha actual en 2012, el tamaño y color de la publicación fue diferente en cada publicación, sin embargo en promedio el tamaño del inserto fue de 11 cm. de largo y 9 cm. de ancho.

En relación a Gaceta UNAM, se llevaron a cabo dos publicaciones, con un tiraje de 70, 000 ejemplares, la primera de ellas el 1 de marzo 2010 (Nº 4227) y la segunda el 8 de marzo 2010 (Nº 4229), el inserto fue incluido en la sección académica, en un apartado de talleres y jornadas. La impresión se llevó a cabo en papel periódico de 40 gr. /m², a un tamaño de 8 cm. de largo y 6.5 cm. de ancho, a una tinta.

e) Cine-debate

Desde el inicio del proyecto se planteó la posibilidad de llevar a cabo un cine-debate en cada una de las escuelas y facultades que formaron parte de este estudio, sin embargo por la falta de recursos humanos, sólo fue posible llevarlo a

cabo en la Facultad de Ingeniería en colaboración con la Coordinación de Programas de Atención Diferenciada para alumnos (COPADI).

El CEPREAA se encargó de la elección de la película, de contactar a los especialistas que brindarían su apoyo en la dirección del debate y además de la preparación de bolsas de palomitas las cuales fueron obsequiadas a los asistentes.

La película que se seleccionó “Diario de un rebelde” y cuya ficha técnica se muestra a continuación (ver Figura 6.4), se eligió porque permite observar de forma clara el proceso de adicción, así como las consecuencias negativas del consumo.

Figura 6.4 Ficha técnica de la película “Diario de un rebelde”.

FICHA TÉCNICA
Título: Diario de un rebelde
Título original: The Basketball Diaries
Dirección: Scott Kalvert
País: Estados Unidos
Año: 1995
Duración: 102 minutos
Género: Drama / Hechos reales
Reparto: Leonardo DiCaprio, Lorraine Bracco, Ernie Hudson, Mark Wahlberg, James Madio, Bruno Kirby.
<i>Síntesis:</i> Se retrata la vida del escritor Jim Carroll (Leonardo Di Caprio) quien durante su paso por la preparatoria goza de un futuro prometedor como jugador de baloncesto y gracias a esta habilidad tiene la posibilidad de obtener una beca universitaria, sin embargo sus sueños se ven truncados, cuando se inicia en el consumo de drogas.

Mientras tanto COPADI apoyo en la organización del cine-debate, encargándose de la difusión del evento, a través del diseño de un poster promocional, así como del préstamo del auditorio "Sotero Prieto" de la División de Ciencias Básicas de la Facultad de Ingeniería (ver apéndice B).

El Cine-debate fue titulado “Jóvenes y Adicciones”, el evento fue programado para el día miércoles 12 de mayo de 2010, en un horario de 16:00 a 19:30.

6.6.2.3.4 Paso 4. Invitación a los líderes de opinión

Se contó con el apoyo de 14 líderes de la comunidad, entre los que destacan directivos, secretarios administrativos y coordinadores del área de publicación adscritos a las diferentes dependencias de la UNAM, a quienes se les explico el trabajo y los servicio que ofrece el CEPREAA, así como la importancia de llevar a cabo un trabajo de difusión del centro.

El objetivo fue obtener la autorización para llevar a cabo dichas actividades de difusión, tales como la entrega de volantes y la colocación de carteles.

6.6.2.3.5 Paso 5. Reclutamiento, selección y capacitación del recurso humano

La selección de este grupo fue dada por conveniencia, el grupo de personas que participaron durante el proceso de desarrollo y aplicación de la estrategia y de cada uno de sus elementos, eran personas que pertenecían a la organización y que se desempeñaban como académicos o estudiantes de posgrado y licenciatura, entre estos últimos se encontraban tesistas, servidores sociales y practicantes.

Uno de los factores que motivaron a este grupo de personas a participar dentro del proyecto, está relacionado con una necesidad profesional, ya que al darse cuenta de la crisis que atravesaba en ese momento el centro de servicios psicológicos, las actividades de difusión representaron para este grupo la puerta que abría la posibilidad de contactar nuevos usuarios a quienes podrían apoyar durante el proceso de decisión y cambio en la conducta de consumo, para lo cual ellos eran personal altamente calificado.

Una vez seleccionado el grupo de trabajo, se llevó a cabo una sesión de capacitación, la cual tuvo una duración de 3 horas y fue llevada a cabo en dos partes.

Durante la primera parte se expuso de manera breve las características de cada una de las intervenciones psicológicas impartidas en el CEPREAA. La segunda parte consistió en familiarizarse con la nueva imagen del centro y para ello se distribuyó un material de inducción al rol, el cual contenía las preguntas más frecuentes cuando se realiza un trabajo de difusión, así como un flujograma con las actividades que desempeñarían durante su participación en este proyecto, además del calendario con la asignación de horarios, los cuales fueron distribuidos en 17 grupos de trabajo, dichos materiales pueden ser revisados en el apéndice A.

Al finalizar, los participantes expusieron sus dudas y una vez resueltas se finalizó la capacitación, dejando abierta la posibilidad de llevar a cabo asesorías individuales en el caso de que durante el transcurso de la difusión tuvieran alguna pregunta.

6.6.3 Fase III. Aplicación de la estrategia de mercadotecnia social

En cuanto a la tercera fase, la cual se desarrolló de agosto a diciembre 2009, tiempo durante el cual se llevó a cabo el trabajo de campo, que implicó poner en marcha la estrategia, para lo cual se requirió distribuir actividades, asignar responsables y determinar horarios.

6.6.3.1 Objetivo

Realizar la promoción del CEPREAA y los servicios que proporciona, a través de la distribución de materiales impresos y la aplicación de las estrategias por medio de los canales previamente seleccionados y desarrollados.

6.6.3.2 Materiales

- **Volantes**

1000 volantes con el nuevo diseño de imagen

- **Posters**

200 posters con el nuevo diseño de imagen

- **Gaceta**

3 posters

3 discos compactos que contienen un archivo con el formato electrónico del poster.

- **Página WEB**

Equipo de cómputo conectado a un servidor de internet (*procesador a 900 mhz, memoria RAM de al menos 64 MB, navegador que ejecute funciones Flash y Java, Flash Player 7 o superior y Adobe Acrobat Reader versión 5 o superior*).

Software de diseño (Adobe Flash Player 7)

- **Cine-debate**

50 Carteles para publicidad del cine-debate

1 Película “Diario de un rebelde” en formato DVD

1 Video Proyector

1 Pantalla eléctrica

1 Laptop

50 bolsas de palomitas

6.6.3.3 Procedimiento

La tercera fase denominada “Aplicación de la estrategia de mercadotecnia social” se encuentra constituida por 6 pasos, cada uno se caracteriza por emplear un

medio de comunicación para dar a conocer los servicios del CEPREAA, dichas actividades consisten en: distribución de volantes, colocación de carteles, publicación del sitio WEB del CEPREAA, publicación de las gacetas UNAM y Facultad de Psicología y aplicación de la técnica amigo-amigo y del cine-debate.

6.6.3.3.1 Paso 1. Distribución de volantes

De forma inicial, el material de difusión fue foliado y se organizó para su distribución en términos del número de folio, registrando el nombre de la persona a la que se le había hecho entrega del material.

En segundo lugar, se asignaron actividades y horarios a los integrantes del equipo de trabajo y se entregaron formatos de reporte de la experiencia en las actividades de difusión.

Adicionalmente se nombró a un responsable de la facultad y turno, encargado de entregar y recuperar el trabajo de los demás miembros del equipo, dando así pauta a la distribución del material de mano en mano.

Se indicó a los participantes acercarse a las personas con un discurso lo más apegado posible al siguiente, el cual dependerá en mucho de la disposición del público meta a recibir la información.

“¡Hola! Vengo de la Facultad de Psicología, podría obsequiarte un volante (cuando la persona lo recibe) se trata de dar a conocer el Centro de Prevención y Atención de Adicciones de la Facultad de Psicología (si la persona sigues mostrando interés) ¿Alguna vez escuchaste hablar de este lugar? ¿Sabías que la UNAM cuenta con este servicio? (generalmente la respuesta es negativa) Y que tú al formar parte de la comunidad universitaria tienes acceso gratuito (en este punto la persona se nota más interesada y en

muchos casos se anima a realizar preguntas sobre el servicio, principalmente sobre el tipo de población que atiende, etc.)

Se brinda atención principalmente a personas que se inician en el consumo de sustancias como alcohol, tabaco, marihuana, cocaína, inhalables. También hay un programa para familiares de consumidores, para adolescentes y otro para personas que presentan ya una dependencia fuerte a la sustancia. Los tratamientos con los que se trabaja son de corte breve, se trata de una sesión de una hora por semana durante un periodo máximo de 2 meses ¿tienes alguna pregunta? (al responder cualquier duda y antes de despedirse de la persona se daba la siguiente consigna). Te pedimos que por favor no tires este volante, consérvalo o dáselo a alguien que creas pueda necesitarlo, un amigo, un familiar, un vecino, siempre hay alguien a quien le pueda ser útil esta información. Gracias por tu atención y que tengas un buen día.

Es importante hacer la acotación sobre el consumo de alcohol, como la sustancia de mayor preferencia entre los jóvenes, por lo cual se recomienda comentar, si la persona se muestra dispuesta a escuchar, que *el CEPREAA cuenta con una intervención breve para el consumo de alcohol, la cual tiene dos metas que están a su elección, la abstinencia y la moderación*, esta información generalmente les resulta atractiva y útil para los universitarios.

6.6.3.3.2 Paso 2. Colocación de carteles

A cada escuela o facultad se le asignó la cantidad de 15 posters, estos fueron entregados junto con los volantes a la persona que fue elegida como responsable de cada uno de los turnos por escuela o facultad.

Los posters fueron llevados al área de publicaciones o servicios escolares (dependiendo de los procedimientos de cada facultad), para solicitar el sello que autoriza la colocación en las diferentes áreas destinadas a ello, dentro de la institución.

Las áreas son pizarrones de avisos (ubicados en pasillos, entradas/salidas, descansos de escaleras, bibliotecas, cafeterías) y en algunos casos vitrinas.

6.6.3.3.3 Paso 3. Publicación del sitio WEB del CEPREAA

Una vez finalizado el desarrollo de la página WEB del CEPREAA, se hace la publicación del sitio en internet. Ya publicada la página, se hace una revisión, con el objetivo de detectar errores y hacer cambios correspondientes.

Para dar a conocer la dirección de la página, esta se incluye en cada uno de los materiales de promoción que han sido impresos tales como volantes, carteles y gacetas.

<http://www.cepreea.psicol.unam.mx>

6.6.3.3.4 Paso 4. Aplicación de la técnica amigo-amigo

A cada uno de los terapeutas se le solicitó que previo a dar de alta a un usuario, le pidiera realizar la recomendación del CEPREAA y sus servicios a algún amigo, familiar o conocido que considere puedan necesitarlo.

En algunas ocasiones era común que el mismo usuario solicitara un volante con los datos del CEPREAA, el cual deseaba compartir con alguna otra persona que consideraba requería atención a su consumo de sustancias.

6.6.3.3.5 Paso 5. Publicación de la Gaceta UNAM y Facultad de Psicología

Para la publicación de un inserto con los datos e imágenes del CEPREAA, se contactó vía telefónica a la persona encargada de llevar la agenda de Gaceta UNAM, a quien se le solicitó orientación en relación a los lineamientos a cumplir para colocar la publicidad de la organización y además conseguir una entrevista

con el objetivo de publicar un reportaje sobre las actividades y los servicios que ofrece la organización.

La respuesta que se obtuvo indicaba se debían redactar dos oficios dirigidos a la Dirección General de Comunicación Social para solicitar el envío de un reportero que pudiera realizar el reportaje y el segundo a la Dirección de Gaceta UNAM para la publicación, anexando a este documento el material promocional en dos formatos (impreso y electrónico).

Al mismo tiempo se contactó a la persona responsable de la edición de la Gaceta de la Facultad de Psicología de la UNAM, a quien del mismo modo se le explicó la importancia y las implicaciones que tenía este inserto para el proyecto, el apoyo fue inmediato, sin embargo no podía ser incluido en la publicación de agosto, debido a que ya se había terminado de armar la edición de dicho mes.

Sin embargo se aseguró su publicación para el mes de septiembre y para ello se solicitó la entrega del material de difusión en formato electrónico. Y fue así como desde septiembre hasta la fecha actual el inserto del CEPREAA se ha seguido publicando.

Posteriormente, durante siete meses se mantuvo contacto vía telefónica en diferentes ocasiones con la persona encargada de la agenda de Gaceta UNAM, con la finalidad de dar seguimiento al trámite. En todas las ocasiones se informó que el procedimiento era tardado dada la demanda de la publicación.

Al pasar el tiempo y dada la premura por iniciar el proyecto de investigación, se realizó una visita a las instalaciones de Gaceta UNAM, se presentó nuevamente los materiales de promoción en los dos formatos anteriormente mencionados y en esa ocasión se indicó se debía acudir a la unidad de planeación de la Facultad de Psicología de la UNAM.

Enseguida se llevo a cabo una visita a la Unidad de Planeación para solicitar apoyo en la difusión del material, en ese momento dicha unidad había tenido cambios en su administración y oficialmente no se había designado a la persona responsable, sin embargo la persona que se encontraba ocupando el cargo de forma interina, proporcionó su apoyo y orientación para lo cual solicitó la entrega de los materiales promocionales en formato impreso y electrónico.

Fue así como se hizo entrega de dichos materiales y 8 días después se realizó la primera publicación el día 1 de marzo de 2010, mientras que la segunda publicación se realizó el día 8 de marzo 2010.

6.6.3.3.6 Paso 6. Aplicación del cine-debate

El día del evento, el equipo de CEPREAA y COPADI se reunieron con 2 horas de anticipación para preparar el auditorio, probar el sonido y el proyector. Algunos miembros del equipo CEPREAA fueron hacer una invitación a los alumnos que se encontraban en los alrededores. Mientras tanto la otra parte del equipo CEPREAA junto con el equipo COPADI se encargaron de la recepción de los asistentes y se hizo entrega de las bolsas de palomitas para disfrutar de la función.

A las 16:15 p.m. dio inicio la proyección de la película, la duración fue de 112 minutos, al término de la misma se dio inicio al debate, hubo mucha participación por parte de los asistentes, la mayor parte de los comentarios se enfocaron en la percepción que los jóvenes tenían respecto a las drogas.

Una vez aclaradas las dudas e inquietudes manifestadas por la audiencia, se hizo referencia al trabajo desarrollado por el CEPREAA, haciendo extensa una invitación a conocer el lugar, con lo que se dio por concluido el evento.

6.6.4 Fase IV. Evaluación

La cuarta y última fase, se llevó a cabo de agosto a diciembre de 2009, al mismo tiempo que la tercera fase, el objetivo fue realizar la supervisión y asesoría inmediata a cada uno de los participantes en las diferentes actividades de dicha estrategia y por supuesto al final llevar a cabo la evaluación general de la efectividad de la estrategia de mercadotecnia social.

6.6.4.1 Objetivo

Obtener información para mejorar la estrategia de mercadotecnia social y tomar las medidas correctivas necesarias y oportunas. Y finalmente medir la efectividad de la estrategia de mercadotecnia social, a través del número de personas que ingresaron mediante dicha estrategia durante el periodo de agosto a diciembre 2009 y que corresponde al semestre 2010-1.

6.6.4.2 Materiales

- 100 Formatos de ficha de admisión (ver apéndice C).

6.6.4.3 Procedimiento

La cuarta fase fue denominada “Evaluación” como una forma de establecer un monitoreo de las actividades, así como un registro del ingreso de usuarios a través de la aplicación de la estrategia de mercadotecnia social lo que se traduce en la efectividad de ésta, por ello esta fase se integró en dos pasos, el primero de ellos supervisión y el segundo el desarrollo de la ficha de admisión y ajustes en el proceso de prestación del servicio.

6.6.4.3.1 Paso 1. Supervisión

Como parte fundamental de este proyecto, se llevó a cabo un monitoreo de las actividades que comprenden la estrategia de mercadotecnia social.

En el caso específico de las actividades de campo, es decir aquellas que implicaron la distribución y manejo de los materiales de difusión, se incluyó un reporte de dichas actividades dentro del cuadernillo de capacitación del recurso humano, cuyo propósito era explorar la dificultad o facilidad para llevar a cabo estas actividades, así como sugerencias para mejorar el proceso.

Por otra parte se mantuvo una comunicación constante con todos los participantes y se mostró disposición para resolver dudas que surgieran antes, durante y después de la aplicación de la estrategia, esto con el objetivo no sólo de orientar sino de identificar las áreas o procesos que pudieran corregirse en el momento o tomarlo a consideración para un siguiente estudio.

6.6.4.3.2 Paso 2. Desarrollo de la ficha de admisión y ajustes en el proceso de prestación del servicio.

Se estableció que la forma de evaluar la efectividad de la estrategia sería a través del número de personas que llegaran por alguno de los medios de difusión de la estrategia de mercadotecnia social, solicitando ingresar a alguno de los programas de intervención que ofrece el CEPREAA.

Para poder cuantificar una cifra se consideró crear un instrumento que permitiera registrar esta información, para lo cual se tomó la ficha de admisión que emplea la organización para llevar un control de las personas que ingresan al CEPREAA.

Para ello se realizaron algunos ajustes a la ficha de admisión (véase apéndice A), ya que ésta sólo registraba datos demográficos, para lo cual se incluyó un

apartado que permitió identificar el medio a través del cual el usuario se enteró de la organización y sus servicios, así como tres preguntas acerca de lo que más había llamado la atención del medio de difusión por el cual se enteró del CEPREAA, así como sugerencias para mejorarlo y las expectativas que tenían acerca del servicio.

Al mismo tiempo esto implicó realizar ajustes al proceso de ingreso de cada uno de los programas, en donde todo el personal que laboraba en el CEPREAA, colaboró al proporcionar las fichas de ingreso de todos aquellos usuarios que habían asistido por alguno de los medios dispuestos por la estrategia, de tal manera que así podía contabilizarse a cuantas personas había motivado esta estrategia.

CAPÍTULO VII

RESULTADOS

Este capítulo tiene por objetivo mostrar los principales resultados obtenidos desde la detección de necesidades, el desarrollo, aplicación y evaluación de la estrategia de mercadotecnia social, efectuada de enero a diciembre de 2009.

7.1 Fase I. Detección de necesidades

En esta primera fase se evaluaron las necesidades presentes y futuras tanto de la organización como de la población objetivo, para dar inicio a esta fase, fue indispensable conocer la filosofía organizacional, la cual permitió entender la razón de ser de dicha organización, al conocer la historia de Centro Acasulco desde su fundación, se consiguió re definir la misión, visión y los objetivos de esta (véase apéndice A).

Posteriormente se llevo a cabo la evaluación de las necesidades de Centro Acasulco, para lo cual se realizó un análisis de las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas (FODA), este estudio es considerado la herramienta por excelencia para conocer la situación real en que se encuentra una organización, empresa o proyecto y planificar una estrategia.

En la Tabla 7.1 se muestra el resultado de dicho estudio, se debe prestar especial atención a la combinación de las fortalezas con las oportunidades ya que de estas surgieron las potencialidades, las cuales señalaron las líneas de acción más prometedoras para la organización. Así mismo las limitaciones se encontraron determinadas por una combinación de debilidades y amenazas que indicaron el camino hacia donde se dirigieron los esfuerzos de la organización para producir un cambio.

Tabla 7.1
Matriz FODA de Centro Acasulco

Interno (Controlables)	Externo (No controlables)
<p><u>Fortalezas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Producto (intervenciones efectivas) ▪ Precio (bajo costo) ▪ Plaza (instalaciones accesibles, ubicada estratégicamente en las inmediaciones de Ciudad Universitaria) ▪ Personal (factor humano capacitado, profesional y con experiencia) ▪ Clima laboral agradable 	<p><u>Oportunidades</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Apoyo del Macroproyecto -UNAM ▪ Interacción con otras líneas de investigación del Macroproyecto ▪ Sanciones en la Legislación Universitaria
<p><u>Debilidades</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Promoción (inadecuada e deficiente, existe la posibilidad que el mensaje no se entienda, la institución no cuenta con un nombre e imagen adecuado. ▪ Escases de recursos económicos ▪ Presentación (instalaciones insuficientes, no hay señalización externa) ▪ Proceso (mejorar el proceso de admisión e inducción al servicio). 	<p><u>Amenazas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Existen otros programas que podrían competir con Centro Acasulco.

Este estudio determinó que una de las debilidades más importantes para la organización, es el área de promoción, de ahí a que el objetivo del presente proyecto se concentró en crear una estrategia que permitiera elaborar el mensaje adecuado y la selección de los medios de comunicación apropiados para que la organización se acercara a la población objetivo.

Para ello fue indispensable definir la población objetivo también llamada mercado meta, como se mencionó en el capítulo anterior, el equipo de comunicación y diseño gráfico en conjunto con el equipo de psicólogos fue quien determinó el perfil de la población a la que se dirigió la estrategia de mercadotecnia social.

El resultado de esta segmentación de mercado determinó que el perfil quedaría definido para jóvenes estudiantes (ambos sexos) de 18 a 30 años de edad, que se encuentran expuestos a los medios de comunicación, en busca de su propia identidad, reconocimiento, aceptación y aprobación.

Esta población gusta de la novedad, se fijan en la moda y tienen predilección por los artistas jóvenes, grupos musicales, actores que rompen estereotipos; buscan la independencia con la misma intensidad con la que “dependen” del entorno, la sociedad, la familia, la pareja, las amistades, la tecnología y sienten curiosidad y la experimentan en todos los ámbitos.

7.2 Fase II. Desarrollo de la estrategia de mercadotecnia social

En la segunda fase se realizó un análisis de la imagen que Centro Acasulco tenía previo al desarrollo de este trabajo, como se describió en el método, el objetivo fue identificar los elementos que formaban parte de la promoción hasta entonces empleada, se revisaron los materiales de difusión tales como volantes y carteles.

Para dicha actividad se requirió del apoyo de los profesionales de comunicación y diseño gráfico, como resultado se identificó los elementos que no estaban funcionando, tales como nombre de la organización, isologotipo, tipografía, mensaje, estilo y color del fondo.

En la Tabla 7.2 se presentan los elementos con posibilidad de cambio y las observaciones que se hicieron al respecto.

Tabla 7.2

Elementos a modificar en los materiales de difusión de Centro Acasulco

Elemento a cambiar	Observación
Nombre de la organización	Ninguna organización debe llevar el nombre de la calle en la que se ubica, este es el mayor indicador de que no se cuenta con una identidad corporativa.
Isologotipo (tipografía e ícono fundidos)	El icono no es adecuado, crea confusión y se percibe como algo relacionado a una clínica de fertilidad u organización para la mujer.
Tipografía	A cierta distancia es ilegible, tiene sombreado y se percibe borrosa, por lo que lastima la vista y dificulta la comprensión del texto.
Mensaje	Es simple y poco creativo.
Estilo del Fondo	Las ondas y las burbujas dan la impresión de agua y jabón, lo que es interpretado como publicidad para un producto de limpieza.
Color del Fondo	El azul claro es un color frío, se asocia a la salud, la curación, el entendimiento y la tranquilidad, sin embargo el exceso de este color produce depresión, aflicción y pesadumbre.

Posteriormente y tomando en consideración estos elementos se procedió a diseñar la nueva imagen corporativa de Centro Acasulco.

El siguiente paso fue cambiar el **nombre** del Centro, debido a que el anterior no estaba comunicando a que se dedica la organización, para ello se buscó un nuevo nombre que fuera corto y original, esto facilitaría el ser recordado y distinguido de otras instituciones.

Fue en ese momento cuando Centro Acasulco cambia a Centro de Prevención y Atención de Adicciones (CEPREAA), el resultado se observa en la Figura 7.1, donde se presenta el diseño de su tipografía.

Figura 7.1 Tipografía del CEPREAA



Otro elemento importante a considerar fue el re diseño del **logo**, que al igual que el nombre son los pilares de la identidad corporativa, esto es, debido a que visualmente es lo que identifica a la institución.

Para el logo se eligió la forma de una mano abierta mostrando su palma y con una lupa estilizada al centro (véase Figura 7.2), esta simboliza una de las características más importantes de la institución, se trata de la investigación, a través de la cual se han desarrollado los programas de intervención que apoyan a las personas para modificar su conducta adictiva. Una de las características de este logo es el uso de formas redondeadas, que son más suaves y agradables a la vista.

Figura 7.2 Selección y significado de la forma simple del logo del CEPREAA

Denotación	Connotación
Mano	Equilibra/posición-alto
Dedos	Emociones
Lupa	Búsqueda/círculo-control
Sombra	Soporte



Otro elemento importante que se agregó a la figura inicial (véase Figura 7.3) fue el de una mano inclinada en sombra, cuyo significado es apoyo, mismo que se brinda tanto a los usuarios como a los familiares que acuden a solicitar el servicio.

Figura 7.3 Selección y significado de la forma compuesta del logo del CEPREAA

Denotación	Connotación
Manos	Protección, ayuda, 5 sentidos
Lupa	Búsqueda, investigación
Sombra	Apoyo



Las personas que vean el logotipo deben interpretar que esta institución es un lugar de confianza, seguridad y apoyo para todo aquel que solicite el servicio y que por medio del conocimiento y la investigación del problema de cada una de las personas que soliciten atención, obtendrán apoyo en la solución del mismo.

Otro de los elementos importantes cuando se diseña un logo, es la selección de colores (véase Figura 7.4), para lo cual se tomó en consideración el mensaje que la organización deseaba comunicar al público objetivo, en el capítulo anterior donde se describe el método se explican las razones de la elección de estos colores.

Figura 7.4 Selección de colores para el logo del CEPREAA



El resultado de esta selección de colores se muestra en la Figura 7.5.

Figura 7.5 Forma compuesta del logo del CEPREAA a color



Una vez integrados los colores a la forma compuesta del logo, se hizo la unificación de éste con la tipografía y el resultado final del proceso es el siguiente imagotipo (véase Figura 7.6) denominado así, ya que consta de imagen (parte superior) y texto (parte inferior), si estos elementos se separan seguirían funcionando, únicamente cambiaría la forma de nombrarlos, la imagen sería isologotipo y el texto tipografía.

Figura 7.6 Integración del isologotipo y tipografía del CEPREAA



También se crearon isologotipos que pudieran ser incluidos en la papelería oficial del CEPREAA (véase Figura 7.7), para ello se diseñaron formas simples a color y con opción en blanco y negro, dado que mientras más colores se emplean, al imprimir implica realizar una mayor inversión económica.

Figura 7.7 Isologotipos de ciencias bioquímicas y sociales



También se diseñaron los isologotipos para cada uno de los programas de intervención que el CEPREAA ofrece (véase Figura 7.8).

Figura 7.8. Isologotipos de los programas de intervención del CEPREAA



Quedando pendiente el desarrollo de los isologotipos del programa de cocaína, adolescentes y familia; así como algunas modificaciones al del programa de satisfactores cotidianos (PSC).

Una vez que se ha desarrollado el nombre y el imagotipo del CEPREAA, el siguiente paso fue desarrollar los materiales de difusión, previamente seleccionados en las reuniones con el equipo de diseño gráfico y comunicación.

El primero de ellos fue el **volante** (véase figura 7.9 y 7.10) quedando constituido de la siguiente manera.

Figura 7.9. Volante del CEPREAA



Figura 7.10. Medidas del volante del CEPREAA



El segundo medio de difusión fue el **cartel**, con el objetivo de llegar a mayor cantidad de público sin necesidad de invertir grandes recursos. En la Figura 7.11 se puede observar que se conservo la misma técnica y estética que el volante.

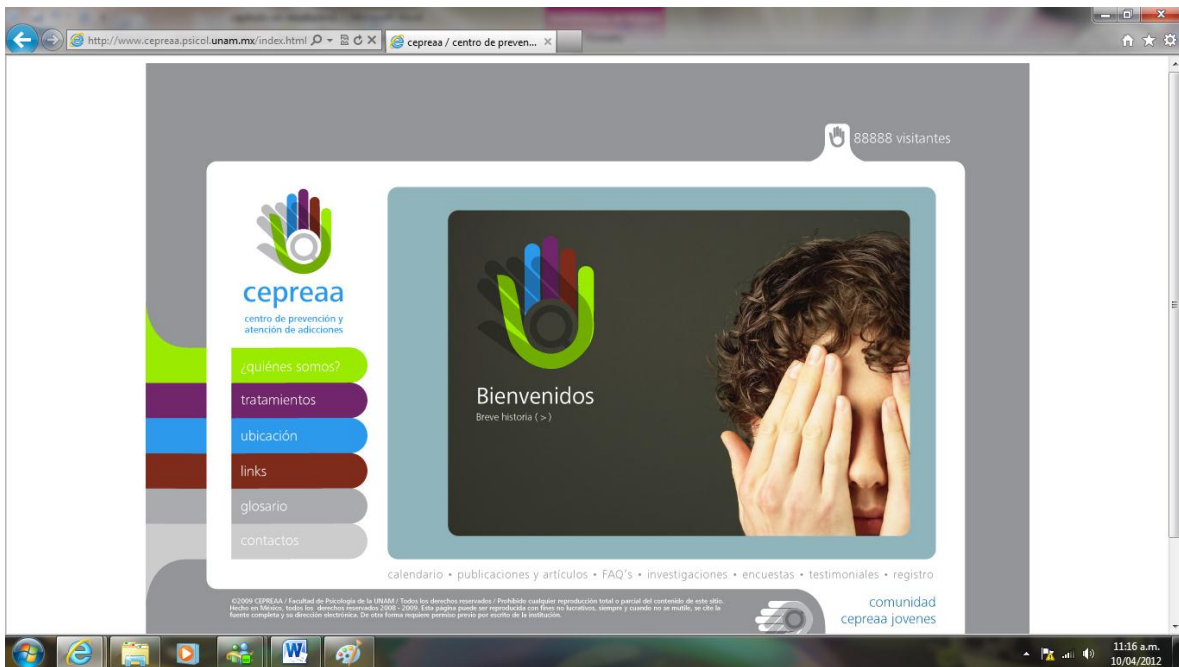
Figura 7.11. Cartel promocional del CEPREAA



El siguiente medio de comunicación a desarrollar fue la **página WEB del CEPREAA**, la cual se puede consultar en **www.cepreea.psicol.unam.mx**, una muestra del resultado se presenta en la Figura 7.12, donde se observa la imagen de la página de inicio del CEPREAA, en la cual se encuentra el menú de la información.

En el diseño de la página se contemplaron 6 secciones, cada una se distingue por un color: ¿Quiénes somos? (verde), donde se incluye la historia, misión, visión y objetivos de la organización; Tratamientos (morado), en la que se describen cada uno de los programas de intervención que se ofrecen; Ubicación (azul), se encuentra la dirección y un mapa donde se puede localizar el CEPREAA, Links (marrón), en donde hay vínculos de otras instituciones dedicadas al trabajo en materia de adicciones; Glosario (en plata), en el que se puede consultar los términos más importantes cuando de adicciones se habla y una última sección llamada Contacto (en gris), donde se encuentra la dirección de correo y los números telefónicos para pedir información o agendar una cita en el CEPREAA.

Figura 7.12. Página de inicio del sitio web del CEPREAA



En el caso de la **técnica amigo-amigo** no hubo necesidad de desarrollar un material nuevo, puesto que se utilizó el volante con la nueva imagen del CEPREAA (véase Figura 7.13).

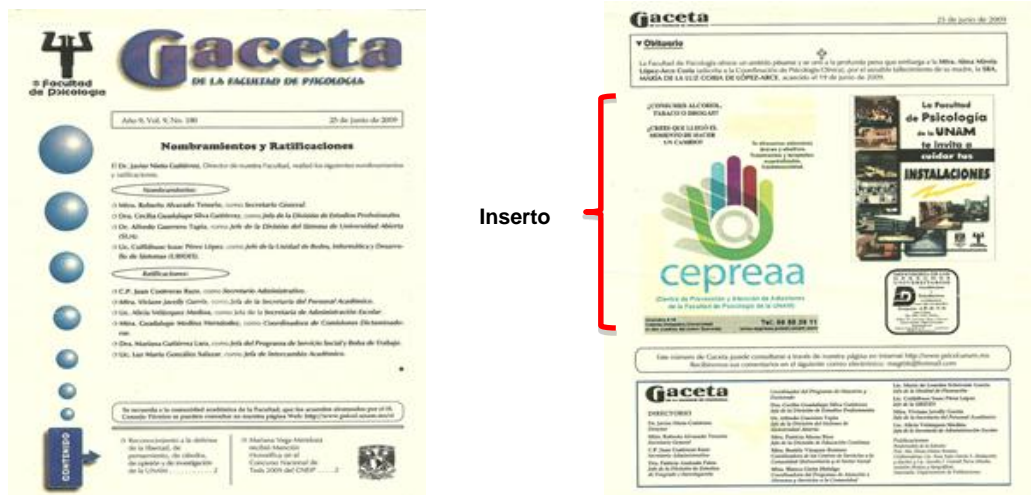
Figura 7.13. Terapeuta y usuario concluyendo la intervención



El siguiente medio de difusión fueron las **Gacetas de la UNAM y de la Facultad de Psicología**, en las Figuras 7.14, 7.15 y 7.16 se muestran los ejemplos, debe señalarse que el equipo editorial de cada una de las publicaciones llevo a cabo las

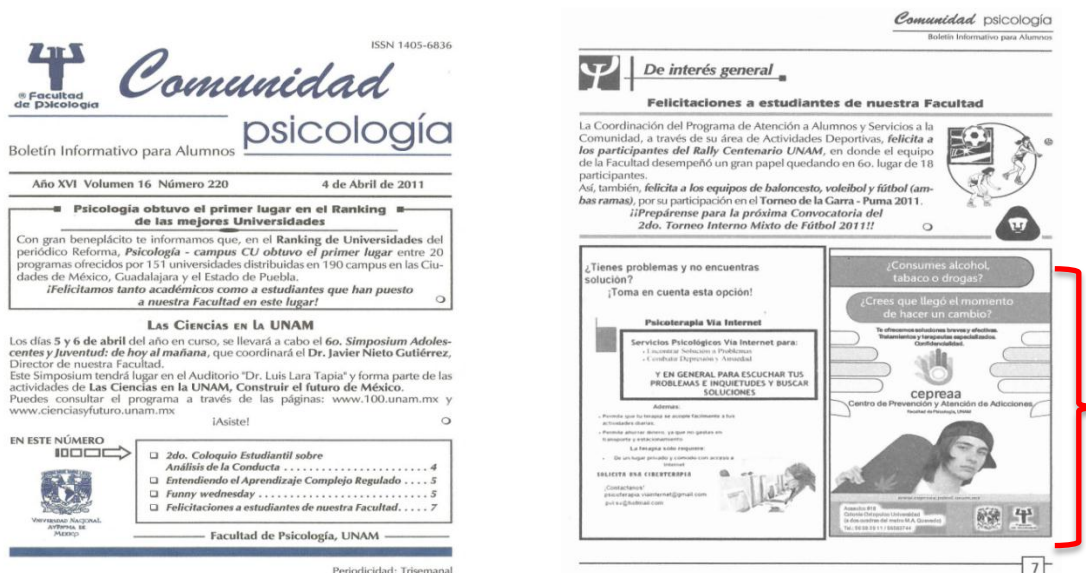
adaptaciones que consideró necesarias para poder incluir la información del CEPREAA.

Figura 7.14. Ejemplo de una de las publicaciones del inserto del CEPREAA en la Gaceta de la Facultad de Psicología, UNAM.



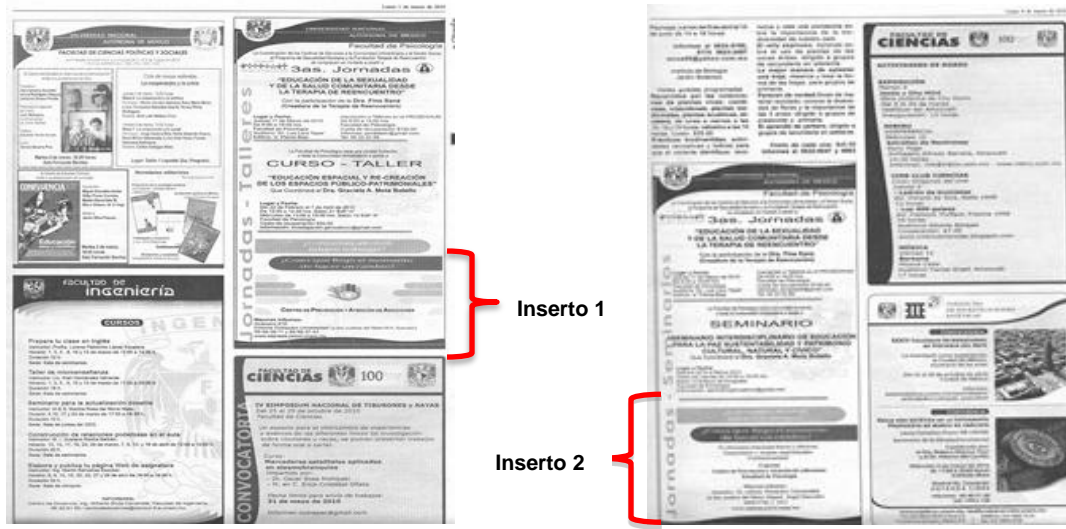
Inserto

Figura 7.15. Ejemplo de una de las publicaciones del inserto del CEPREAA en el boletín informativo para alumnos "Comunidad psicología" de la Facultad de Psicología, UNAM.



Inserto

Figura 7.16. Las dos publicaciones del inserto del CEPREAA en la Gaceta UNAM



El último de los medios de difusión que se diseñaron fue el **cine-debate**, el cual se realizó con mucho éxito, para la difusión de este evento se contó con el apoyo del grupo COPADI de la Facultad de Ingeniería de la UNAM (véase Figura 7.17).

Figura 7.17. Sesión de Cine-debate



7.3 Fase III. Aplicación de la estrategia de mercadotecnia social

En la tercera fase se distribuyeron los volantes, carteles, se publicó el sitio WEB del CEPREAA, la publicación de las Gacetas UNAM y Facultad de Psicología, se aplicó la estrategia amigo-amigo, así como el Cine-debate

Durante la distribución del material promocional (véase Figura 7.18 y 7.19) los 24 voluntarios indicaron que no habían tenido dificultad al entregar los volantes o

pegar los carteles, cuando se les solicitó una sugerencia para mejorar el proceso de difusión, sólo 3 señalaron que les gustaría que se complementara el trabajo con pláticas informativas dentro de las aulas, opinión que será tomada a consideración en un proyecto futuro.

Figura 7.18. Stand para llevar a cabo actividades de difusión.



Figura 7.19. Distribución de material promocional



7.4 Fase IV. Evaluación

En esta última y cuarta fase se obtuvieron los resultados de la evaluación final de la estrategia de mercadotecnia social, como se describió en el Capítulo VI Método, la forma de llevar dicha evaluación sería en términos de los datos recogidos del registro de admisión.

La propuesta inicial de esta estrategia contempló como medios de difusión; la distribución de volantes, la colocación de carteles, la técnica amigo-amigo, la publicación de la página WEB del CEPREAA, la aplicación del cine-debate y la colocación de la publicidad del CEPREAA en las Gacetas de la Facultad de Psicología y de la UNAM.

Sin embargo al momento de llevar a cabo la evaluación final, quedaron fuera del estudio dos medios de difusión, el primero de ellos fue Gaceta UNAM, pues desafortunadamente la demora en el proceso administrativo impidió tener la publicación a tiempo; con el segundo medio que fue el cine-debate sucedió algo similar, ya que la fecha de proyección se asignó mucho tiempo después del cierre del proyecto.

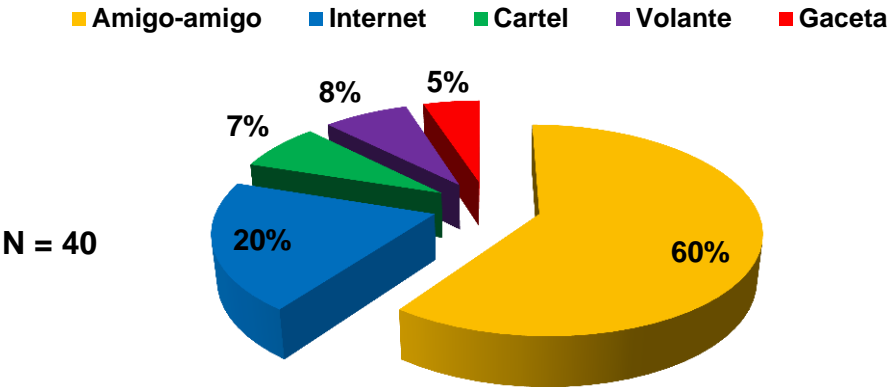
A continuación se describen los resultados que se obtuvieron de la aplicación de la estrategia de mercadotecnia social. Como se mencionó en el capítulo anterior, la evaluación de la estrategia se llevaría a cabo a través del número de personas que solicitaron su ingreso a alguno de los siete programas de intervención del CEPREAA.

El periodo de evaluación de cada una de las estrategias, se inició al mismo tiempo que la aplicación de cada una de ellas, dando un tiempo de 4 meses, del 10 de agosto al 10 diciembre, el cual corresponde al semestre 2010-1.

De acuerdo a los datos obtenidos de las fichas de admisión, se encontró que durante este periodo ingresaron 72 usuarios a los servicios del CEPREAA, de los cuales el 44% llegó a través del medio tradicional, que consiste en la canalización realizada por escuelas e instituciones, con las que previo al estudio se habían establecido convenios; el resto de los nuevos usuarios corresponde al 56%, los cuales ingresaron a través de los diferentes medios de difusión implementados por la estrategia de mercadotecnia social.

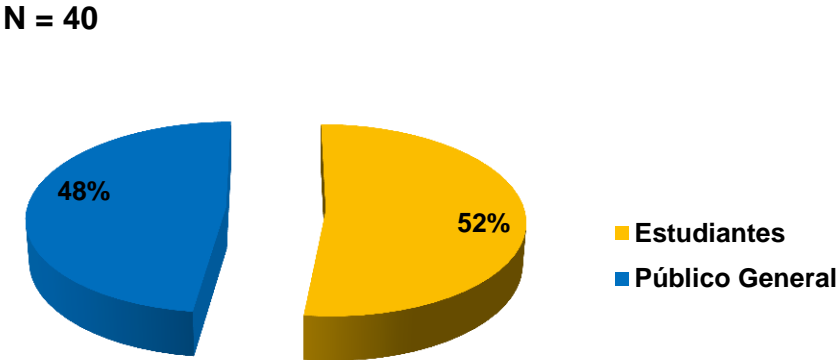
El medio de difusión que mostró mayor efectividad fue el de amigo-amigo con un 60%, seguido por la página de internet con un 20% mientras que la inserción de la publicidad en Gaceta resultó el medio menos efectivo (véase Figura 7.20).

Figura 7.20. Medios de difusión



Otro elemento importante es la edad promedio del total de la población que ingreso a CEPREAA, ya que esta fue de 34 años y de los cuales el 52% eran estudiantes quienes en promedio tenían 27 años (Véase Figura 7.21).

Figura 7.21. Tipo de población



Y aunque la estrategia fue diseñada principalmente para atraer a jóvenes estudiantes cuyas edades oscilaran de los 18 a los 30 años, los medios de difusión que se utilizaron dentro de la estrategia tuvieron efecto en otros rangos de edad, es posible que esto se haya debido a dos factores, el primero de ellos tiene relación con los medios de difusión que resultaron ser más efectivos, pues tanto amigo-amigo y la página web, son estrategias que difícilmente pueden controlarse, ya que a ninguna de ellas puede limitarse el acceso a un cierto tipo de población.

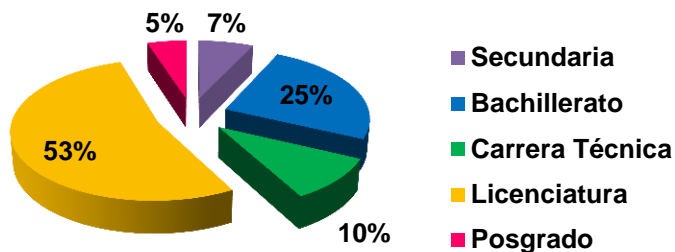
En el caso de la técnica amigo-amigo, depende en gran medida de la satisfacción de las personas que ya formaban parte de alguno de los programas con anterioridad a la investigación y que por tanto acceden hacer una recomendación de los servicios del CEPREAA, lo que a largo plazo contribuye a la construcción del prestigio de dicha organización; por otra parte en el caso de la página web cualquier persona que tenga acceso a una computadora con red puede hacer de su conocimiento esta información, sin importar la edad.

Esta situación lejos de representar un problema, es objeto de una doble satisfacción, ya que el objetivo primordial que debe estar por encima del objetivo de este proyecto, es promover el mayor beneficio social que se pueda y esto implica satisfacer la necesidad de cualquier persona que solicite atención a su problema de consumo de drogas, lo importante es que todos ellos hayan llegado a través de los diferentes medios de comunicación implementados por la estrategia de mercadotecnia social diseñada para este proyecto.

Otro dato que también es importante citar, es que durante la distribución de volantes, los estudiantes que mostraban mayor interés preguntaban si la atención era extensa para sus familiares, en otros casos mencionaban que tenían amigos a los cuales podía servir la información y en menor medida decían que ellos presentaban un consumo problemático y afirmaban que esta información sería algo que tomarían en consideración.

En relación a la escolaridad de esta población, el 53% refiere tener estudios de Licenciatura.

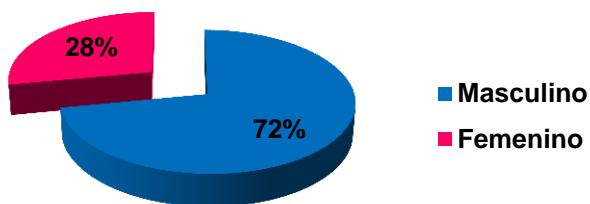
Figura 7.22. Escolaridad



N = 40

N = 40

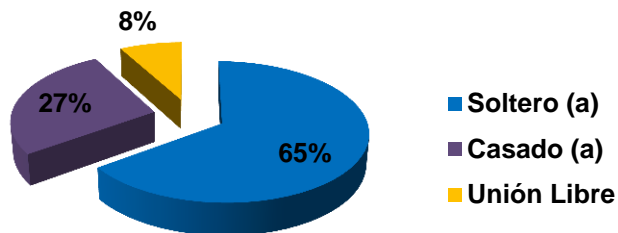
Figura 7.23. Sexo



El 72% de los usuarios de nuevo ingreso eran varones y sólo un 28% corresponden al sexo femenino.

El 65% de los usuarios que ingresaron refirieron ser solteros, mientras que el 27% son casados y el 8% vive en unión libre.

Figura 7.24. Estado civil



N = 40

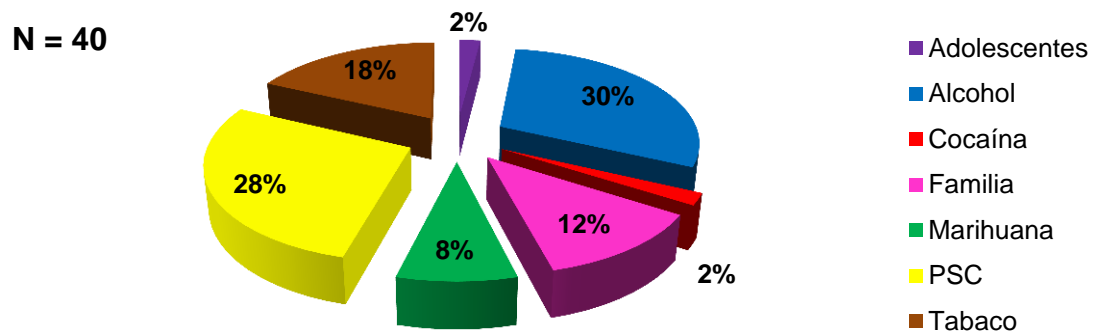
Debe recordarse que la propuesta inicial contemplaba llevar a cabo un ciclo de cine-debate teniendo como sede cada una de las escuelas y facultades que participaron en el estudio, sin embargo existieron factores que impidieron realizar esta actividad, quedando fuera de la evaluación; no obstante se realizó una sesión a manera de prueba, la cual mostró resultados positivos dado que hubo una gran respuesta del público, asistiendo en promedio 42 personas, las cuales se mostraron interesadas en participar en el debate que se dio al finalizar la proyección, aun cuando el objetivo no era evaluar esta actividad, a continuación se describen algunos datos de la observación realizada durante el cine-debate, esta información es en relación a percepción de riesgo que manifestaron los jóvenes con respecto al uso de drogas.

Se observó una alta percepción de riesgo respecto al consumo de heroína, cocaína, inhalables y drogas de diseño, las cuales fueron catalogadas como muy peligrosas; cuando se habló del abuso de alcohol y consumo de tabaco los estudiantes refirieron estar conscientes del daño que estas sustancias ocasionan a la salud las cuales catalogaron como menos peligrosas que las otras drogas; sin embargo cuando se discutió el tema de la marihuana, ya que la opinión sobre esta droga estuvo dividida, pues algunos aseguraban que su consumo no es perjudicial, a lo cual los especialistas contestaron con el objetivo de disipar las dudas y sobre todo aclarar los mitos respecto a esta sustancia, esta experiencia permitió conocer más sobre las inquietudes de los estudiantes universitarios con relación a las creencias y actitudes sobre el consumo y riesgo de las drogas.

Por otra parte conviene especificar, que de los 40 usuarios que ingresaron a través de la estrategia de mercadotecnia social, debido al nivel de consumo reportado fueron asignados a los siete diferentes programas de intervención que el CEPREAA ofrece, quedando distribuidos de la siguiente manera (véase Figura 7.25).

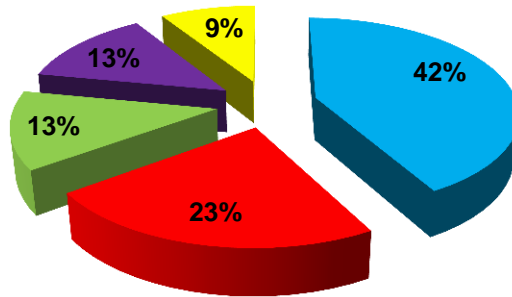
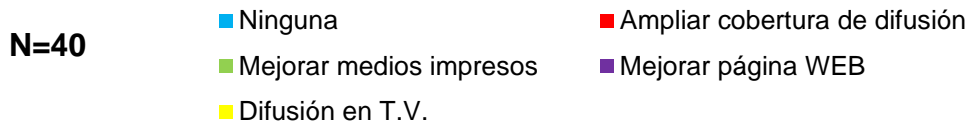
Un 30% ingreso al Programa de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores en Riesgo; seguido por un 28% del Programa de Satisfactores Cotidianos (la admisión a este programa se debió a que en su mayoría las personas presentaban indicadores de dependencia al consumo de alcohol), mientras que los programas que registraron un ingreso menor del 2% fueron el Programa de Intervención Breve para Usuarios de Cocaína y el Programa de Intervención Breve para Adolescentes que se inician en el consumo de alcohol y drogas.

Figura 7.25. Programa de intervención psicológica al que se ingreso en el CEPREAA



Al preguntarles sobre que sugerencias nos harían para mejorar el medio por el cual llegaron a CEPREAA, sólo el 58% de los usuarios emitió un comentario al respecto, el 23% opina debe ampliarse la distribución de volantes y carteles, así como la cobertura la cual no debe limitarse a la distribución dentro de las instituciones educativas; el 9% sugiere que la difusión debería hacerse a través de comerciales en televisión; un 13% propone mejoras en los medios impresos, entre los que se sugiere cambiar la palabra alto por cuidado y se aumente el tamaño de la propaganda; por último el otro 13% sugiere que en la página web se mejoren los enlaces para realizar las descargas de los archivos (véase Figura 7.26).

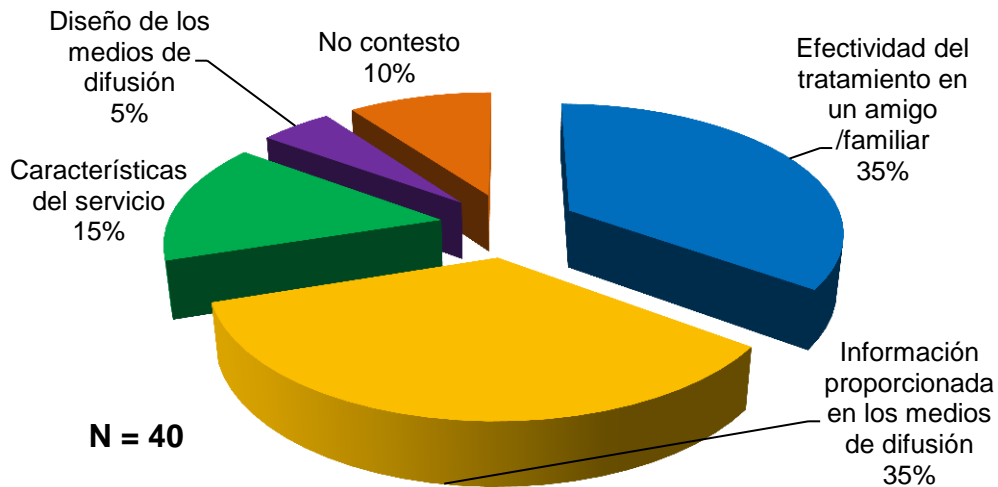
Figura 7.26. Sugerencias para mejorar el medio por el cual llego al CEPREAA



Posteriormente se preguntó a los usuarios qué fue lo que más llamo su atención del medio de difusión por el cual llegaron al CEPREAA, el 35% refirió que había sido la información proporcionada por los diferentes medios, dicha información era clara y concisa, además del hecho que se indicara que esta organización depende de la Facultad de Psicología de la UNAM y que la atención la proporcionan profesionales especialistas en el tratamiento de adicciones.

Otro 35% mencionó que lo había motivado la recomendación de amigos o familiares, en los que pudo observar la efectividad de las intervenciones; un 15% mencionó aspectos relacionados con características del servicio, que aunque no son aspectos directamente relacionados con algún medio de difusión en específico, los usuarios refirieron que fueron detalles importantes para tomar la decisión final de entrar al tratamiento, entre los factores que mencionan se encuentran la atención inmediata, trato amable de los terapeutas, horarios flexibles y la ubicación. Un 10% no respondió a esta pregunta, mientras que el 5% restante resaltó que le había atraído el diseño de los medios de difusión (véase Figura 7.27).

Figura 7.27. ¿Qué llamó tu atención del medio de difusión por el cual llegaste al CEPREAA?



En la última pregunta se exploraron las expectativas que tienen los usuarios acerca del CEPREAA (véase Figura 7.28), el 82% espera recibir un tratamiento que le ayude a dejar las sustancias adictivas; el 10% desea calidad en el servicio y el 8% restante espera aprender técnicas para moderar su consumo de alcohol.

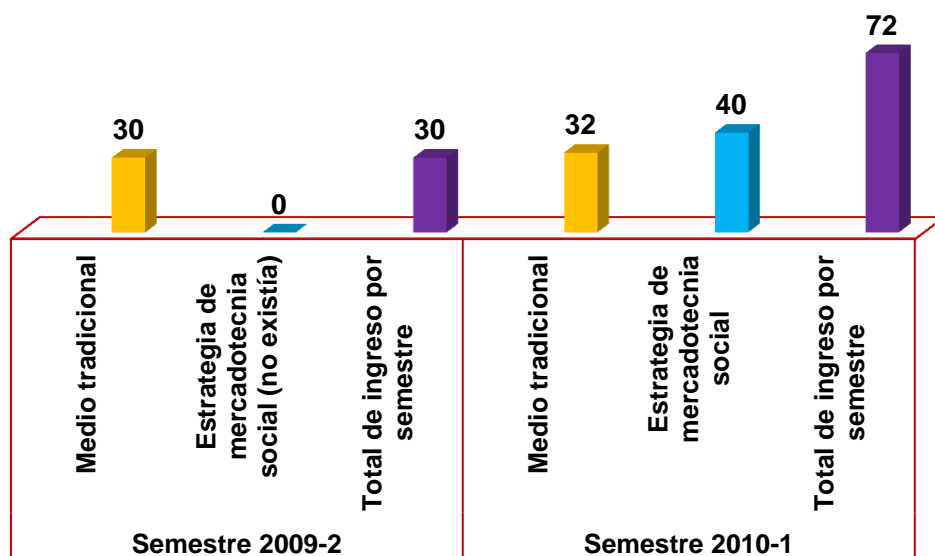
Figura 7.28. ¿Qué esperas del CEPREAA?



En términos generales estos resultados muestran la efectividad de la estrategia de mercadotecnia social propuesta en esta tesis, sobre todo cuando se comparan estos datos con los obtenidos durante el semestre 2009-2, que corresponde a un periodo de 4 meses previos a la aplicación de la estrategia, en donde 30 personas (ninguno estudiante universitario) ingresaron al CEPREAA a través de canalizaciones realizadas por alguno de los otros centros de atención psicológica y médica de la UNAM, así como otras instituciones educativas y de salud.

Los resultados correspondientes al semestre 2009-2 resultan contrastantes con las 72 personas que ingresaron en el semestre 2010-1, tiempo durante el cual se aplicó la estrategia de mercadotecnia social y en donde se advierte un incremento del 240% en la admisión a las intervenciones que se ofrece dentro de esta institución (véase Figura 7.29).

Figura 7.29. Comparación de medios para ingresar al CEPREAA entre el semestre 2009-2 y el semestre 2010-1



Es importante señalar que de este 240%, el 107% corresponde a las 32 personas que ingresaron por los medios tradicionales (canalización) mientras que el 133% corresponde a las 40 personas que ingresaron a través de alguno de los cinco

medios de comunicación que comprende la estrategia de mercadotecnia social, sin embargo y aun cuando estos resultados son sumamente alentadores, deben tomarse con cautela y entenderlos como el buen comienzo de un trabajo al que se debe seguir dando continuidad.

Otro dato importante que debe mencionarse con relación a estos resultados es que el CEPREAA además de brindar el servicio de atención clínica, también lleva a cabo actividades propias de un centro educativo y de investigación, por tanto los académicos y estudiantes que forman parte de este equipo no pueden desempeñarse como terapeutas de tiempo completo, esta condición limita los horarios de atención a los espacios y personal disponibles, cantidad que puede cambiar semestre a semestre. En el caso del periodo en el que se desarrolló esta tesis, el centro tenía la capacidad para atender únicamente a 125 personas por semana, aproximadamente 25 por cada uno de los 5 días de la semana, lo que representa el 100% del número de adoptantes de los modelos de intervención.

Si se toma en consideración esta cifra y se compara con los 72 usuarios que ingresaron después de la aplicación de la estrategia, esto equivale a una tasa de adopción del 57.60%, de este porcentaje el 32% (40) ingresó a través de la estrategia de mercadotecnia social, mientras que el resto que corresponde a un 25.60% (32) lo hizo a través de los medios tradicionales; de llevarse a cabo otra aplicación de la estrategia de mercadotecnia social, se advierte que esta cifra seguiría incrementándose.

Y si este mismo dato se compara con la cifra que se tomó en cuenta como línea base, es decir los 30 usuarios que ingresaron en un semestre previo a la aplicación de la estrategia de mercadotecnia social, se observa que la tasa de adopción tuvo un incremento del 24% al 57.60% de un semestre a otro, lo que indica que aun cuando la estrategia de mercadotecnia social cumplió el propósito de incrementar el ingreso de jóvenes al CEPREAA, también deja en evidencia el trabajo que resta por hacer para que CEPREAA atienda usuarios a su máxima

capacidad; y aunque el camino es cada vez mas corto, es de suma importancia seguir aplicando semestre a semestre la estrategia de mercadotecnia social manteniendo, modificando e incorporando los medios de difusión adecuados para que en cada nueva aplicación de la estrategia se obtengan más y mejores resultados.

En el siguiente capítulo se exponen las contribuciones de este estudio y se plantean algunas sugerencias y limitaciones de este trabajo, buscando proponer nuevas líneas de investigación.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Al inicio de esta investigación se determinó que el objetivo sería desarrollar y aplicar una estrategia de mercadotecnia social, cuyo propósito principal fuera motivar el ingreso de personas que presentan consumo de sustancias adictivas en alguno de los siete programas de intervención que ofrece el Centro de Prevención y Atención de Adicciones (CEPREAA), el diseño de la estrategia fue dirigido principalmente a la población joven, en específico estudiantes universitarios.

Los datos de esta investigación indican que el uso de una estrategia como lo es la mercadotecnia social, puede ser una herramienta útil para abordar un problema de salud y producir un cambio de forma voluntaria.

De acuerdo con los resultados obtenidos, se observa que el medio de difusión de mayor efectividad es la técnica de amigo a amigo, que consiste en la transmisión de información de persona a persona acerca de su experiencia con un producto o servicio, este resultado coincide con lo propuesto por especialistas en Mercadotecnia y Publicidad, (Raso, 2011; Balseiro, 2005; Dougherty ,1999) quienes afirma que la mejor publicidad es la de boca en boca, ya que implica el testimonio de personas que conocen el producto o servicio, lo que genera mayor credibilidad para otras personas.

Debe destacarse que la técnica de amigo a amigo, posee dos ventajas que son notables, la primera de ellas es que no implica llevar a cabo una fuerte inversión económica y la segunda es que se trata de la única práctica que contribuye a mejorar la imagen y prestigio de la organización, considerando que para obtener el resultado deseado, debe mantenerse una buena calidad del servicio y tomar en cuenta las opiniones tanto de los usuarios como del propio personal de la organización, para ello puede apoyarse en una revisión periódica de las 7P's de la mercadotecnia.

El segundo medio de difusión que obtuvo resultados satisfactorios, fue la página WEB del CEPREAA, esto en alguna medida puede atribuirse al aumento en el interés por las nuevas tecnologías, además de que la población a la que principalmente fue dirigida la estrategia se encuentra expuesta al uso del internet.

De acuerdo con Pérez, 2004:271 “el ciberespacio es un excelente medio para dar a conocer los productos o servicios a las personas, sin límite de fronteras”, por ello es importante que toda organización se adapte a los avances tecnológicos y sobre todo a las nuevas formas de comunicación, ya que ahora la información se encuentra a un “clic” de distancia.

Como se puede observar, el internet ofrece grandes ventajas sobre otros medios de intercambio de información, algunas de sus características se relacionan con lo instantáneo e interactivo, así como su bajo costo, se resalta también su utilidad en la comunicación y la actividad comercial, lo que proporciona un indicador hacia donde se dirige el curso de la comunicación. (Lehu, 1999/2001).

Por otra parte y con respecto a los demás resultados del estudio, se observó que la utilización de medios impresos tuvo un menor impacto, esto puede atribuirse a que el costo de los volantes y de los carteles es más alto, lo que limitó el tiraje y por consiguiente implicó una baja cobertura, sin embargo se observa que los casos donde hubo respuesta del público es porque la difusión de estos materiales se combinó con la venta personal, es decir se involucró la participación del personal del CEPREAA, el cual se encontraba previamente capacitado para informar, persuadir, sugerir y motivar la adopción de alguno de los servicios de dicha institución.

Y es justamente en relación a esto, que los especialistas en mercadotecnia (Pérez, 2004 y Kotler y Roberto, 1999) indican que algunas campañas de cambio social optimizan la distribución de materiales promocionales, a través de una

combinación de canales de medios de comunicación y de canales interpersonales. En el caso de esta investigación, estos canales de distribución personal fueron conformados por los académicos y estudiante universitarios que actuaron como voluntarios y que formaron parte del estudio.

Con relación a la publicación en la Gacetas de la Facultad de Psicología y de la UNAM, la respuesta al inserción de la información del CEPREAA fue mucho menor, a pesar de que la cobertura fue amplia, algunos de los factores que pudieron influir en este resultado es que la vida del mensaje depende de la periodicidad de la publicación y en este caso se dio en una sola ocasión al mes, así que la exposición del mensaje fue corta.

Es importante también tomar en cuenta que muchas veces el éxito en los medios impresos depende en mucho de la información, calidad de la impresión, así como del tamaño y en el caso de gacetas y periódicos de la ubicación de la información.

De acuerdo con los resultados obtenidos por cada uno de los medios de difusión que comprenden la estrategia de mercadotecnia social de esta investigación, se puede concluir que dicha estrategia resulta efectiva para la difusión de intervenciones que buscan motivar un cambio en la actitud, el pensamiento y la conducta de las personas que presentan un problema con el consumo de drogas.

Así mismo se resalta que dicha estrategia permite crear un puente entre la investigación científica en el campo de la salud, particularmente en la atención de las adicciones, y las personas que tienen la necesidad de beneficiarse de una atención especializada para el cuidado de su salud, lo que favorece en un aumento en la calidad de vida de la persona que sufre de forma directa las consecuencias del consumo, así como de las personas que lo rodean.

Es importante también destacar que gran parte del éxito de esta investigación reside en el trabajo multidisciplinario que se llevó a cabo, no sólo entre

profesionales del área de salud, también entre otras disciplinas tales como la comunicación y diseño gráfico, quienes desde su campo de estudio realizaron aportaciones valiosas en materia de promoción y comunicación de la salud.

Algunos aspectos que se observan como factores adicionales en la efectividad de la estrategia, son los componentes relacionados con el proceso de prestación del servicio, ya que éste se brindó en función de las necesidades y la demanda; así como la calidad y calidez del personal que presta el servicio, lo que aunado a los modelos de intervención que se utilizan en el CEPREAA, que emplean técnicas motivacionales en donde el terapeuta se muestra persuasivo más que directivo y que en suma mantienen un ambiente agradable y propicio para el cambio.

Con estos datos puede concluirse que la estrategia de mercadotecnia social desarrollada para esta investigación resultó efectiva; sin embargo debe recordarse que este no es un trabajo acabado, se trata de una labor constante, ya que para posicionar a una organización en la preferencia del público se requieren años, durante los cuales debe mantenerse la calidad y calidez de los servicios prestados.

Y aunque el objetivo principal del proyecto fue el desarrollo de una estrategia de mercadotecnia social que diera a conocer una organización cuya labor se centra en la prestación de los servicios de prevención y tratamiento de las adicciones y cuya aplicación generó resultados favorables, se debe resaltar que el logro más importante es haber realizado un trabajo de detección temprana en la comunidad universitaria y por ende de atención oportuna, cuyo mayor impacto es la disminución de los riesgos que el consumo de sustancias trae consigo, ya que no sólo se está ofertando un servicio, sino que se está brindando una opción efectiva y facilitando el acceso a esta organización para proporcionar atención al consumo de sustancias adictivas.

Quizás la aportación más importante que hace este estudio es plantear la necesidad de que el profesional de la salud se especialice en las técnicas y estrategias de mercadotecnia social y la aplicación de ésta a las ciencias de la salud, entendiendo que no se trata de crear la necesidad de las personas, puesto que ésta ya existe, por tanto se debe abocar a satisfacerla pero para ello debe darse a conocer y debe hacerlo de forma eficiente, esto a través del análisis, planeación, ejecución y evaluación de un programa específicamente diseñado para tales fines.

Esto lleva a otro punto importante relacionado con el cuidado que debe ponerse cuando se ofrece un servicio, comúnmente cuando se piensa en mercadotecnia y publicidad suele tenerse la idea que sus campañas tienen como fin convencer a la persona para adquirir un producto a costa de lo que sea y que además puede resultar innecesario; sin embargo, debe recordarse que la mercadotecnia es una rama de la Administración, la cual forma parte de una ciencia social y como en cualquier otra ciencia hay normas y principios éticos a los cuales se apega su práctica, por lo cual queda estrictamente prohibido hacer promesas falsas sobre lo que se está ofreciendo, puesto que el producto no es lo único que perderá credibilidad, esto también irá en detrimento del prestigio de toda la organización.

En términos generales es posible que este tema pueda generar cierto recelo, porque algunos podrían considerar que lo que se pretende es convertir al psicólogo clínico en un mercenario, algunos otros pueden pensar que se está traicionando algún precepto de nuestra profesión, pero esto no es así, la autora pide que el lector no se precipite a descalificar la mercadotecnia social, ya que ésta ha demostrado ser un elemento que necesita ser contemplado para formar parte del repertorio no sólo del psicológico clínico, sino de todo profesional de la salud.

Por ello lo que se busca es exhortar a todo aquel que se desempeña en el área de la salud para que aprenda y aplique las técnicas de la mercadotecnia social, con el

propósito de motivar un cambio voluntario en la conducta de las personas, lo que no sólo beneficia al que solicita nuestra ayuda, sino que además tendrá un impacto positivo en la sociedad.

No debe olvidarse que afuera de nuestro consultorio o de nuestra organización, se encuentran personas que estarían interesadas en recibir la atención que podemos proporcionarles y aún más cuando se está seguro de que lo que se ofrece es un servicio de calidad, entonces ¿por qué no darles la oportunidad que nos conozcan?, pongamos a su alcance opciones efectivas para satisfacer las necesidades que están presentes y que ellos mismos manifiestan.

Con todo lo revisado anteriormente, queda claro que la mercadotecnia social debe formar parte del perfil de los profesionistas, particularmente de aquellos que se encuentran interesados en el desarrollo social, en la salud, la educación y en todas aquellas actividades que buscan la promoción del bienestar social, tanto en el sector público como el privado. Por ello la autora invita al lector a que se atreva a intentar algo diferente, adaptándose a los cambios que exige el desarrollo de los mercados.

Limitaciones y sugerencias

La limitación más importante de este estudio se debió a que durante la planeación estratégica, se omitió advertir los contratiempos que traerían los procesos administrativos, de haberlo hecho se habría reducido el impacto que éstos causaron durante la aplicación de la estrategia de mercadotecnia social.

Lo anterior se relaciona con dos sucesos en particular, el primero de ellos se refiere al hecho de haber podido incluir en la investigación los resultados arrojados por la información difundida en Gaceta UNAM, lo que no fue posible debido a que el proceso de publicación demoró siete meses, tiempo en el cual ya había finalizado la investigación.

Del mismo modo el cine-debate se vio afectado por la demora que implicó llevar a cabo una serie de trámites administrativos para solicitar la autorización de realizar actividades de difusión, así como la propuesta de un trabajo en conjunto para la organización de sesiones de cine-debate, lo que además de tiempo requiere una importante inversión de recursos humanos, de los cuales se carecía en ese momento.

En relación a este primer punto es trascendental considerar para un futuro estudio efectuar una planeación rigurosa, de tal modo que esto permita apegarse al cronograma de actividades, en el cual ya se contemplen los tiempos de espera en cada uno de los procedimientos.

También es importante considerar como una sugerencia para el cine-debate, el desarrollo de un instrumento que permita hacer una evaluación de la percepción y el conocimiento que el auditorio tiene previo y posterior a la proyección de la película, a través de lo cual se podrá medir el cambio, si es que lo hubo, en la opinión que muestran respecto al consumo de sustancias adictivas.

En relación a la falta de recursos humanos es importante recordar que las personas que participaron dentro del estudio tenían otras actividades que cumplir dentro y fuera de la organización, por ello se contó con poco tiempo para llevar a cabo la difusión de los materiales impresos, pues resultó complicado hacer que el grupo coincidiera en fechas y horarios para realizar dicha tarea, al ver esta dificultad se desistió de la idea de continuar con el ciclo de cine-debate, sin embargo se tomó la decisión de llevar a cabo una sesión a manera de prueba, para detectar los elementos que podían modificarse y re platearlos para un nuevo estudio.

Una sugerencia en relación al ahorro y aprovechamiento de recursos humanos, estaría dirigido a examinar la posibilidad de ubicar a líderes de opinión y/o adoptantes primarios en cada una de las escuelas, personas que se muestren interesadas en la problemática del consumo de sustancias entre los estudiantes universitarios, con la intención de invitarlos a formar parte del proyecto y capacitarlos para que funjan como diseminadores del proyecto.

Al mismo tiempo puede incluirse una evaluación para todas aquellas personas que participan en la estrategia, sobre todo quienes establecen contacto directo con la población objetivo, de esta manera se podrían obtener más datos respecto a su desempeño y con ello plantear mejoras para el proceso de difusión.

Otra restricción dentro de este estudio fue lo limitado de los recursos económicos, principalmente en el caso de los medios de comunicación impresos, lo que impidió llevar a cabo una cobertura amplia en la difusión de los materiales que contenían la información del CEPREAA y si bien es cierto que pudieron haberse reducido algunos costos en los materiales como el tipo de papel y el número de tintas, se decidió optar por materiales de mayor calidad con el objetivo de hacer destacar el nuevo diseño del volante. Ya lo decía Nieto (1989) difundir bien no equivale a difundir mucho, la difusión óptima se mide en razón de la calidad, veracidad y cantidad.

Por otra parte existen otras líneas de investigación que pueden retomarse en estudios posteriores, para ello podría llevarse a cabo un análisis del proceso de adopción, que permita conocer la disposición que muestra la población objetivo en la adopción de una nueva conducta alejada del consumo de sustancias adictivas, al mismo tiempo investigar sobre los factores que motivan a una persona a cambiar dicha conducta, para lo cual podría tomarse en cuenta el trabajo desarrollado por Rogers (2003) y su teoría de la difusión de innovaciones, Prochaska y Di Clemente (1983) con su modelo transteórico del cambio o el modelo propuesto por Schiffman y Kanuk (2005) sobre el comportamiento del consumidor.

También debe considerarse llevar a cabo una evaluación sobre la satisfacción del servicio, acción que puede implementarse como una medida permanente para producir mejoras en los programas de intervención y en la calidad de prestación del servicio de esta organización.

Otro aspecto de consideración importante es mantener y fortalecer los vínculos con otras organizaciones afines a la causa, uniendo esfuerzos en la prevención y tratamiento de adicciones, así como la organización de eventos para la promoción de la salud.

Conjuntamente puede llevarse a cabo el desarrollo de una metodología que permita estimar el costo-efectividad de emplear una estrategia de mercadotecnia social en la promoción de un servicio de atención en adicciones.

Pero sin lugar a dudas, lo más importante es mantener constante el trabajo de difusión, mejorando los medios de comunicación ya probados e incluyendo nuevas opciones de intercambio de información tales como el uso de mercadotecnia en medios sociales, que está compuesta por redes sociales y publicidad viral, con la intención de que las organizaciones se vayan adaptando a los cambios y los que retos que las nuevas tecnologías demandan.

REFERENCIAS

- Alarcón, J. (2009). Epidemiología: concepto, usos y perspectivas. *Revista Peruana de Epidemiología*. 13 (1): 1-3.
- Alcalay, R. (1999). La comunicación para la salud como disciplina en las universidades estadounidenses. *Revista Panamericana de Salud Pública* 5(3): 192-196.
- Alcántara, S. (2007). *Diseminación del programa de auto-cambio dirigido para bebedores problema en los Centros de Integración Juvenil*. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología.
- Ayala, H. (2001), *Desarrollo y evaluación de modelos de intervención para comportamientos adictivos en poblaciones urbanas y rurales*. Proyecto CONACYTG36266H.
- Ayala, H., Cárdenas, G., Echeverría, L. y Gutiérrez, M. (1998). *Manual de autoayuda para personas con problemas en su forma de beber*. México: Porrúa y Facultad de Psicología.
- Ayala, H., Echeverría., L., Sobell, M. y Sobell, L. (1998). Una alternativa de intervención breve y temprana para bebedores problema en México. *Acta comportamentalía: Revista latina de análisis del comportamiento*, 6 (1): 71-94.
- Babor, T. y Higgins-Biddle, J. (2001). *Brief Intervention for Hazardous and Harmful Drinking. A Manual for Use in Primary Care*. Geneva: World Health Organization. Department of Mental Health and Substance Dependence.

- Balseiro, P. (2008). *Cómo multiplicar las ventas a través del boca a boca*. Balseiro Marketing Consultoría. Recuperado el 7 de enero 2012, de <http://www.marketing.com.uy/wp-content/uploads/2012/01/multiplicarventas.pdf>
- Barragán, L. (2005). *Modelo de intervención cognitivo-conductual para usuarios dependientes de alcohol y otras drogas*. Tesis de Doctorado. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Barragán, L., Flores, M., Morales, S., González, J. y Martínez, M. (2005). *Manual del Programa de satisfactores cotidianos para usuarios con dependencia a sustancias adictivas*. Universidad Nacional Autónoma de México, Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología y Consejo Nacional contra las Adicciones.
- Barrientos, V. (2008). *Programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas [Apuntes]*. Distrito Federal, México: Universidad Nacional Autónoma de México: Maestría en Psicología de las Adicciones.
- Black, D. y Coster, D. (1996). Interest in a stepped approach model (SAM): Identification of recruitment strategies for university alcohol programs. *Health Education*. 23: 98-114.
- Carrascoza, C. (2007). *Terapia cognitivo conductual para el tratamiento de las adicciones: Fundamentos conceptuales y procedimientos clínicos*. México: Universidad Nacional Autónoma de México y el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología.
- Coe, G. (1998). Comunicación y promoción de la salud. *Revista Latinoamericana de Comunicación*. 66. Recuperado el 20 de abril 2011, de <http://chasqui.comunica.org/coe.htm>

- Colomer, C. y Alvarez-Dardet, C. (2001) *Promoción de la salud y cambio social*. Barcelona: Masson.
- Czeresnia, D. Machado, C. (2006). *Promoción de la salud: conceptos, reflexiones y tendencias*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- De la Fuente, R., Medina-Mora, M. y Caraveo, J. (1997). *Salud Mental en México*. Colección de psicología, psiquiatría y psicoanálisis. México: Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- Díaz, A., Díaz, L., Hernández-Ávila, C., Narro, J., Fernández, H. y Solís, C. (2008). Prevalencia del consumo riesgoso y dañino de alcohol y factores de riesgo en estudiantes universitarios de primer ingreso. *Salud Mental* 31(4): 271-282.
- Dougherty, A. (1999). *Efectividad de la publicidad de boca en boca en los gimnasios del segmento ABC+*. Tesis de Licenciatura. Universidad Francisco Marroquín. Guatemala.
- Echeverría, L. Carrascoza, C. y Reidl, L. Compiladores (2007). *Prevención y Tratamiento de Conductas Adictivas*. México: Universidad Nacional Autónoma de México y Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología.
- Echeverría, L., Ruíz, G., Salazar, M., Tiburcio, M. y Ayala, H. (2005). *Manual de detección temprana e intervención breve para bebedores problema*. Universidad Nacional Autónoma de México, Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología y Consejo Nacional contra las Adicciones.
- Encuesta Nacional de Adicciones. ENA. (2008). México: Secretaria de Salud, Consejo Nacional contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría

Ramón De la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública y Fundación Gonzalo Río Arronte, I.A.P.

Epp, J. (1996). *Lograr la salud para todos: un marco para la promoción de la salud*. En Organización Panamericana de la Salud (Compilador). Promoción de la Salud: una antología. Washington, D.C., Estados Unidos de América: OPS.

Fernández, F. y Yépez, M. (1984). *Comunicación y teoría social: Antología*. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales.

Gómez, M. (Ed.). (2007). *Gaceta de Psicología: Publicación informativa para personal académico* (2do. Informe de Actividades de la Dra. Lucy María Reidl Martínez) 1:4 (1). Universidad Nacional Autónoma de México. Departamento de Publicaciones.

González, A. (2009). *Cultura de consumo de sustancias en un entorno universitario: Un campo de significados y el contexto de sus manifestaciones*. Tesis de Doctorado. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología.

Gordon, R. (1987). An operational classification of disease prevention. En Steinberg, J. y Silverman, M. (Eds.). *Preventing Mental Disorders* (pp.20-26). Washington: Department of Health and Human Services.

Heller, E. (2004). *Psicología del color. Cómo actúan los colores sobre los sentimientos y la razón*. Barcelona: Gustavo Gili.

Kalvert, S. (Productor), Carroll, J. y Goluboff, B. (Escritores). (1995). *The Basketball Diaries* [Película]. Nueva York: New Line Cinema.

- Kotler, P. y Roberto, E. (1992). *Mercadotecnia Social: Estrategias para cambiar el comportamiento público*. México: Diana.
- Larimer, M. y Crouce, J. (2007). Identification, prevention, and treatment revisited: Individual-focused College drinking prevention strategies 1999-2006. *Addictive Behaviors*. 32: 2439–2468.
- Lehu, J-M. (2001). *Fidelizar al cliente: Marketing, Internet e imagen de marca* (Ducher, P. Trad). Barcelona: Paidós Ibérica. (Trabajo original publicado en 1999).
- Lira, J., González, F., Medina, V., Cruz, S. y Ayala, H (2009). *Manual del programa de intervención breve motivacional para fumadores*. Universidad Nacional Autónoma de México y Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.
- López, E. (2009). *Drogas: Su legalización*. México: Porrúa
- Mack, A. Franklin, J. y Frances, R. (2003). *Guía: Tratamiento del alcoholismo y las adicciones*. Barcelona: Masson.
- Maisto, S., Connors, G. y Dearing, R. (2008). *Trastornos por uso de alcohol*. México: El Manual Moderno.
- Maletzke, G. (1976). *Sicología de la Comunicación Social*. Colección INTIYAN. Quito: Época.
- Martin, G., Herie, M., Turner, B. y Cunningham, J. (1998). A social marketing model for dissemination research-based treatments to addictions treatment providers. *Addiction* 93 (11): 1703-1715.

- Martínez, K. (2003). *Desarrollo y evaluación de un programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas*. Tesis de Doctorado. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología.
- Martínez, K., Salazar, M., Ruíz, G., Barrientos, V. y Ayala, H. (2005). Manual del programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas. Universidad Nacional Autónoma de México, Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología y Consejo Nacional contra las Adicciones.
- Massün, E. (1991). *Prevención del uso indebido de drogas*. México: Trillas.
- Medina, M. (en prensa). Programa de Intervención Breve para Usuarios de Marihuana. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Medina-Mora, M., Borges, G.; Lara, C.; Benjet, C.; Blanco, J.; Fleiz, C.; Villatoro V, J.; Rojas, E.; Zambrano, J.; Casanova, L.; Aguilar-Gaxiola, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México”. *Salud Mental*, 26(4): 1-16.
- Milanese, E. Merlo, R. y Laffay, B. (2001). *Prevención y cura de la farmacodependencia: Una propuesta comunitaria*. México: Plaza y Valdés y Centro Cáritas de Formación para la atención de las Farmacodependencias y Situaciones Críticas, A.C.
- Miller, P. (2009). *Evidence-Based Addiction Treatment*. Estados Unidos: Academic Press–Elsiever.

- Miller, W. y Rollnick, S. compiladores (1999). *La Entrevista Motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas* (Tejero, A. Trad.). Barcelona, España: Paidós Ibérica. (Trabajo original publicado en 1991).
- Mrazek, P. y Haggerty, R. (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington: National Academy Press.
- Natera, G. y Orford, J. (1995). *Manual destinado a los orientadores de prevención de alcohol y otras drogas para su intervención y apoyo a las familias que se enfrentan a problemas de consumo excesivo de sustancias en sus hogares*. México: Secretaría de Salud, Consejo Nacional contra las Adicciones y el Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- Nieto, A. (1989). Difusión informativa. *Comunicación y Sociedad*, 2 (1): 51-68.
- Organización Mundial de la Salud. (1998). *Promoción de la Salud. Glosario*. (Gil, E. Trad.) Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. (Trabajo original publicado en 1997). Recuperado el 27 de abril 2011, de <http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>
- Oropeza, R. (2003). *Desarrollo, aplicación y evaluación de un programa de tratamiento breve cognoscitivo conductual para usuarios de cocaína*. Tesis de Doctorado. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología.
- Oropeza, R., Loyola, L y Vázquez, F. (2005). *Manual para el tratamiento breve para usuarios de cocaína*. Universidad Nacional Autónoma de México, Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología y Consejo Nacional contra las Adicciones.

- Pérez, L. (2004). *Marketing social. Teoría y práctica*. México: Pearson Educación.
- Perkins, H. (2002). Surveying the damage: A review of research on consequences of alcohol misuse in college populations. *Journal of studies on alcohol* 14: 91-100.
- Pinazo, S. y Pastor, Y. (2006). Modelos teóricos en el estudio de la comunicación. En Pastor, Y. (Comp.), *Psicología Social de la Comunicación: aspectos básicos y aplicados*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Prochaska, J y Di Clemente, C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51 (3): 390-395.
- Raso, I. (2011) Efectividad de la publicidad de boca en boca. *Tú y tu negocio*, 20-31.
- Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la lengua española* (22.a ed.). Madrid: Autor.
- Rodas, A. y Rodas, C. (2004). *Mercadotecnia social*. Serie de Apoyo Didáctico 6. México: Universidad Nacional Autónoma de México y Escuela Nacional de Trabajo Social.
- Rogers, E. (2003). *Diffusion of innovations*. New York: Free Press.
- Rogers, E. y Agarwala-Rogers, R. (1980). *La comunicación en las organizaciones*. México: McGraw-Hill.
- Rosenfeld, L. y Morville, P. (2007). *Information Architecture for the World Wide Web*. (Third Edition). Estados Unidos: O'Really Media.

- Secretaría de Salud (2008) *Programa de acción específico 2007-2012: Prevención y tratamiento de las adicciones*. México: Autor
- Schiffman, L. y Kanuk, L. (2005). *Comportamiento del consumidor*. México: Prentice Hall.
- Sobell, L. (1996). Bridging the gap between scientists and practitioners: The challenge before us. *Behavior Therapy* 27: 297-320.
- Solís, L. y Sánchez, A. (2010). Promoción de la Salud y Prevención del Tabaquismo en la Familia, la Escuela y la Comunidad. En Medina-Mora, M. (Coordinadora), *Tabaquismo en México: ¿Cómo evitar 60,000 muertes prematuras cada año?* (pp. 419-448). México: El Colegio Nacional.
- VandenBos, G.R. (Ed.) (2010). *APA Diccionario conciso de Psicología*. México: Manual Moderno.
- Videla, M. (1991). *Prevención: Intervención psicológica en salud comunitaria*. Buenos Aires: Ediciones Cinco.
- Villatoro, J. y cols. (2008). *Encuesta sobre el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en estudiantes universitarios [Diapositivas]*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz".
- Washton, A. y Zweben, J. (2008) *Tratamiento de problemas de alcohol y drogas en la práctica psicoterapéutica*. México: El Manual Moderno.
- Zax, M y Specter, G. (1978). *Introducción a la psicología de la comunidad*. México: El Manual Moderno.

Zimmerman, R. (1997). *Social Marketing Strategies for Campus Prevention of Alcohol and Other Drug Problems*. Massachusetts: Higher Education Center for Alcohol and Other Drug Prevention

MATERIAL DE INDUCCIÓN PARA LA DIFUSIÓN DEL CEPREAA

A.01 ¿Quiénes somos?

El Centro de Prevención y Atención de Adicciones (CEPREAA), en la actualidad ofrece opciones de tratamiento para aquellas personas que no han desarrollado dependencia severa y para personas con consumos crónicos de diversas sustancias, y para diferentes segmentos de la población; entre estas opciones se encuentran:

- Intervención Breve para Adolescentes (14 a 18 años) que se inician en el consumo de alcohol y otras drogas
- Intervención Breve para Bebedores Excesivos (18 a 65 años)
- Tratamiento Breve para Usuarios de Tabaco, Cocaína y Marihuana (18 a 65 años).
- Programa de Satisfactores Cotidianos para personas con dependencia severa o poli usuarios (18 a 65 años).
- Programa para Familiares de consumidores.

En la actualidad el CEPREAA ofrece sus servicios a la población general y en particular a población universitaria (estudiantes, administrativos y académicos) cumpliendo de esta manera con los objetivos de la Universidad de desarrollar investigación, formar cuadros especializados y dar tratamiento a aquellas personas que lo soliciten.

Los integrantes del CEPREAA, a la fecha han participado en eventos especializados nacionales e internacionales y han generado publicaciones científicas entre las que se pueden contar libros, manuales así como innumerables artículos científicos.

Otra actividad fundamental ha sido diseminar los modelos que se generan en este espacio en instituciones de salud y educativas de diferentes partes de la república, entre las que se pueden nombrar IMSS, CIJ, Universidad de Colima, Tecnológico de Monterrey, entre otras.

En el Centro participan estudiantes de maestría y doctorado que han desarrollado sus investigaciones en este espacio y que han sensibilizado a estudiantes de licenciatura a adentrarse en esta área de las adicciones. Partiendo del supuesto que el consumo es un hábito que las personas adquieren para hacer frente a situaciones agradables, desagradables o problemáticas, los tratamientos tienen por objeto apoyar a las personas que deseen modificar su consumo, con el fin de que adquieran habilidades para enfrentar situaciones cotidianas sin recurrir al uso de sustancias, disminuyendo de esta forma el riesgo de consecuencias negativas y promover una vida libre de consumo.

Misión: El CEPREAA, es un espacio financiado por la UNAM, para la investigación, y la evaluación de modelos de prevención, tratamiento, rehabilitación de conductas adictivas, además de la formación clínica de estudiantes de licenciatura, maestría y doctorado del área de salud.

Visión del Centro: El CEPREAA, es un espacio líder en investigación, prevención, tratamiento, rehabilitación y formación de recursos humanos en el área de las adicciones que influye en las políticas nacionales del sector salud.

A.02 Preguntas frecuentes

¿Cómo solicitar el servicio? Por medio de una llamada telefónica al 56 58 39 11 o el envío de un correo electrónico.

¿Los tratamientos que ofrece el Centro requieren internamiento? No, ninguno de los tratamientos que se ofrecen requiere ser internado ya que son de consulta externa.

¿Qué formación tienen los profesionistas que imparten los tratamientos? Son psicólogos clínicos especializados en el área de las adicciones.

¿Cuál es el precio de los tratamientos? Los tratamientos tienen una cuota de recuperación variable, ésta se establece posterior a la primera entrevista, sin embargo, es muy accesible.

¿En qué consiste el tratamiento? Los tratamientos son breves, su duración varía de acuerdo al grado de dependencia, en promedio de 2 a 3 meses; se asiste semanalmente a una sesión de una hora. Son tratamientos con enfoque cognitivo conductual, los cuales tienen como objetivo que las personas adquieran habilidades para enfrentar situaciones cotidianas sin recurrir al uso de sustancias, disminuyendo de esta forma el riesgo de consecuencias negativas y promover una vida libre de consumo de drogas.

¿Cuáles son los horarios de atención? De lunes a viernes de 9 a 19:00 hrs.

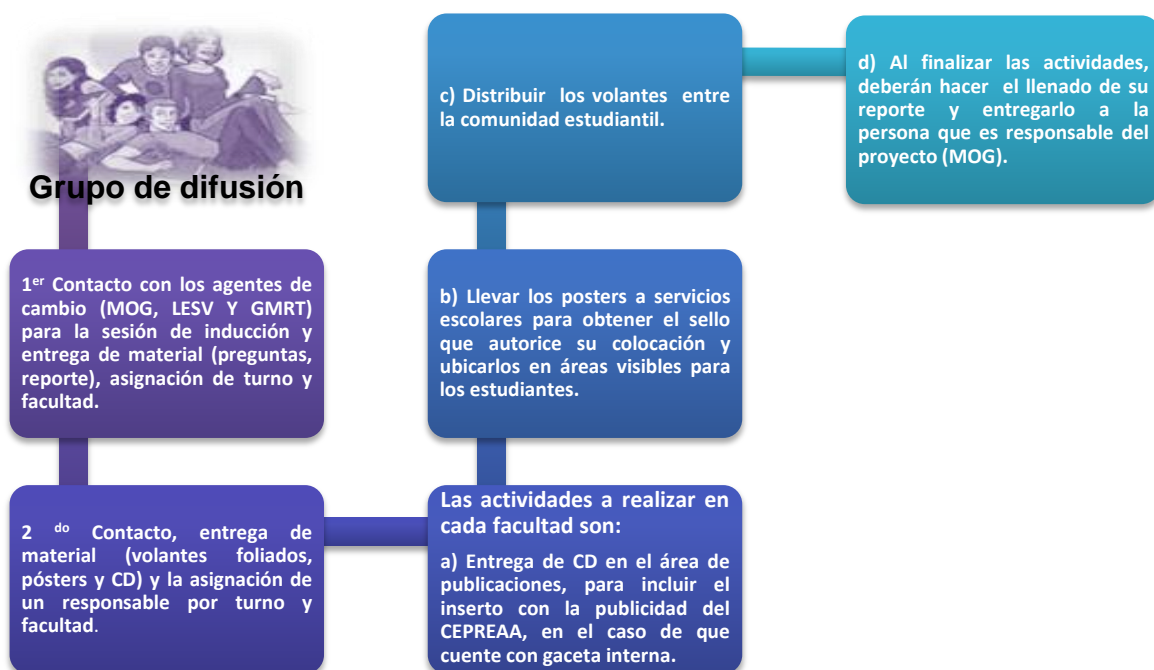
¿A qué institución pertenece el CEPREAA? A la Facultad de Psicología de la UNAM

¿Tengo que ser estudiante o trabajador de la UNAM para recibir atención? No necesariamente, los servicios se brindan tanto a población universitaria (estudiantes, administrativos y académicos) como a público en general.

¿Cuál es el rango de edad de las personas que se atienden? De 14 a 65 años.

¿Los usuarios menores de edad deben asistir en compañía de un adulto? El menor de edad que requiera atención debe asistir en compañía de un adulto.

A.03 Diagrama del proceso de las actividades de difusión



NOTAS

- Cada uno de los integrantes de los diferentes grupos de difusión, en cada escuela o facultad se distribuirá las áreas comunes donde llevara a cabo la difusión. (P. ej. pasillos, áreas verdes, cafetería o área de comida, baños, biblioteca, centros de cómputo).
- Para efectos del presente estudio, sólo se hará entrega de los volantes a los *estudiantes universitarios* de licenciatura o posgrado.
- Al hacer la entrega del mismo es necesario haga la siguiente consigna *“Por favor no tires este volante, si no te sirve a ti, dáselo a quien creas que pueda serle de utilidad”*

A.04 Reporte del trabajo de difusión en Facultades y Escuelas



Nombre: _____ Facultad Asignada: _____

Fecha: _____ Horario: _____

Número de trípticos recibidos	Número de trípticos entregados	Número de personas interesadas en los programas

Durante las actividades de difusión ¿Qué fue lo que se te facilitó?

Durante las actividades de difusión ¿Qué fue lo que se te dificultó?

¿Qué sugerencias podrías hacer para mejorar la forma de llevar a cabo las actividades de difusión?

OBSERVACIONES:

A.05 Cronograma de actividades del trabajo de difusión en Facultades y Escuelas

Fecha: Del 10 al 17 de agosto de 2009

Participantes: 24 voluntarios (1 Académico, 5 Residentes de Maestría, 6 Tesistas, 7 Servidores Sociales y 5 Practicantes).

Códigos:

Equipos 1A, 1B, 1C y 1D son del turno matutino
Equipos 2A, 2B, 2C Y 2D son del turno vespertino

AC agente de cambio r responsable por escuela o facultad A académico
R2 residente segundo semestre de la maestría R4 residente cuarto semestre de la maestría
T tesista SS servidor social P practicante

Lugar y fecha Equipo y turno	Equipo 1A (matutino)	Equipo 2A (vespertino)	Equipo 1B (matutino)	Equipo 2B (vespertino)
AGOSTO Lunes 10 1A Y 2A: ENEO 1B y 2B: Arquitectura	Sonia (T)	Arturo (AC, r, SS)	Mariana (AC, r, T)	Gaby (AC, A)
Martes 11 1A y 2A: ENAP 1B y 2B: Química	Arturo (AC, r, SS) Sonia (T)	Omar (SS)	Mariana (AC, r, T) Dianna (P)	Yolanda (SS)
Miércoles 12 1A y 2A: Veterinaria 1B y 2B: Trabajo social	Lucy (T) Vicky (r, T)	Lucy (T)	Sonia (r, T) Paty (T)	Jessica (SS)
Jueves 13 1A y 2A: Ingeniería 1B y 2B: Psicología	Consuelo (r, T) Sonia (T) Yolanda (SS)	Laura (P) Araceli (SS)	Mariana (AC, r, T) Vicky (R2) Ale (R4)	Jessica (SS) Alejandra (SS)
1C y 2C: Contaduría y Administración 1D y 2D: Economía	Adriana (r, SS) Abigail (R2) Vicky (R2)	Julio (R2) Lidia (R2)	Julio (R2) Lidia (R2)	Abigail (r, R2) Vicky (R2)
Viernes 14 1A y 2A: Derecho	Mariana (AC, r, T) Paty (T)	Paty (T) Consuelo (T) Lucy (T)		
Lunes 17 1A y 2A: Odontología	Mariana (AC, r, T) Sonia (T) Vicky (T)	Arturo (AC, r, SS) Jazmín (P) Guadalupe (P) Irene (P)		

CARTEL PUBLICITARIO DEL CINE-DEBATE



CINE-DEBATE

Jóvenes y Adicciones

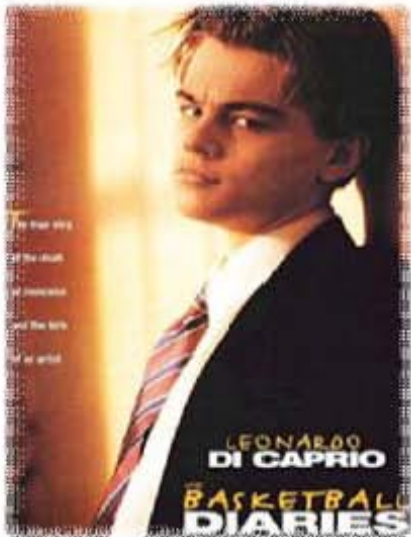


12 de mayo a las 16:00 pm

en el auditorio

“Sotero Prieto”

de la División de Ciencias Básicas de la Facultad de Ingeniería (zona sur)



Participantes:

Lic. Leticia Echeverría San Vicente

Psic. Mariana Oviedo Gómez

Lic. Diana Mejía Cruz

*Responsables del Centro de Prevención
y Atención de Adicciones (CEPREAA)
de la Facultad de Psicología de la UNAM*

Ponentes:

Lic. Patricia Reyes del Olmo

Lic. Arturo Fernández Medina

The Basketball Diaries

Diario de un Rebelde

Película basada en la vida del escritor y músico de punk Jim Carroll, la cual nos cuenta como Jim y sus amigos, son los “chicos malos” de la clase del Padre McNulty, en la escuela católica del barrio. Llevando uniformes sucios, hacen travesuras y nunca se arrepienten; drogándose con productos de limpieza, mirando fotos pornográficas y participando en pequeños robos. Lo único que mantiene a Jim a flote son sus diarios, un puñado de páginas escritas a modo de confesión que le sirven como medio de supervivencia cuando incluso la prostitución empieza a formar parte de su vida.



Diseño: Psic. Anaí Ordaz (Grupo COPADI-Facultad de Ingeniería, UNAM)

**FICHA DE ADMISIÓN
CENTRO DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE ADICCIONES (CEPREAA)**



No. Expediente: _____

Fecha: _____

Estudiante UNAM ____ Académico UNAM ____ Administrativo UNAM ____ Público general ____

Nombre: _____

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre(s)

Dirección: _____

Calle

Número

Colonia

Delegación

C.P.

Teléfono: _____ Celular: _____

Correo electrónico: _____

Edad: _____

Sexo: (M) (F)

Si eres menor de edad, nombre del responsable: _____

Estado civil: _____

Estudias: (SI) (NO)

Escolaridad: _____

Carrera: _____

Semestre: _____

Trabaja: (SI) (NO)

Donde Trabajas: _____

Motivo de consulta:

CONTINÚA AL REVERSO

¿Cómo te enteraste de los servicios que presta el CEPREAA?

- () Volante () Poster () Trípticos () Internet () Gaceta UNAM
() Radio () TV () Servicios Médicos UNAM () Amigo
() Cine-Debate () Otro: _____

¿Qué es lo que más llamó tu atención del medio por el cual te enteraste del CEPREAA?

¿Qué sugerencias nos harías para mejorar el medio por el cual llegaste al CEPREAA?

¿Qué esperas del CEPREAA?

Programa:_____	Terapeuta:_____
Canalización:_____	Alta:_____ Baja:_____